

CONGRESSO CONGIUNTO 2018

DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ITALIANE DI CHIRURGIA

Saper Essere Chirurghi: Insieme con una sola Identità

PRESIDENTI: Massimo Carlini, Roberto Coppola



Con la partecipazione di



ROMA
14-18 OTTOBRE 2018
ROMA CONVENTION CENTER LA NUVOVA

**ABSTRACT
BOOK**



INDICE

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 2018

4	SESSIONE SICE EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate	12:30-13:30	SALA A
10	CORSO DIETISTI NUTRIZIONISTI SICOB Comunicazioni orali selezionate	15:00-18:00	SALA A
15	PARETE: VLS	08:30-10:00	SALA C
27	CORSO PSICOLOGI PSICHIATRI SICOB Comunicazioni orali selezionate	16:30-18:00	SALA C
32	LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A	08:30-11:00	SALA L
51	LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B	11:00-13:30	SALA L
69	ENDOCRINO	17:00-18:00	SALA L
80	OVAIO	08:30-10:00	SALA N
93	UPPER GI	08:30-11:00	SALA O
111	UPPER GI 2	11:00-13:30	SALA O
129	DIFETTI DI PARETE	15:00-18:00	SALA O
151	TRAUMA 1	08:30-11:00	SALA P
170	TRAUMA 2	11:00-13:30	SALA P
188	TRAUMA: COMPLICANZE	15:00-18:00	SALA P

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 2018

210	LOWER GI: CME, TME	08:30-11:00	SALA B
232	ENDOCRINO	12:30-13:30	SALA C
243	SESSIONE AISP AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI Comunicazioni orali selezionate	14:30-15:30	SALA C
249	HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA	08:30-10:00	SALA E
261	ENDOCRINO	12:30-13:30	SALA N
271	SESSIONE SICOB PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate	16:50-18:00	SALA N
278	HPB 1	08:30-11:00	SALA O
297	HPB 2	11:00-13:30	SALA O

INDICE

316	CANCRO DELLA MAMMELLA	15:00-18:00	SALA O
339	HPB: METASTASI DA CCR 1	08:30-11:00	SALA P
357	HPB: METASTASI DA CCR 2	11:00-13:30	SALA P
375	UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS	15:00-18:00	SALA P

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 2018

398	LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2	11:30-13:30	SALA C
416	MAMMELLA	17:00-18:00	SALA D
426	DAY SURGERY	10:00-11:30	SALA E
441	SESSIONE AISP L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO Comunicazioni orali selezionate	08:30-10:00	SALA F
462	LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA, INNOVAZIONE TECNOLOGICA	16:30-18:00	SALA G
475	CHIRURGIA DELLA TIROIDE	16:30-18:00	SALA H
487	CHIRURGIA DEL RETTO	08:30-11:00	SALA I
513	CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI	12:30-13:30	SALA I
523	COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate	12:30-13:30	SALA L
531	PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1	08:30-11:00	SALA O
551	PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2	11:00-13:30	SALA O
572	OBESITÀ	15:00-18:00	SALA O
590	UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO	08:30-11:00	SALA P
627	CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO	15:00-18:00	SALA P

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 2018

642	SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS Comunicazioni orali selezionate	11:20-13:00	SALA A
------------	--	--------------------	---------------



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 12:30-13:30

SESSIONE SICE

EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

APPLICAZIONI DELLA FLUORESCENZA CON VERDE D'INDOCIANINA IN RESEZIONI COLO-RETTALI LAPAROSCOPICHE

C. Santi^{1,2}, L. Casali¹, C. Franzini¹, A. Rollo¹, P. Orsi¹, V. Violi^{1,2}

¹ Ospedale di Fidenza, Ausl di Parma, Fidenza

² Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Parma

Recentemente è stato introdotto nell'ambito della chirurgia laparoscopica colo-rettale, l'utilizzo della fluorescenza mediante verde d'Indocianina (ICG) per acquisire informazioni anatomiche durante l'intervento chirurgico.

Il verde d'indocianina è una molecola che iniettata per via endovenosa, si lega rapidamente alle proteine plasmatiche ed emette fluorescenza mediante l'utilizzo di luce nella banda degli infrarossi, fornendo pertanto un'angiografia in tempo reale. Obiettivo del nostro studio è dimostrare l'utilità dell'angiografia mediante ICG in resezioni coloretali laparoscopiche per valutare sia la vascolarizzazione della sede della neoplasia e guidare la sezione del peduncolo vascolare, sia l'adeguata vascolarizzazione dell'anastomosi al fine di ridurre il rischio di fistola anastomotica e per identificare strutture anatomiche al fine di ridurre il rischio di lesioni iatrogene.

Durante le resezioni colo-rettali laparoscopiche, quando la neoplasia si trova in sedi anatomicamente difficili, si inietta per via endovenosa un bolo di 5 ml di soluzione di ICG diluito in soluzione fisiologica (0,3 mg/Kg). La fluorescenza viene visualizzata mediante una telecamera full HD IMAGE1 S che può funzionare sia con luce bianca che con luce infrarossa. Passando alla modalità NIR in circa 30 secondi, si ottiene un'angiografia in tempo reale della vascolarizzazione in corrispondenza del tatuaggio: sulla guida angiografica si procede alla sezione dei vasi.

Quando la neoplasia giunge in prossimità dell'uretere, si inietta un bolo di soluzione dal catetere vescicale consentendo la visualizzazione dell'uretere.

Dopo il confezionamento dell'anastomosi manuale o meccanica, si inietta per via endovenosa un altro bolo di 5 ml di soluzione al fine di valutare l'adeguata vascolarizzazione dell'anastomosi.

Da novembre 2016 sono stati arruolati 43 pazienti: 25 casi di emicolectomia destra, 11 casi di emicolectomia sinistra, 5 resezioni della flessura splenica e 2 resezioni del trasverso. In 7 casi l'angiografia ha consentito di identificare l'anatomia vascolare della sede della neoplasia. In un caso è stata cambiata strategia operatoria. In un caso l'angiografia ha mostrato un'ischemia dell'anastomosi. In un caso l'identificazione dell'uretere è stata utile per prevenire lesioni durante la dissezione lungo il piano di Toldt-Gerota. Si sono verificate 4 complicanze post-operatorie di cui una deiscenza anastomotica legata a un problema meccanico.

La fluorangiografia con ICG è uno strumento sicuro, efficace, facile da replicare, economico e può essere impiegato anche in ospedali di II livello senza necessità di training. Il suo utilizzo è raccomandato al fine di migliorare la visualizzazione della vascolarizzazione sia della neoplasia quando si trova in sedi difficili sia delle anastomosi al fine di ridurre il rischio di fistola e consente inoltre di identificare strutture anatomiche come l'uretere al fine di prevenire lesioni durante l'intervento chirurgico.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **12:30-13:30**

SESSIONE SICE

EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

COULD INDOCYANINE GREEN FLUORESCENCE - GUIDED SURGERY BE THE NEXT FRONTIER OF HEPATIC SURGERY? A PROSPECTIVE SERIES

S. Molfino¹, M. Baresi¹, M.S. Alfano¹, S. Benedicenti¹, B. Molteni¹, P. Porsio¹, M. Botticini², N. Vettoretto³, N. Portolani¹, G.L. Baiocchi¹

¹ Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia

² Università Bocconi, Milano

³ Surgical Unit, Montichiari Hospital, Spedali Civili di Brescia, Montichiari

Objective: Indocyanine green (ICG) is a dye used in medicine since the mid-1950s for different applications in ophthalmology, cardiology and hepatobiliary surgery; thanks to its selective hepatic uptake and biliary excretion, it can be used to evaluate hepatic function in patients scheduled for hepatic resection surgery. Moreover, its fluorescent properties allow to detect liver cancers through the visualization of the disorders in biliary excretion of the stain in cancer tissues and noncancerous liver tissues compressed by the tumor. The aim of this study is to evaluate the efficacy and the feasibility of ICG guided surgery in the intra-operative localization of liver tumors, comparing the pre-operative radiological aspect, the intra-operative visualization and the post-operative histopathological features of the tumors.

Materials and methods: ICG had been intravenously injected for a routine liver function test (LiMON®) in 46 patients who underwent hepatic resection surgery for primitive and secondary liver tumors in the period between November 2016 and February 2018. For each patient was performed an intraoperative visualization of the stain both in vivo and ex vivo, using a near-infrared imaging system. All the images were recorded.

Results: A correct differentiation between liver parenchyma and tumor area was obtained in 41 out of 46 cases (89,1 %). Five patients were not evaluable due to widespread uptake or complete absence of uptake; it was probably the first cases enrolled in the study for which we were not able to set doses and timing of administration of ICG. In the 41 patients in which the method had been feasible, we observed a prevalence of nodular pattern in patients with hepatocellular carcinoma (63%) and a predominance of rim pattern in both cholangiocarcinoma (80%) and metastasis (83%). Furthermore, in patients with HCCs well-intermediate differentiated (G1-G2) was found predominantly a nodular pattern (82,9%), whereas in poorly differentiated ones was prevalent a rim appearance (60%). Regarding radiological correlations, the only one patient who presented an atypical radiological feature in pre-operative evaluation, showed a lesion with no ICG captation in intra-operative visualization.

Conclusions: ICG fluorescence imaging is a safe, minimally invasive and quite inexpensive method, that can be easily administered for routine evaluation of pre-operative liver function. It can be a useful support tool in the intra-operative detection of liver tumors, especially in laparoscopic surgery where it is not possible to directly touch the tissue.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 12:30-13:30

SESSIONE SICE

EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

PREDITTIVITÀ DELLA RICERCA DEI LINFONODI SENTINELLA TRAMITE LA NEAR-INFRARED FLUORESCENCE LIGHT PER LA STADIAZIONE DEI TUMORI COLO-RETTALI

A. Picchetto, F.M. Magliocca, F. De Laurentis, A. Pronio, S. La Rocca, G. D'Ambrosio

Università di Roma Sapienza, Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: La ricerca dei linfonodi sentinella (SLN) tramite la fluorescenza vicina all'infrarosso (NIRF) è una tecnica sempre più usata per migliorare la stadiazione linfonodale in diversi tipi di tumore, tra i quali testa-collo, mammella e melanoma. L'ultrastadiazione dei SLN ha un potenziale ruolo decisionale nell'indicazione di terapie adiuvanti in presenza di micrometastasi. Inoltre, in base all'ultima edizione (8°) dell'AJCC Cancer Staging Manual, la presenza di micrometastasi nei linfonodi dovrebbe essere direttamente stadiazione come N1 e non più come N1mi. In chirurgia coloretale, nei pochi studi condotti il tasso riportato di micrometastasi nei SLN è fino al 20-30%.

Obiettivo di questo studio prospettico in corso è di stabilire la predittività della NIRF per la ricerca ex-vivo dei SLN durante chirurgia resettiva oncologica coloretale e la successiva ricerca delle micrometastasi nei pazienti con stadiazione linfonodale N0.

Materiali e metodi: Sono stati prospettivamente arruolati 23 pazienti sottoposti a resezioni oncologiche laparoscopiche standard per tumore coloretale. Dopo l'estrazione del pezzo operatorio, è stato iniettato nella sottomucosa 1ml di ICG equidistribuito sui quattro punti cardinali del tumore, su mucosa sana, per rilevare, tramite la NIRF i canali linfatici e i SLN. Ogni SLN N0 all'analisi anatomopatologica convenzionale è stato successivamente analizzato con tecniche di ultrastadiazione per la valutazione della presenza di micrometastasi: sezioni seriate, immunohistochimica coerentemente con tecniche riportate in letteratura.

Risultati: Sono stati rinvenuti un totale di 395 linfonodi. 12 pazienti erano N+ e 11 N0. Sono identificati con la NIRF 66 SLN (2.87 in media per caso) e 32 di questi erano N0. Dopo gli esami di ultrastadiazione, non sono state evidenziate micrometastasi nei SLN N0. I SLN localizzati in profondità nel mesocolon e nel mesoretto (anche dopo nChRT) sono stati facilmente identificati dalla NIRF.

Conclusioni: In questa serie preliminare, l'assetto istologico dei SLN (sia negli N+ che negli N0) ha correttamente predetto lo stato dei linfonodi loco-regionale. L'assenza di micrometastasi nei SLN indagati, potrebbe essere dovuta alla ridotta numerosità del campione e ulteriori casi dovranno essere raccolti per rivalutare questi risultati.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 12:30-13:30

SESSIONE SICE

EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

ENDOSCOPIA FLESSIBILE E FLUORESCENZA CON VERDE INDOCIANINA NEL CONTROLLO INTRAOPERATORIO DELLE ANASTOMOSI COLO-RETTALI: STUDIO PROSPETTICO

C. Vallicelli, B. Pirrera, F. Paratore, M. Todaro, L. Veneroni, G. Garulli

Ospedale Infermi, Rimini

Introduzione: Il leak anastomotico è la complicanza post-operatoria più temuta delle anastomosi colo-rettali, per le drammatiche conseguenze cliniche che comporta. Diverse tecniche sono state descritte per cercare una identificazione precoce del leak, ma solo l'air-leak test viene raccomandato e routinariamente usato. Recentemente, la fluorescenza con verde indocianina è stata introdotta per consentire al chirurgo di valutare la vascolarizzazione dei monconi anastomotici, dimostrando di modificare la sede scelta per l'anastomosi nel 10-15% dei casi. Il controllo endoscopico dell'anastomosi intraoperatorio con correzione laparoscopica del difetto è una tecnica non universalmente accettata e l'effetto della sua aggiunta al verde indocianina nella prevenzione del leak e delle altre potenziali complicanze è oggetto del presente studio.

Metodi: In questo studio prospettico 35 pazienti consecutivamente sottoposti a emicolectomia sinistra o resezione del retto con PME/TME e anastomosi colo-rettale meccanica transanale sono stati controllati con fluorescenza con verde indocianina ed endoscopia intraoperatoria con sigmoidoscopio flessibile utilizzato dal chirurgo. Il difetto anastomotico eventualmente identificato (leak, sanguinamento, crash dell'incrocio delle linee di sutura, edema) veniva corretto in laparoscopia con sutura a discrezione del chirurgo operatore. L'air-leak test veniva sempre eseguito contestualmente all'insufflazione dell'endoscopio. Tutti i pazienti sono stati gestiti in accordo alle linee guide di ERAS Society per la chirurgia colo-rettale e sottoposti a regolare follow-up ambulatoriale.

Risultati: Trentacinque pazienti sono stati consecutivamente arruolati nello studio, 24 sottoposti a emicolectomia sinistra, 1 a emicolectomia sinistra allargata al trasverso (neoplasia sincrona di sigma e flessura splenica) e 10 a resezione del retto con PME/TME. Età media 64,5 ($\pm 12,4$) anni. Charlson Comorbidity Index medio 4 ($\pm 2,4$). In due casi veniva posizionata una ileostomia derivativa in quanto pazienti radiotrattati. In 20 casi la diagnosi era neoplastica. L'endoscopia intraoperatoria ha identificato 3 leaks (di cui uno contestuale a crash), un crash, un edema mucoso e 4 sanguinamenti attivi. In tutti e 9 i pazienti, è stato posizionato un punto di sutura laparoscopico. Nessuno di questi casi ha presentato complicanze anastomotiche postoperatorie. Due pazienti hanno presentato complicanze mediche. Questi pazienti sono stati dimessi dopo una media di 3,6 ($\pm 2,8$) giorni senza reammissioni.

Conclusioni: Il controllo endoscopico intraoperatorio dell'anastomosi colo-rettale è una tecnica efficace nel garantire una immediata identificazione dei difetti precocemente rilevabili. La correzione con sutura laparoscopica di tali difetti ha la potenzialità di ridurre le complicanze post-operatorie. Lo stress dell'insufflazione non inficia la tenuta anastomotica ed è ben tollerato. Questi dati andranno validati da un campione più ampio e da un gruppo di controllo.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 12:30-13:30

SESSIONE SICE

EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

INTRAOPERATIVE ANGIOGRAPHY WITH INDOCYANINE-GREEN TO ASSESS ANASTOMOSIS PERFUSION IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC COLORECTAL RESECTION: RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

G. Maggi¹, P. De Nardi¹, R. Maggiore¹, L. Boni², E. Cassinotti², U. Fumagalli³, M. Gardani³, U. Elmore¹, A. Vignali¹, R. Rosati¹

¹ Ospedale San Raffaele, Milano

² Ospedale Policlinico, Milano

³ Spedali Civili di Brescia

Objective: Insufficient vascular supply is one of the main causes of anastomotic leak in colorectal surgery. ICG has been shown to provide information on tissue perfusion, identifying a well-perfused location for colonic and rectal transections and thus possibly reducing the leak rate. Objective of this study is to evaluate the usefulness of intraoperative assessment of anastomotic perfusion using intraoperative indocyanine-green dye (ICG) angiography in patients undergoing left-sided colon or rectal resection with colorectal anastomosis.

Methods: This randomized trial involved 240 patients undergoing laparoscopic left-sided colon and rectal resection randomized 1:1 to intraoperative ICG or to subjective visual evaluation of the bowel perfusion without ICG (ClinicalTrials.gov NCT02662946). The primary aim was to assess whether ICG angiography could lead to a reduction in anastomotic leak rate. Secondary outcomes were possible changes in the surgical strategy and postoperative morbidity.

Results: After randomization, 118 patients were included in the study group, and 122 in the control group. ICG angiography showed insufficient perfusion of the colic stump, which led to extended bowel resection in 13 cases (11%). An anastomotic leak developed in 11 patients (9%) in the control group and in 6 patients (5%) in the study group ($p = n.s.$).

Conclusion: Intraoperative ICG fluorescent angiography can effectively assess vascularization of the colic stump and anastomosis in patients undergoing colorectal resection. This method led to further proximal bowel resection in 13 cases, however its role in reducing anastomotic leak rate should be studied in further research.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 12:30-13:30

SESSIONE SICE

EAES Champions 2018 - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

LYMPH NODE MAPPING WITH NEAR-INFRARED FLUORESCENCE IMAGING DURING ROBOTIC SURGERY FOR GASTRIC CANCER: A CASE MATCHED STUDY

F. Staderini¹, G. Trallori³, G. Indennitate², B. Paoli², M. Ortolani², C. Foppa¹, B. Badii¹, L. Novelli⁴, I. Skalamera¹, P. Montanelli¹, F. Coratti¹, G. Perigli¹, F. Cianchi¹

¹ Dipartimento di chirurgia e medicina translazionale, Firenze

² IFCA, Firenze

³ Unità di gastroenterologia, AOU Careggi, Firenze

⁴ Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Firenze

Introduction: A radical lymphadenectomy is one of the most important prognostic factors in gastric cancer surgery. However this step is challenging especially during laparoscopic approach.

Aim of this study is to report the usefulness of intraoperative ICG lymphatic mapping during robotic gastrectomy for gastric cancer comparing results and surgical outcomes with patients that did not undergo ICG lymphatic mapping particularly with regard to number of retrieved lymph nodes and percentage of metastatic LN's in fluorescent nodes.

MeM: From January 2017, 37 patients that underwent robotic gastric surgery with ICG lymphatic mapping were compared with the same number of procedures without ICG-guided lymphadenectomy. Patients were matched for body mass index (BMI), disease stage and type of resection (total or subtotal) with a range of + 0.05 of the propensity score. Patients in the ICG arm underwent an upper endoscopy 2 days before the scheduled operation during which an ICG solution was injected into the submucosa layer in the four quadrants. Intraoperative fluorescence imaging with ICG was carried out with a near-infrared camera system built into the robotic platform. Lymph nodes which had taken up ICG appeared as green spots emitting clear fluorescence. The FN's were intraoperatively dissected from the surrounding fatty tissue and pulled out through the assistant 12 mm trocar.

Results: Matched patients were comparable for age ($p=0.931$), gender ($p=0.641$), BMI ($p=1.000$), ASA class ($p=0.830$), POSSUM physiology ($p=0.537$) and mortality ($p=0.758$) score, comorbidities ($p=0.237$) and previous abdominal surgery ($p=0.741$). There were no significant differences in operative time ($p=0.056$), conversion to open surgery ($p=1.000$), type of resection ($p=0.182$) and type of reconstruction ($p=0.232$). No differences were registered in complications and pathology data except for the number of harvested nodes, significantly higher in the ICG group ($p=0.034$).

Conclusion: ICG guided lymphadenectomy is a promising method of lymphatic mapping and seems to provide a valuable adjunct for identification of complete D2 lymphadenectomy with a significant increase in the number of retrieved lymph nodes.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

CORSO DIETISTI NUTRIZIONISTI SICOB

RUOLO DELLA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E RECUPERO DEL PESO - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

SINDROME METABOLICA, DIABETE MELLITO E BNP. 300 CASI DI SGVL, VS, RYGB. RISULTATI A 3 E 5 ANNI

M. Boni, G. Metastasio, M.T. Federici, G. Marincola, V. Ferraro, G. Ceccarelli

Ospedale S. Giovanni Battista, Foligno

Introduzione: L'incidenza del diabete mellito nella casistica dei pazienti obesi trattati nel Centro di Chirurgia Bariatrica dell'USL Umbria 2 è del 20% circa. In particolare, su 300 casi di By-pass 61 pazienti presentavano DMII e 53 casi di DMII su 300 casi di Sleeve Gastrectomy.

Studio sperimentale su 34 casi per la ricerca dei recettori per il BNP e di 20 casi controllo.

Materiali e metodi: Sono stati eseguiti follow-up a 3 e 5 anni dall'intervento sui 53 pazienti diabetici operati di Sleeve Gastrectomy, e su 61 pazienti operati di By-pass gastrico.

La valutazione è stata fatta sulla glicemia basale e sull'emoglobina glicosilata.

Le dosi preoperatorie di insulina e di antidiabetici orali sono state confrontate con le dosi dei follow-up a 3 e 5 anni.

Prelievo di grasso viscerale e tessuto adiposo sottocutaneo in 34 pazienti obesi e di 20 pazienti normopeso per l'analisi dei recettori del BNP, con ricerca dell'RNA e del test ELISA per il-6

Risultati: Il 70% dei pazienti operati di By-pass gastrico ha avuto una risoluzione del diabete, il 30% un miglioramento sensibile.

Il 60% dei pazienti operati di Sleeve gastrectomy ha avuto una remissione del DMII, il 40% un miglioramento sensibile.

Il rapporto tra recettori per la Clearance e la trasmissione del BNP è a favore dei primi portando quindi ad un basso valore di BNP circolante nei pazienti obesi.

Incubando gli adipociti con IL-6 si ottiene un basso valore di BNP.

Conclusioni: Gli interventi di By-pass e Sleeve Gastrectomy riducono sensibilmente la co-morbilità DMII.

Il By-pass gastrico conforme a quanto descritto in numerosi articoli della letteratura in merito è migliore nel controllo a lungo termine della patologia DMII.

Gli alti valori di IL-6 negli adipociti dei soggetti obesi porta ad un basso BNP circolante che causa insulino resistenza ed iperinsulinemia nei soggetti obesi.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

CORSO DIETISTI NUTRIZIONISTI SICOB

RUOLO DELLA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E RECUPERO DEL PESO - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

VALUTAZIONE DELLA "FOOD TOLERANCE" (FT) E DEL CAMBIAMENTO DEL GUSTO DOPO CHIRURGIA BARIATRICA: TRE PROCEDURE CHIRURGICHE A CONFRONTO

A. Di Biasio², I. Coluzzi¹, G. Silecchia³

¹ Ospedale ICOT Latina, Latina

² Università Campus Biomedico, Roma

³ Università di Roma La Sapienza Polo Pontino, Roma-Latina

Introduzione: Le modificazioni anatomiche indotte dalla chirurgia bariatrica, possono alterare la FT; riflettendosi sulla qualità della vita dei pazienti operati e soprattutto sulla compliance nutrizionale. Nonostante ciò in letteratura studi che vadano ad investigare questo argomento sono carenti. In uno studio precedente avevamo valutato la modificazione della FT e del cambiamento del gusto dopo Sleeve Gastrectomy a 24 mesi, evidenziando una riduzione nel consumo calorico giornaliero e cambiamento delle scelte alimentari, con i pazienti che riportavano un ridotto interesse verso cibi ad elevata densità calorica. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare la FT dopo chirurgia bariatrica, comparando i risultati di 3 differenti tecniche chirurgiche: Gastric Bypass (GBP), Sleeve Gastrectomy (SG) e Mini Gastric Bypass (MGB).

Materiali e metodi: Sono stati selezionati per lo studio i pazienti operati presso il nostro centro nel 2016 e 2017, con un FU di 3, 6, 9, 12 e 18 mesi (SG, GBP e MGB). Sono stati esclusi dal campione pazienti sottoposti ad altre procedure chirurgiche. Durante il follow-up nutrizionale ai pazienti sono stati valutati i parametri antropometrici: peso, altezza, BMI e %EWL; a 3, 6, 9, 12 e a 18 mesi. La qualità alimentare verrà valutata mediante Suter Questionnaire modificato, il quale include domande aggiuntive valutanti il cambiamento del gusto e delle scelte alimentari. Il questionario si compone dunque di 5 parti riguardanti la soddisfazione riguardo la qualità alimentare, la tolleranza nei confronti di otto differenti tipologie di cibi, la frequenza settimanale del vomito/rigurgito, cambiamento nel gusto e nelle preferenze alimentari. Lo score totale del test va da 1 a 27 punti, dove 27 indica la qualità alimentare eccellente. Per le analisi statistiche è stato utilizzato un test Anova.

Risultati: Il BMI medio e l'%EWL dei pazienti operati di SG, GBP e MGB a 12 mesi sono rispettivamente: SG 27,16 GBP 25,42 MGB 29,85 e 76,8%, 84,57% e 63,49%. Il punteggio medio del Suter dopo SG è stato: 21 a 6M, 22,5 a 12M e 22 a 18M; dopo GBP: 21 a 3M, 20 a 6M, 20 a 12 mesi, 23 a 18 mesi; dopo MGB : 23 a 3M, 21 a 6M, 21 a 12M, 22 a 18M. Già nell'immediato post-operatorio, il 70% dei pz dopo SG e dopo MGB e l'80% dei pz dopo GBP, affermano di avere notato una modificazione nel gusto e nelle scelte alimentari. Difatti già a 3 mesi di SG, MGB e GBP, si nota rispettivamente un minor consumo di cibi grassi (90%, 80% e 70%), di alcolici (40%, 30% e 30%) e di dolci (40%, 20% e 40%). A 12 e 18 mesi di SG, MGB e GBP, alcuni pz riprendono a consumare qualità di cibi inizialmente non più appetibili.

Conclusioni: I tre interventi hanno un effetto importante sul cambiamento del gusto e sulla tolleranza di alcuni alimenti determinando poi delle scelte alimentari più salutari rispetto al pre-intervento. Molto significativa è la riduzione di abitudini scorrette che vengono variate grazie alla modificazione del gusto, e al serrato follow-up nutrizionale.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

CORSO DIETISTI NUTRIZIONISTI SICOB

RUOLO DELLA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E RECUPERO DEL PESO - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

VALUTAZIONE DEL CONSUMO BEVANDE ALCOLICHE DOPO SLEEVE GASTRECTOMY: UN ANNO DI FOLLOW-UP

I. Coluzzi, A. Iossa, E. Spinetti, G. Silecchia

Università di Roma La Sapienza polo pontino, Latina

Introduzione: La Sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) rappresenta ad oggi l'intervento chirurgico bariatrico più effettuato al mondo, con eccellenti risultati in termini di perdita di peso e di mantenimento dello stesso, nonché sul controllo delle patologie obesità-relate. In seguito a questa procedura bariatrica, insieme a modificazioni ormonali, si presentano notevoli cambiamenti delle preferenze alimentari e del gusto, comprese le variazioni nel consumo di bevande alcoliche. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la frequenza e il consumo di bevande alcoliche prima e dopo la LSG utilizzando una versione modificata dell'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ad un anno di follow-up ed eventualmente valutare la differenza tra le diverse età e sesso.

Materiali e metodi: un totale di 142 pazienti sono stati selezionati per lo studio prospettico e valutati prima della chirurgia e ad un follow-up di un anno attraverso una versione modificata dell'AUDIT test. I criteri di esclusione sono stati i seguenti: storia di abuso di alcolici, presenza di psicopatologie maggiori, diabete mellito di tipo II scompensato, e pregressi interventi di chirurgia gastrointestinale, epatica e pancreatica. E' stata fatta, inoltre, una analisi di sottogruppo tra uomo e donna e tra under e over 40 anni.

Risultati: L'AUDIT score medio è sceso da 2.70 (range 1-18) prima della chirurgia a 1.38 (range 1-7) ad un follow-up di un anno, indicando una marcata riduzione nel consumo di bevande alcoliche. La bevanda alcolica più consumata prima della chirurgia è risultata essere la birra (36.6%), mentre dopo la LSG il consumo di birra scende considerevolmente (21.1%). Anche la frequenza del consumo di bevande alcoliche diminuisce: prima della chirurgia, 45% dei pazienti consuma bevande alcoliche "da 2 a 4 volte a settimana" mentre dopo la LSG il 26 e 39.4% del campione consuma bevande alcoliche "mai" e "meno di una volta al mese", rispettivamente. Dopo la chirurgia, nessuno consuma più di sei bevande alcoliche; Nessuna differenza statistica è stata trovata nell'analisi di sottogruppo in termini di consumo di bevande alcoliche e abitudini sociali.

Conclusioni: La chirurgia bariatrica ha modificato non solo le preferenze nella bevanda alcolica più comunemente consumata, ma ha portato anche ad una riduzione considerevole del consumo complessivo delle stesse; Questo potrebbe essere legato allo stretto follow-up nutrizionale e alle modificazioni ormonali che occorrono dopo la LSG. Studi con un follow-up più lungo e con un campione più esteso sono comunque necessari per confermare i nostri risultati.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

CORSO DIETISTI NUTRIZIONISTI SICOB

RUOLO DELLA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E RECUPERO DEL PESO - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

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

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

ARNAS Garibaldi, Catania

Obiettivi: 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.

Materiali e 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.

Conclusioni: 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 .

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

CORSO DIETISTI NUTRIZIONISTI SICOB

RUOLO DELLA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE E RECUPERO DEL PESO - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

ANALISI DEI RISULTATI DELLA SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA (LSG): 6 ANNI DI FOLLOW-UP

I. Coluzzi, A. Iossa, G. Silecchia

Università di Roma La Sapienza polo pontino, Latina

Introduzione: La LSG ad oggi è considerata una procedura metabolica per le alterazioni del pattern ormonale (prevalentemente incretine ed NPY), che prevede dei fallimenti a medio-lungo termine che devono essere tenuti in conto nella fase preoperatoria e informativa del paziente. Infatti, nessun intervento chirurgico è esente dal rischio di ripresa di peso e i pazienti possono sperimentare a una ripresa di peso con un'incidenza che va dal 5.7% al 75.6% rispettivamente a 2 e a 6 anni dopo la LSG. Le cause della ripresa di peso sono molteplici: grandezza del bougie, volume dell'antro residuo, presenza di fondo residuo, dilatazione della pouch, adeguamento al follow-up, stile di vita e abitudini alimentari scorrette.

Obiettivi: Valutare il numero di pazienti con Insufficient Weight Loss (IWL) e Weight Regain (WR) ad un follow up medio di 5 anni dopo LSG; analizzare le abitudini alimentari e lo stile di vita in pazienti con weight regain dopo la chirurgia bariatrica; verificare quali comportamenti alimentari disfunzionali possano incidere sulla ripresa di peso post-operatoria.

Materiali e metodi: I pazienti sottoposti a LSG presso la nostra divisione chirurgica nel 2012 e 2013 sono stati ricontattati e convocati per un follow-up nutrizionale e valutati mediante misurazione del peso, altezza, BMI, %EWL, integrato alla compilazione del diario alimentare di 7gg. È stato, inoltre, ricostruito il percorso post-operatorio dei pazienti, peso minimo raggiunto, visite di controllo con l'equipe bariatrica (chirurgo, dietista, psicologo); è stata valutata la presenza di interventi incorenti di altra natura (ortopedici o plastici) e gravidanze. Verrà definito IWL quando non si raggiunge un EWL >50% e Weight Regain WR con %EWL >25% rispetto al nadir.

Risultati: Di 180 pazienti convocati per il follow-up nutrizionale e sottoposti a LSG (primary o redo), 13 hanno presentato un IWL e 27 un WR. I pazienti convocati per il follow-up nutrizionale, di età media 47aa, presentano a 5 anni dalla chirurgia un BMI medio di 30,38 kg/m² (23,39 - 50,19), peso medio di 85kg (57-135). Ad un anno dalla chirurgia i pazienti avevano raggiunto un peso minimo medio di 71 kg (53 - 122) con BMI medio di 27,05 kg/m² (22,1 - 42,21). Il 84% dei pazienti ha abbandonato i controlli post-operatori a 24-36 mesi dalla chirurgia e solo una minoranza ha fatto controlli post-operatori con psicologa. Valutando le abitudini alimentari dei pazienti con IWL e WR è risultato un intake calorico medio di 2393,93kcal/die (30% in più rispetto al loro fabbisogno calorico di 1843,5 kcal/die) con 86,14g di proteine/die (1,4 g/kg peso ideale medio), 48,12% di Carboidrati/die (292,24 g/die) e 40,12% di Lipidi/die (106,18 g/die). Il numero dei pasti giornalieri è mediamente di 7; nessuno dei pazienti fa attività fisica regolarmente.

Conclusioni: Nonostante la chirurgia bariatrica comporti una restrizione calorica limitando le porzioni degli alimenti, l'intake calorico giornaliero può risultare elevato se si consumano cibi ad elevata densità calorica e bevande zuccherate; i pazienti, inoltre, si alimentano frequentemente o presentano un quadro di grazing, contribuendo così nonostante la chirurgia, a superare il fabbisogno energetico. L'adeguamento al follow-up nutrizionale è essenziale nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica poiché un intervento nutrizionale precoce potrebbe aiutare a prevenire una ripresa di peso post-operatorio, aiutando i pazienti a migliorare definitivamente il proprio stile di vita.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

LAPAROSCOPIC INCISIONAL AND VENTRAL HERNIA REPAIR (L.I.V.H.R.) WITH COMPOSITE MESH. ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR RECURRENCE IN 261 PATIENTS WITH 5 YEARS FOLLOW-UP

M.J. Nardi, P. Millo, R. Brachet, R. Lorusso, M. Grivon, A. Usai, F. Persico, E. Ponte

AUSL Valle d'Aosta, Ospedale Regionale U. Parini, Aosta

Background: LIVHR is widely used although its clinical indications are often debated. The aim of this study is to describe our surgical experience in order to establish the safety, efficacy, feasibility of laparoscopic ventral hernia repair and to identify the factors that influence the risk of recurrence in a group of patients treated with only one type of prosthetic mesh and by the same surgical team.

Materials and methods: Between January 2007 and February 2018, 261 patients were admitted to the General and Urgent Surgery Unit of "U. Parini" Regional Hospital (Aosta), with diagnosis of incisional or ventral hernia; all patients underwent a laparoalloplastic treatment with composite mesh. The type and size of surgical defects, features of surgical technique, type of mesh used, length of hospital stay, rate of conversion, morbidity, mortality, and rate of recurrence at 5 years follow-up were retrospective analysed.

Results: We performed 261 LIVHR for incisional or ventral hernia with composite mesh: 148 (56,7%) for incisional hernias and 113 (43,3%) for primary abdominal wall hernias. The mean size of abdominal defect was 3,5 cm (2-19), mean BMI was 29,5 kg/m² (21-56), mean overlap of the mesh was 6 cm (2-8). In 5-years follow-up we observed 21 recurrences (8%). The features of patients with recurrence were as follows: mean age 50 years, mean ASA Score 3, mean BMI 31 kg/m², mean size of hernial defect 7,5 cm, mean overlap 4,5 cm.

Conclusions: In our experience the factors related to the patient and the surgical technique that may influence the onset of early or late recurrence as the follows: a defect size >5 cm (W2 of EHS Classification), an overlap of the mesh < 5 cm, a BMI of 30 kg/m² or superior and the presence of significant comorbidities, particularly diabetes mellitus and chronic use of tobacco (in patients ASA score 3). Finally, we observed that the T.A.P. Block preoperative procedure can be obtain a significant pain relief and can lead to reduce the clinical costs through a lower administration of analgesics used and a lower length of stay.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

“SLIM-MESH” TECHNIQUE: RISULTATI A BREVE-MEDIO TERMINE SU 22 CASI DI ERNIA GIGANTE E MASSIVA DELLA PARETE ADDOMINALE

S.A. Canton, C. Pasquali

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche (DiSCOG), Padova

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è di analizzare i risultati a breve-medio termine della nuova tecnica laparoscopica “Slim-Mesh” (SM) nel trattamento delle ernie giganti (EG, maggiori 10 cm e minori 20 cm) e massive (EM, maggiori o = 20 cm) della parete addominale senza l'uso di punti di fissaggio transparietali.

Materiali e metodi: Da settembre 2009 ad aprile 2018, 22 pazienti portatori di EG/EM sono stati sottoposti a riparazione chirurgica con tecnica SM presso il nostro Dipartimento. I dati relativi alla nostra casistica sono stati raccolti prospetticamente nel 59% e retrospettivamente nel 41% dei casi.

Risultati: Il 68.2% dei pazienti erano maschi e l'età media della nostra casistica era di 64 anni (range:42-82 anni). Le EG e le EM sono state documentate intraoperatoriamente rispettivamente in 17 e 5 casi. Nei 22 pazienti totali, nei 17 pazienti con EG e nei 5 affetti da EM, il tempo chirurgico medio è stato rispettivamente di 128 minuti (range:70-240 minuti), 116.8 minuti (range:70-155 minuti) e 169 minuti (range:105-240 minuti).

In 11 (50%) pazienti la misura intraoperatoria dell'ernia è risultata maggiore di quella preoperatoria, di cui 7 (63.6%) e 4 (36.4%) erano affetti rispettivamente da laparocoele ed ernia ventrale.

In 7 (31.8%) casi la laparoscopia ha evidenziato la presenza di ernie aggiuntive della parete addominale e misconosciute all'ecografia e/o TC. Nel 95.5% dei casi è stata impiegata una rete protesica composita Proceed grande anche fino a 30 cm, nel rimanente 4.5% dei casi è stata usata una mesh non composita B BRAUN Omyra®. Nella maggioranza (72.7%) dei casi come dispositivo di fissaggio abbiamo impiegato le graffe assorbibili SecureStrap.

Nel nostro studio la durata media di degenza è stata di 3 giorni. Il tempo medio di follow-up è stato di 34 mesi (range:1-103 mesi). Non ci sono state complicanze postoperatorie precoci nè tardive.

Conclusioni La tecnica SM per il trattamento delle EG/EM rende agevole la manipolazione intraddominale di una mesh gigante o enorme.

Nella nostra esperienza, come nel caso del trattamento delle ernie piccole e medie della parete addominale, SM si è dimostrata una metodica altrettanto semplice, veloce ed economica anche nella riparazione di EG/EM.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

IL RUOLO DELLA LAPAROSCOPIA IN URGENZA NEL TRATTAMENTO DI LAPAROCOLI ED ERNIE DELLA PARETE ADDOMINALE ANTERIORE COMPLICATI

F. Monari, G. Martorelli, V. Alagna, M. Grassia, P. Berti, G. Corbucci Vitolo, C. Gabbianelli, F. Vandi, A. Lucchi

UOC Chirurgia Generale - Ospedale Ceccarini, Riccione

Obiettivi: Il trattamento in urgenza dei difetti della parete addominale anteriore è spesso gravato da risultati a breve e lungo termine deludenti e il ruolo della laparoscopia in questi casi è tuttora dibattuto. Riportiamo la nostra esperienza nel trattamento laparoscopico in urgenza di laparocoli ed ernie della parete addominale anteriore complicati.

Materiali e metodi: Da gennaio 2009 a gennaio 2018 abbiamo effettuato 17 interventi con approccio laparoscopico per laparocoli o ernia della parete addominale anteriore in urgenza. Abbiamo raccolto i dati pre- intra- e postoperatori dei pazienti in un database prospettico. I difetti erniari sono stati registrati secondo la classificazione EHS.

Risultati: L'età media dei pazienti trattati è stata di 67 anni (range 38-91) e 6 di questi (35.3%) erano maschi. Il BMI medio è risultato di 27.3 (range 19-45) e in 5 casi (29.4%) il BMI era ≥ 30 . Nella maggior parte dei casi ci siamo trovati ad affrontare laparocoli (11 casi, 64.7%) e uno di questi presentava una recidiva dopo plastica diretta. La larghezza del difetto è stata classificata in 8 casi W1 (47.1%), in 5 casi W2 (29.4%) e in 4 casi W3 (23.5%). Il tempo operatorio medio è stato di 84 minuti (range 20-150). In due pazienti non è stato possibile utilizzare materiale protesico: in un caso è stato identificato un difetto di 1,5 cm e nell'altro paziente è stato necessario effettuare una resezione ileale con anastomosi a causa di una ischemia intestinale. In nessun caso è stato necessario convertire l'intervento. Un paziente (5.9%) è deceduto nel postoperatorio a causa di complicanze cardiache. La degenza media è risultata di 3.1 giorni (range 1-7). Tra le complicanze abbiamo registrato un solo sieroma postoperatorio (5.9%) che non ha richiesto trattamenti invasivi. Non abbiamo osservato infezioni del sito chirurgico o altre complicanze a 30 e 90 giorni dall'intervento. Dopo un follow up medio di 30 mesi (range 3-72) non abbiamo registrato recidive.

Conclusioni: La laparoscopia nel trattamento delle ernie della parete anteriore è fattibile e sicura anche in urgenza, con risultati soddisfacenti sia a breve che a lungo termine. L'approccio mini-invasivo permette di trattare agevolmente anche pazienti con obesità patologica, anche severa, con tempi operatori ridotti e minimi rischi di infezione del sito chirurgico.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE **08:30-10:00**

PARETE: VLS

SALA C

PRIOR LAPAROSCOPIC APPROACH FOR A SMALL BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY INCARCERATED INGUINAL HERNIA: A CASE REPORT

R. Somigli, A. Grapsi, G. Fiorenza

Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio, Firenze

Background: The aim of this case report is to demonstrate the feasibility of a laparoscopic approach in a non-elective surgery for diagnosis and resolution of incarcerated small bowel loop in an inguinal hernia causing a small bowel obstruction.

Materials and methods: We report a case of a 62-years old man with an incarcerated inguinal hernia causing a small bowel obstruction who was treated with an emergency operation. A laparoscopic approach was performed in order to reduce the suffering loop in the abdominal cavity before the reparation of the hernia.

Results: We successfully treated our patient with a prior laparoscopic approach and traditional hernia repair. Postoperative recovery was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 3. No recurrence of inguinal hernia was noted at the 3-months follow-up.

Conclusions: The exploratory laparoscopy to diagnosis and check the viability of the bowel loop in an incarcerated inguinal hernia before a traditional repair was successful in our patient, suggesting its use for emergency hernia repair. We demonstrate that a laparoscopic approach in case of emergency intervention for incarcerated hernia with small bowel obstruction is feasible and safe, provided that factors such as laparoscopic surgical experience, careful patient selection, and correct preoperative diagnosis are guaranteed.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

IMPIEGO DI UNA RETE TRIDIMENSIONALE ANATOMICA E SENZA MEZZI DI FISSAGGIO NELLA TAPP: ESPERIENZA MONOCENTRICA

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

Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo

Introduzione: L'ernioplastica inguinale è uno degli interventi più frequenti in chirurgia generale. L'approccio laparoscopico mediante TAPP, in mani esperte, è una valida alternativa, nei casi di ernie bilaterali e recidive, alla plastica secondo Lichtenstein con recidive e complicanze sovrapponibili ma con guarigione più rapida e minor dolore postoperatorio.

Il mercato offre svariate protesi, sintetiche, biologiche, autofissanti, autoconformate, con la caratteristica comune di essere difficili da posizionare.

La rete leggera 3 D Max (Bard) a pori larghi, tridimensionale e disegnata per conformarsi anatomicamente al canale inguinale è più facile da posizionare rispetto alle protesi convenzionali e non necessita di fissaggio, rendendo la TAPP una procedura semplice e rapida.

Materiali e metodi: Viene riportata la casistica non selezionata di TAPP con rete 3 D Max dal marzo 2015 all'aprile 2018 del nostro Reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale Bassini (Cinisello Balsamo, Milano).

Risultati: 135 ernioplastiche laparoscopiche con rete 3 D Max sono state effettuate, di cui 44 bilaterali, 83 oblique esterne, 64 dirette, 15 crurali, 1 otturatoria. 14 erano recidive, 6 erano incarcerate, 2 effettuate in urgenza. Tempo operatorio medio: 54 minuti. Il follow up medio è di 24 mesi, mentre il minimo follow up è di 5 mesi. E' stata registrata una recidiva (paziente prostatectomizzato), due sieromi trattati mediante agocentesi e la persistenza di bulging postoperatorio in assenza di recidiva (ernia voluminosa).

La valutazione del dolore nel periodo postoperatorio (scala VAS) è risultato tra 1-3 per 90 pazienti e 4-6 per 45 pazienti. Non si è registrato dolore cronico (>3 mesi) post-chirurgico.

Conclusioni: La TAPP con rete 3 D Max autoconformata, non fissata, è una tecnica rapida, sicura, efficace e facilmente riproducibile. Il non fissaggio della rete non espone all'aumento di recidive.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

VALUTAZIONE COSTO-EFFICACIA NELLA RIPARAZIONE DELL'ERNIA INGUINALE BILATERALE OPEN VERSUS LAPAROSCOPICA: STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO

V. Ferri, B. Ielpo, E. Vicente, Y. Quijano, H. Duran, E. Diaz, I. Fabra, R. Caruso, L. Malave, I. Torrijo, R. Isernia

Ospedale Universitario Madrid Norte Sanchinarro, Madrid (SPAGNA)

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è di confrontare l'efficacia della riparazione di Lichtenstein (OL) aperta con la riparazione laparoscopica trans-addominale preperitoneale (TAPP) per le ernie inguinali bilaterali confrontando i risultati clinici e l'analisi costi.

Riepilogo raccolta dati: Un'analisi costi-efficacia della riparazione di ernia inguinale aperta versus laparoscopica non è stata ancora ben affrontata, in particolare per quanto riguarda l'ernia bilaterale.

Metodi: Si tratta di uno studio prospettico randomizzato condotto presso l'Ospedale Universitario Sanchinarro.

I casi di ernia inguinale bilaterale primaria, riducibile, sono stati inclusi e randomizzati utilizzando un semplice programma di randomizzazione.

I parametri di outcome includono i costi chirurgici ed i risultati post-operatori, gli anni di vita adeguati alla qualità della vita (QALY) e il costo incrementale per QALY guadagnato, o il rapporto incrementale di costo / efficacia (ICER).

Risultati: Tra marzo 2013 e gennaio 2017, 165 pazienti sono stati arruolati in questo studio, 81 di loro sono stati sottoposti a TAPP e 84 OL.

La procedura TAPP ha presentato meno dolore post-operatorio immediato ($p = 0,037$), un minor tempo di ospedalizzazione ($p = 0,001$) e un minor tasso di complicanze postoperatorie ($p = 0,002$) rispetto all'approccio OL. Il costo complessivo della procedura TAPP è risultato più elevato rispetto al costo OL (1.683,93 € rispetto a 1192,83 €, $p = 0,027$). Il valore medio di QALY a un anno, per TAPP (0,894) è risultato superiore a quello associato a OL (0,6765) ($p = 0,018$). A una soglia di disponibilità economica di 20.000 € e 30.000 €, c'era una probabilità del 95,38% e del 97,96% che TAPP risultasse più conveniente rispetto a OL.

Conclusioni: La procedura TAPP nel trattamento dell'ernia inguinale bilaterale offre migliori risultati in termini di costi-efficacia rispetto alla tecnica open.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE A RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI ERNIE DELLA PARETE ADDOMINALE IN DAY SURGERY

L.D. Bonomo, M. Giaccone, A. Caltagirone, A. Nicotera, M. Grasso, A.B. Bellocchia, S. Sandrucci

A.O.U. Città della Salute e della Scienza, Torino

Obiettivi: L'approccio laparoscopico al trattamento dei difetti di parete addominale rappresenta attualmente una valida alternativa alla tecnica open, riducendo in modo significativo la durata della degenza e permettendo di conseguenza l'esecuzione di questi interventi in regime di Day Surgery. Il confronto tra le due tecniche è stato anche oggetto di una metanalisi Cochrane (1) che non ha dato evidenze definitive sulla superiorità della laparoscopia, soprattutto a causa dell'eterogeneità delle serie a disposizione. Non è ancora chiaro inoltre quali siano le caratteristiche ideali del paziente candidabile all'intervento laparoscopico in regime di Day Surgery. L'obiettivo del nostro lavoro è definire tali criteri.

Materiali e metodi: Lo studio ha incluso 94 pazienti affetti da laparocoele di prima diagnosi o recidivo. Questi sono stati sottoposti ad intervento laparoscopico presso la Day Surgery della Città della Salute e della Scienza di Torino nel periodo compreso tra il 1° Gennaio 2011 e il 1° Gennaio 2018. Lo studio è retrospettivo e come outcome è stata considerata la necessità di conversione a ricovero ordinario (dimissione > 1° giornata postoperatoria).

Risultati: La conversione a ricovero ordinario si è resa necessaria in 15 pazienti (16%). I fattori significativi per questo evento sono risultati essere la presenza di più di un orifizio erniario ($p=0.001$), laparocoele recidivo ($p=0.002$), diametro della porta erniaria > 10 cm ($p<0.0001$) e classe II di rischio anestesilogico secondo la classificazione dell'American Society of Anesthesiologists (ASA II, $p=0.022$). Questi fattori sono stati confermati dall'analisi logistica binaria univariata. Un modello stepwise di analisi multivariata ha indicato come determinanti per l'evento in esame un diametro dell'ernia > 10 cm (OR 7.0, IC 95% 1.1-46.4, $p=0.045$) e una classe ASA II (OR 5.2, IC 95% 1.2-25.5, $p=0.043$).

Conclusioni: Questo lavoro ha valutato i criteri di selezione per i pazienti da candidare a trattamento laparoscopico dei laparoceli in regime di Day Surgery. Tra i fattori esaminati laparoceli multipli o recidivi sono apparsi come possibili criteri di selezione anche se il loro ruolo non è stato confermato dall'analisi multivariata. I criteri significativamente associati ad un outcome sfavorevole sono stati un diametro della porta erniaria > 10 cm e una classe ASA II.

Bibliografia

1. 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. 2011 Mar 16; (3): CD007781.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

UTILIZZO DI NUOVE RETI PROTESICHE NELLE ERNIOPLASTICHE INGUINALI VL TEP

P. Colombo, A. Formiga

Clinica Zucchi Monza, Monza

TEP Tecniche con uso di mesh protesica Progrid (autoancorante) e Protack (mesh in collagene bovino autoassorbibile)

La patologia erinaria della parete inguinale rimane tutt'oggi l'intervento maggiormente eseguito in Chirurgia Generale, a volte intervento certo non di facile approccio, dovuto questo al trattamento delle recidive ed anche delle ernie complicate (intasate, incarcerate e strozzate).

Il trattamento mediante open surgery, incisione inguinale sulla linea di Malgagne, successiva ricostruzione mediante la tecnica di Lichtenstein o Trabucco, continuano ad essere gli interventi di punta per il trattamento di una ernia primaria... ma sarà sempre così?

Le cose si complicano se il trattamento chirurgico di riparazione della porta erniaria viene eseguito per riparare l'ernia inguinale recidiva. La presenza della cicatrice chirurgica superficiale, la protesi che spositionata e l'eventuale infiammazione che ne consegue, possono sovvertire l'anatomia dei piani muscolari e rendere il posizionamento di una nuova mesh un intervento complesso.

Quindi, un approccio chirurgico indiretto, laparoscopico addominale o extraperitoneale, rimane quindi un elemento fondamentale per il trattamento delle recidive erniarie, mono e bilaterali. Ovviamente nulla controindica il trattamento primario di un ernia inguinale con queste tecniche.

Nel caso clinico che andremo ad illustrare nei particolari, esporremo il trattamento chirurgico di un'ernia inguinale obliqua esterna, bilaterale, mediante tecnica TEP con l'utilizzo di due differenti tipo di protesi:

- Mesh Progrid autoancorante (modello), modellata dal chirurgo in base alle caratteristiche anatomiche del paziente
- Mesh Protack in collagene bovino a lento riassorbimento

Il decorso clinico postoperatorio è stato esente da complicanze, con buon controllo del dolore che non ha comportato l'utilizzo di farmaci ad eccezione del paracetamolo al bisogno per 24h. Dimissione a 36 h dall'intervento. Controllo a 1 settimana, a 6 mesi ed 1 anno confermano la guarigione completa del paziente.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

ERNIOPLASTICA INGUINALE CON APPROCCIO TRANSADDOMINALE PRE-PERITONEALE (T.A.P.P.): OUTCOMES, COMPLICANZE E RECIDIVE IN CASISTICA DI 329 ERNIE

S. Del Ferraro, N. Menegat, A. Reggiori, M. Cannavò, F. Pavesi, L. Latham, M. Berselli, E. Cocozza

ASST Settelaghi, Varese

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'outcome dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di ernioplastica inguinale con approccio laparoscopico per via pre-peritoneale (T.A.P.P, transabdominal preperitoneal) valutando i tassi di recidiva e di complicanze (ematomi, sieromi, infezioni, dolore post-operatorio, dolore cronico).

Materiali e metodi: Nel nostro centro, tra ottobre 2010 e marzo 2017, 195 pazienti affetti da ernia inguinale (età media 61 anni, range 32-84) sono stati sottoposti a riparazione T.A.P.P. con rete non riassorbibile in polipropilene fissata con clips riassorbibili e collante di fibrina. Nello specifico 137 interventi di ernioplastica bilaterale (in 103 casi ernia entrambe primitive, in 31 casi una primitiva e una recidiva, in 1 caso recidiva bilaterale) e 61 monolaterale (6 primitive e 55 recidive) per un totale di 329 ernie riparate. I pazienti sono stati seguiti con follow-up ambulatoriale fino a 12 mesi dall'intervento, successivamente i dati sono stati raccolti telefonicamente e solo in caso di problemi i pazienti sono stati rivisti in ambulatorio (f.u. medio 25 mesi, in 38 pazienti f.u. < 12 mesi, in 157 paziente ≥ 12).

Risultati: Le complicanze che si sono registrate sono state le seguenti: 10 casi di ematoma inguino-scrotale (3% sul totale delle ernie riparate), 8 casi di sieroma (2,4 %), 2 casi di parestesie in regione scrotale (0,6 %), 1 caso di ipoestesia in regione crurale (0,3 %), 1 caso di orchiepididimite (0,3 %), 1 caso di idrocele (0,3 %), 9 casi di dolore cronico (2,7 %), nessuno caso di infezione di ferita o della protesi, nessun caso di lesione vascolare o viscerale. Per quanto riguarda le recidive sono state 7 (2,1%), di cui 3 pazienti rioperati per via anteriore (2 interventi secondo Lichtenstein, 1 intervento di asportazione di lipoma erniario, senza evidenza di sacco peritoneale), 3 pazienti hanno rifiutato il reintervento, 1 paziente è tuttora in attesa di reintervento per via anteriore. Per la valutazione del dolore è stata utilizzata la scala VAS, a tre mesi 22 pazienti riferivano VAS ≥ 2 , di cui a sei mesi risolto in 3 casi, migliorato in 6 casi e invariato in 12 casi. Quindi dei 18 pazienti che a sei mesi riferivano ancora dolore e rivalutati a un anno dall'intervento, in 7 casi risolto, in 4 casi migliorato, in 7 casi invariato. Dei 4 pazienti che a 3 mesi riferivano VAS 7, solo in 1 caso si è risolto, gli altri 3 riferiscono dolore cronico (0,9 %).

Conclusioni: Dai risultati si evince una bassa incidenza di complicanze e dolore post-operatorio, ma i pochi casi di dolore post-operatorio persistente spesso esitavano in dolore cronico. Incidenza di recidiva 2,1 %. L'obiettivo prossimo è proporre l'intervento in regime di day hospital in casi selezionati, al momento la dimissione avviene solitamente in prima giornata post-operatoria.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **08:30-10:00**

PARETE: VLS

SALA C

RECIDIVE DOPO PLASTICA LAPAROSCOPICA DI LAPAROCELE: CAUSE E PREVENZIONE

G. Celona, C. Bagnato, F. Filidei, S. Sergiampietri, D. Pietrasanta, A. Costa

Azienda USL Toscana Nord-Ovest, Pontedera

Il tasso di recidiva dopo trattamento laparoscopico di laparocele oscilla fra 5.3 e 8.7 %. Cause frequenti sono gli errori tecnici quali l'utilizzo di reti di dimensioni inadeguate con overlap insufficiente, una fissazione della rete debole, uno shrinkage della protesi o la presenza di lacune o aree di debolezza parietali non riconosciute all'intervento. L'infezione del sito chirurgico, precedenti interventi di plastica erniaria inefficaci, la tosse cronica e l'obesità sono fattori direttamente correlati al paziente. Di seguito riportiamo la nostra esperienza in merito con particolare riferimento alle recidive ed alle loro cause.

Da settembre 2012 ad aprile 2018, 146 pazienti con laparocele sono stati selezionati per eseguire un intervento di plastica laparoscopica. Il tasso di conversione in open è stato pari all'11 % (16 casi). In 103 (79 %) pazienti si trattava di laparoceli postchirurgici, in 27 (21 %) di ernie primitive. Nei primi 44 casi è stata usata una rete composita flessibile (Physiomesh, Ethicon), mentre successivamente è stata sempre usata una rete in poliestere con idrogel di protezione (Parietex Composite, Medtronic). La protesi è stata sempre posizionata in sede intraperitoneale, senza chiusura del difetto, utilizzando in una prima fase solo tacks riassorbibili, quindi successivamente una combinazione di sistemi di fissaggio riassorbibili e permanenti, sempre posizionati a doppia corona, con un overlap pari ad almeno 5 cm. Il follow-up medio è stato 33 mesi (range 1-66 mesi). Una recidiva del laparocele clinicamente evidente è stata riscontrata in 11 (8.4 %) pazienti. Fra queste recidive 5 pazienti sono stati da noi sottoposti ad nuovo intervento laparoscopico per un'ulteriore plastica. In 3 casi fra questi le recidive apparivano all'esterno del tratto di parete della cavità addominale sottoposta a plastica, evidentemente in aree che al primo intervento erano state giudicate indenni; la riparazione precedente appariva regolare. La nuova plastica è stata eseguita applicando una protesi più ampia, sovrapposta o accanto alla precedente. In una paziente fra questi, obesa e con una broncopneumopatia cronica ostruttiva, si è verificata un'ulteriore recidiva che, alla fine, ha comportato la necessità di un trattamento open. In 2 casi fra i 5 da noi operati nuovamente, la recidiva è avvenuta nella sede di introduzione del trocar da 10 mm. Una condizione di obesità era presente in tutti i casi di recidiva, mentre un'infezione del sito chirurgico in 2 pazienti.

La nostra esperienza supporta, tra l'altro, il concetto che una riparazione ottimale per via laparoscopica di un laparocele comporta la necessità di includere l'esposizione di tutta la precedente incisione chirurgica, utilizzando reti di dimensioni adeguate, fissate in prevalenza con mezzi non riassorbibili. Una particolare attenzione va riservata alla corretta chiusura degli accessi laparoscopici più ampi. L'obesità e l'infezione del sito chirurgico rappresentano un importante fattore prognostico per la recidiva.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY COMPARING SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC VERSUS MULTI-TROCAR LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL (TEP) INGUINAL HERNIA REPAIR AT 2 YEARS

L. Cardinali¹, G. Dapri²

¹ Università Politecnica delle Marche, Ancona

² Department of Gastrointestinal Surgery, European School of Laparoscopic Surgery, Saint Pierre University Hospital, ULB, Bruxelles (BELGIO)

Background: Inguinal hernia repair via multi-trocar laparoscopy (MTL) has gained an increasing popularity worldwide. Single-incision laparoscopy (SIL) has been introduced to reduce the port-related complications and to improve the cosmetic results. The authors report a prospective randomized study comparing SIL versus MTL totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair.

Methods: Between January 2013 and May 2015, 113 versus 97 patients were prospectively randomized between SILTEP and MTLTEP. Perioperative, short-term, and mid-term outcomes have been assessed. The primary endpoint was the mid-term outcomes (late postoperative complications, late inguinal hernia recurrence, surgical and cosmetic satisfactions). Secondary endpoints were perioperative outcomes (operative time, mesh fixation, operative complications, postoperative pain, and hospital stay) and short-term outcomes (early postoperative complications, early inguinal hernia recurrence, and days to return to normal activities).

Results: After a mean follow-up of 27 ± 8 months, a statistically significant difference was found between the two groups in terms of mean operative time for both unilateral and bilateral inguinal hernia repair ($p = 0.016$; $p = 0.039$) and cosmetic satisfaction ($p = 0.003$).

Conclusion: Perioperative, short-term, and mid-term outcomes were comparable between the two groups. At 2-year follow-up, a significant shorter operative time after MTLTEP and a greater cosmetic satisfaction after SILTEP have been found.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

PARETE: VLS

SALA C

PRIMA ESPERIENZA CON L'UTILIZZO DI PROTESI BIOSINTETICHE IN 4-POLIIDROSSIBUTIRRATO (4PHB) PER DIFETTI DI PARETE IN CAMPO CONTAMINATO (GRADO 3)

V. Guglielmino, S.M. Pessione, L. Rapetti

AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Obiettivi: Valutare i risultati a breve e medio termine, Surgical Site Occurrences (SSO) e recidive, dell'utilizzo di protesi in 4PHB in campo contaminato (difetti di parete di grado 3), in elezione ed in urgenza, come alternativa alle protesi biologiche, attualmente unico dispositivo consigliato in letteratura.

Materiali e metodi: Revisione retrospettiva della nostra casistica tra aprile 2015 e maggio 2018. I criteri per l'utilizzo di protesi in 4PHB sono stati: difetto di parete di grado 3, assenza di infezione sistemica al momento dell'intervento, possibilità di completa riapprossimazione della linea mediana.

Risultati: 13 pazienti sono stati: età media 57 anni; BMI medio 27; fumo attivo 61%; pazienti diabetici/pneumopatici 8/39%. Il 31% per infezione/ascesso di pregressa protesi, 23% per chiusura di addome aperto, 23% dopo intervento contaminato, 23% per recidiva con pregressa SSO. La tecnica utilizzata è stata: Rives-Stoppa 9/13 (69%); open component separation anteriore 3/13 (23%), posteriore 1/13 (8%). L'incidenza di SSO è stata del 23%: due deiscenze di ferita trattate con VAC-terapia e 1 deiscenza profonda con associato ascesso. Casi di recidiva 0% con follow-up medio di 17 mesi (range 3-31).

Conclusioni: Il vantaggio delle protesi biologiche di resistere alla colonizzazione batterica ha permesso, dalla loro introduzione, di considerare l'utilizzo di materiale protesico in campo contaminato.

Le linee guida Ventral Hernia Working Group (2010) le consigliano per il grado 3 (livello di evidenza B); sulla stessa linea si colloca la World Society of Emergency Surgery con le linee guida sulla chiusura dell'addome aperto (forza di raccomandazione 2B) e sulla gestione delle ernie di parete in urgenza (2C).

Le protesi biosintetiche costituiscono uno scaffold per la colonizzazione di tessuto endogeno a formare una neofascia e sono completamente riassorbibili, oltre a resistere alla colonizzazione batterica: esse ricalcano pertanto le caratteristiche che hanno reso fino ad ora le protesi biologiche quelle raccomandate in campo contaminato. La recente immissione sul mercato spiega l'assenza di letteratura che riporti i loro risultati nel grado 3. Limitatamente alla nostra esperienza, gravata tuttavia da scarsa numerosità e breve follow-up, esse hanno dimostrato un tasso di SSO paragonabile a quello delle protesi biologiche ma un tasso di recidiva inferiore. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che il loro riassorbimento, a differenza di quello delle protesi biologiche, mediato da metallo-proteasi fisiologicamente abbondanti in campo contaminato, avviene per idrolisi, non influenzata dalla concentrazione batterica. Ulteriori studi su campioni di maggiori dimensioni e con follow-up a lungo termine sono necessari per chiarire se esse possano rappresentare una valida alternativa ai materiali biologici.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 16:30-18:00

CORSO PSICOLOGI PSICHIATRI SICOB

IL FENOMENO DEL WEIGHT REGAIN:

IL RUOLO DELLA MENTE - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

QUALITÀ DI VITA MENTALE E GRAVITÀ DELL'OBESITÀ NEI PAZIENTI CANDIDATI A CHIRURGIA BARIATRICA

V. Martinelli¹, M. Zugnoni³, E. Pellegrino¹, C. Klersy⁴, S. Masi³, R. Caccialanza³, C. Muggia⁵, P. Politi², B. Viscardi², C. Cavallotto², F. Bruno¹, N. Mineo¹, A. Peri¹, A. Pietrabissa⁶

¹ Ambulatorio Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

² Dipartimento di Scienze del sistema nervoso e del comportamento, Università di Pavia

³ UOC Dietetica e nutrizione clinica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

⁴ Servizio biometria e statistica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

⁵ Medicina Generale 2, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

⁶ S.C. Chirurgia Generale 2, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Obiettivi: Indagare la qualità di vita e la prevalenza di disagio psichiatrico in un campione di soggetti candidati a chirurgia bariatrica.

Materiali e metodi: Sono riportati i dati preliminari relativi alla prima fase (T0) di uno studio longitudinale finalizzato a valutare l'efficacia dell'intervento chirurgico (by-pass gastrico e sleeve gastrectomy) in termini di calo ponderale, modificazione della composizione corporea, aspetti psicopatologici, qualità di vita e comportamento alimentare nei pazienti operati. La valutazione iniziale prevede un colloquio psichiatrico integrato dai questionari Symptom Checklist-90 (SCL-90), Binge-Eating Scale (BES) e 12-Item Short Form Health Survey (SF-12), per la valutazione di disagio psichico, alimentazione incontrollata, qualità di vita. Sono state raccolte variabili sociodemografiche e cliniche. Sono stati confrontati pazienti con obesità di grado II vs. III mediante il test t di Student (dati continui) o il test esatto di Fisher (dati categorici).

Risultati: Sono stati arruolati 45 soggetti di età media 40 ± 11 anni, in prevalenza di sesso femminile (M/F=3/42), BMI medio 43 ± 7 kg/m². Nell'intero campione, i punteggi relativi al dominio fisico (PCS) e mentale (MCS) della qualità di vita sono risultati significativamente inferiori alla popolazione generale ($35,49 \pm 12$ e $42,37 \pm 8$, rispettivamente). I pazienti con obesità di II grado hanno riportato punteggi relativi alla qualità di vita mentale significativamente inferiori rispetto ai pazienti con obesità di III grado ($38,6 \pm 8,1$ vs $44,2 \pm 8$; $p=0,04$). Non è emersa nessuna altra differenza statisticamente significativa tra i due gruppi in termini di dominio fisico della qualità di vita, comorbilità, diagnosi psichiatrica, dati sociodemografici.

Conclusioni: Contrariamente a quanto atteso, i dati suggeriscono una maggiore compromissione del dominio mentale della qualità di vita in pazienti con BMI < 40. La prosecuzione dello studio longitudinale permetterà di approfondire l'associazione tra qualità di vita e gravità dell'obesità, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare individualizzata.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 16:30-18:00

CORSO PSICOLOGI PSICHIATRI SICOB

IL FENOMENO DEL WEIGHT REGAIN:

IL RUOLO DELLA MENTE - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

EFFETTI DELL'INTERVENTO CHIRURGICO SUL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, TONO DELL'UMORE E ATTIVITÀ FISICA NEL PAZIENTE BARIATRICO

L. Beltrame¹, A. Sartori¹, A. De Rossi¹, T. Menegatti¹, M. De Palma¹, S. Carandina^{1,2}

¹ Clinica Madonna della Salute, Porto Viro

² Clinique Saint Michel, Tolone (FRANCIA)

Obiettivi: Nel presente studio è stato analizzato l'effetto dell'intervento chirurgico integrato con l'intervento psicologico pre e postoperatorio, sulla modifica di alcune variabili psicologiche e comportamentali come l'attività fisica, il tono dell'umore e il comportamento alimentare in pazienti affetti da obesità e sottoposti a chirurgia bariatrica.

Materiali e metodi: 69 pazienti (12 m, 57 f) con età media di 39 anni e BMI medio di 41, tra marzo 2016 e dicembre 2017 sono stati operati di un intervento di chirurgia bariatrica alla Clinica Madonna della Salute di Porto Viro (RO). Prima dell'intervento ogni paziente ha completato l'iter preoperatorio secondo le linee guida nazionali (SICOB) e internazionali (IFSO).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicologica e comportamentale preoperatoria che consisteva nel colloquio clinico e nella somministrazione dei questionari di autocompilazione: Binge Eating Scale (BES) e Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) rispettivamente per lo screening della capacità di controllare il comportamento alimentare e il disagio psicologico (considerando in particolare la sottoscala Depressione-D). Gli stessi strumenti sono stati utilizzati nel follow-up in occasione dei controlli psicologici postoperatori a 6 mesi e ad 1 anno dall'intervento. Inoltre i pazienti sono stati invitati a svolgere un'attività fisica già a partire dal primo colloquio postoperatorio con il chirurgo a 1 mese dall'intervento.

Risultati: Tredici pazienti sono stati sottoposti a Bypass (9 RYGB e 4 OAGB) e 56 pazienti a sleeve gastrectomy. La percentuale di perdita dell'eccesso di peso era in media del 51 % a 6 mesi e del 70 % a 1 anno. Alla valutazione psicologica e comportamentale prechirurgica 3 pazienti (4.3%) riferivano difficoltà nel controllo del comportamento alimentare significative dal punto di vista clinico (scala BES con punteggio ≥ 28) pertanto sono stati inseriti in un percorso di psicoeducazione al fine di migliorare il controllo del comportamento alimentare prima dell'intervento (punteggio scala BES ≤ 17 prima dell'intervento). I dati raccolti dimostrano a 6 mesi e ad 1 anno dall'intervento: una diminuzione significativa e stabile di comportamenti alimentari disfunzionali riportati e un aumento significativo del controllo del comportamento alimentare in tutti i pazienti (riduzione significativa della scala BES, $p < 0.00001$). Una riduzione significativa della sottoscala D all'SCL-90. Un aumento significativo del numero di pazienti che praticano regolarmente attività fisica ($p < 0.00001$).

Conclusioni: La valutazione ed eventuale intervento psicologico e psicoeducativo nel pre-operatorio permette una precoce individuazione e trattamento dei pazienti con significative difficoltà nel controllo del comportamento alimentare prima dell'intervento bariatrico. Entro 1 anno dall'intervento si osservano un miglioramento del tono dell'umore e del comportamento alimentare oltre ad una modifica dello stile di vita.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 16:30-18:00

CORSO PSICOLOGI PSICHIATRI SICOB

IL FENOMENO DEL WEIGHT REGAIN:

IL RUOLO DELLA MENTE - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

WEIGHT REGAIN E DINAMICHE FAMILIARI

E. Di Camillo, M. Del Sal, A. Balani

Presidio Ospedaliero Gorizia/Monfalcone AAS n. 2 Isontina-Bassa Friulana, Gorizia

Introduzione: La ripresa del peso dopo intervento di chirurgia bariatrica è un fenomeno che si manifesta abbastanza frequentemente e al quale si sta iniziando a dare un'attenzione particolare non solo dal punto di vista medico-chirurgico e dietistico ma anche psicologico. Una review (Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. Karmali S1, Brar B, Shi X, Sharma AM, de Gara C, Birch DW.) fatta su 60 studi ha evidenziato che le cause della ripresa del peso è multifattoriale, concorrono infatti fattori psichiatrici, psicologici, endocrino/metabolici, non aderenza alla dieta e chirurgici specifici.

Lo stato psicologico è fortemente influenzato dall'ambito familiare e dalle dinamiche familiari e pertanto questi fattori possono influire anche sulla ripresa del peso dopo intervento di chirurgia bariatrica.

Lo scopo, attraverso l'analisi di un caso clinico, è quello di verificare in che modo questo accade e quali sono in particolare le dinamiche familiari che incidono maggiormente.

Caso clinico: Donna di 37 anni, sottoposta a sleeve gastrectomy laparoscopico con peso iniziale di 96 kg (BMI 35) in terapia ipertensiva, a distanza di 6 mesi presenta un peso di 62,5 kg. Al colloquio psicologico di controllo riferisce ripresa del piluccamento. Presente inoltre distorsione dell'immagine corporea, insoddisfazione dei risultati ottenuti e reazioni di tipo aggressivo in ambito familiare.

Durante i colloqui emerge chiaramente come nel rapporto con la madre il cibo sia sempre stato un mediatore degli scambi emotivi e come l'obesità sia della madre che della paziente e della sorella sia stato il risultato di difficoltà di comunicazione e di impossibilità di esprimere verbalmente la propria rabbia e frustrazione con l'evitamento del conflitto.

Con l'intervento chirurgico, con il conseguente dimagrimento e con l'assunzione del cibo nella sua funzione biologica la paziente "rompe" lo schema familiare generando frustrazione nella madre che continua però a riproporre il cibo come unico veicolo di scambio affettivo. La paziente avverte un senso di colpa che non riesce a gestire e a reggere e che la spinge a riutilizzare il cibo come compensazione e come mezzo di riavvicinamento alla madre. La conseguenza è uno stato di confusione, di irrequietezza e di impossibilità a riconoscersi nell'immagine corporea che vede riflessa nello specchio. Il continuare a vedere la propria obesità allo specchio le permette di riconoscersi ancora come figlia di quella madre e di quel nucleo familiare e di sentirsi pertanto accettata.

Trattamento: Percorso psicoterapeutico finalizzato al riconoscimento delle dinamiche familiari, alla gestione del proprio senso di colpa, al potenziamento della propria autonomia emotiva ed affettiva, all'accettazione del cambiamento fisico e ad acquisire la capacità di esprimere verbalmente le emozioni senza l'uso strumentale del cibo e ad adottare nuove strategie di coping.

Conclusioni: Questo caso clinico porta in evidenza come i cambiamenti del singolo all'interno del proprio nucleo familiare creino un disequilibrio all'interno del sistema che tenderà a ritrovare l'omeostasi originaria. Il sistema familiare tende alla conservazione e alla stabilità. In particolare il legame affettivo tra figlia e madre strutturato sulla base del cibo tenderà a far sì che la rinuncia al cibo e ad una condizione di obesità sia vissuta come rifiuto della relazione stessa. In mancanza di un lavoro sulla indipendenza psicologica è probabile la ripresa di peso come metodo di riavvicinamento e di riconoscimento.

Risulta pertanto importante la presa in carico del paziente obeso non solo dal punto di vista medico-chirurgico, ma anche dal punto di vista psicologico facendo attenzione alle dinamiche familiari.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 16:30-18:00

CORSO PSICOLOGI PSICHIATRI SICOB

IL FENOMENO DEL WEIGHT REGAIN:

IL RUOLO DELLA MENTE - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

LO SWEET EATING COME FATTORE DI RISCHIO REGAIN IN PAZIENTI CANDIDATI A CHIRURGIA BARIATRICA

L. Pierro¹, E. Paone², G. Silecchia²

¹ Dipartimento di psicologia dinamica e clinica – Sapienza Università di Roma

² UOC Chirurgia generale & Bariatric Center of Excellence IFSO, SICOb – Sapienza Università di Roma, Polo Pontino (LT)

Obiettivi: Lo sweet eater è un soggetto in cui almeno il 50% dell'introito alimentare giornaliero di carboidrati raccomandati consiste in zuccheri semplici ed è indotto da distress emotivi (Margot Van Den Heuvel et al., 2009). Attualmente questa rappresenta l'unica definizione presente in letteratura che accomuna fattori emotivi e assunzione di cibi dolci. È noto che lo sweet eating rappresenti un fattore di rischio per il calo ponderale post-operatorio e il weight regain. Può manifestarsi tra i 6 -12 mesi e tra i 2-3 anni successivi ad interventi di chirurgia bariatrica (Sioka et al, 2013). L'obiettivo della seguente comunicazione è di valutare la presenza di sweet eating in pazienti candidati ad intervento di chirurgia bariatrica.

Materiali e metodi: Attraverso il diario alimentare è stata valutata la tendenza al consumo di cibi dolci nei pazienti afferenti al Bariatric Center of Excellence della Sapienza Università di Roma - Polo Pontino, tra il 2014 e 2017.

Risultati: Lo sweet eating dell'intero campione reclutato è pari al 20%. A questo si associano pattern alimentari disfunzionali quali grazing ed emotional eating.

Conclusioni: Lo sweet eating è un pattern alimentare molto presente in pazienti candidati a chirurgia bariatrica. Studi futuri dovrebbero approfondire l'efficacia di trattamenti mirati alla modificazione dello sweet eating nei pazienti richiedenti chirurgia bariatrica sugli outcome postoperatori.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 16:30-18:00

CORSO PSICOLOGI PSICHIATRI SICOB

IL FENOMENO DEL WEIGHT REGAIN:

IL RUOLO DELLA MENTE - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

STILI DI FUNZIONAMENTO FAMILIARE NELL'OBESITÀ

E. Paone¹, V. Campedelli¹, E. Visani², G. Silecchia¹

¹ UOC Chirurgia generale & Bariatric Center of Excellence IFSO, SICOB – Sapienza Università di Roma, Polo Pontino (LT)

² Istituto Italiano Psicoterapia Relazionale, Roma

Da molti studi la famiglia risulta essere un importante mediatore delle condizioni di malattia e determinante nello sviluppo di una condizione di salute. Tali considerazioni si mostrano particolarmente importanti per condizioni cliniche quali l'obesità, dove è acclarata un'interdipendenza tra fattori biologici, psichici e sociali.

Obiettivi: il presente studio preliminare si propone di descrivere gli stili di funzionamento familiare rilevati in persone con diagnosi di obesità.

Metodi: Il campione è costituito da n=63 pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica, reclutati da gennaio a giugno 2018, presso il Bariatric Center of Excellence IFSO SICOB - "Sapienza" Università di Roma- Polo Pontino. Gli strumenti utilizzati sono: una scheda socio demografica, il colloquio clinico e il questionario Faces IV, validato nella versione italiana, Il questionario Faces IV valuta la famiglia attraverso un punteggio di funzionamento globale, diviso in orientamento globale alla salute e orientamento al rischio o funzionamento problematico, ed 8 sottoscale: Coesione bilanciata, Flessibilità bilanciata, Disimpegno, Ipercoinvolgimento, Rigidità, Disorganizzazione, Comunicazione e Soddisfazione

Risultati: da un'analisi preliminare si evince che i punteggi del funzionamento familiare globale vedono il campione di soggetti ripartiti in modo uguale tra le due scale, rientamento alla salute e al rischio.

Nel campione orientato al rischio emerge un elevato punteggio elevato nella sottoscala "ipercoinvolgimento familiare", mentre nel campione orientato alla salute i pazienti hanno ottenuto elevati punteggi alla sottoscala "comunicazione".

Conclusioni: Le persone affette obesità richiedenti chirurgia bariatrica presentano stili di funzionamento familiare molto peculiari se confrontati con campioni di famiglie senza disturbo clinico.

Confrontando tra di loro gli stili di funzionamento, dai dati preliminari emergono chiaramente le divergenze a favore della presenza di un funzionamento familiare peculiare per i soggetti con obesità.

Il seguente studio preliminare mostra la necessità e l'utilità di inserire all'interno della valutazione psicodiagnostica per l'obesità uno strumento specifico volto alla valutazione del funzionamento familiare al fine di facilitare la programmazione di strategie terapeutiche.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

THE PROGNOSTIC VALUE OF KRAS AND BRAF IN STAGE I-III COLORECTAL CANCERS: A SYSTEMATIC REVIEW

G. Sena¹, G. Gallo¹, G. Vescio¹, R. Sacco¹, M. Trompetto², G. Sammarco¹

¹ Department of Medical and Surgical Sciences, O.U. of General Surgery, University of Catanzaro, Catanzaro

² Department of Colorectal Surgery, S. Rita Clinic, Vercelli

Background: Colorectal cancer (CRC) is one of the leading cause of cancer deaths worldwide. The aetiology of CRC is complex and involves interaction on environmental and genetic factors. The two most important pathways are the EGFR signaling pathway, with the involvement of KRAS and BRAF, and the DNA mismatch repair (MMR).

Generally, KRAS and BRAF mutations are mutually exclusive. They are both able to cause RAS/RAF/MAPK signaling pathway upregulation and are necessary for CRC development.

BRAF mutations confers a poor prognosis in Western CRC patients, particularly in metastatic CRC (mCRC) and its mutations occur in approximately 4-20% CRC, with the vast majority being the V600E hotspot mutation. KRAS mutations are observed in 30-40% CRC patients and act as predictive markers of resistance to epidermal growth factor receptor(EGFR)-targeted antibodies in metastatic CRC.

Initial patient management is defined by TNM stage at diagnosis but in patient with stage II and III CRC, TNM staging alone does not predict outcome in CRC patients who may be eligible for adjuvant chemotherapy.

Furthermore, for stage II and III, non-metastatic CRC patients, the prognostic role of BRAF and KRAS mutations is still controversial, particularly comparing microsatellite-unstable (MSI) and -stable tumors (MSS).

The aim of this study was to clarify the impact of KRAS/BRAF mutations on prognosis in patients with stage I-III CRC.

Materials and methods: A systematic review of literature was undertaken to evaluate the prognostic value of KRAS and BRAF mutations in stage I-III colorectal cancers. Four major databases (PUBMED, EMBASE, WEB OF SCIENCE and COCHRANE LIBRARY) were searched.

Results: Ninety-two studies were identified. After screening of titles, abstract and inclusion criteria sixteen articles were included. Of the selected articles, five were prospective, ten were retrospective studies, and one was a combined retrospective/prospective study.

Conclusion: In our opinion, a combination of molecular markers, tumour location with the other clinical-pathological variables and microsatellite status is essential to have a correct prognosis. Nevertheless, this combination could be useful as a predictive factor in stage I-III CRC.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

IL TRATTAMENTO INTEGRATO DEL CARCINOMA DEL RETTO SOTTOPERITONEALE: LA NOSTRA ESPERIENZA QUINDICENNALE SU 195 CASI

S. Di Ganci, P. Carnevali, C. Magistro, C. Bertoglio, M. Origi, L. Zampino, A. Mangili, G.C. Ferrari

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda-S.C. Chirurgia generale, oncologica e mininvasiva, Milano

Introduzione: I tumori del colon-retto sono la terza neoplasia più frequente nel sesso maschile e la seconda in quello femminile. Nel 2016 in Italia ne sono stati diagnosticati 52.000 nuovi casi e, di questi, circa 15.000 erano localizzati al retto.

Il gold standard nel trattamento di questa patologia è rappresentato dalla resezione chirurgica del retto insieme alla TME; inoltre un notevole miglioramento nel controllo locale della malattia e nella riduzione dei tassi di recidiva, in particolare per gli stadi II e III, è stato ottenuto con l'introduzione della chemio-radioterapia neoadiuvante rispetto alla sola chirurgia e alla chemio-radioterapia adiuvante.

L'obiettivo di questo studio è quello di valutare i risultati chirurgici, oncologici e l'outcome funzionale (intestinale, urinario e sessuale).

Materiali e metodi: Nel periodo compreso tra luglio 2001 e dicembre 2017 presso il reparto di Chirurgia generale Oncologica e Mininvasiva dell'Ospedale Niguarda di Milano sono stati eseguiti 195 interventi chirurgici per neoplasie del retto medio-inferiore su pazienti che, per lo stadio clinico, erano stati precedentemente sottoposti a chemio-radioterapia neoadiuvante. Di questi 131 sono stati RAR, 46 amputazioni addomino-perineali sec. Miles, 16 resezioni del retto sec. Hartmann e 2 proctocolectomie totali. L'outcome funzionale è stato valutato, dopo un periodo di follow up minimo di almeno 6 mesi dall'intervento chirurgico, attraverso la somministrazione di questionari specificatamente validati allo scopo secondo quanto riportato in letteratura.

Risultati: 152 interventi sono stati realizzati in laparoscopia e 20 con tecnica robotica, in totale la conversione laparotomica si è resa necessaria in 8 casi e in un solo caso si è passati dalla tecnica laparoscopica a quella robotica.

Nel periodo analizzato il tasso di complicanze chirurgiche è stato del 17,4%, il reintervento è stato necessario in 17 casi e in altri 5 casi è stato sufficiente un trattamento endoscopico o il posizionamento di un drenaggio percutaneo, tutti gli altri sono stati trattati conservativamente.

I tassi di complicanze post-operatorie, le curve di sopravvivenza e i risultati funzionali riscontrati nella nostra casistica sono risultati sovrapponibili a quanto riportato in letteratura.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

NEXT-GENERATION SEQUENCING ANALYSIS OF RECEPTOR-TYPE TYROSINE KINASE GENES IN SURGICALLY RESECTED COLORECTAL CANCER: IDENTIFICATION OF GAIN-OF-FUNCTION MUTATIONS IN THE RET PROTO-ONCOGENE

A. Rizzuto^{1,2}, G. Viglietto¹, R. Sacco¹, F. Corcione²

¹ Università Magna Graecia di Catanzaro

² Azienda ospedaliera dei Colli, Napoli

Background: Improvement in genetic characterization of Colorectal Cancer (CCR) patients is required to propose new potential targets, since surgical resection coupled to chemotherapy, presents several limits such as cancer recurrence and drug resistance. Targeted therapies have more efficacy and less toxicity than standard treatments. One of the most relevant cancer-specific actionable targets are receptor tyrosine kinases (RTKs) whose role in CC need to be better investigated.

Methods: We have analysed 37 CC patients using the Ion AmpliSeq™ Comprehensive Cancer Panel (CCP). We have confirmed the somatic nature of RET variants through Sanger sequencing and assessed RET activation status and protein expression by immunofluorescence and western-blot analyses. We have used RET mutant expression vectors to evaluate the effect of selected mutations in HEK293 cells by performing proliferation, migration and clonogenic assays.

Results: Among the 409 cancer-related genes included in the CCP we have focused on the RTKs. Overall, we have observed 101 different potentially damaging variants distributed across 31 RTK genes in 28 patients. The most frequently mutated RTKs were FLT4, ROS1, EPH7, ERBB2, EGFR, RET, FGFR3 and FGFR4. In particular, we have identified 4 different somatic variants in 10% of CC patients in RET proto-oncogene. Among them, we have demonstrated that the G533C variant was able to activate RET by promoting dimer formation and enhancing Y1062 phosphorylation. Moreover, we have demonstrated that RET G533C variant was able to stimulate anchorage-dependent proliferation, migration and clonogenic cell survival. Notably, the effects induced by the RET G533C variant were abolished by vandetanib.

Conclusions: The discovery of pathogenic variants across RTK genes in 75% of the CC patients under analysis, suggests a previously underestimated role for RTKs in CCR development. The identification of a gain-of-function RET mutation in CCR highlights the potential use of RET in targeted therapy.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

PRECISION MEDICINE TO PATIENTS SURGICALLY TREATED FOR RECTAL CANCER: THE ONCOMINE FOCUS ASSAY

A. Rizzuto^{1,2}, D.M. Oliveira¹, F. Corcione², G. Viglietto¹

¹ Università Magna Graecia di Catanzaro

² Azienda ospedaliera dei Colli, Napoli

Background: Precision medicine, a term used to describe how genetic information about patients' cancer, is used to diagnose and/or treat their disease, requires tight integration among surgeons, oncologists and molecular biologists. With the introduction of next-generation sequencing (NGS) assays for biomarker analysis there has been an explosion in the development of highly effective targeted therapies in cancer. However, NGS requires different approach to identify multiple types of genetic alterations that characterize tumors such as single nucleotide variations, copy number variations and gene fusions.

Aims: With the aim of ameliorating the characterization of patients with gastro-intestinal cancer and discovering novel biomarkers useful to address patients' therapy, we have set up a pipeline that comprises surgery, molecular analysis of resected tumors, identification of druggable target(s) for each tumor and selection of the corresponding drug.

Methods: This work combines the use of NGS with a novel multi-biomarker assay called Oncomine™ Focus Assay. Oncomine™ enables the simultaneous detection of genetic alterations across 52 known oncogenes that can be targeted by available drugs, whose use has been approved by the relevant regulatory institutions. Relevant targets include hotspot mutations in 34 genes, copy number variations in 19 genes and multiple fusions in 23 genes. Patients were recruited among those subjected to surgery for gastro-intestinal cancer at University of Catanzaro.

Results: By use of the Oncomine™, we analysed 25 non-irradiated rectal cancer. Overall we identified 10 different molecular alterations in a total of 10 out of 25 RC patients (40%). Of these, 9 were different SNVs and one was a CNA (4%). SNVs were detected in KRAS (G12V, A146P, A146T, G13D, G12S) in 8 patients (32%), PIK3CA (E545K, E542K) in two patients (8%), ERBB2 (S310F), AKT1 (E17K) and BRAF (V600E) in one patient (4%). Gene amplification of FGFR1 gene (CN=7.5) was observed only in one RC patient, conversely, 5 RC patients showed single SNVs (KRAS, ERBB2, BRAF), 2 RC patients showed the simultaneous presence of mutations in PIK3CA and KRAS, and one RC patient showed mutations in both PIK3CA and AKT1. Again, whereas mutations in BRAF and KRAS were mutually exclusive, RC patients with PIK3CA mutations showed the simultaneous presence of other potentially driver mutations as KRAS and AKT1.

Conclusions: This study provides the proof-of-principle that the simultaneous detection of the most relevant genetic alterations across 52 known druggable oncogenes is a rapid and affordable strategy to identify cancer patients that can benefit from target therapy.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

LECS (LAPAROSCOPY ENDOSCOPY COOPERATIVE SURGERY) NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DISPLASTICHE DEL COLON DESTRO: L'ESPERIENZA DELL'U.O. DI CHIRURGIA GENERALE DI FABRIANO

N. Cianforlini¹, A. Budassi², A. Parca¹, A. Bruni¹, A. Verzelli¹

¹ ASUR AV2, Ospedale Profili, U.O. Chirurgia Generale, Fabriano

² Università politecnica delle Marche, Dipartimento di Chirurgia generale, Ancona

La polipectomia endoscopica rappresenta il trattamento definitivo delle lesioni polipoidi displastiche. Possibili complicanze includono il sanguinamento e la perforazione, quest'ultima più frequente in caso di polipi sessili di grandi dimensioni e lesioni circonfenziali del colon destro. La tecnica combinata laparoscopica/endoscopica (LECS) consente l'asportazione in un unico tempo e la diagnosi precoce di eventuali perforazioni.

La procedura viene eseguita in anestesia generale, previa preparazione meccanica del colon a domicilio, mediante posizionamento di tre trocar (uno da 12 e due da 5 mm); si procede pertanto ad asportazione endoscopica della lesione al termine della quale viene eseguita una prova idro-pneumatica e posizionato, in casi selezionati, un drenaggio pericecale. Il clampaggio dell'ultima ansa ileale durante la procedura ottimizza la visione laparoscopica. La rialimentazione avviene in prima giornata P.O. a cui segue la dimissione

Obiettivi: scopo dello studio è valutare l'efficacia e la sicurezza della LECS nel trattamento delle lesioni displastiche di grandi dimensioni o circonfenziali del colon destro.

Materiali e metodi: dal 1 gennaio 2017 al 1 Marzo 2018 8 pazienti (3 F e 5 M) sono stati sottoposti a LECS per lesioni polipoidi displastiche di basso ed alto grado del colon destro. Per ogni paziente sono state valutate le seguenti variabili: età, durata della procedura, giornate di degenza, complicanze, istologia della lesione asportata, follow-up endoscopico a 3-6 mesi.

Risultati: l'età media dei pazienti risultava di 69.7 anni, la durata media della procedura è stata di 105' e la degenza media di 3.8 giorni. Non si sono verificate complicanze intraoperatorie; un solo paziente è stato sottoposto a reintervento in I giornata P.O. per anemizzazione e perforazione ileale che veniva trattata con enteroraffia. Le lesioni asportate avevano diametro medio di 4 cm, l'esame istologico definitivo confermava 6 casi di adenoma con displasia di basso grado, 1 caso con displasia di alto grado e 1 caso di Schwannoma. Il follow-up endoscopico a 3-6 mesi mostrava un solo caso di recidiva che veniva trattata con tecnica LECS.

Conclusioni: la LECS è una procedura sicura ed efficace, permette di asportare conservativamente e in un unico tempo le lesioni polipoidi di grandi dimensioni altrimenti suscettibili di resezione chirurgica o di multiple sedute endoscopiche. Consente inoltre l'immediata diagnosi di complicanze quali la perforazione e il suo trattamento, conservativo o mediante resezione.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

IL RUOLO DELLA RESEZIONE FULL-THICKNESS FTRD-OVESCO NELLA TERAPIA DI SPECIFICHE LESIONI DEL COLON RETTO: ANALISI DELLA CASISTICA DI UN SINGOLO CENTRO

D. Bisogni, R. Manetti, A. Valeri, L. Talamucci, R. Naspetti

Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (AOUC), Firenze

Obiettivi: La resezione full-thickness (FTRD) mediante sistema OVESCO per il colon-retto costituisce un' escissione a tutto spessore di lesioni del colon-retto. Le principali indicazioni all' impiego sono numerose: biopsia a tutto spessore, adenomi recidivi con displasia, adenocarcinomi intramucosi senza interessamento linfonodale. Obiettivo del presente abstract è fornire un'analisi dei casi effettuati nella SODs di Endoscopia Digestiva Interventistica Avanzata dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (Firenze) dal 2016 ad oggi, mediante studio osservazionale sui pazienti trattati. Tutti i casi sono stati eseguiti da esperti endoscopisti a formazione chirurgica della medesima AOU.

Materiali e metodi: Lo studio include 15 pazienti, di cui 9 donne e 6 uomini. Le indicazioni per la resezione full-thickness erano rappresentate da biopsia diagnostica a tutto spessore (2 casi), adenocarcinoma intramucoso senza interessamento linfonodale (1 caso), adenoma recidivo con displasia di grado medio (10 casi), adenoma cancerizzato in pazienti non candidabili a chirurgia (2 casi).

I pazienti trattati con sistema FTRD sono stati seguiti dai medesimi operatori con controlli periodici a 3-6-12 mesi, dunque annualmente.

Risultati: Dei dieci casi eseguiti per adenoma recidivo con displasia di grado medio, nessuno ha presentato segni di recidiva nei vari controlli effettuati, e la base della neoformazione è risultata indenne. Dei due casi per adenoma cancerizzato in pazienti non candidabili a chirurgia, uno è risultato libero da malattia nei controlli sinora effettuati (3 e 6 mesi), l'altro è deceduto per altre cause. Il paziente con adenocarcinoma intramucoso senza interessamento linfonodale è risultato libero da malattia nei controlli a 3 e 6 mesi; con base di escissione indenne. Dei due casi per biopsia diagnostica a tutto spessore, un paziente è risultato adenoma tubulare con focali aree riferibili a carcinoide tipico, mentre l'altro è stato sottoposto a procto-colectomia totale per concomitante rettocolite ulcerosa a medio grado di attività in adenoma tubulo-villoso con displasia a grado elevato. Due sono state le principali complicanze osservate: un sanguinamento della base di escissione della lesione all' utilizzo del sistema hot-snare del device, nonché la chiusura del colletto dell'appendice vermiforme, adiacente al polipo da asportare, che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Conclusioni: La tecnica FTRD-OVESCO è una nuova e metodica di resezione a tutto spessore di lesioni del colon-retto. Dall' analisi dati riportati possiamo affermare che tale device trova ampie indicazioni di impiego per la patologia colo-rettale, ed in nessun caso ha precluso un successivo intervento chirurgico. Tale device deve essere impiegato da personale esperto, con un adeguato livello di formazione. Sicuramente la recente introduzione in commercio del sistema upper gi FTRD-OVESCO aprirà nuovi scenari di trattamento per le lesioni di esofago, stomaco e duodeno.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

BLUE RUBBER BLEB NEVUS SYNDROME ED INTERESSAMENTO GASTROINTESTINALE: APPROCCIO COMBINATO ENDOSCOPICO E CHIRURGICO E REVIEW DELLA LETTERATURA

M. Longhi, H. Yu, N. Maroni, A. Pisani Ceretti, N.M. Mariani, E. Opocher

Ospedale San Paolo, Milano

Obiettivi: La Blue rubber bleb nevus syndrome (BRBNS) è una rara patologia vascolare, caratterizzata da malformazioni venose, a coinvolgimento muco-cutaneo, gastrointestinale e, più raramente, di altri organi. Presentiamo una review della letteratura inerenti i casi di BRBNS a coinvolgimento gastrointestinale con confronto degli approcci terapeutici chirurgico, endoscopico e combinato. Riportiamo inoltre un caso di BRBNS in una donna di 55 anni, con interessamento digiuno-ileale, trattato presso il nostro centro mediante approccio combinato.

Materiali e metodi: È stata condotta una ricerca sulle principali banche dati (Pubmed, Scopus e Google Scholar) e sono stati inclusi i lavori con testo completo, pubblicati dal 1990 al 2017. Criteri di inclusione sono stati: presenza di coinvolgimento del tratto GI e necessità di trattamento mediante approccio endoscopico, chirurgico o combinato. Altri tipi di trattamento non sono stati presi in considerazione.

Risultati: Sono stati identificati 46 casi, di cui 23 trattati endoscopicamente, 16 chirurgicamente e 7 con approccio combinato. L'età di insorgenza media della sintomatologia gastro-intestinale è risultata di 19,5 anni (min 0 – max 69). I sintomi più comuni sono l'anemia (86%), il sanguinamento gastrointestinale (87%) e l'intussuscezione (24%). Il piccolo intestino risulta il più frequentemente coinvolto, seguito dal colon e del tratto gastro-esofageo. La diagnosi è prevalentemente endoscopica (80%). Il 68% dei pazienti necessita di emotrasfusioni. Il trattamento endoscopico è risultato quello più comune (54%) e tendenzialmente utilizzato come primo approccio. La chirurgia (43%) e l'approccio combinato (24%) sono scelti meno frequentemente. Una recidiva dei sintomi si verifica fino al 22.5% dei casi riportati, più spesso dopo trattamento endoscopico.

Conclusioni: Esistono diverse strategie per il trattamento della BRBNS con interessamento GI. L'approccio combinato ha dimostrato di garantire ottimi risultati nei casi di malattia estesa, unendo la capacità dell'endoscopia di mappare precisamente le lesioni, con la possibilità della chirurgia di asportare completamente i tratti maggiormente coinvolti, non passibili di un efficace trattamento endoscopico.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

QUALITY ASSESSMENT E ACCURATEZZA DELLA COLONSCOPIA: VALUTAZIONE DELLE SEQUELE CHIRURGICHE DI INADEGUATI ESAMI ENDOSCOPICI

S. Alfieri, G. Quero, F. Galiandro, F. Rosa, D. Di Miceli, A.P. Tortorelli, V. Papa, C. Cina, R. Menghi, C. Fiorillo, F. Longo, G.B. Doglietto

Chirurgia digestiva, fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: La colonscopia è l'indagine primaria ed essenziale nello screening dei tumori del colon-retto. Il suo tasso di inaccuratezza nell'esatta localizzazione delle neoplasie si attesta tra il 4% ed il 21%. Tale ampio range è prevalentemente da imputare all'esperienza dell'endoscopista ed alla conseguente qualità della colonscopia eseguita, portando di conseguenza alla frequente necessità di ri-esecuzione dell'esame endoscopico o addirittura al cambiamento della procedura chirurgica durante l'intervento. Scopo di tale studio è valutare la qualità di 138 colonscopie, definirne il grado di accuratezza e valutare le conseguenze chirurgiche di un'incorretta localizzazione.

Materiali e metodi: Tutti i pazienti con diagnosi di adenocarcinoma colo-rettale diagnosticato alla colonscopia e sottoposti ad intervento chirurgico di resezione colo-rettale presso l'Unità Operativa di Chirurgia Digestiva della Fondazione Policlinico "A.Gemelli" tra Febbraio 2017 e Luglio 2017 sono stati inclusi nello studio. La qualità della colonscopia è stata valutata sulla base di: qualità della preparazione intestinale, completezza dell'esame, documentazione iconografica o video, descrizione della distanza della lesione dal margine anale. L'accuratezza dell'esame endoscopico è stata definita come corrispondenza tra la localizzazione endoscopica ed intra-operatoria.

Risultati: Centouno pazienti sono stati inclusi nello studio. Tre pazienti avevano più di una lesione riscontrata all'esame endoscopico, mentre 21 ed 8 pazienti sono stati sottoposti rispettivamente a 2 e 3 colonscopie. Pertanto sono state riscontrate un totale di 104 lesioni mentre un totale di 138 colonscopie sono state analizzate.

Il grado di adeguatezza della preparazione intestinale è stata riportata in 84/138 procedure (60.9%), con un grado di preparazione adeguato nel 73.8% dei casi. Una colonscopia completa è stata eseguita nell'89.9% dei casi con documentazione iconografica presente in sole 42 colonscopie (30.4%). In solo 69 su 138 colonscopie è stata riportata la distanza della lesione dal margine anale.

Delle 104 lesioni descritte alla colonscopia, 76 corrispondevano per localizzazione al riscontro intra-operatorio (accuratezza 73%). Undici delle 28 lesioni non corrispondenti (39.3%) hanno portato ad un cambiamento del management chirurgico. All'analisi multivariata solo il grado di completezza della colonscopia è risultato come fattore influente tra la concordanza endoscopica e la localizzazione intraoperatoria della lesione (p: 0.048; OR: 10.5; 95% IC: 1.02-107.95).

Conclusioni: Nonostante il grado di accuratezza tra localizzazione endoscopica ed intraoperatoria risulti in linea con la maggior parte delle case series in letteratura, l'incorretta localizzazione tumorale ha portato ad un significativo tasso di cambiamento del management chirurgico. Ciò dimostra la necessità di definire, standardizzare e seguire appropriati criteri di qualità endoscopica al fine di ridurre il tasso di incorretta localizzazione.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

STENT COME BRIDGE TO SURGERY NELLA CHIRURGIA D'URGENZA PER CANCRO DEL COLON-RETTO

S. Bianchini¹, L. Sartarelli¹, G. Gozzi¹, M. Cervellera¹, S. Vaccari¹, L. Fuccio², N. Pagano², A. Lauro¹, N. De Siena¹, V. Tonini¹

¹ Chirurgia d'Urgenza/Cervellera, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna

² Gastroenterologia, Università di Bologna

Obiettivi: Nel 6-30% dei casi il cancro del colon-retto si presenta con quadri di occlusione intestinale. Nelle occlusioni del colon sinistro un'alternativa alla chirurgia d'urgenza è rappresentata dal posizionamento dello stent come bridge alla resezione in condizioni di elezione. Tuttavia esistono ancora dubbi riguardo alla strategia terapeutica più adeguata. L'obiettivo di questo studio è quello di evidenziare i vantaggi a breve termine nei pazienti sottoposti a posizionamento di stent rispetto ai pazienti inviati a intervento chirurgico urgente.

Materiali e metodi: Negli ultimi cinque anni sono stati raccolti in un database prospettico i dati relativi a 678 pazienti operati per cancro del colon-retto presso la Chirurgia d'Urgenza del Policlinico Universitario Sant'Orsola-Malpighi. Di questi pazienti, 623 sono stati sottoposti a intervento di tipo resettivo. Ai fini di questo studio sono stati selezionati 130 pazienti con cancro occludente del colon sinistro: 90 sono stati inviati a intervento chirurgico urgente (Gruppo Chirurgia) e 40 sono stati sottoposti a posizionamento di stent. I due gruppi sono stati confrontati in termini di tasso di stomia, anastomosi primaria, complicanze e mortalità post-operatorie.

Risultati: In tutti i pazienti sottoposti a posizionamento di stent si è osservata una risoluzione clinica del quadro occlusivo e in un solo paziente si è riscontrata intra-operatoriamente una microperforazione. Nel Gruppo Stent il tasso di anastomosi primaria è risultato significativamente più alto (82,5% vs 56,7%, $p = 0,005$). Si è inoltre osservata una minor incidenza di deiscenze anastomotiche (9,8% vs 0, $p = n.s$), una più contenuta mortalità operatoria (8,9% vs 0, $p = n.s$) e una più breve degenza post-operatoria (8 +/- 4,7 vs 12 +/- 9,2, $p = 0,01$).

Conclusioni: L'uso dello stent risulta vantaggioso rispetto all'intervento d'urgenza in quanto determina una riduzione dei tassi di stomia, di morbilità e mortalità post-operatorie. Se la procedura viene eseguita da un endoscopista esperto il rischio di perforazione è insignificante. Tuttavia, fino a quando futuri studi non chiariranno l'impatto sugli outcomes a lungo termine, l'uso dello stent, come proposto dalle linee guida americane ed europee, è indicato solo nei pazienti ad alto rischio chirurgico e/o in età avanzata.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

EMICOLECTOMIA DESTRA LAPAROSCOPICA IN URGENZA: CAMBIARE IL PARADIGMA SI PUÒ?

E. Botteri, U. Fumagalli Romario, G. Baiocchi, M. Ronconi, E. Arici, N. Portolani, V. Nereo

ASST Spedali Civili, Brescia

Obiettivi: L'emicolectomia destra è uno degli interventi più frequentemente eseguiti per patologia del colon destro. I buoni risultati dell'approccio laparoscopico sono ormai consolidati da tempo in letteratura. Idea decisamente più recente è proporre la metodica mininvasiva per interventi in urgenza. I risultati in questo ambito sono scarsi e incerti. L'obiettivo del nostro studio è fornire una 'single center experience' di questa metodica confrontandola con i dati di letteratura.

Materiali e metodi: Sono state analizzate retrospettivamente le casistiche operatorie di emicolectomia destra in urgenza della ASST Spedali Civili di Brescia in un periodo di 18 mesi. I parametri considerati sono stati: indicazioni, dettagli tecnici (tecnica di anastomosi, approccio, outcomes postoperatori); tali dati, raccolti in un database informatizzato, sono stati poi confrontati con riferimenti di letteratura.

Risultati: 4 unità di chirurgia generale hanno eseguito in 18 mesi complessivamente 33 interventi in urgenza di emicolectomia destra (18% di tutte le emicolectomie destre). 20 tramite laparotomia 13 con approccio mininvasivo con un tasso di conversione del 46%. Le indicazioni per la procedura sono state nel 55% dei casi peritoniti, nel 33% ostruzioni e nel 13% emorragie intestinali. 2 fistole anastomotiche si sono registrate nel gruppo laparotomico. La morbilità si è attestata al 45% ma la maggior parte delle complicazioni appartenevano a Dindo-Clavien 1 e 2. La mortalità è stata del 15%. Non si sono registrate morti nel gruppo laparoscopico.

Conclusioni: In letteratura non esiste ad oggi un consenso unanime sull'efficacia del trattamento mininvasivo in urgenza della patologia del colon destro. Molto eterogenei tra loro sono gli studi in termini sia di selezione dei pazienti che di valutazione degli outcomes. Nella nostra esperienza l'approccio laparoscopico nell'esecuzione di interventi di emicolectomia destra in urgenza può essere effettuato con buoni risultati in pazienti selezionati. La complessità della procedura richiede chirurghi esperti in laparoscopia. Nonostante queste considerazioni la performance status e la presentazione clinica influenzano profondamente la mortalità e la morbilità post-operatorie.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

INDEXES OF INFLAMMATION AS PREDICTIVE MARKERS OF ANASTOMOTIC DEHISCENCE IN ONCOLOGICAL COLORECTAL SURGERY

C. Feo¹, P. Poliogiannis², A. Fancellu¹, G.C. Ginesu¹, G. Cherchi¹, S. Mulas³, M. Coppola⁴, F. Scognamillo⁵, A. Porcu¹

¹ *UO di Clinica Chirurgica, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università di Sassari*

² *Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Sassari*

³ *Ospedale SS Annunziata di Sassari, AOU Sassari*

⁴ *Ospedale Santa Maria della Mercede di Lanusei, ATS della Sardegna, Lanusei (NU)*

⁵ *UO di Patologia Chirurgica, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università di Sassari*

Objectives: Anastomotic dehiscence is still one of the most challenging complications in colorectal surgery, despite recent advances in devices, techniques, and the general management of the patients. The aim of this study was to investigate specific markers which could predict the occurrence of an anastomotic damage in the early days after surgery.

Methods: Forty-four patients who had a postoperative anastomotic leakage, and 44 controls were enrolled. Matching was performed considering the sex, age, stage of the tumor, location of the tumor, ASA score, and surgical technique. All patients underwent elective surgery for colorectal cancer. The neutrophil to lymphocyte (NLR), lymphocyte to monocyte (LMR), and platelet to lymphocyte (PLR) ratios were calculated before surgery and at the first and the fourth postoperative days, as was the Systemic Inflammatory Response Index (SIRI). Statistical analysis included the Student's t-test or Mann-Whitney test, Receiver Operator Curve (ROC) and Area Under the Curve (AUC) determination.

Results: No statistically significant differences were found between the clinical data in the two groups of patients, confirming the adequate matching of the cases. No significant differences were found in the median values of the indexes evaluated between the two groups before surgery and in the 1st postoperative day. At the 4th postoperative day, the NLR and PLR were significantly higher in patients with dehiscence, in comparison to those without. Considering a cut-off NLR value at 8.7, sensitivity and specificity were 52% and 88% respectively. Sensitivity and specificity were respectively 82% and 56% when a PLR cut-off value at 189 was tested.

Conclusion: NLR and PLR evaluated together at the 4th postoperative day are promising predictive markers of anastomotic dehiscence, and may contribute in reducing the morbidity, mortality and health-care costs of anastomotic leakages in patients undergoing elective colorectal surgery.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

SKIN BRIDGE LOOP STOMA. EARLY RESULTS IN COMPARISON TO A LOOP STOMA MADE WITH A PLASTIC ROD

F. Carannante, G.T. Capolupo, G. Mascianà, M. Caricato

Policlinico Universitario Campus Bio Medico di Roma

Obiettivo: La deiscenza anastomotica è la complicanza più temuta dopo intervento chirurgico di resezione anteriore del retto. Il confezionamento di una stomia derivativa consente di ridurre la percentuale di deiscenza anastomotica e il re-intervento associato a questa complicazione. Abbiamo condotto uno studio prospettico, non randomizzato, per confrontare i risultati a breve termine (primi 20 giorni dopo il trattamento chirurgico) tra il confezionamento di Skin Bridge Stoma e il classico confezionamento di stomia su bacchetta.

Materiali e metodi: Lo studio ha coinvolto 28 pazienti portatori di stomia, operati da Giugno 2017 a Gennaio 2018. Abbiamo confrontato 14 pazienti portatori di Skin Bridge Stoma, rispetto ad altri 14 pazienti portatori di stomia confezionata su bacchetta. Lo studio ha incluso 19 uomini e 9 donne. L'età media era di 61.8 per il gruppo portatore di Skin Bridge Stoma e di 66.8 per l'altro. Tutti i pazienti inclusi nello studio sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per patologia neoplastica o per malattia infiammatoria intestinale. Tutti i pazienti hanno eseguito il questionario Stoma quality of life.

Risultati: Nessun gruppo ha presentato infezione del sito chirurgico. L'insorgenza di dermatite peristomale è risultata essere più comune nel gruppo con bacchetta (2 vs 11 pazienti).

La valutazione dei questionari Stoma quality of life ha mostrato che il gruppo portatore di Skin Bridge Stoma ha avuto una migliore gestione della stomia (primi 20 giorni).

Il numero medio di placche sostituite ogni settimana è stato di 2.4/settimana nel gruppo di pazienti con Skin Bridge Stoma e 5.1/settimana nel gruppo portatore di stomia su bacchetta.

Conclusioni: Il confezionamento di Skin Bridge Loop Stoma consente una gestione più facile e confortevole per il paziente. Placca e sacca hanno un contatto più stabile e duraturo con la pelle, senza che si verificano reazioni infiammatorie della pelle. Poiché il paziente nell'immediato post-operatorio richiede un minor numero di placche per stomia, l'aspetto economico può essere rilevante nella scelta del tipo di stomia da confezionare.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

LA RESEZIONE IMMEDIATA NEL TRATTAMENTO D'URGENZA DEI CANCRI COLORETTALI OSTRUENTI

G.D. Tebala¹, A. Natili², G. Brachini², M. Imtiaz¹, A.Q. Khan³, A. Shrestha¹, M. Toeima¹, A. Mingoli²

¹ Emergency and Colorectal Surgery Unit, East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust, Ashford (UNITED KINGDOM)

² Unità di Chirurgia d'Urgenza, Università La Sapienza, Policlinico Umberto I, Roma

³ Colorectal Surgery Unit, Noble's Hospital, Isle Of Man (ISLE OF MAN)

Obiettivi: Quale sia il migliore trattamento d'urgenza delle occlusioni neoplastiche del colon è ancora oggetto di dibattito, e la scelta si basa in genere sulle condizioni del paziente e sulle preferenze del chirurgo d'urgenza, in quale potrà di volta in volta decidere se eseguire una resezione immediata con intento oncologico o solo un intervento di controllo del danno per trattare la complicanza acuta, rimandando la resezione oncologica ad un secondo momento, dopo che il paziente sarà stato riequilibrato. Il presente lavoro non comparativo mira a studiare la validità clinica e oncologica degli interventi di resezione immediata.

Materiali e metodi: Abbiamo eseguito un'analisi retrospettiva dei record clinici di 63 pazienti ricoverati in urgenza per occlusione colica da cancro stenotico in un periodo di 4 anni (2013-2017) presso due centri chirurgici con caratteristiche diverse, l'uno italiano (Roma) e l'altro britannico (Isola di Man). I dati sono stati sottoposti ad analisi univariata e multivariata (regressione logistica). Endpoints dello studio sono stati: mortalità e morbilità a 90 giorni, tasso di reintervento, durata della degenza, stato dei margini di sezione, adeguatezza della linfadenectomia.

Risultati: La mortalità chirurgica complessiva è stata del 14.3%, significativamente più alta, com'è logico aspettarsi, in pazienti >80aa e in quelli ASA4. L'analisi multivariata ha ipotizzato che anche un basso Dukes possa essere indipendentemente associato a una più elevata mortalità. Questo dato può essere spiegabile solo con l'ipotesi che in presenza di tumori non avanzati i chirurghi abbiano scelto di eseguire interventi più allargati, e quindi più rischiosi, per massimizzarne l'efficacia. La percentuale di complicanze e di reinterventi sembrano essere direttamente correlate solo al Dukes (più alta nei Dukes B, forse per il motivo suddetto) e all'approccio open, ma l'analisi multivariata non ha evidenziato alcuna variabile indipendente associata con morbilità e percentuale di reinterventi. La degenza è stata minore nei pazienti operati entro le prime 24 ore dal ricovero e in quelli operati in laparoscopia. Sia all'analisi univariata che alla regressione logistica, la linfadenectomia è risultata adeguata soprattutto nei pazienti in migliori condizioni generali (ASA1 e 2) e nei pazienti operati in laparoscopia. I pazienti operati precocemente, entro 24 ore dall'ammissione, hanno anche avuto una maggiore percentuale di interventi R0.

Conclusioni: Il nostro studio conferma che la resezione immediata ha ancora un valore fondamentale nel trattamento d'urgenza delle occlusioni neoplastiche del colon. I migliori risultati possono essere ottenuti nei pazienti giovani e in buone condizioni generali e nei casi in cui la resezione viene eseguita precocemente (per evitare il deterioramento delle condizioni generali del paziente) e possibilmente in laparoscopia (migliore recupero, migliori condizioni operatorie, meno complicanze).



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

ENDOSCOPIC TREATMENT WITH THE OVER-THE-SCOPE (OVESCO™) CLIP OF ANASTOMOTIC LEAKAGE AFTER LAPAROSCOPIC COLO-RECTAL RESECTION FOR CANCER: SHORT TERM OUTCOMES

D. Chiari, P. Veronesi, B. Mangiavillano, M. Bianchetti, M. Platto, W. Zuliani

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini, Castellanza (VA)

Introduction: Post-surgical anastomotic colo-rectal leaks often require a surgical second look with a definite morbidity, relevant costs, longer hospitalization and the risk of delaying adjuvant treatment. The aim of this study is to show the technique and the short-term results of the endoscopic closure of colo-rectal fistula using the over-the-scope (Ovesco™) clip.

Patients and Methods: From August 2016 to June 2017, 6 patients with a colorectal anastomotic leakage after laparoscopic low anterior resection of the rectum (with or without loop ileostomy) were submitted to endoscopic closure of colorectal fistula using the over-the-scope (Ovesco™) clip.

Results: Second look surgery (peritoneal washing, drainage and ileostomy or colostomy) was combined to endoscopic closure of anastomotic leak in 3 patients without previous ileostomy. Two patients with ileostomy were submitted to over-the-scope (Ovesco™) clip placement without second look surgery. One patient without ileostomy was submitted to endoscopic closure of the fistula without second look surgery. The water-soluble contrast enema after endoscopic procedure demonstrated no contrast spillage from the anastomosis in all cases after a mean of 27 days (19-54).

Conclusions: Endoscopic closure of colo-rectal fistula using the over-the-scope (Ovesco™) clip is a promising tool in the treatment anastomotic colo-rectal leakages.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

INTRACORPOREAL ILEO-COLIC ANASTOMOSIS WITH DOUBLE-LAYER CLOSURE OF THE ENTEROTOMY IN LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY: A CASE SERIES

D. Chiari, P. Veronesi, M. Platto, W. Zuliani

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini, Castellanza (VA)

Introduction: Totally laparoscopic right hemicolectomy is less invasive than laparoscopic assisted hemicolectomy. On the other it is a technically demanding procedure. The aim of this study is to present our technique of intracorporeal ileo-colic anastomosis and the short-term results of the procedure in term of anastomotic-related complications.

Patients and Methods: From May 2016 to June 2017, 8 patients underwent totally laparoscopic right hemicolectomy at Humanitas Mater Domini Clinical Institute in Castellanza (VA). An intracorporeal mechanical side-to-side ileo-colic isoperistaltic anastomosis was performed: the small bowel and the transverse colon were approximated with a suture (held by the assistant), an enterotomy and a colostomy were performed with an ultrasound scalpel, the anastomosis was performed with a linear stapler (blue cartridge) and the enterotomy was closed with 3-0 absorbable sutures and a reinforcing auto-locking suture

Results: The incidence of anastomotic-related complications and the 30-days mortality rate was zero. One patient had a self-contained bleeding of the abdominal wall.

Conclusions: The intracorporeal ileo-colic anastomosis with double-layer closure of the enterotomy in laparoscopic right hemicolectomy is a technically demanding procedure. It is a feasible and safe procedure in well experienced hands.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

FRAILITY ASSESSMENT OF OLDER PATIENTS WITH COLORECTAL-CANCER: PRELIMINARY RESULTS OF THE FRAGIS STUDY (FRAILITY ASSESSMENT BY GERIATRIC INVESTIGATION IN SURGERY)

G. Pata¹, L. Bianchetti², A. Marengoni², E. Cassinotti³, S. Palmisano⁴, U. Elmore⁵, E. Tartaglia⁶, U. Fumagalli Romario¹

¹ Chirurgia Generale 2, ASST Spedali Civili, Brescia

² Medicina Generale 1 ad indirizzo Geriatrico, ASST Spedali Civili, Brescia-Montichiari

³ Chirurgia Generale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

⁴ Chirurgia Generale, Ospedali Riuniti, Trieste

⁵ Chirurgia Gastroenterologica, Ospedale San Raffaele, Milano

⁶ Chirurgia Generale, Ospedale Monaldi, Napoli

Background: Older patients affected by colorectal cancer (CRC) require a careful assessment of frailty in order to customize treatment and predict post-operative outcomes.

Aim: Evaluation of the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) as tool for frailty investigation applied to CRC patients aged \geq 75 years.

Method: All CRC patients aged \geq 75 years candidates for elective surgical treatment at Brescia Civic Hospital between November 2017 and April 2018 underwent pre-operative CGA. CGA was comprehensive of the Multidimension Prognostic Index (MPI) and the 5-meter walking test (5MWT). Patients' characteristics and post-operative outcomes were prospectively collected. Multivariate regression models were employed to find predictors of postoperative complications (according to Clavien-Dindo classification), mortality and length of hospital stay. ROC-curve analysis was used to assess the predictive value of selected preoperative variables.

RESULTS: Among 65 CRC patients who underwent surgery during the study period, 24 (37%) were \geq 75 year-old (median 80, range 76-95 years) and were included in the analysis. The mean postoperative morbidity (30-day rate) was 25% (Clavien-Dindo \geq 3). The postoperative mortality was 8.3% at 30-day and 12.5% at 90-day evaluation. Median length of stay was 7 days (range 5-25 days). Median ASA score, MPI value and 5MWT speed were 3 (range 2-4), 0.25 (range 0.062-0.62) and 0.7 m/s (range 0-1.27 m/s), respectively. At univariate analysis the 5MWT speed was the only predictive factor of morbidity ($p=0.01$) and mortality ($p=0.05$). The perioperative blood transfusion (BT) rate was 41.7%. Lower speed values were also associated to higher risk of BT ($p=0.008$). The MPI ($p=0.05$) and ASA score ($p=0.045$) were significantly associated to postoperative hospitalization. The AUCs at ROC-curve analysis related to morbidity were 0.81, 0.74 and 0.73 for 5MWT, MPI and ASA score, respectively. The AUCs related to mortality were 0.92, 0.76 and 0.73 for 5MWT, MPI and ASA score, respectively. The best 5MWT cut-off values were 0.7 m/s for morbidity (sensitivity 100%; specificity 57%) and 0.5 m/s for mortality (sensitivity 100%; specificity 88%).

Conclusion: Among the CGA, we found that the 5MWT is the simplest and most useful tool for preoperative evaluation of frailty. It demonstrated the highest predictive value for postoperative morbidity, mortality and need of BT. The MPI significantly predicted a prolonged hospitalization.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

CORRELAZIONE TRA IL MICROBIOTA INTESTINALE E DISORDINI DEL TESSUTO CONNETTIVO: INCIDENZA DELLA DEISCENZA ANASTOMOTICA IN CHIRURGIA COLORETTALE

L. Braggia¹, M.S. Antonelli¹, V. Giaccaglia², P.F. Salvi¹

¹ U.O.D. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Università di Roma La Sapienza

² General Surgery Department, Colorectal Surgery Unit, Mediclinic City Hospital, Dubai (EMIRATI ARABI UNITI)

Obiettivi: In precedenti studi effettuati su topi è stato dimostrato che *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus Faecium* e *Pseudomonas Aeruginosa* possano interferire con l'attivazione della MMP9 e così modificare l'espressione delle proteine del collagene nel tessuto connettivo. In un recente studio è stato inoltre sottolineato come la composizione del microbiota intestinale sia correlata alla presenza di un leak dell'anastomosi. Basandoci su questi presupposti, il nostro studio ha lo scopo di trovare una correlazione tra il microbiota intestinale e i disordini del tessuto connettivo che potrebbe portare all'insorgenza della deiscenza anastomotica (AL), così da migliorare la gestione del paziente nel perioperatorio.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi nello studio 50 pazienti, tra Maggio 2017 e Marzo 2018, sottoposti in elezione a chirurgia coloretale. Sono stati riportati in un database i seguenti dati: età, sesso, patologia di ricovero, comorbidità, tipo di intervento effettuato ed eventuale presenza di patologie del tessuto connettivo (BPCO, erniosi, aneurismi, diverticolosi). Sono stati effettuati prelievi di materiale fecale dal moncone prossimale e distale dell'anastomosi. Nei campioni ottenuti è stata analizzata la presenza di *E. Faecalis*, *E. Faecium* e *P. Aeruginosa*. Tutte le complicanze post operatorie, inclusa la deiscenza dell'anastomosi, sono state registrate in relazione alla giornata post operatoria di insorgenza. Abbiamo adottato la seguente definizione di AL: drenaggio fecaloide e fuoriuscita di mezzo di contrasto dal lume intestinale durante l'esecuzione di clisma opaco, presenza di aria e/o liquido riscontrate all'esame TC nella regione peri-anastomotica. Per quanto riguarda la classificazione, è stata adottata quella di Clavien-Dindo, in cui le deiscenze anastomotiche vengono divise in maggiori, quando si rende necessario il re-intervento o almeno il drenaggio percutaneo eseguito in radiologia interventistica e minori, in cui è possibile una terapia conservativa.

Risultati: Il 65% dei pazienti è risultato affetto da patologie del tessuto connettivo e abbiamo registrato 6 AL. Il 50% dei pazienti con deiscenza dell'anastomosi risulta avere un tampone positivo esclusivamente per *E. Faecalis*. 4 pazienti con AL sono risultati portatori di patologie del connettivo e di questi il 75% ha una coltura positiva esclusivamente per *E. Faecalis*. La sua presenza nella coltura fecale sembra essere correlata alla presenza di patologie del tessuto connettivo con una $p=0,16$. Una coltura positiva per *E. Faecium* (alcuni casi in associazione con *P. Aeruginosa* e *E. Faecalis*) è risultata presente in 17 pazienti senza AL, di cui solo 10 con patologie del connettivo.

Conclusioni: I nostri dati suggeriscono una correlazione tra il microbiota intestinale, i disordini del tessuto connettivo e la deiscenza dell'anastomosi. Sono naturalmente necessari ulteriori studi ed un numero di campione superiore per confermare i risultati ottenuti.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

TRIAGE POST-OPERATORIO DOPO CHIRURGIA MAGGIORE COLORETTALE: QUALI PAZIENTI AMMETTERE IN TERAPIA INTENSIVA?

F.M. Carrano^{1,2,3}, D. Wang^{1,2}, Y. Fang^{4,5}, S.E. Sherman^{4,5}, E. Newman^{1,2}, S.M. Cohen², H.L. Pachter², M. Melis^{1,2}

¹ Department of Surgery, New York Harbor Healthcare System VAMC, New York (USA)

² Department of Surgery, New York University School of Medicine, New York (USA)

³ Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi dell'Insubria, Varese

⁴ VA New York Harbor Healthcare System VAMC, New York (USA)

⁵ Department of Population Health, New York University School of Medicine, New York (USA)

Obiettivi: Allo stato attuale non esistono criteri per l'ammissione elettiva in terapia intensiva (TI) dopo chirurgia maggiore coloretale. L'ammissione in TI, quando non necessaria, può esporre il paziente a danni di tipo iatrogeno, oltre ad essere fonte di spesa ingiustificata e di cattiva gestione delle risorse economico-sanitarie. Altresì, l'ammissione in corsia di pazienti che trarrebbero beneficio da un ricovero in TI può risultare in complicanze altrimenti evitabili. L'obiettivo del nostro studio è la valutazione del ruolo di un algoritmo di tipo Decision Tree Model (DTM) nella scelta del livello di cure più indicate nel post-operatorio dopo chirurgia coloretale maggiore.

Materiali e metodi: Studio retrospettivo condotto su 104 pazienti sottoposti a chirurgia coloretale maggiore dal 2011 al 2015 presso il VA NY Harbor Healthcare System (New York, USA), polo ospedaliero di III livello. Per identificare le ammissioni appropriate in TI abbiamo utilizzato 15 criteri oggettivi (es. stato di ipotensione prolungata, re-intubazione non preventivata, arresto cardio-circolatorio, ecc.). Abbiamo confrontato le ammissioni in TI appropriate sulla base di questi criteri oggettivi, sia con quelle osservate nella nostra pratica clinica, che con quelle indicate da un algoritmo di apprendimento di tipo Decision Tree (DTM) basato su 87 variabili cliniche e vari indici prognostici (es. ASA score, CCI score, Surgical Apgar score, creatinina, albumina, emoglobina, diabete, ecc.). Il modello predittivo DTM è stato poi testato contro altri modelli di analisi bivariate, regressioni logistiche multiple e di stima penalizzata mediante LASSO. Lo studio è stato approvato dal comitato etico dell'ospedale.

Risultati: Sulla base di criteri puramente oggettivi, 41/104 pazienti (39.42%) sarebbero dovuti essere ammessi alla TI dopo chirurgia coloretale maggiore. Nella nostra pratica clinica abbiamo sovrastimato la necessità di ammissione in TI: 94/104 (90.38%) pazienti sono stati ammessi in TI e il triage è stato inappropriato per 57/104 (54.8%). Utilizzando invece il DTM, 82/104 (78.8%) pazienti sarebbero stati ammessi in TI e, solo 22/104 (21.2%) sarebbero stati inviati in maniera inappropriata ad un livello di cure superiore (11 pazienti ammessi in TI invece che in corsia) o inferiore (11 pazienti ammessi in corsia invece che in TI). In confronto con il DTM, altri modelli statistici non hanno offerto una correlazione superiore con un triage post-operatorio appropriato.

Conclusioni: Nella nostra pratica clinica, più della metà dei pazienti sottoposti a chirurgia coloretale maggiore non riceve un appropriato livello di cure nel post-operatorio. L'utilizzo del Decision Tree Model da noi sviluppato si è dimostrato superiore nelle scelte decisionali rispetto ad altri modelli statistici e, il suo impiego, potrebbe migliorare sensibilmente il triage post-operatorio. Ulteriori e più ampi studi sono in corso per confermare questi risultati preliminari.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1A

SALA L

TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DELLE COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA MINI-INVASIVA DEL RETTO

B. Franzato, G. Mattara, L. Pomba, F. Tolin, P. Pilati

Chirurgia Oncologica dell'esofago e vie digestive IOV I.R.C.C.S, Castelfranco Veneto

Obiettivi: La standardizzazione della tecnica chirurgica è ritenuto essere una delle metodiche più importanti ai fini della ottimizzazione dei risultati e della riduzione delle complicanze intra e postoperatorie. Una attenta e metodica analisi delle complicanze permette, nella maggior parte dei casi, di comprenderne le cause e di mettere a punto delle strategie per la loro prevenzione e la loro risoluzione. Scopo della presentazione è illustrare alcune complicanze intra e postoperatorie proponendo delle strategie di prevenzione e di trattamento per via laparoscopica. Viene presentato un caso di riparazione di uretere destro, una torsione del colon anastomizzato, una occlusione postoperatoria legata al passaggio retromesocolico dell'intestino tenue, una deiscenza anastomotica.

Materiali e metodi: È stata eseguita una analisi retrospettiva su un totale di 398 casi di carcinoma del retto sottoposti ad intervento chirurgico laparoscopico in un arco di tempo compreso tra il 2000 ed il 2018 presso l'Ospedale San Giacomo di Castelfranco Veneto (TV) e la Chirurgia Oncologica dell'esofago e vie digestive dell'Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S., sede di Castelfranco Veneto. Sono stati esclusi dall'analisi i casi convertiti e i casi non laparoscopici.

Risultati: Si sono verificate complessivamente 8 (2%) complicanze intraoperatorie maggiori e 73 (18, 3%) complicanze chirurgiche postoperatorie. Di queste 58 (79,4%) hanno richiesto un reintervento che nella maggior parte di casi è stato eseguito per via laparoscopica. Non è stata osservata mortalità perioperatoria. Suddividendo l'arco temporale oggetto dell'analisi retrospettiva in periodi omogenei dal punto di vista dei casi osservati, si è passati da 6 complicanze intraoperatorie dal 2000 al 2010 (1,5%) a 2 dal 2011 al 2018 (0,5%) e da 40 complicanze postoperatorie dal 2000 al 2010 (10%) a 33 (8,2%) dal 2011 al 2018.

Conclusioni: L'analisi delle complicanze e delle loro possibili cause ha permesso nell'arco di una esperienza di 18 anni di mettere progressivamente a punto sempre nuove strategie ai fini di ridurre l'incidenza, modificando, in alcuni casi, la tecnica, introducendo innovazioni al fine di garantire al paziente la massima sicurezza possibile.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DI PROCALCITONINA E PCR PER LA DIAGNOSI PRECOCE DI DEISCENZA ANASTOMOTICA IN CHIRURGIA COLORETTALE ELETTIVA

C. Somaglino¹, F. Maiello¹, L. Rapetti², C. De Rosa³, E. Soligo³, N. Russolillo⁴, S. Testa³, R. Polastri¹

¹ Ospedale degli Infermi, Biella

² Ospedale Molinette, Torino

³ Ospedale Sant'Andrea, Vercelli

⁴ Ospedale Umberto I, Torino

Obiettivi: La procalcitonina (PCT) e la PCR sono proteine comunemente usate nel monitoraggio delle infezioni localizzate e della sepsi. La deiscenza anastomotica costituisce la più grave complicanza dopo gli interventi di resezione coloretale con sequele a breve e lungo termine. Scopo del presente studio prospettico è stato quello di valutare la PCR e la PCT come indicatori di rischio precoce di deiscenza in chirurgia coloretale.

Materiali e metodi: 296 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia coloretale in elezione nei reparti di Chirurgia Generale degli Ospedali di Biella (novembre 2015-marzo 2018) e Vercelli (gennaio 2016-dicembre 2017). 151 erano maschi e 145 femmine (età media 72, range 35-91). Sono state eseguite: 131 emicolectomie destre, 53 emicolectomie sinistre, 95 resezioni sigma-retto e 17 resezioni segmentarie. Tutte le resezioni hanno previsto un'anastomosi. Nel postoperatorio sono stati valutati prospetticamente in III e V giornata: GB, PCR e PCT.

Risultati: 21 pazienti (7.1%) nel postoperatorio hanno sviluppato una deiscenza anastomotica (media di comparsa 7,7 POD range 1°- 21° POD). 3 pazienti sono deceduti (1,01%) e 14 (4,72%) sono stati sottoposti a reintervento. All'analisi statistica mediante ROC curve dei dati la PCR in 5° gg > 6 mg/dl ha presentato sensibilità del 81% e specificità del 60% per deiscenza, mentre la procalcitonina > 0,22 ng/ml ha presentato sensibilità del 71% e specificità del 64%. All'analisi multivariata la PCR 5° gg. > 6 mg/dl con OR 3,876 CI 1,193-12,587 P 0,024, la PCT 5° gg > 0,22 ng/ml OR 1,790 CI 0,655-4,896 P 0,257 e i pazienti ASA 3/4 OR 2,230 CI 0,845-5,890 P 0,105 sono correlati con la comparsa di deiscenza anastomotica.

Conclusioni: La PCR > 6 mg/dl in 5° giornata postoperatoria si è dimostrata più significativa per sensibilità e specificità per deiscenza rispetto alla procalcitonina. Bassi livelli di procalcitonina e PCR sembrano escludere una deiscenza anastomotica coloretale ed il loro dosaggio può essere considerato utile da aggiungere come parametri per una dimissione in sicurezza dopo anastomosi in chirurgia colo rettale specialmente in pazienti operati secondo il protocollo ERAS.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

IL VALORE PREDITTIVO DEL RATIO NEUTROFILI LINFOCITI NELLE COMPLICANZE PERIOPERATORIE DELLA CHIRURGIA COLORETTALE: ANALISI MULTIVARIATA SU 582 PAZIENTI CONSECUTIVI

C. Di Cosimo¹, G. Ricci¹, G.M. Attinà¹, J.R. Mariuolo Casella², P. Fransvea², A. Impagnatiello², R. Mancuso², G.V. Cunsolo², A. Serao³, G. Liotta¹, P. Marini¹

¹ UOC Chirurgia generale e d'urgenza - AO San Camillo-Forlanini, Roma

² Sapienza Università di Roma

³ UOC Chirurgia Generale - Ospedale di Albano Laziale - ASL RM/6

Obiettivi: Obiettivo dello studio è l'analisi dei fattori prognostici sull'incidenza delle complicanze dei pazienti sottoposti ad intervento di resezione colo-rettale in regime di elezione.

Materiali e metodi: È stato utilizzato un database aggiornato prospetticamente che include i pazienti operati di resezione colo-rettale tra il 01.12.2012 e il 31.12.2016 presso la UOC di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Azienda San Camillo-Forlanini di Roma. Sono stati individuati 540 pazienti consecutivi dopo esclusione dei pazienti operati in urgenza differita. Per il confronto tra medie è stato usato il test t di Student, mentre l'analisi delle frequenze è stata analizzata mediante in test del Chi-quadro, considerando significativi valori di $p < 0,05$. Le variabili con $p < 0,05$ nell'analisi univariata per i fattori di rischio per deiscenza anastomotica sono stati testati nell'analisi multivariata con il metodo della regressione logistica per determinarne l'indipendenza da altri fattori.

Risultati: Il 68% dei pazienti è stato sottoposto ad intervento per neoplasia, il 17% per malattia diverticolare, il 15% per malattia infiammatoria cronica dell'intestino. L'approccio è stato laparoscopico in 390 pazienti (72,2% dei casi), con un tasso di conversione del 17,2%, ed "open" in 150 pazienti (27,8% dei casi). Il tasso di morbilità totale osservato è stato del 19,8%, con un tasso di complicanze severe (Clavien-Dindo > IIIB) del 7,2%, la mortalità a 90 giorni è stata dello 0,92%. Complessivamente sono state documentate 16 deiscenze dell'anastomosi clinicamente rilevanti (3% dei casi). All'analisi univariata dei dati, i fattori di rischio statisticamente significativi per la deiscenza anastomotica sono stati la conversione dell'intervento laparoscopico ($p < 0,007$), le emotrasfusioni post-operatorie ($p < 0,0041$) e valori di Ratio Neutrofili/Linfociti (RNL) pre-operatori > 5 ($p < 0,0001$), tali fattori di rischio sono stati confermati all'analisi multivariata dei dati (conversione CI 95% 1,042 – 1,943 $p < 0,001$; emotrasfusioni CI 95% 0,861 – 21,826 $p < 0,001$; Ratio N/L > 5 CI 95% 0,992 – 2,899 $p < 0,001$).

Conclusioni: Lo stato infiammatorio del paziente modifica l'esito dell'intervento chirurgico ed anche la progressione della malattia neoplastica. Il ruolo prognostico del RNL nei pazienti con tumore colo-rettale, specie se in stadio avanzato (III-IV), è già discusso in letteratura. Il nostro invece è il primo studio che definisce il RNL preoperatorio come fattore prognostico per la deiscenza anastomotica nella chirurgia colo-rettale. Il RNL è uno score di facile utilizzo e a bassissimo costo, si calcola sull'emocromo effettuato di routine nel workup preoperatorio. Dalla nostra analisi risulta che un valore di RNL > 5 rappresenta un fattore di rischio indipendente per deiscenza anastomotica. Questo score può arricchire i criteri di stratificazione del rischio in fase preoperatoria per definire una strategia chirurgica il più possibile personalizzata.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

ANASTOMOSI ILEOCOLICA INTRACORPOREA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD EMICOLECTOMIA DESTRA LAPAROSCOPICA

G. Sarro, U. Rivolta, V. Dameno, A. Cattaneo, S. Luciano, S. Granieri, E. Arborio, L. Reinoldi

ASST OVEST MI - Ospedale G. Fornaroli, Magenta

Obiettivo: Dalla introduzione della laparoscopia nella chirurgia colo rettale sia per patologia benigna che maligna, molti aspetti sono stati oggetto di discussione. Tra questi uno dei più discussi riguarda il confezionamento intracorporeo versus extracorporeo dell'anastomosi ileo colica in corso di emicolectomia destra. Lo scopo di questa relazione è quello di riportare la nostra esperienza in rapporto alla emicolectomia destra laparoscopica con anastomosi ileo colica intracorporea sia per patologia benigna che maligna.

Materiali e metodi: Abbiamo preso in considerazione in modo retrospettivo tutti i pazienti sottoposti ad intervento di emicolectomia dx laparoscopica con anastomosi ileo colica intracorporea presso la Unità Complessa di Chirurgia Generale dell'Ospedale G. Fornaroli di Magenta dal Gennaio 2012 al febbraio 2018. Erano esclusi dallo studio tutti i pazienti sottoposti a conversione laparotomia per difficoltà tecniche durante la dissezione. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a profilassi trombo embolica e antibiotica (Short term : Cefamezin 2g + Metronidazolo 500 mg). Cateterismo vescivale intraoperatorio con rimozione catetere in prima giornata. SNG rimosso al termine dell'intervento. Paziente in posizione di Lloyd-Davies. Intervento condotto con 4 Trocar; Anastomosi intracorporea con endoGIA 60 cartuccia blue isoperistaltica e sutura della breccia in continua, doppio strato. Estrazione del pezzo senza BAG ma con protettore di parete, attraverso incisione di Pfannenstiel. Non posizionamento di drenaggio. Protocollo ERAS.

Risultati: La casistica è rappresentata da 196 pazienti (115 sesso femminile) con una età media di 63 anni (Range: 19-88) con BMI di 30 (20-54) kg/m², ASA 1 (31); 2 (96); 3 (60); 4 (9); il 17 % aveva avuto precedenti interventi chirurgici addominali in open, e il 48% aveva comorbidità associate. Il tempo operatorio medio era di 110 (90-275)min. Il pezzo operatorio era estratto mediante incisione di Pfannenstiel lunga mediamente 6 cm con applicazione di protettore (Alexis Small)(5-10). La percentuale di conversione era 2%. La Mortalità perioperatoria è stata nulla e la morbilità 16%. Si sono registrati 2 reinterventi (1%). La quota di riammissioni è stata dell'1%. La degenza media postoperatoria è stata di 5,4 (3-12) giorni.

Conclusioni: La procedura intracorporea rappresenta una sicura, fattibile e riproducibile procedura per confezionare una anastomosi ileo colica. Presenta una morbilità sovrapponibile a quella extracorporea ma può prevenire alcuni "pitfall" della tecnica extracorporea come il "twisting mesenteric".

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

A RARE COMPLICATION OF STAPLED HEMORRHOIDOPEXY: GIANT PELVIC HEMATOMA TREATED WITH PERCUTANEOUS ANGIOEMBOLIZATION

F. Ferrara, D. Gentile, P. Boati, R. Sampietro, P.L. La Piana, S. Tornese, P. Rigamonti, G. Damiani, M. Cariati, M. Stella

Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Introduction: Stapled transanal mucopexy for hemorrhoids, also called Procedure for Prolapsed Hemorrhoids (PPH) or hemorrhoidopexy, has been introduced as an alternative method to the Ferguson and Milligan-Morgan techniques. However this procedure is not free from complications, some of which have been described as serious. One of the most described complications is bleeding, that, in some cases, can be very important. We describe a case of a female patient with a post-operative huge pelvic hematoma following PPH, successfully treated with percutaneous angioembolization.

Materials and methods: A 76-year-old woman was referred to our Unit for hemorrhoidal prolapse complaining recurrent ano-rectal bleeding and pelvic discomfort. She had past history of arterial hypertension and chronic constipation. At consultation a IV degree muco-hemorrhoidal prolapse was diagnosed, according to Goligher's classification. After colonoscopy, which showed no abnormalities in the whole colon, indication to surgery has been placed. Procedure for Prolapsed Hemorrhoids (PPH) was offered and accepted by the patient. Operation was carried out with PPH-03 stapler kit as usual, with no intraoperative complication. At the end of the procedure the rectal suture was 4 cm above the dentate line and it was complete. Additional stitches were placed on the suture line and finally no bleeding points were noted. Then postoperative endoanal sponge was left.

Results: Few hours later the patient started to complain of abdominal pain and pelvic discomfort. On clinical examination the abdomen was diffusely painful, with signs of abdominal rigidity on the lower quadrants, as acute abdomen. No rectal bleeding nor other abnormalities were noted. Since the pain did not regress after strong analgesic therapy, an urgent abdominal and pelvic contrast-enhanced CT scan was performed. The exam showed a giant peri-rectal and retroperitoneal pelvic hematoma, with signs of active bleeding. A subsequent selective arteriography showed huge bleeding from superior haemorrhoidal artery, treated with super-selective embolization. The procedure was successful and immediately after the patient showed a symptomatic improvement. The subsequent hospital stay was uneventful and she was discharged on post-operative day 9, after a control CT scan which showed partial regression of the hematoma with no signs of active bleeding. At the 30-day postdischarge follow-up, the patient was completely pain free with no signs of pelvic discomfort. Ano-rectal examination showed regular stapler line with no prolapse recurrence and a new control CT scan revealed regression of the pelvic hematoma.

Conclusions: Severe complications may occur after PPH and one of the most important is local bleeding. In our case no signs of external active bleeding were noted. Prompt diagnosis with CT scan allowed to offer efficacious non-operative treatment with angioembolization, avoiding the need of reoperation for a potential serious complication.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

MICROBIOTA INTESTINALE E FISTOLA ANASTOMOTICA IN CHIRURGIA COLORETTALE

S. Palmisano¹, C. Iacuzzo¹, D. Cosola¹, L. Bonadio¹, A. Zucca¹, G. Campisciano², M. Comar², N. De Manzini¹

¹ Clinica Chirurgica, ASUITs., Trieste

² IRCCS Burlo Garofalo, Dipartimento Scienze Mediche Chirurgiche e della salute, Università degli Studi di Trieste

Obiettivi: Il microbiota intestinale è considerabile a tutti gli effetti un organo metabolico, le cui modificazioni sono coinvolte in molte patologie con manifestazioni intestinali ed extraintestinali tra cui anche il carcinoma coloretale. La disbiosi può portare con sé uno squilibrio in senso pro infiammatorio che potrebbe essere coinvolto nella genesi della complicanza più rilevante della chirurgia coloretale: la fistola anastomotica. Scopo dello studio è stato ricercare una correlazione tra specifiche modificazioni del microbiota con l'adenocarcinoma coloretale e con l'insorgenza di fistola anastomotica.

Materiali e metodi: È stato eseguito uno studio prospettico in due coorti di pazienti: pazienti sani (gruppo A) e pazienti affetti da carcinoma colo rettale candidati a resezione chirurgica colica, ileo-colica o coloretale (Gruppo B). Il gruppo B è stato poi suddiviso tra i pazienti che hanno sviluppato la fistola anastomotica (BL) e quelli che non l'hanno sviluppata (BNL) di cui sono stati presi in considerazione e confrontati i principali fattori di rischio implicati nell'incidenza della fistola anastomotica. È stato eseguito il confronto tra il microbiota dei pazienti del gruppo A e del gruppo B, e tra il gruppo BL e BNL ricercando in entrambi casi eventuali differenze significative nella composizione del microbiota fecale. Tutti i campioni sono stati raccolti prima dell'intervento chirurgico e dopo l'eventuale terapia neoadiuvante.

Risultati: Sono stati analizzati i campioni di feci di 47 pazienti 25 del Gruppo A e 22 del Gruppo B. Tra i pazienti del Gruppo B, 5 hanno sviluppato fistola anastomotica (BL), 17 non hanno sviluppato la complicanza (BNL). Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra il gruppo BL e BNL riguardo i fattori di rischio considerati (BMI, ASA, stadio, sede dell'anastomosi, RT-CHT, perdite ematiche).

L'analisi del microbiota ha permesso di osservare alcuni ceppi batterici la cui iperespressione (*Hafnia alvei*, *Fusobacterium nucleatum*) o riduzione (*Faecalibacterium prausnitzii*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides faecis*) è correlata in maniera statisticamente significativa alla presenza di carcinoma coloretale ($p < 0.05$).

Anche nei pazienti con fistola anastomotica sono state riscontrate alcune famiglie con funzione protettiva (*Faecalibacterium prausnitzii*) ed altre associate alla comparsa della complicanza (*Hafnia alvei*) ($p < 0.05$).

La terapia neoadiuvante si correla in maniera statisticamente significativa ad alcune modificazioni del microbiota ($p < 0.05$).

Conclusioni: Nonostante il ridotto campione preso in esame, dal nostro studio è emersa la presenza di specie batteriche correlate alla presenza di carcinoma coloretale e potenzialmente coinvolte nell'insorgenza della fistola anastomotica. La conoscenza del microbiota intestinale pertanto potrebbe aiutare ad identificare i pazienti ad alto rischio di fistola anastomotica e rappresentare un target terapeutico per la prevenzione.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

RISULTATI DELLA CHIRURGIA COLO-RETTALE IN URGENZA ED ELEZIONE IN RAPPORTO AL TIPO DI ANASTOMOSI MANUALE O MECCANICA. STUDIO PROSPETTICO SU 753 PAZIENTI

L. Sartarelli¹, S. Bianchini¹, F. Toschi¹, G. Gozzi¹, M. Cervellera¹, N. De Siena¹, S. Vaccari¹, A. Lauro¹, M.L. Bacchi Reggiani², G. Del Gaudio¹, V. Tonini¹

¹ Chirurgia d'Urgenza/Cervellera, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna

² Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica Sperimentale, Università di Bologna

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare i risultati chirurgici immediati, ed in particolare le deiscenze anastomotiche, nei pazienti sottoposti ad intervento di resezione colo-rettale, in rapporto alle condizioni di urgenza ed elezione ed in rapporto al tipo di anastomosi manuale o meccanica.

Materiali e metodi: Si tratta di uno studio prospettico non randomizzato, monocentrico, in cui sono stati inclusi tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di resezione colo-rettale, in urgenza ed elezione, per qualsivoglia patologia, in un periodo di 5 anni da gennaio 2013 a dicembre 2017, nei quali la continuità intestinale è stata ripristinata immediatamente col confezionamento di un'anastomosi primaria. L'outcome primario è stato analizzare come la diversa modalità di confezionamento dell'anastomosi e l'esecuzione della stessa in condizioni di urgenza potessero influenzare la comparsa di deiscenze anastomotiche, e di conseguenza il decorso postoperatorio. L'incidenza delle deiscenze è stata valutata in rapporto alle altre diverse variabili identificate in letteratura come fattori di rischio di deiscenza anastomotica: distanza dal canale anale, approccio chirurgico laparoscopico/open, stomia di protezione, chemioterapia e/o radioterapia preoperatorie, età, sesso, BMI, classe ASA. Per l'analisi statistica sono stati utilizzati il Fisher's exact test e lo Student's t-test.

Risultati: In questo studio sono stati inclusi 753 pazienti, di cui 362 (48%) operati in urgenza e 391 (52%) in elezione, 364 (48%) sottoposti a confezionamento di un'anastomosi manuale e 389 (52%) di un'anastomosi meccanica. L'incidenza complessiva di deiscenza anastomotica è risultata essere del 6,9%, senza differenze statisticamente significative né tra urgenza ed elezione (6,6% vs 7,2%, $p = 0,88$) né tra anastomosi manuali e meccaniche (5,2% vs 8,5%, $p = 0,08$). La mortalità per deiscenza è risultata essere complessivamente dell'1,1%, senza differenze statisticamente significative né tra urgenza ed elezione (1,7% vs 0,5%, $p = 0,16$) né tra anastomosi manuali e meccaniche (1,4% vs 0,8%, $p = 0,49$). Non sono emerse associazioni statisticamente significative per la maggior parte dei fattori di rischio considerati, ad eccezione della classe ASA IV ($p = 0,02$) e limitatamente all'urgenza l'età > 80 anni ($p = 0,01$).

Conclusioni: Come già rilevato in molti altri studi, questo nostro ha confermato come non esista una tecnica anastomotica migliore. Inoltre non ha avvalorato l'importanza di molti dei fattori di rischio di deiscenza anastomotica. Di fondamentale importanza è la corretta esecuzione dell'anastomosi e l'adeguata selezione dei pazienti in cui eseguire un'anastomosi in urgenza. Incrementare le strategie che consentono in urgenza di dilazionare il trattamento chirurgico (stent nelle occlusioni, drenaggi TC guidati nelle diverticoliti) potrebbe essere un modo per ridurre l'incidenza delle deiscenze anastomotiche e la mortalità operatoria in urgenza.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

DRAIN FLUID'S PH PREDICTS ANASTOMOTIC LEAK IN COLORECTAL SURGERY. RESULTS OF A PROSPECTIVE ANALYSIS OF 173 PATIENTS

E. Molinari¹, T. Giuliani², A. Talamini¹, F. Tollini¹, P. Tedesco¹, P. Pirani¹, F. Panzeri¹, R. Sandrini¹, E. Laterza¹

¹ *Unità di Chirurgia Generale e Laparoscopica, Ospedale Mater Salutaris, Legnago*

² *Chirurgia Generale e del Pancreas, Università di Verona*

Introduction: A keystone for surgeons of the colorectal tract is the development of post-operative anastomotic leak (AL). Several markers for the early detection of AL have been proposed. Among these, pH is a cheap marker of ischemia. Aim of the present study is to evaluate the role of pH of drain's fluid as predictor of AL after colorectal resection.

Methods: From January 1st 2015 to December 31st 2017, 182 consecutive patients undergoing surgery of the colorectal tract at the Department of General Surgery of the Hospital "Mater Salutaris" of Legnago (Verona) were enrolled. Patients undergoing Hartmann procedure and resections with a permanent stoma formation were excluded. On post-operative day 1 (POD1) and post-operative day 3 (POD3), a 10cc sample of drain's fluid was collected and pH was tested with a simple chemical-physical exam. The outlier values (3 patients) and those who underwent emergency surgery (6 patients) were eventually excluded from the analysis.

Results: Overall, the analysis was performed on 173 patients. The median pH of drain's fluid was 7.3 on POD1 (6.90 – 7.6) and 7.05 on POD3 (6.10 – 8) among patients who developed the AL, whereas it was 7.76 on POD1 (6.90 – 9.44) and 7.83 on POD3 (6.30-9) among those who did not. To correlate pH with AL, two ROC curves were plotted and the assessed cut-offs were 7.53 for POD1 with an area under the curve (AUC) of 0.80 and 7.21 for POD3 with an area under the curve (AUC) of 0.86. Both pH < 7.53 on POD1 and pH < 7.21 on POD3 resulted to correlate with AL with statistical significance at the multivariate analysis ($p < 0.001$). In the detection of AL, pH < 7.53 on POD1 had a sensitivity of 93.75% (95% CI 69.77- 99.84), a specificity of 70 % (95% CI 62.25-77.1), a positive predictive value (PPV) of 24.1% (95% CI: 19.58-29.5) and a negative predictive value (NPV) of 99.1% (95% CI 94.27-99.86). Similarly, for pH < 7.21 on POD3, sensitivity was 75 % (95% IC 47.62 – 92.73), specificity 97 % (92.7-99), PPV 70.59 % (95% IC 49.19 – 85.61) and NPV 97.44 % (95% IC 94.2 – 99%).

Conclusions: This study confirmed that drain fluid's pH is a reliable test for the early identification of AL following colorectal resections. The high sensitivity and NPV of POD1 pH < 7.53 may help to rule out those at low risk to develop AL. This category of patients is safely eligible for ERAS policies. The high specificity and PPV of POD3 pH < 7.51, indeed, may allow to identify patients at high risk to develop fistula, thus requiring caution in the post-operative management



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

BIOMARKERS AND ANASTOMOTIC LEAKAGE IN COLORECTAL SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW

A. Agrusa, E. Maienza, S. Buscemi, S. Tomasino, G. Geraci, G. Di Buono, V. Sorce, L. Gulotta, G. Amato, G. Romano, G. Gulotta

Department of Surgical, Oncological and Stomatological Disciplines, University of Palermo

Background: Anastomotic leakage (AL) is one of the most feared intra-abdominal septic complications (IASC) following colorectal surgery, leading to significant morbidity and mortality. Early prediction of AL results in improved clinical outcome. Some biomarkers, such as white cell blood count (WBC), C-reactive protein (CRP), cytokines (e.g. TNF α , IL-6, IL-1b), markers of ischaemia (e.g. lactate), procalcitonin (PCT) may aid early detection of IASC. This evidence can be useful in order to ensure a safe and early discharge when enhanced recovery after surgery (ERAS) program is performed. The purpose of this analysis was to focus onto the evidence for the role of biomarkers in earlier AL detection.

Methods: We searched through PubMed database articles concerning detection and prediction of IASC after elective colorectal surgery resection for cancer, diverticular disease, inflammatory bowel disease. We considered both papers referring to open and minimally invasive surgery. We both included in our analysis studies based on serum and on peritoneal fluid detection of biomarkers. IASC were considered those directly dependent on the surgical procedure such as AL, incisional surgical site infection, fluid collection.

Results: 8 studies have been selected for our systematic review for a total of 2151 patients. In those studies we found similar outcomes, even though study population in each paper was different, considering size of the sample and type of study. In one study AL was detected in 4.5% of patients undergoing laparoscopic colorectal surgery using biomarker; serum levels of CRP and PTC (but not WBC) determined on POD1, POD2 and POD3 were significantly higher in patients who had AL in the postoperative course. The measurement of CRP was associated with a diagnosis of IASC almost 2 days earlier than in the control group. In another study, a POD3 CRP concentration of 120 mg/L was highly reliable for excluding IASC (negative predictive value 86.8%). Lactate has consistently been shown to be elevated in peritoneal fluid of patients with IASC, such as pH on POD3 drainage fluid. No differences in CRP levels were observed when comparing open to laparoscopic resection in patients with major complications.

Conclusion: Assessment of biomarkers (especially CRP and PTC) concentration in serum after colorectal surgery is clinically significant for excluding the occurrence of surgery-related complications. Peritoneal fluid biomarkers such as lactate and pH have the potential to identify IASC early. Since those biomarkers are easy to measure, low cost and largely available, their routine measurement can help to make an early diagnosis of AL and earlier decision for relaparotomy. They can be used as marker for major postoperative complications in both open and minimally invasive colorectal surgery. Furthermore, they can ensure an early discharge with a low probability of AL when an ERAS program is performed.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

ADEGUATEZZA DEL CAMPIONAMENTO LINFONODALE NELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA COLO-RETTALE D'URGENZA

S. Bianchini, L. Sartarelli, M. Cervellera, G. Gozzi, A. Birindelli, N. De Siena, A.G. Beninga Atangana, E. Amaducci, S. Vaccari, A. Lauro, V. Tonini

Chirurgia d'Urgenza/Cervellera, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant'Orsola - Malpighi, Università di Bologna

Obiettivi: Il numero di linfonodi prelevati nella chirurgia resettiva per cancro del colon-retto è di fondamentale importanza non solo per la radicalità oncologica, ma anche per un'accurata stadiazione della malattia. Ciò influenza sia la prognosi dei pazienti, sia la decisione di una eventuale terapia adiuvante. L'American Joint Committee on Cancer raccomanda di prelevare almeno 12 linfonodi. Lo scopo di questo studio è quello di identificare i fattori che influenzano l'adeguatezza del campionamento linfonodale, con particolare riguardo all'esecuzione dell'intervento in regime di urgenza o di elezione.

Materiali e metodi: Abbiamo raccolto in un database prospettico i dati di tutti i pazienti sottoposti a resezione per cancro del colon-retto presso la Chirurgia d'Urgenza del Policlinico Universitario Sant'Orsola -Malpighi negli ultimi cinque anni, sia in urgenza che in elezione.

Risultati: Seicentoventitre pazienti (371 in elezione e 252 in urgenza) sono stati sottoposti a resezione per cancro del colon-retto. L'esecuzione dell'intervento in regime d'urgenza non sembra influenzare la linfadenectomia che è risultata adeguata nell'84,52% dei pazienti operati in urgenza e nell'81,94% dei pazienti trattati in elezione ($p = 0,45$). L'età superiore a 80 anni e un ASA score III-IV si sono dimostrati fattori in grado di influenzare negativamente l'adeguatezza della linfadenectomia: la linfadenectomia è infatti risultata adeguata nell'85,41% dei pazienti con età inferiore a 80 anni e nel 78,05% degli ultraottantenni ($p = 0,02$) mentre, per l'ASA score, la linfadenectomia è stata adeguata nell'87,77% dei pazienti con ASA score I-II e nell'80,92% dei soggetti con ASA score III-IV ($p = 0,04$). Al contrario lo stadio più avanzato della malattia e l'intervento chirurgico di emicolectomia destra sono risultati correlati con una maggiore adeguatezza del campionamento linfonodale : stadio T superiore o uguale a 3 versus T inferiore a 3 : 87% versus 71% - $p < 0,0001$, e la procedura di emicolectomia destra versus colectomie sinistre 88,5% vs 79,5% - $p = 0,004$.

Conclusioni: Questo studio mostra come l'adeguatezza del campionamento linfonodale nella chirurgia d'urgenza sia sovrapponibile a quella della chirurgia d'elezione. I pazienti più anziani, con ASA score III-IV, sono ad alto rischio per una linfadenectomia inadeguata, mentre un T-stage avanzato e l'intervento di emicolectomia destra sono invece fattori associati positivamente al campionamento linfonodale.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

RUOLO DELLA IRRIGAZIONE COLICA TRANSANALE NELLA SINDROME DA RESEZIONE BASSA DEL RETTO DOPO CHIRURGIA PER NEOPLASIA DEL RETTO: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PILOTA

L. Chimisso¹, S. Ascanelli², C. Bombardini¹, D. Marcello², M.G. Sibilla¹, S. Danese¹, F. Aisoni¹, P. Carcoforo¹

¹ Università degli Studi di Ferrara

² Arcispedale Sant' Anna, Ferrara

Introduzione: La sindrome da resezione anteriore bassa del retto (LARS: Low Anterior Resection Syndrome) si presenta nel 25-80% dei pazienti sottoposti a chirurgia del retto sphincter-saving per neoplasia. Si manifesta con incontinenza o urgenza defecatoria, stipsi, senso di incompleta evacuazione e meteorismo.

L'obiettivo primario di questo studio è valutare il grado di severità dei sintomi della LARS e l'impatto che l'utilizzo della TAI (trans-anal colic irrigation) presenta sulla qualità della vita. Obiettivo secondario è studiare la composizione del microbiota intestinale nei pazienti operati di chirurgia del retto prima e dopo l'intervento e dopo la TAI.

Metodi: I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di questionari volti ad identificare il grado di severità della LARS (LARS score), il grado di severità dell'incontinenza anale (Cleveland Incontinence Score), l'impatto della LARS sulla qualità della vita (PAC-QoL) e il grado di soddisfazione prima e dopo l'utilizzo di TAI. La funzionalità anorettale è stata misurata con la manometria rettale prima e dopo l'intervento chirurgico di resezione ultrabassa del retto. Tutti i pazienti hanno eseguito riabilitazione pelvica prima della chiusura della stomia di protezione.

Risultati: Da marzo 2016 a marzo 2018 25 pazienti (19 maschi, età media 69 anni) affetti da LARS maggiore, sono stati sottoposti a TAI con il sistema Peristeen (Coloplast) ogni 2 giorni. Di questi 3 pazienti hanno abbandonato il trattamento. Ventidue pazienti hanno utilizzato la TAI per 12 mesi (mediana 11 mesi) con miglioramento della qualità di vita, riduzione della severità della LARS e notevole aumento del grado di soddisfazione. Il training è stato semplice e immediato. Il volume medio di acqua usato per l'irrigazione è stato di 400 cc. Si è osservata una riduzione significativa del numero di evacuazioni al giorno, un miglioramento della continenza anale e del benessere generale. Anche le variazioni del microbiota intestinale nei pazienti prima e dopo la TAI sono risultate significative. Tuttavia, alla sospensione della TAI, nell'85% dei pazienti è ricomparsa la LARS anche se in forma minore e i pazienti hanno preferito riutilizzarla. Non si sono osservate complicanze relative all'utilizzo del presidio.

Conclusioni: La TAI rappresenta un trattamento semplice, sicuro ed efficace nel trattamento della stipsi o dell'incontinenza fecale correlate alla LARS, migliorando in modo significativo la qualità della vita dei pazienti.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

UTILIZZO DEL VERDE D'INDOCIANINA NELLE RESEZIONI RETTO-COLICHE ANTERIORI LAPAROSCOPICHE: RISULTATI PRELIMINARI

C. Iacuzzo, L. Bonadio, T. Cipolat Mis, A. Zucca, D. Cosola, B. Casagrande, A. Biloslavo, N. De Manzini

Ospedale di Cattinara, Trieste

Introduzione: La deiscenza anastomotica è una delle complicanze più temute della chirurgia colo-rettale e in particolare delle resezioni retto-coliche anteriori (RRA). È noto che la sua incidenza varia a seconda della distanza dell'anastomosi dal margine anale, aumentando nelle anastomosi più distali. Nel corso degli anni sono stati studiati molteplici fattori predisponenti allo sviluppo delle fistole e la maggior parte di essi sembrano essere correlati all'inadeguata vascolarizzazione dei monconi colici successivamente anastomizzati. La fluorangiografia intraoperatoria con verde d'indocianina (ICG) è una tecnica introdotta al fine di aiutare il chirurgo ad assicurarsi che la perfusione dell'anastomosi sia ottimale.

Materiali e metodi: Tra Maggio 2015 e Gennaio 2017 presso il reparto di Chirurgia Generale dell'ospedale di Cattinara (Trieste) abbiamo utilizzato la fluorangiografia intraoperatoria con ICG in tutti i pazienti sottoposti a RRA laparoscopica per neoplasia maligna del retto. Il punto di resezione prossimale del colon è stato scelto prima dell'iniezione dell'ICG e modificato qualora la vascolarizzazione alla fluorangiografia intraoperatoria non fosse risultata adeguata. Nel gruppo di controllo sono stati inseriti lo stesso numero di pazienti sottoposti alla medesima procedura nel periodo di tempo antecedente a quello di introduzione dell'ICG. L'outcome primario del nostro studio è stato quello di analizzare l'incidenza delle fistole anastomotiche e confrontarla fra i due gruppi. Sono state prese in considerazione tutte le variabili conosciute predisponenti alla deiscenza dell'anastomosi (età, sesso maschile, ASA score, albumina, terapia neoadiuvante, insufficienza renale cronica, diabete mellito, patologia cardiovascolare, BMI, tipo di anastomosi, distanza dell'anastomosi dal margine anale, ileostomia di protezione, tempo operatorio) e confrontate all'interno dei due gruppi per garantirne l'omogeneità.

Risultati: Abbiamo preso in considerazione 33 pazienti nel gruppo ICG. Basandosi sull'intensità della fluorescenza intraoperatoria visibile all'occhio del chirurgo, il moncone distale del retto è stato considerato non sufficientemente perfuso in 6/33 pazienti (18.2%). In questi casi il punto di resezione è stato modificato fino a raggiungimento di una vascolarizzazione adeguata. La fistola anastomotica si è comunque sviluppata in 2/33 pazienti (6%). Nel gruppo di controllo, nei quali la vascolarizzazione è stata valutata senza l'utilizzo dell'ICG, la fistola è comparsa in 7/33 pazienti (21.2%).

Conclusioni: L'ICG è una tecnica valida che aiuta il chirurgo a selezionare il punto più sicuro dove resecare il colon e confezionare l'anastomosi in corso di RRA laparoscopica. Comparato al gruppo di controllo, il gruppo ICG ha mostrato un trend statistico di riduzione del tasso di fistola. Questi sono risultati preliminari che necessitano di ulteriori conferme prendendo in considerazione un maggior numero di casi.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

RECOVERY AFTER INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

M. Manigrasso, M. Milone, G.D. De Palma

A.O.U. Federico II, Napoli

Purpose: Although intracorporeal anastomosis (IA) appears to guarantee a faster recovery compared to extracorporeal anastomosis (EA), the data are still unclear. Thus, we performed a systematic review of the literature with meta-analysis to evaluate the recovery benefits of intracorporeal anastomosis.

Materials and methods: A systematic search was performed in electronic databases (PubMed, Web of Science, Scopus, EMBASE) using the following search terms in all possible combinations: laparoscopic, right hemicolectomy, right colectomy, intracorporeal, extracorporeal, and anastomosis. According to the pre-specified protocol, all studies evaluating the impact of choice of intra- or extracorporeal anastomosis after right hemicolectomy on time to first flatus and stools, hospital stay, and postoperative complications according to Clavien-Dindo classification were included.

Results: Sixteen articles were included in the final analysis, including 1862 patients who had undergone right hemicolectomy: 950 cases (IA) and 912 controls (EA). No statistically significant differences in complications between the IA and EA patients were observed in the Clavien-Dindo I-II group (RD = -0.014, $p = 0.797$, $Z = -0.257$, 95% CI -0.117, 0.090, number needed to treat (NNT) 74) or in the Clavien-Dindo IV-V (RD = -0.005, $p = 0.361$, $Z = -0.933$, 95% CI -0.017, 0.006, NNT 184). The IA procedure led to fewer complications in the Clavien-Dindo III group (RD = -0.041, $p = 0.006$, $Z = -2.731$, 95% CI -0.070, 0.012, NNT 24). Patients who underwent IA reported a significantly shorter time to first flatus (MD = -0.445, $p = 0.013$, $Z = -2.494$, 95% CI -0.795, 0.095), to first stools (MD = -0.684, $p < 0.001$, $Z = -4.597$, 95% CI -0.976, 0.392), and a shorter hospital stay (MD = -0.782, $p < 0.001$, $Z = -3.867$, 95% CI -1.178, -0.385) than those who underwent EA.

Conclusions: Although intracorporeal anastomosis appears to be safe in terms of postoperative complications and is potentially more effective in terms of recovery after surgery, further ad hoc randomized clinical trials are needed, given the heterogeneity of the data available in the current literature.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

CONFRONTO FRA DIVERSE STRATEGIE TERAPEUTICHE DELLE OCCLUSIONI INTESTINALI DA CANCRO DEL COLON-RETTO: STUDIO MULTICENTRICO RETROSPETTIVO A LUNGO TERMINE

G. Maltinti, C. Bergamini, P. Prosperi, A. Bruscolo, G. Alemanno, A. Giordano, M. Ardu, A. Minuzzo, D. Bisogni, A. Di Bella, V. Iacopini, S. Sordi, R. Manetti, F. Cianchi, A. Coratti, P. Bechi, A. Valeri

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Obiettivi: Vi è a tutt'oggi ancora un vivace dibattito sulla modalità migliore di approccio alle occlusioni intestinali da cancro del colon retto. E' possibile riconoscere sostanzialmente due opzioni: un'approccio mirato all'asportazione immediata del tumore (P= primary resection) ed una che punta ad una stabilizzazione iniziale del paziente seguita dopo un periodo variabile di tempo dalla chirurgia demolitiva del cancro in elezione (S= staged resection). In entrambi i gruppi è poi possibile riconoscere alcuni sottogruppi. Si può effettuare infatti un approccio immediato attraverso un intervento di Hartmann (PH) o una anastomosi diretta con o senza protezione (PA). La strategia ritardata può essere, d'altra parte, realizzata attraverso uno stent (SS) o mediante colostomia detentiva (SD).

Scopo dello studio è quello di confrontare, in una valutazione multicentrica retrospettiva a lungo termine coinvolgente tutti i reparti di chirurgia dell'ospedale di riferimento degli autori, i parametri di qualità di vita, outcome operatorio (specie in merito alle complicanze) ed oncologici più significativi.

Materiali e metodi: Criteri di inclusione: tutti i pazienti operati per occlusione intestinale da cancro del colon retto con approccio immediato o differito dopo stent endoscopico o stomia dal 2010 al 2017.

Criteri di esclusione: tumori del colon destro, forme sottoposte a stent o trasversostomia solo palliative.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi (P,S) con altrettanti sottogruppi (PH, PA, SD, SS).

Gruppi e sottogruppi sono stati sottoposti a confronto in quanto a:

- età, sesso, ASA, stadio, sicurezza oncologica (numero dei linfonodi, recidiva locale o metastatica, overall survival e disease-free survival,)
- outcome chirurgico e qualità di vita: numero e durata delle stomie, ricanalizzazione, numero degli interventi chirurgici, tempo operatorio totale, numero dei reinterventi e altre complicanze.

Risultati: Il numero dei pazienti analizzato è 127 suddivisi in 108 pazienti occlusi da tumore del colon e 19 da tumore del retto. Sono stati ottenuti risultati statisticamente significativi ($p < 0,05$) nei seguenti confronti: linfonodi campionati tra il gruppo S ed il gruppo P; numero di stomie e loro durata maggiore in SS e PH rispetto agli altri gruppi; laparoscopie attuate solo in S; tempi operatori complessivi maggiori per S che per P; numero degli interventi maggiore in S. Nessuna differenza fra i due gruppi principali è emersa per il numero dei reinterventi / complicanze e per tutti parametri oncologici esaminati.

Conclusioni: L'approccio immediato e quello differito alle occlusioni del cancro del colon-retto presentano vantaggi e svantaggi distribuiti in modo piuttosto uniforme. Il dato più significativo concerne non tanto i risultati in termini di sicurezza oncologica tanto quelli riferiti alla qualità di vita dei pazienti in cui la strategia primary tumor resection sembra leggermente preferibile. Studi prospettici sono auspicabili.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

RISK FACTORS FOR ANASTOMOTIC LEAKAGE AFTER ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CANCER. A SICO COLORECTAL CANCER NETWORK NATIONWIDE RETROSPECTIVE COLLABORATIVE STUDY (RALAR STUDY)

R. Reddavid¹, R. De Luca², S. Sofia¹, R. Trapani¹, M. Solej¹, A. Alò¹, S. Mungo¹, M. Degiuli¹

¹ San Luigi Gonzaga, Orbassano

² Istituto Tumori, Bari

Objective: The objective of this trial is to identify any independent risk factors for anastomotic leak (AL) after abdominoperineal resection (AR) for rectal cancer (RC) and to develop a clinical prediction model to calculate estimates of the probability of the occurrence of an AL after surgery (RALAR risk score).

Methods: This is a nationwide multicentre retrospective study. Participating centres should have an hospital volume of at least 20 AR per year. We will collect consecutive patients with malignant tumor of the rectum submitted to AR between January 2000 and December 2016. All patients who meet the inclusion/exclusion criteria will be registered into the trial and allocated in one of two arms based on postoperative course: arm a, patients with anastomotic leak–AL or arm b, patients without anastomotic leak - NoAL. In AL arm, an anastomotic leak was diagnosed during the postoperative course; in NoAL arm, patient's postoperative course was regular without clinical anastomotic leak.

Results: Forty national high volume referral centers for colorectal cancer treatment have provided their letter of intent to participate into this trial. More than 10 thousands patients are expected to be registered in the study. The final analysis of any independent risk factors for AL after AR for rectal cancer will allow the development of a clinical prediction model to calculate estimates of the probability of the occurrence of an AL after surgery (RALAR risk score). Data collection, data analysis and final results will be completed before the Congress of the Italian Society of Surgery.

Conclusion: The preoperative prediction of a high risk of developing a leak of colorectal anastomosis after AR for RC could force surgeons to check the viability of anastomized colon and rectal stump by any available methods (fluorescent dyes, air bubble test, endoscopy), to eventually reinforce the anastomosis or re-do it, or, finally, to avoid the occurrence of the leak by performing diverting-ostomy in selected patients.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

NEOPLASIE DEL RETTO EXTRAPERITONEALE: VALUTAZIONE URINARIA E SESSUALE DOPO CHIRURGIA RADICALE

A. Taddei, A. Bottari, L. Marascio, I. Bartolini, F. Melli, M.N. Ringressi

Università degli studi di Firenze - AOU Careggi

Obiettivi: Valutare l'impatto della chirurgia e di eventuali altri fattori di rischio predisponenti sullo sviluppo delle disfunzioni urinarie e sessuali dopo chirurgia radicale per adenocarcinoma del retto extraperitoneale.

Materiali e metodi: Tra il gennaio 2006 e il settembre 2015, sono stati sottoposti a chirurgia radicale per cancro del retto extraperitoneale 207 pazienti. I criteri di esclusione da questo studio retrospettivo monocentrico sono stati: follow up inferiore ad 1 anno, età all'intervento superiore ad 85 anni, decesso o non aderenza al follow-up, gravi comorbidità e rifiuto di aderire allo studio. La valutazione è stata condotta con questionari validati (International Prostatic Symptoms Score e l'International Index of Erectile Function-5 per l'uomo e l'Australian Pelvic Floor Questionnaire per le donne), mettendo in correlazione i punteggi ottenuti con fattori quali lo score preoperatorio, l'età, la distanza della lesione dall'orifizio anale, il pT e l'eventuale deiscenza dell'anastomosi.

Risultati: I pazienti arruolati sono stati 66, 39 uomini e 27 donne. Nell'analisi della valutazione urinaria negli uomini, una disfunzione severa postoperatoria è stata riscontrata nel 5,13% dei pazienti con peggioramento medio nello score IPSS di 3,25 punti ($p < 0.01$). Questo risultato è inoltre correlato allo stadio del tumore: il pT3, rispetto agli stadi inferiori, diminuisce il punteggio medio di circa 3,89 punti. L'analisi della valutazione sessuale negli uomini ha dimostrato un peggioramento postoperatorio ($p = 0,094$) del punteggio dell'IIEF-5 con un calo medio di 4,76 punti e sviluppo di disfunzione di grado severo nel 7,69% dei casi.

Nell'analisi della valutazione urinaria nelle donne, nessuna paziente ha presentato disfunzione severa; il calo medio dello score urinario è stato di 2,81 punti ($p < 0.01$). Gli score riguardo al prolasso uterino e alla funzionalità sessuale non hanno rilevato disfunzioni severe, né cambiamenti postoperatori statisticamente significativi.

Conclusioni: In entrambi i sessi, la chirurgia radicale per cancro del retto sembra determinare un peggioramento statisticamente significativo della funzionalità urinaria. Non sembra invece determinare un peggioramento statisticamente significativo nella funzionalità sessuale. Tuttavia, in quest'ultima valutazione, è verosimile che altri fattori come età, riduzione dell'attività sessuale e la reticenza dei pazienti (soprattutto nelle donne), abbiano un ruolo preponderante rispetto all'atto chirurgico.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

UNA COMPLICANZA RARA DEL LIPOMA DEL COLON: L'INTUSSUSCEZIONE COLO-COLICA

S. Lauricella, G.T. Capolupo, F. Carannante, G. Mascianà, E. Mazzotta, A. Orsini, M. Caricato

Università Campus Bio-Medico di Roma

Obiettivi: L'intussuscezione rappresenta una rara causa di occlusione intestinale nell'adulto: la testa dell'intussuscezione è rappresentata nella maggior parte dei casi da patologie maligne. I lipomi del tubo digerente sono condizioni patologiche asintomatiche nella maggior parte dei casi, in rari casi possono determinare complicanze. L'intussuscezione colo-colica da lipoma del colon è una complicanza rara. È stata esaminata la casistica Istituzionale per identificare l'incidenza e le caratteristiche dei casi osservati di intussuscezione colica da lipoma.

Materiali e metodi: Presso la UOC di Chirurgia del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma sono stati eseguiti nel periodo 2000-aprile 2018 1814 interventi di resezione del colon. È stata verificata l'indicazione all'intervento in tutti i casi: si è trattato di intussuscezione colo-colica da lipoma del colon in 3 casi.

Risultati: Caso n° 1: uomo di 48 anni. Anamnesi di dolori addominali da una settimana, un episodio di sanguinamento rettale. Alla colonscopia neoformazione polipoide sessile del colon trasverso distale (4x6cm). Alla TC lipoma capsulato di 4 cm di diametro a carico del colon discendente. Veniva eseguita una emicolectomia sinistra laparotomica. Esame istologico: neoformazione polipoide sottomucosa di circa 6,5 cm di diametro massimo con erosioni superficiali.

Caso n° 2: donna di 57 anni ricoverata per dolore addominale, vomito e perdita di peso. Alla TC polipo sessile della valvola ileo cecale con intussuscezione dell'ultima ansa ileale nel cieco. Alla colonscopia voluminosa neoformazione vegetante del diametro di circa 50 mm completamente occupante il cieco. È stata eseguita una emicolectomia destra laparoscopica con anastomosi ileo colica. Esame istologico: angioliipoma sottomucoso peduncolato di 6,5 cm di dimensione massima con mucosa sovrastante ulcerata.

Caso n° 3: donna di 40 anni, ricoverata per comparsa da circa 5 giorni di dolore addominale. Alla Tc addome presenza di una neoformazione in corrispondenza del colon ascendente (55x42x50mm) associata ad invaginazione colo-colica. Alla colonscopia a livello della flessura epatica presenza di una voluminosa neoformazione occupante i due terzi del lume intestinale, ricoperta da mucosa congesta. Veniva eseguita una emicolectomia destra laparoscopica. Esame istologico: a 10 cm dal margine di resezione colico lipoma sottomucoso di circa 5 cm di dimensione massima, in corrispondenza del quale la mucosa appare invaginarsi su se stessa.

Conclusioni: Ci sono pochi casi clinici descritti in letteratura di intussuscezione colo-colica da lipoma negli adulti. I casi di lipoma osservati sono stati trattati chirurgicamente per la presenza di complicanze, mentre la maggior parte delle lesioni asintomatiche non presentano complicanze nel follow-up. Non sono disponibili linee guida in grado di predire il rischio di complicanze nelle lesioni asintomatiche, e in grado di prevenire la necessità di intervento in condizioni d'urgenza.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

CANCRO RETTALE SINTOMATICO AL IV STADIO: OPZIONI PALLIATIVE

A. Travaglino, G.M. Buonanno, V. Labruna

AON G. Rummo, Benevento

Obiettivi: Il 30% dei pazienti con cancro rettale giunge alla diagnosi con malattia locale avanzata e metastasi (Stadio IV). Ciascun trattamento possibile può essere gravato da complicanze, pertanto necessitano opzioni terapeutiche sicure e che offrano maggiore efficacia e minore morbidità.

Scopo dello studio è quello di analizzare le opzioni palliative confrontando i dati emersi dalla nostra casistica con quelli della letteratura internazionale.

Materiali e metodi: Dal gennaio 2010 a settembre 2017 sono giunti alla nostra osservazione 10 pazienti con ca rettale allo stadio IV (8 pz. con MTS epatiche, 2 pz. con MTS polmonare). Di essi 5 pz. presentavano un quadro occlusivo, 2 pz un quadro di addome acuto perforativo, 3 pz. rettorragia. Nello stesso periodo il numero complessivo di neoplasie rettali trattate è stato di 28 casi. Dei 5 pazienti occlusi, 3 sono stati operati in urgenza, la resezione è stata possibile in due pazienti. Nell'altro caso, per l'infiltrazione locale, e comorbidità importanti, impossibilità al posizionamento di stent è stata confezionata una colostomia. Gli altri 2 pz. Sono stati trattati con stent endoscopico.

12 pazienti perforati sono stati trattati con resezione sec. Hartmann.

I 3 pazienti con rettorragia sono stati gestiti con trattamento combinato: procedure endoscopico e radioterapiche.

Il trattamento chemioterapico è stato iniziato mediamente a 4 settimane dalla procedura iniziale in 5 pz (2 deceduti nel post operatorio, in 3 casi le condizioni non erano compatibili con la chemioterapia).

I pazienti operati per perforazione sono deceduti in 5' e 8' p.o. per sepsi e complicanza cardiorespiratoria.

Un terzo dei pazienti operati hanno presentato complicanze correlate alla colostomia. Altra complicanza è stata una perforazione a monte dello stent, verificatasi dopo 6 cicli di FOLFOX/AVASTATIN in paziente con stage clinico cT3N1M1.

Risultati: I dati della letteratura indicano che il 30% delle neoplasie rettali, stadio IV, sono sintomatiche:

l'occlusione nel 10-25% dei casi; le emorragie massive sono rare, circa 5% ; le perforazioni si manifestano nel 3-10%, con maggiore incidenza in corso di neo-adiuvante in trattamento chemio-radio e, ancor più, in corso di terapia molecular targeted per la malattia metastatica.

Conclusioni: Considerata l'incidenza di complicanze è opportuna una conoscenza delle opzioni terapeutiche-palliative al fine di ottimizzare la qualità della vita e realizzare il trattamento più impattante, tenendo conto che la 'gray-zone' fra trattamento ad intento curativo e quello palliativo, nelle ultime decadi si è incrementata grazie alle continue innovazioni degli standards di cura la cui fase decisionale, riguarda un team multidisciplinare e deve essere specifica per ogni caso, per ogni paziente.

Bibliografia

Management of stage IV rectal cancer: palliative options. World J Gastroenterol.2011 Feb 21;17(7):835-47. Ronnekleiv-Kelly SM, Kennedy D.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

LOWER GI:
RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 1B

SALA L

EFFETTO DELLE TRASFUSIONI DI GLOBULI ROSSI CONCENTRATI SUGLI OUTCOME CLINICI DEI PAZIENTI CON CANCRO DEL COLON RETTO: ANALISI DI 1418 CASI DA UN SINGOLO CENTRO ITALIANO

G. Turri, C. Pedrazzani, G. Gecchele, C. Conti, E. Lazzarini, M. Tripepi, M. Rivelli, A. Guglielmi

Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare, AOUI Verona, Università degli Studi di Verona

Obiettivi: L'anemia è molto frequente nei pazienti con cancro del colon retto (CCR) e necessita in alcuni casi di trasfusioni ematiche. Sono stati pubblicati in passato diversi studi per investigare il ruolo delle trasfusioni con globuli rossi concentrati (GRC) nei pazienti con cancro, alcuni dei quali si focalizzavano sui pazienti con CCR. Mentre alcuni sembrerebbe dimostrare outcomes peggiori nei pazienti sottoposti a trasfusioni altri non trovavano alcun collegamento. Data la presenza di dati contrastanti in letteratura, spesso provenienti da studi con coorti composte da un numero limitato di pazienti, questo studio ha l'obiettivo di valutare le caratteristiche clinico-patologiche dei pazienti sottoposti a trasfusioni di GRC, così come i risultati a lungo termine.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi nell'analisi tutti i pazienti sottoposti a resezione per CCR in un centro di terzo livello da gennaio 2005 a dicembre 2017. L'analisi è stata condotta su un database retrospettivo prendendo in considerazione le principali caratteristiche clinico-patologiche, il decorso post-operatorio, e la OS. Sono state valutate il numero di GRC trasfuse nel periodo peri-operatorio (30 giorni prima dell'intervento e nei 90 giorni post-operatori).

Risultati: Sono stati inclusi nello studio un totale di 1418 pazienti, di cui 449 (31.7%) hanno ricevuto almeno una trasfusione di GRC nel periodo perioperatorio (media 1.2, SD 2.4). Questi pazienti erano mediamente più anziani (71.2 anni vs 65.7, $p < 0.001$), più spesso di sesso maschile ($p = 0.009$), e si presentavano più spesso con anemia pre-operatoria ($p < 0.001$). I pazienti trasfusi erano inoltre più spesso sottoposti a chirurgia open (88.4% vs 74.6%, $p < 0.001$), in regime di urgenza (8.5% vs 4.6%, $p = 0.004$) e avevano una maggiore mortalità (3.9% vs 0.5%, $p < 0.001$) e degenza (16 vs 10 giorni, $p < 0.001$) post-operatoria. Prendendo in considerazione le variabili a lungo termine, i pazienti sottoposti ad emotrasfusioni presentavano una sopravvivenza globale a 5 anni significativamente peggiore rispetto ai pazienti non trasfusi (54.4% vs 74.5%, $p < 0.001$). La sopravvivenza sembrerebbe inoltre peggiorare con l'aumento delle sacche di GRC trasfuse, scendendo al 47.6% per i pazienti che avevano ricevuto più di 3 unità ($p < 0.001$).

Conclusioni: Nella nostra casistica, i pazienti sottoposti a chirurgia per CCR trasfusi con GRC nel periodo perioperatorio erano in media più anziani, anemici alla diagnosi, e più spesso sottoposti a chirurgia open e urgente, con una mortalità post-operatoria significativamente più alta. Inoltre, la sopravvivenza a 5 anni risultava essere peggiore rispetto ai pazienti non trasfusi.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

IL DOSAGGIO PRECOCE DEL PARATORMONE DOPO TIROIDECTOMIA TOTALE È IN GRADO DI PREDIRE LO SVILUPPO DELL'IPOPARATIROIDISMO? STUDIO PROSPETTICO SU CASISTICA PERSONALE

A. Borasi, F. Retta, I. Messuti, S. Corvisieri, B. Puligheddu, L. Elia, F. Ghiglione, M.P. Bellomo, M. Bossotti, F. Orlandi

Humanitas Gradenigo, Torino

L'ipocalcemia è la più comune complicanza della tiroidectomia totale. Nella maggior parte dei casi si tratta di una complicanza chirurgica con decorso favorevole; tuttavia, una certa percentuale di pazienti sviluppa ipoparatiroidismo permanente. L'obiettivo dello studio è stato valutare il valore predittivo del dosaggio del PTH a 4h dall'intervento ai fini dell'identificazione precoce dell'ipocalcemia e dell'ipoparatiroidismo persistente a 6 mesi. Inoltre, abbiamo confrontato la predittività del solo dosaggio del PTH con quella del dosaggio del PTH associato a quello della calcemia, per valutare quale dei due approcci consentisse di classificare in maniera più accurata i pazienti.

Si tratta di uno studio prospettico su 184 pazienti sottoposti consecutivamente a tiroidectomia totale tra Aprile 2016 e Aprile 2018. Il PTH è stato dosato nel preoperatorio e a 4h dall'intervento (PTH4ore) e ne è stata calcolata la riduzione percentuale; la calcemia è stata dosata in I (Ca2+I giornata) e in II giornata postoperatoria. Sono state costruite delle curve ROC per identificare i cut-off più accurati per predire l'ipocalcemia e l'ipoparatiroidismo persistente.

Risultati: 29 pazienti (15,8%) hanno sviluppato ipocalcemia postoperatoria (Ca2+I giornata < 8 mg/dl o sintomatologia). I cut-off di PTH4ore e della sua riduzione percentuale migliori per distinguere i pazienti ipocalcemicici dai normocalcemicici sono risultati pari a 9 pg/ml e al 63,5%, senza differenze di accuratezza predittiva. Le migliori specificità (94,2%) e sensibilità (93,1%) si ottengono combinando, rispettivamente in serie e in parallelo, il dosaggio del PTH4ore con quello del Ca2+I giornata (considerando un cut-off pari a 8,62 mg/dl). L'analisi relativa all'ipoparatiroidismo persistente è stata effettuata su 146/184 pazienti. 10 di essi (6,8%) hanno sviluppato una complicanza persistente a 6 mesi dall'intervento. I cut-off di PTH4ore e della sua riduzione percentuale migliori per distinguere questi pazienti dal resto della casistica sono risultati pari a 6 pg/ml e al 66,7%, senza differenze di accuratezza predittiva. Anche in questo caso le migliori specificità (94,8%) e sensibilità (100%) si ottengono combinando, rispettivamente in serie e in parallelo, il dosaggio del PTH4ore con quello del Ca2+I giornata (considerando un cut-off pari a 8,58 mg/dl).

Il dosaggio combinato del PTH4ore e del Ca2+I giornata è risultato lo strumento migliore per predire lo sviluppo di ipocalcemia postoperatoria: il dosaggio di questi due parametri, unitamente alla valutazione clinica, consente di ottimizzare il management di questi pazienti attraverso una loro precisa selezione per le scelte terapeutiche e per la dimissione più precoce. Il loro dosaggio combinato è altresì in grado di predire con buona sensibilità e specificità l'insorgenza di ipoparatiroidismo persistente, indirizzando il clinico verso un trattamento mirato e verso la programmazione di follow-up differenziati nei vari gruppi di pazienti.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

TESSUTO TIROIDEO ECTOPICO IN SEDE SOTTOMANDIBOLARE CON TIROIDE NORMALE NELLA SUA SEDE ANATOMICA

P. Iacconi, R. Cimino, G. Novi, R. Sala

Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis srl, Vallo Della Lucania

Obiettivi: La presenza di tessuto tiroideo nella loggia sottomandibolare con una tiroide nella sua sede normale è un evento molto raro.

Presentiamo un caso di una donna di 49 anni con una massa sotto-angolo-mandibolare a sinistra, inviata col sospetto clinico di cisti branchiale.

Pazienti e metodi: È recentemente giunta alla nostra osservazione una donna di 49 anni. Si è presentata per la comparsa nell'ultimo anno di una massa angolo-mandibolare sinistra. Il medico l'ha inviata per valutazione supponendo si trattasse di una cisti branchiale. Tale ipotesi diagnostica era stata posta per la presenza di una fistola branchiale in tre figlie, in due delle quali era presente una secrezione di muco. L'ecografia in questa paziente mostrò una ecogenicità simile a quella della tiroide normale. Una TC con contrasto mostrava una tiroide normale e una massa angolo-mandibolare con densità identica a quella della tiroide. Risultarono nella norma TSH, FT3, FT4, AbTG, AbTPO e calcitonina. La citologia evidenziò cellule follicolari tiroidee normali senza segni di malignità.

Risultati: L'esame istologico della massa angolo-mandibolare asportata confermò trattarsi di tessuto tiroideo in sede ectopica.

Conclusioni: Le sedi più comuni di ectopia tiroidea si trovano sulla linea mediana lungo il tragitto del dotto tireoglossa. Per le ectopie laterali si ipotizza che una componente dell'abbozzo laterale non migri e quindi non possa fondersi con l'abbozzo tiroideo mediano.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DA PATOLOGIA TIROIDEA AD IMPEGNO RETROSTERNALE NEL PAZIENTE ANZIANO

P. Traini, M. Grasso, P. Soardo, P. Solidoro, M. Camandona

Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette

La malattia della tiroide è comune nella popolazione generale. L'incidenza delle patologie benigne e maligne tiroidee aumenta gradualmente con l'età. L'insufficienza respiratoria acuta dovuta a patologia a livello tiroideo retrosternale può essere anche se raramente il primo sintomo di tale patologia. La gestione di tale sintomo può diventare una sfida diagnostico-terapeutica multidisciplinare.

Metodi: nella primavera del 2018 tre pazienti hanno afferto al pronto soccorso del nostro ospedale con quadro di insufficienza respiratoria acuta da patologia tiroidea retrosternale.

Tutte le pazienti avevano un'età maggiore di 75 anni. Nessuna delle pazienti presentava paralisi di alcuna corda vocale, né stenosi alta delle vie respiratorie che potesse beneficiare di una tracheostomia in urgenza.

Una paziente è stata sottoposta ad intubazione orotracheale in emergenza, una a posizionamento di protesi tracheale in urgenza mentre l'ultima è stata trattata inizialmente con terapia medica di supporto e solo in un secondo tempo ad intervento chirurgico risolutivo. Le prime due pazienti, non candidabili ad intervento chirurgico curativo, hanno beneficiato di FNAB e successiva biopsia chirurgica per meglio inquadrare la patologia primitiva. La terza paziente, con Sindrome di von Recklinghausen, pregresso meningioma, mastectomia per Paget e TVP/EP, è stata sottoposta ad tiroidectomia totale senza complicanze previo posizionamento di filtro cavale.

Risultati: Il quadro di distress acuto respiratorio delle 3 pazienti è stato controllato con approcci diversi a seconda dell'eziologia della compressione. L'approccio diagnostico ha guidato il diverso successivo iter terapeutico anche in accordo con le condizioni generali delle pazienti. Non vi sono state complicazioni maggiori post-operatorie e la mortalità a trenta giorni è stata nulla.

Conclusioni: L'insufficienza respiratoria dovuta a stenosi tracheale da compressione tiroidea è una situazione pericolosa per la vita e deve essere immediatamente trattata; spesso è tale da giustificare un approccio aggressivo multidisciplinare. Solo in centri ad alta specializzazione questo tipo di pazienti può beneficiare di un trattamento personalizzato efficace.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

TRATTAMENTO CHIRURGICO PER PATOLOGIA TIROIDEA NEI PAZIENTI ANZIANI: RISULTATI DI UN SINGOLO CENTRO DI RIFERIMENTO A MEDIO VOLUME

P. Santocchi¹, N. Giancola², M. Gasperi², P. Princi¹, M. Raffaelli¹, R. Bellantone¹

¹ *Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - IRCSS, Roma*

² *Università degli Studi del Molise, Campobasso*

Obiettivi: La chirurgia nel paziente anziano è considerata più rischiosa rispetto a quella nei pazienti giovani. Obiettivo di questo studio è la valutazione della chirurgia tiroidea nel paziente anziano.

Metodi: Sono stati inclusi nello studio 1140 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di chirurgia tiroidea per patologia primitiva della tiroide, benigna e maligna, in regime di elezione in un singolo centro di riferimento regionale a medio volume. I casi selezionati sono stati divisi in due gruppi in relazione all'età (età < 70 anni, età > 70 anni). I gruppi sono stati comparati per ciò che riguarda i parametri demografici, le procedure chirurgiche, diagnosi e complicanze post-operatorie. Gli outcome primari dello studio sono stati: complicanze post-operatorie, durata dell'intervento chirurgico e tempo di degenza media.

Risultati: I due gruppi di pazienti in esame, rappresentati da 113 pazienti di età > 70 anni e 1027 pazienti di età inferiore, sono risultati omogenei per tipo di procedure effettuate. In entrambi i gruppi la tiroidectomia totale è stato l'intervento chirurgico maggiormente rappresentato. Gli interventi chirurgici effettuati per patologia benigna della tiroide hanno rappresentato l'80.5% nel gruppo dei pazienti con età superiore ai 70 anni e il 68.2% nei pazienti di età inferiore. Differenze statisticamente significative nei due gruppi a confronto hanno riguardato il tempo operatorio medio, la degenza media post-operatoria e l'esame istologico definitivo.

Conclusioni: Le procedure chirurgiche per patologia tiroidea sono sicure in pazienti con età maggiore o uguale ai 70 anni, con un tasso di complicanze post operatorie comparabile a quello che si riscontra in pazienti di età inferiore, a discapito di tempi operatori e di degenze post-operatorie più lunghi.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELL'OBESITÀ IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA TIROIDEA: RISULTATI DI UN SINGOLO CENTRO DI RIFERIMENTO

P. Santocchi¹, N. Giancola², M. Gasperi², L. Sessa¹, P. Princi¹, M. Raffaelli¹, R. Bellantone¹

¹ Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - IRCSS, Roma

² Università degli Studi del Molise, Campobasso

Obiettivi: L'obesità è riconosciuta essere un fattore di rischio per l'insorgenza di complicanze post-chirurgiche a breve ed a lungo termine oltre che essere collegata ad una maggiore incidenza di neoplasie. Il ruolo dell'obesità nelle procedure endocrino-chirurgiche cervicali è ancora oggi oggetto di dibattito tra gli esperti.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi nello studio 1140 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di chirurgia tiroidea per patologia primitiva della tiroide, benigna e maligna, in regime di elezione in un singolo centro di riferimento regionale a medio volume. I casi selezionati sono stati divisi in due gruppi in relazione al BMI (BMI < 30; BMI > 30). Sono stati considerati parametri demografici e chirurgici con particolare attenzione alle complicanze post-operatorie, al tempo di degenza post-operatoria ed all'incidenza/estensione delle neoplasie.

Risultati: I due gruppi composti da 864 pazienti non obesi e 276 pazienti obesi non hanno presentato differenze significative dal punto di vista demografico. Il tasso assoluto complessivo di complicanze post-chirurgiche è risultato essere del 39.4%, in assenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi. L'ipocalcemia post-operatoria è risultata essere la complicanza con maggiore incidenza. Differenze statisticamente significative sono state riscontrate nel tempo di degenza media post-operatoria maggiore per i pazienti obesi ($p = 0.002$) e nella durata della procedura chirurgica ($p = 0.012$). L'analisi dell'incidenza e dell'estensione della neoplasia non ha dimostrato differenze significative tra i due gruppi ($p = 0.2$).

Conclusioni: L'obesità non ha un impatto determinante sulla chirurgia tiroidea e del collo per quanto riguarda l'incidenza di complicanze post-operatorie e l'incidenza/estensione delle neoplasie. Tuttavia i pazienti obesi presentano degenza post-operatoria e tempi operatori più lunghi indicativi di una maggiore incidenza di co-morbilità e di una maggior difficoltà tecnica nelle procedure. Tale dato rende comunque necessaria maggior attenzione a tale gruppo di pazienti nella pianificazione di una procedura endocrino-chirurgica.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **17:00-18:00**
ENDOCRINO

SALA L

L'APPROCCIO LAPAROSCOPICO NEI GRANDI TUMORI DEL SURRENE. CONSIDERAZIONI TECNICHE E OUTCOME CHIRURGICO

A.B.F. Giordano, A. Dibella, G. Alemanno, P. Prosperi, C. Bergamini, V. Iacopini, M. Ardu, A. Valeri

AOU Careggi, Firenze

Obiettivi: La letteratura definisce come grandi tumori del surrene le neoplasie di dimensioni superiori ai 6 cm. Si tratta di neoplasie rare associate a malignità nel 25% dei casi. La surrenectomia laparoscopica costituisce oggi il gold standard. La dimensione della neoplasia è stata sempre al centro di discussione in letteratura data la maggiore probabilità di malignità della lesione e gli eventuali limiti tecnici della laparoscopia in presenza di masse molto grandi. Riportiamo l'esperienza decennale del nostro centro sulle surrenectomie laparoscopiche nei grandi tumori del surrene.

Materiali e metodi: Da gennaio 2007 a maggio 2018 abbiamo eseguito circa 235 surrenectomie per tumori benigni e maligni del surrene. Di questi 45 sono stati classificati come grandi tumori del surrene perché di dimensioni superiori ai 6 cm. La dimensione media è stata di 9.9 cm (7-22 cm). 23 tumori erano localizzati a sinistra e 22 a destra. I pazienti trattati sono stati 20 donne e 25 uomini e l'età media è stata di 55 anni (21-81 anni). Di queste grosse masse 29 sono state asportate per via laparoscopica con approccio trans peritoneale laterale e 16 con approccio open. 2 casi di conversione (uno per sanguinamento dalla vena cava inferiore, il secondo per tenaci aderenze).

Risultati: Delle 29 surrenectomie laparoscopiche abbiamo registrato 6 casi di carcinoma corticosurrenalico, 2 casi di cisti endoteliali, 6 adenomi di cui 3 con ipersecrezione di aldosterone e 2 di cortisolo, 2 mielolipomi, 10 feocromocitomi e 3 metastasi da neoplasie del polmone. L'outcome chirurgico in questi pazienti è stato ottimale in termini di buon controllo del dolore, rapida ripresa dell'alimentazione e una degenza media di 3 giorni. La durata media dell'intervento è stata di 110 minuti con bassissime perdite ematiche per il paziente (90ml). Non si sono registrate complicanze postoperatorie. L'asportazione del surrene ha necessitato 3 o 4 trocar secondo le necessità e l'utilizzo di bisturi a radiofrequenza è stato fondamentale nelle fasi di dissezione e resezione. In tutti i casi è stato posizionato un drenaggio in loggia surrenalica. Anche l'outcome oncologico è stato eccellente perché dopo follow up a 12 e 24 mesi per le forme maligne non si sono registrate recidive locali.

Conclusioni: La surrenectomia laparoscopica offre notevoli vantaggi rispetto all'approccio open. Le dimensioni delle neoplasie sono ancora al centro di dibattito circa la tecnica di scelta da attuare ma in realtà la dimensione costituisce solo un parametro predittivo di eventuale malignità del tumore. L'approccio laparoscopico costituisce una metodica sicura e fattibile in termini di outcome chirurgico ed oncologico anche per i grandi tumori del surrene, se eseguita in mani esperte e in centri ad alto volume. La presenza di infiltrazione vascolare o degli organi adiacenti costituisce una controindicazione all'approccio laparoscopico.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY: PREOPERATIVE DATA, SURGICAL TECHNIQUE AND CLINICAL OUTCOMES

A. Agrusa, G. Di Buono, S. Buscemi, A.I. Lo Monte, G. Geraci, V. Sorce, E. Gulotta, V.D. Palumbo, S. Fazzotta, G. Romano, G. Gulotta

Department of Surgical, Oncological and Stomatological Disciplines, University of Palermo

Background: Laparoscopic adrenalectomy has become the standard treatment for adrenal lesions. The better clinical outcomes of laparoscopic technique are valid for treatment of small benign masses (<5-6 cm), instead there are still open questions in literature regarding the correct management of larger lesions (> 6 cm) or in case of potentially malignant adrenal tumors. The aim of this study is to evaluate the outcomes of laparoscopic adrenalectomy in a referral surgical department for endocrine surgery.

Methods: At the University Hospital Policlinico "P. Giaccone" of Palermo between January 2010 and December 2017 we performed a total of 81 laparoscopic adrenalectomy. We created a retrospective database with analysis of patients data, morphologic and hormonal characteristics of adrenal lesions, surgical procedures and postoperative results with histological diagnosis and complications.

Results: Mean size of adrenal neoplasm was 7,5 cm (range 1.5 to 18 cm). The mean operative time was 145 min (range 75 – 240). In statistical analysis length of surgery was correlated to the lesion diameter ($p < 0.05$) but not with pre-operative features or histological results. 5 intraoperative complications occurred. Among these patients 4 presented bleeding and 1 a diaphragmatic lesion. No conversion to open surgery was necessary and no intraoperative blood transfusion were required. Mean estimated blood loss was 95 ml (range 50-350). There was no capsular disruption during adrenal dissection. Mean length of hospital stay was 3.7 days (range 3 – 6 days).

Conclusions: Laparoscopic adrenalectomy is a safe procedure with low rate of morbidity. An accurate preoperative radiological examination is fundamental to obtain a stringent patients selection. The lesion diameter is related to longer operative time and appears as the main predictive parameter of intraoperative complications but these results are not statistically significant. On the other side secreting adrenal tumors require more attention in operative management without increased rate of postoperative complications.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00

ENDOCRINO

SALA L

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ADRENOCORTICAL CARCINOMA

S. Andreani¹, M. Boniardi¹, G. Ferrari¹, P. Sartori², I. Pauna¹, L. De Pasquale³, P. Gini⁴, A. Galimberti⁴, S. Lenna⁴, E. Morenghi⁵

¹ ASST Grande ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

² Ospedale Desio, ASST Monza, Desio (MB)

³ ASST SS Carlo e Paolo, Milano

⁴ ASST Ovest Milanese, Legnano, Legnano, Milano

⁵ Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)

Objectives: Adrenocortical cancer is a rare endocrine tumour with a dismal prognosis. We report our experience in managing these patients.

Methods: Data were recorded in a prospective database.

Results: 43 patients (34F: 9M, median age 52 years) were treated for ACC over 20 years at three endocrine surgery units in the Milan area, Italy. All patients underwent preoperative workout with total body CT scan and complete hormonal essays: 32 had a secreting tumour, 11 were already metastatic when diagnosed, and in ten patients carcinoma was an incidental finding. 39 patients underwent open surgery and 4 had laparoscopic adrenalectomy. Mean tumour diameter was 12.6 ± 10.6 cm. Neoplasms were staged according to both WHO and ENSAT classification. Six patients had neoplastic caval thrombus. In 36 patients R0 resection was performed, 7 had residual disease. 18 patients received adjuvant therapy with mitotane. 29 patients had recurrence with a median disease free survival of 15 months, among them 24 were treated with mitotane, 9 received also chemotherapy. Adjuvant mitotane did not affect recurrence rate but allowed longer survival. Patients with recurrence controlled by mitotane alone had a 40% 10-year survival, compared to 33 % of those who needed also chemotherapy. Overall 10-year survival was 54% with a mean survival of 137 ± 19 months.

Conclusion: Adjuvant mitotane does not seem to be effective in reducing recurrence rate, but it allows longer survival. The presence of neoplastic caval invasion is not a contraindication to surgery since it doesn't prevent long survival. Chemotherapy may be helpful in controlling disease progression when patients with recurrence do not respond to mitotane. Aggressive management in a multidisciplinary setting is the cornerstone to achieve better results.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

NONALPINE THYROID ANGIOSARCOMA IN A PATIENT WITH HASHIMOTO THYROIDITIS

G. Sena, N. Innaro, E. Succurro, F. Arturi, R. Sacco

Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche, Università Magna Graecia di Catanzaro

Thyroid angiosarcoma is an uncommon thyroid carcinoma and its incidence is the highest in the European Alpine regions. Thyroid angiosarcoma is also very aggressive tumor that can rapidly spread to the cervical lymph nodes, lungs and brain or can metastasize to the duodenum, small bowel, and large bowel. Although it is histologically well defined, clear cut separation between the angiosarcoma and anaplastic thyroid carcinoma is difficult. A 49 year old Caucasian female patient, born and resident in Southern Italy (Calabria), in an iodine sufficient area, was admitted to the surgery Department because she presented with painless mass in the anterior region of neck enlarged rapidly in the last three months. After total thyroidectomy and right cervical lymphadenectomy, postoperative histological examination revealed the presence of a thyroid angiosarcoma with positive staining for CD 31 and for both Factor VIII-related antigen and Vimentin and only partially positive for staining pancytokeratin and presence of metastasis in cervical, supraclavicular, mediastinal and paratracheal lymph nodes. The patient started adjuvant chemotherapy and she was treated for 6 cycles with Doxorubicin, Dacarbazine, Ifosfamide, and Mesna (MAID). After 22 months from surgery, the patients is still alive without both local and systemic recurrence of the disease.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

RUOLO DELL'ESAME ISTOLOGICO ESTEMPORANEO SULLA LINFADENECTOMIA DELL'EMICOMPARTIMENTO CENTRALE OMOLATERALE AL TUMORE NEI PAZIENTI CON CARCINOMA PAPPILLARE DELLA TIROIDE CANDIDATI A LOBOISTMECTOMIA

S.E. Tempera¹, M. Raffaelli¹, C. De Crea¹, L. Sessa², G. Fadda³, C.P. Lombardi¹, R. Bellantone¹

¹ U.O.C. Chirurgia Endocrina e Metabolica-Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS-Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

² U.O.C. Chirurgia Endocrina e Metabolica-Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

³ Istituto di Anatomia e Istologia Patologica-Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS-Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: La loboistmectomia tiroidea (LT) è una valida opzione chirurgica nei pazienti affetti da carcinoma papillare della tiroide (CPT) di piccole dimensioni (T1), unifocale, N0. D'altra parte, i pazienti con metastasi a carico del compartimento centrale (N1a) sono candidati a tiroidectomia totale (TT) associata a linfadenectomia del compartimento centrale bilaterale (Bil-LCC). Ad oggi risulta difficile valutare preoperatoriamente lo status linfonodale del compartimento centrale. Obiettivo dello studio è stato quello di verificare l'impiego routinario dell'esame istologico estemporaneo sui linfonodi dell'emicompartimento centrale omolaterale al tumore (EIE-ipsiLCC) nei pazienti affetti da CPT candidati alla LT al fine di modulare intraoperatoriamente l'estensione dell'intervento chirurgico ed eseguire una TT+Bil-LCC in casi selezionati.

Materiali e metodi: Tra Ottobre 2014 e Giugno 2017, 30 pazienti con diagnosi di CPT, clinicamente unifocale, T1, N0 sono stati sottoposti a LT associata a EIE-ipsiLCC (gruppo LT). Gli stessi pazienti sono stati sottoposti a TT+Bil-LCC in caso di EIE positivo per metastasi nel corso dello stesso intervento. Il gruppo LT, attraverso un'analisi "propensity score", è stato messo a confronto con un gruppo di controllo (gruppo C) sottoposto a TT+EIE-ipsiLCC.

Risultati: I gruppi LT e C sono risultati omogenei per età, sesso e dimensioni del tumore (p=NS). All'esame istologico definitivo (EID), sono state riscontrate metastasi linfonodali occulte (>2 mm) in 5/30 pazienti del gruppo LT e in 6/30 pazienti del gruppo C (p=NS). Sono state riscontrate micrometastasi (<2 mm) in 5/30 pazienti del gruppo LT e in 4/30 del gruppo C (p=NS). Complessivamente, l'esame istologico definitivo ha documentato la presenza di metastasi linfonodali del compartimento centrale (pN1a) in 10 pazienti in ogni gruppo (33.3%). L'EIE ha correttamente identificato tutti i 5 pazienti con metastasi >2mm nel gruppo LT, i quali sono stati poi sottoposti a TT+Bil-LCC durante lo stesso intervento. In nessuno dei due gruppi si sono registrate recidive di malattia locoregionale e/o a distanza ad un follow-up medio di 17 mesi.

Conclusioni: La linfadenectomia dell'emicompartimento centrale omolaterale al tumore consente una accurata stratificazione del rischio nei pazienti candidati a LT. L'EIE-ipsiLCC è, inoltre, in grado di identificare intraoperatoriamente i pazienti ad alto rischio che necessitano di TT+Bil-LCC, riducendo la necessità di un secondo intervento chirurgico di completamento e, in linea teorica, il rischio di recidive.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 17:00-18:00
ENDOCRINO

SALA L

DALLE LINEE GUIDA ATA 2009 A QUELLE ATA 2015, COSA È CAMBIATO NELLA CHIRURGIA TIROIDEA PER CITOLOGIA INDETERMINATA?

D. Bettini, S. Nuzzo, A. Zaccaroni

AUSL Romagna, Forlì

Introduzione: La citologia indeterminata tiroidea (Tir3) rimane una delle principali indicazioni alla chirurgia tiroidea. La gestione del nodulo Tir3 viene regolato da una serie di linee guida (LG) relative alla gestione del nodulo tiroideo, al ruolo della sorveglianza attiva e della chirurgia conservativa, che vengono sottoposte a revisioni periodiche in base alla loro efficacia nella pratica clinica.

Obiettivi: Verificare l'impatto delle LG dell'American Thyroid Association (ATA) 2015 rispetto alle ATA 2009 nella gestione del nodulo Tir3.

Materiali e metodi: Analisi retrospettiva di tutti i casi di citologia indeterminata, operati presso la nostra Unità Operativa (UO) nel periodo 2010-2017, prima (gruppo ATA-2009) e dopo (gruppo ATA-2015) il mese di agosto 2015. Il primo obiettivo è il tasso di reintervento e l'analisi dei fattori predittivi di malignità significativa (sottoclassi A e B, genere, età, dimensioni del nodulo).

Risultati: Dei 286 pazienti operati nel periodo in esame, il gruppo ATA-2009 comprende 169 pazienti (59,1%) e quello ATA-2015 117 pazienti (40,9%). Il tasso di malignità è stato del 30% nel complesso, ma con l'allargarsi delle indicazioni alla chirurgia conservativa con le nuove LG (consentita anche nei pT2), la percentuale di totalizzazione è scesa, dopo il 2015, dal 16 al 7% dei gozzi uninodulari (177 pazienti). Per quanto riguarda la malignità significativa (pT3), il tasso è più elevato nei Tir3A (5%, su 22 pazienti) rispetto ai Tir3B (2%, su 53 pazienti), nei maschi (6%) rispetto alle femmine (3%), e nei pazienti fino ai 45 anni (4%) rispetto a quelli di età più avanzata (3%). L'istologia di tutti e 18 i pazienti, operati per noduli fino a 1 centimetro (micronoduli), è risultata, benigna o compatibile con microcarcinoma (pT1a).

Conclusioni: Il recente aggiornamento delle LG (ATA 2015) ha rinforzato ulteriormente l'indicazione alla chirurgia conservativa della tiroide. Il riscontro istologico benigno o di microcarcinoma, in tutti i micronoduli a citologia Tir3, potrebbe suggerire un protocollo di sorveglianza attiva indipendentemente dagli altri fattori di rischio.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **08:30-10:00**

OVAIO

SALA N

EARLY ONSET OF INTRA-ABDOMINAL ADHESIONS DURING LAPAROSCOPY-ENHANCED HIPEC TECHNIQUE (LE-HIPEC) FOR PERITONEAL CARCINOSIS: EVIDENCE AND MANAGEMENT

M. Marini, G. Panyor, P. Calcagno, M. Lotti, L. Campanati, M. Giulii Capponi, N. Allievi, N. Paderno, C. Bertani, E. Vaterlini, R. Manfredi, E. Poiasina, M. Pisano, S. Magnone, D. Piazzalunga, E. Poletti De Chaurand

ASST Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Objectives: The early onset of intra-abdominal adhesions during closed-abdomen HIPEC can impair the circulation of the chemotherapy perfusion fluid within the abdominal cavity.

In a pilot study conducted in our Institute, we described, thank to LE-HIPEC technique, the formation of early adhesions in 7 patients out of 10 treated with cytoreductive surgery and LE-HIPEC. This study provided a valid explanation for the non-uniform distribution of the methylene blue dye that was previously reported with the closed-abdomen HIPEC technique.

The authors aims to present their experience in managing the adhesion formation during the LE-HIPEC technique, in order to improve the uniform distribution of the chemotherapy fluid.

Materials and methods: Our case series of LE-HIPEC was updated to 28 patients. Laparoscopic exploration of the abdominal cavity was performed every 15-20 minutes during the 90 minutes of the closed-abdomen perfusion time, and data about the finding of adhesions was prospectively recorded.

Results: At the time of the first laparoscopic exploration during perfusion, intra-abdominal adhesions were found in 18 patients (64%); adhesions between the bowel and the abdominal wall were found in 14 patients (50%); Adhesions among the loops of the bowel with creation of closed recesses of the mesentery were observed in 6 patients (21,4%). All these adhesions were not liable to be divided by means of shaking the abdominal wall and their complete division was achieved by means of a laparoscopic palpator. After that, adhesions were observed in 7 patients. After 60 and 90 minutes of perfusion, no adhesions recurred at the following laparoscopic explorations.

Conclusion: Our case series confirms that, early intra-abdominal adhesions are formed in more than half of the patients, soon after the closure of the abdominal wall. After cytoreductive surgery, the LE-HIPEC technique provides the tool for their complete division, thus regaining the complete exposure of the abdominal cavity during a closed abdomen perfusion.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

SURVIVAL AFTER CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY FOR ADVANCED GASTRIC CANCER; RESULTS FROM A 6-YEAR EXPERIENCE

S. Magnone, N. Allievi, C. Bertani, E. Vaterlini, M. Marini, G. Panyor, P. Calcagno, N. Paderno, M. Pisano, D. Piazzalunga, M. Lotti, E. Poletti, E. Poiasina, M. Giulii Capponi, R. Manfredi, L. Campanati

ASST Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Background: Peritoneal dissemination of gastric cancer represents a disease with no surgical therapeutic options. Cytoreductive surgery (CRS) and Hyperthermic IntraPERitoneal Chemotherapy (HIPEC) can offer a chance for longer survival compared to chemotherapy. The aim of this study is to present overall and disease-free survival in Stage IV and Stage III gastric cancer patients treated with CRS and HIPEC with follow up.

Material and methods: Single-center retrospective study on patients with Stage IV or high-risk Stage III (pT4 or pT2-3 and N2-3). All patients were preoperatively staged as T4a or N+ by CT scan or Endoscopic Ultrasonography. TNM stage, Peritoneal Cancer Index, synchronous (SC) or metachronous carcinomatosis (MC), follow up, overall and disease-free survival was considered. Values are expressed as median (range) or percentage as appropriate. Overall survival (OS), disease-free survival (DFS) were analyzed with Kaplan-Meier curves and log-rank testing.

Results: 23 patients of whom follow up was available were treated between January 2011 and December 2016. Perioperative mortality was 4.3%. All patients underwent HIPEC with cisplatin and paclitaxel (86%) or mitomycin(14%) after CRS. Among the remaining 22 patients, 12 of them underwent CRS and HIPEC for Stage IV and 10 for stage III gastric cancer. Overall median follow up was 13 months (range 3-56). Median stage IV follow up was 8 months (3-56) while stage III follow up was 20 months (11-49). Median Peritoneal Cancer Index for Stage IV patients was 7 (0-26). 1-year, 2-years and 3 years OS rates were 55%, 23% and 9% respectively, for stage III were 90%, 30% and 10% while for stage IV was 25%, 17% and 8% respectively. There is a significantly longer OS and DFS in patients with SC than those with MC. We have to report 5 patients with a follow up longer than 24 months: 3 in stage III patients and 2 in stage IV. Median follow up was 35 months and DFS was 27 months. For stage III patients OS was 35 months and DFS was 27 months. For the two-stage IV patients, OS was 41 months and DFS was 40 months.

Conclusions: Treatment of stage III and stage IV gastric cancer with CRS and HIPEC can show good results in terms of OS and DFS, as compared to palliative chemotherapy or best supportive treatment. Long-term survival is occasionally possible even in metastatic disease. Further studies are required to better define the role and indications of CRS and HIPEC in the management of advanced gastric cancer.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

LAPAROSCOPY ENHANCED HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY (LE-HIPEC) AFTER CYTOREDUCTIVE SURGERY FOR PERITONEAL CARCINOMATOSIS: THE BERGAMO EXPERIENCE

G. Panyor, M. Marini, P. Calcagno, M. Lotti, M. Giulii Capponi, L. Campanati, E. Poiasina, N. Paderno, C. Bertani, E. Vaterlini, N. Allievi, E. Poletti De Chaurand, M. Pisano, D. Piazzalunga, S. Magnone, R. Manfredi

ASST Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Objectives: Cytoreductive Surgery (CRS) and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) are now standard procedures in the treatment of peritoneal carcinomatosis in selected patients. While the CRS technique is well accepted, the ideal perfusion technique during HIPEC is still under debate, with the open Coliseum and the closed techniques being the most widespread ones. In 2016 a novel procedure, the Laparoscopy-Enhanced HIPEC technique (LE-HIPEC) has been published, this technique combines the advantages of the open and closed techniques by means of laparoscopy. The perioperative results of our case series are herein presented.

Materials and methods: Selection criteria for LE-HIPEC were the same used for traditional open-abdomen HIPEC. Patients characteristics, tumor type, intraoperative perfusion, surgery data and perioperative complications were prospectively recorded and retrospectively analyzed.

Results: Since 2014, 28 consecutive patients (13 male and 15 female) underwent CRS and LE-HIPEC.

Median age was 53 yrs (range 27-73). Tumor types were: 10 (36%) gastric cancer, 7 (25%) colorectal cancer, 6 (21.5%) ovarian cancer, 2 (7%) pseudomyxoma peritonei, 2 (7%) adenocarcinoma of the appendix, 1 (3.5%) mesothelioma. In 16 patients (57%) CDDP and paclitaxel were used, in 9 (32%) CDDP and mitomycin, in 2 (7%) mitomycin alone, and in one patient CDDP and doxorubicin. Median PCI score was 12 (range 2-39). 18 patients (64%) had three or more peritonectomies. 11 patients (39%) had three or more visceral resections. During the LE-HIPEC perfusion phase, an average inflow temperature of 42°C was required to maintain a 41°C temperature within the abdominal cavity.

Major perioperative complications were 1 pancreatic fistula that needed percutaneous drainage for healing, and 5 acute renal failures (1 of them due to ureteral stents obstruction by blood clots), 2 of which resolved spontaneously, 2 resolved after a short course of hemodialysis and 1 progressed to chronic renal failure. No postoperative enteric fistulas and no perioperative mortality were observed.

Conclusion: We observed in our series an acceptable rate of perioperative complications. Interestingly, no postoperative enteric fistulas were observed. The LE-HIPEC is a closed procedure that reduces thermal dispersion, providing an homogeneous distribution of heat. A lower inflow temperature can be related with reduced risk of thermal injury to the bowel. To our knowledge, this is the first and largest case series of patients treated with this novel technique.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

PERITONEAL DISSEMINATION OF PLEURAL MESOTHELIOMA TREATED WITH CYTOREDUCTIVE SURGERY AND LAPAROSCOPY-ENHANCED HIPEC: A CASE REPORT

P. Calcagno, M. Marini, G. Panyor, N. Allievi, N. Paderno, E. Vaterlini, C. Bertani, M. Lotti, M. Capponi, R. Manfredi, M. Pisano, E. Poiasina, S. Magnone, D. Piazzalunga, E. Poletti, L. Campanati

ASST Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Objectives: Pleural mesothelioma is a poor prognosis cancer. Patients affected by pleural mesothelioma have a median survival less than one year. Peritoneal manifestations of pleural mesothelioma can occur. Patients who achieve local control in their chest cavity after surgery and chemotherapy but experience isolated peritoneal progression of the disease, can be considered for cytoreductive surgery and HIPEC in their peritoneal cavity. Limited case series are currently reported in the literature.

Methods: A 54 years old man with asbestos exposure was diagnosed with left pleural epithelioid mesothelioma. He underwent left pleuro-pneumonectomy followed by radiation therapy. At one year follow-up, a PET-CT scan showed a diffuse intra-abdominal progression of the disease which was confirmed at laparoscopy. After completion of systemic chemotherapy with Cisplatin and Pemetrexed, radiological restaging showed no thorax relapse, no distant metastases and a partial response in the peritoneal cavity. After a careful clinical evaluation he was considered for cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy.

The Laparoscopy-Enhanced HIPEC technique was used for a better management of hyperthermia to improve procedure tolerability.

Results: At laparotomy, peritoneal metastases were found in the mesentery, the greater omentum, the left hemidiaphragm, the paracolic gutters and the anterior and pelvic peritoneum (PCI score= 9). Complete parietal peritonectomy, partial resection of the left hemidiaphragm, omentectomy and complete removal of the mesenteric nodules were performed. A CC0 score was achieved after cytoreductive surgery. Laparoscopy-Enhanced HIPEC was delivered with Cisplatin 80mg/m² and Doxorubicin 15mg/liter of perfusate, for 90 minutes at 41°C. No perioperative complications occurred. Bowel function recovered on 2nd postoperative day. The patient was discharged on his 13th postoperative day. A CT scan performed after 3 months showed a complete response. The patient is currently completing his two further cycles of consolidation chemotherapy.

Conclusion: In selected patients with isolated intra-abdominal progression of pleural mesothelioma, cytoreductive surgery and HIPEC can provide local control of the disease. Laparoscopy-Enhanced HIPEC technique can be safely used to achieve a homogeneous distribution of heat and chemotherapy. The number of patients treated to date is too few to make judgments regarding the efficacy of this approach and the prolonged benefit that may result.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

CITORIDUZIONE E HIPEC IN PAZIENTE DI 14 ANNI CON CARCINOSI PERITONEALE DA ADENOCARCINOMA DEL COLON DESTRO

L. Sorrentino¹, F. Serra¹, S. De Julis¹, F. Cabry², E. Barbieri², M. Cellini², P. Ceccarelli², M. Girardis¹, R. Gelmini¹

¹ Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

² AOU Policlinico di Modena, Modena

Obiettivi: La chirurgia citoriduttiva (CRS) associata a chemio-ipertermia intraperitoneale (HIPEC) è considerata, ad oggi, il miglior trattamento della malattia metastatica del peritoneo, in particolare nei casi in cui questa origini da un tumore primitivo del colon-retto. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia di CRS e HIPEC anche nella popolazione pediatrica, dove l'applicazione alla carcinosi peritoneale da colon-retto rimane rara per la ridotta incidenza del cancro coloretale tra i bambini e gli adolescenti.

Materiali e metodi: Presentiamo un caso di una bambina di 14 anni affetta da cancro del colon diagnosticato nel 2016 a seguito di una grave anemizzazione e rettorragia. Una TC torace-addome e una colonscopia evidenziavano la presenza di una neoformazione stenotica di circa 8 cm del colon destro, riferibile ad adenocarcinoma. All'indagine PET si rilevavano due lesioni pelviche sospette per metastasi peritoneale. Dopo 2 cicli di FOLFOXIRI la paziente veniva rivalutata con TC Addome e RMN riscontrando una risposta parziale con diminuzione delle dimensioni del tumore primitivo e scomparsa delle due nodulazioni pelviche. La paziente è stata quindi sottoposta ad emicolectomia destra laparoscopica con staging postoperatorio T4 N1 G3. Seguivano 8 cicli di FOLFOX, ultimo in aprile 2017. A 7 mesi dal termine della terapia la paziente è stata ricoverata nel reparto di pediatria per dolore addominale. La TC addome riscontrava due voluminose neoformazioni cistiche di verosimile pertinenza ovarica. Procedendo con una laparotomia esplorativa e ovariectomia bilaterale con washing peritoneale, veniva posta diagnosi istologica di metastasi ovarica da adenocarcinoma del colon e citologia peritoneale positiva per cellule neoplastiche. In Dicembre 2017, ripetuta una TC Addome di controllo si riscontrava la presenza di una lesione sospetta per secondarismo peritoneale della parete addominale anteriore.

Risultati: Il caso veniva discusso in sede multidisciplinare con pediatri, oncologi e chirurghi generali e si poneva indicazione a CRS e HIPEC. In Gennaio 2018 la paziente è stata quindi sottoposta a peritonectomia, omentectomia, e resezione del ligamento rotondo con un PCI intraoperatorio di 3 e una citoriduzione finale CC0 con preservazione di Milza e colecisti. Per l'HIPEC sono stati somministrati 57,6 mg di mitomicina per 60 minuti a 42 °C. Il decorso postoperatorio è stato regolare, la paziente è stata rialimentata in VI giornata e dimessa in XIV in buone condizioni generali. Alla TC di controllo eseguita in Marzo 2018 non si evidenziavano segni di ripresa di malattia.

Conclusioni: CRS e HIPEC possono essere eseguite anche nei bambini come trattamento della carcinosi peritoneale con ottimi risultati. Come per gli adulti è necessario un appropriato work-up multidisciplinare e una corretta selezione dei casi in modo da ottenere i migliori risultati sia in termini di sopravvivenza che di qualità di vita.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

PERITONECTOMIA E HIPEC, I PRIMI PASSI DI UN NUOVO CENTRO

L. Sorrentino, A.A. Ricciardolo, F. Serra, F. Cabry, R. Gelmini

Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduzione: La carcinosi peritoneale è stata considerata per decenni uno stadio terminale delle neoplasie intra-addominali avanzate, sia di origine gastroenterica che a partenza dall'apparato ginecologico. Se non trattata, la prognosi di questa condizione è davvero molto sfavorevole, portando al decesso i pazienti in pochi mesi. La peritonectomia + HIPEC rappresenta oggi il gold standard nel trattamento dei tumori primitivi del peritoneo ed in altre peritoneali secondarie. Paul H. Sugarbaker (Ann Surg – January 1995) ha codificato e standardizzato le procedure di peritonectomia.

Obiettivi: In gennaio 2015 è stata eseguito nella nostra U.O il primo caso di peritonectomia. Da allora è stato iniziato un percorso che ha portato all'apertura di uno studio di fattibilità e all'esecuzione della prima peritonectomia con HIPEC del nostro centro, ad Ottobre 2017. Nell'arco di questi 3 anni, sono state effettuate 22 citoriduzioni, di cui, a partire da Ottobre 2017, 9 associate ad HIPEC.

Metodi: Abbiamo analizzato I primi dati derivanti dalla nostra esperienza, suddividendo la casistica in base all'istologia, alla completezza dell'atto chirurgico con citoriduzione CC0 e all'eventuale HIPEC, e al punteggio di PCI pre e intra operatorio. Per quanto permesso dal breve di follow-up, abbiamo osservato la sopravvivenza e il periodo libero da malattia.

Risultati: Su 22 pazienti trattati l'82% è stato sottoposto a peritonectomia totale. Il 27% presentava un tumore primitivo di origine colica, il 36% di origine ovarica, il 13% è stato trattato per pseudomyxoma peritonei e il 4% per carcinoma gastrico. Il 41% dei pazienti è stato trattato con HIPEC, pur considerando che dall'apertura dello studio di fattibilità l'88% dei pazienti è stato trattato con citoriduzione e HIPEC. Abbiamo raggiunto un grado di citoriduzione CC0 nell'86.4% dei casi totali di peritonectomia. Dal Gennaio 2015 a Maggio 2018 1 paziente è deceduto a 30 giorni dall'intervento per complicanze postoperatorie; 2 pazienti sono deceduti a 4 mesi dall'intervento di cui uno con citoriduzione non totale, 1 paziente è deceduto a 8 mesi dall'intervento, anch'esso con citoriduzione non totale e 1 paziente è deceduto a 2 anni.

Conclusioni: Il processo di selezione del paziente e il principio di multidisciplinarietà sono sicuramente al centro della buona riuscita del trattamento citoriduttivo associato ad HIPEC. Per quanto concerne la nostra esperienza, In accordo con la letteratura, la citoriduzione senza HIPEC non da risultati soddisfacenti dal punto di vista prognostico, tranne che nelle malattie primitive del peritoneo. Fondamentale è la centralizzazione del paziente in accordo con le linee guida prima che questo venga sottoposto ad innumerevoli linee di chemioterapia e radio terapia, in modo da non compromettere il PS del paziente e la fattibilità dell'atto chirurgico. Importante è la sensibilizzazione quindi delle altre figure specialistiche coinvolte e una buona standardizzazione del percorso.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

MEASURING THE IMPACT OF COMPLICATIONS AFTER HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY: IS COMPREHENSIVE COMPLICATION INDEX (CCI) BETTER THAN CLAVIEN-DINDO CLASSIFICATION (CDC)?

F.C. Cananzi¹, L. Ruspi¹, F. Sicoli¹, D. Gentile¹, L. Samà¹, P. Bagnoli², V. Quagliuolo¹

¹ Surgical Oncology Unit, Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

² General and Emergency Surgery, Istituto Clinico Città Studi, Milano

Background: Cytoreductive surgery (CRS) and hyperthermic chemotherapy (HIPEC) are complex procedures with a high risk of postoperative complications. Clavien-Dindo Classification (CDC) is a validated method to report complications in different type of surgery; comprehensive complication index (CCI) is a more recent system to report comorbidities, based on a linear ranging scale and, differently from CDC, it takes into account all complications. CCI has been already validated in abdominal surgery; however only few studies investigated its validity in CRS and HIPEC. The aim of our study is to compare CDC and CCI in describing the impact of complications after CRS+HIPEC on length of hospital stay (LOS).

Patients and methods: Data on a consecutive series 82 patients underwent CRS with or without HIPEC between January 2010 and February 2018 were retrospectively analysed. Patient demographics, pathology, Peritoneal Carcinomatosis Index (PCI), complications and their treatments, and length of stay (LOS) were reviewed. The CCI was calculated for each patient. Linear regression was used to assess whether the CCI and CDC were predictors of LOS.

Results: Of 82 patients reviewed, 52 (63.4%) were female; median age was 57.5 years [interquartile range (IQR) 47-63]. 67 (81.7%) underwent HIPEC. Median PCI was 9.5 (IQR 4-20) and the median number of resected organs was 3 (IQR 3-4). Ovarian cancer (35.8%) and peritoneal malignancies (35.8%) were the most frequent diagnosis; 19.5% of patients had colorectal cancer as primary malignancy, 6.1% appendiceal tumors, 1.2% gastric cancer, other malignancies were reported in 2.44% of patients. Completeness of cytoreduction (CCR) was classified as CCR 0 in 90.1% of patients, CCR 1 in 7.41% and CCR 2 in 2.47%. In 42.7% of patients postoperative course was uneventful, and mortality rate was 2.4%; 12.2% of patients experienced a grade I complication according to CDC; 13.4% grade II, 10.9% grade IIIa, 6.1% grade IIIb, 9.76% grade IVa and 2.4% grade IVb. Median CCI was 8.7 (IQR 0-33.2) and mean CCI was 19.1. Mean LOS was 22.2 days, while the median was 15 days (IQR 11-21).

CCI resulted to be strongly related to LOS with coefficient of 0.87 [95% confidence interval 0.7 - 1.05, $p < 0.001$].

The AIC and BIC for the CCI model were smaller (712.5 and 717 respectively) than for CDC (741.5 and 746.3 respectively), suggesting CCI to fit better than CDC.

Conclusion: CCI is a useful tool to describe complications and their impact of postoperative course of patients underwent CRS with or without HIPEC, as it describes the real impact of complications better than CDC.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

IL RUOLO DELL'ETÀ NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE NEOPLASIE OVARICHE

F. Moro¹, M.E. Laudani¹, P. Danna¹, C. Macchi¹, L. Fuso², M. Mitidieri¹, A. Cicako¹, M. Salizzoni¹, P. Zola¹

¹ AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

² AO Ordine Mauriziano, Torino

Obiettivi: L'incidenza delle neoplasie ovariche aumenta con l'avanzare dell'età raggiungendo il picco intorno ai 70 anni. Spesso le pazienti più anziane non vengono trattate con le stesse procedure chirurgiche usate per le pazienti più giovani. In questo studio abbiamo analizzato le differenze nell'approccio terapeutico stratificando per età.

Materiali e metodi: Abbiamo condotto uno studio retrospettivo monocentrico presso il P.O. Sant'Anna dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino in cui sono state incluse pazienti con tumori epiteliali e non epiteliali dell'ovaio suddivise in gruppo A (> o = 70 anni) e gruppo B (< 70 anni). Per ognuna delle pazienti sono stati considerati il performance status alla diagnosi, lo stadio FIGO, il grading, l'istotipo, e il tipo di trattamento. Il trattamento chirurgico è stato distinto in chirurgia di prima istanza o chirurgia di intervallo riportando per ogni episodio il tipo di chirurgia e l'estensione della stessa, il residuo tumorale al termine dell'intervento, le complicanze intraoperatorie e perioperatorie, i giorni di ospedalizzazione e l'eventuale ricovero in terapia intensiva. In base alla stadiazione (se stadio > di T1a G1) molte pazienti hanno poi proseguito l'iter con 3 o più cicli di chemioterapia.

Risultati: Sono state incluse nello studio 134 pazienti di cui 44 nel gruppo A (> o = 70 anni) e 90 nel gruppo B (<70 anni) ulteriormente suddivise in base allo stadio FIGO in stadi iniziali (stadi I, II) comprendenti 8 pazienti del gruppo A e 27 nel gruppo B e avanzati (III, IV) di cui 36 del gruppo A e 63 del gruppo B. Il 58,6% delle pazienti ha ricevuto una chirurgia citoreducente di prima istanza, il 37,4% una chirurgia di intervallo e il 4% è stato sottoposto ad una chirurgia a solo scopo diagnostico. Una citoreduzione ottimale, quindi assenza di residuo tumorale macroscopico è stato ottenuto nel 52,5% degli stadi avanzati, di cui 13,1% del gruppo A e 39,4% del gruppo B (p= 0,01). La mediana di sopravvivenza libera da malattia (PFS) differisce nei due sottogruppi attestandosi a 13,08 mesi nel gruppo A e 19,04 nel gruppo B (p=0,27). I tassi di complicanze maggiori (che hanno richiesto un prolungamento del ricovero o il passaggio in UTI) sono simili nei due gruppi attestandosi al 6,8% nel gruppo A e al 3,3% nel gruppo B (p=0,36).

Conclusioni: I nostri dati suggeriscono che le pazienti di età > o = 70 possono tollerare trattamenti chirurgici radicali al pari delle pazienti più giovani. Queste pazienti dovrebbero essere gestite all'interno di unità di ginecologia oncologica dotate di un'equipe multidisciplinare. L'età avanzata non dovrebbe essere considerata una controindicazione all'intervento chirurgico seppure dai dati sia emerso che il raggiungimento dell'assenza di residuo tumorale sia più difficile da raggiungere in questo gruppo di pazienti.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY: OUTCOMES OF OUR PRELIMINARY EXPERIENCE

F.C. Cananzi¹, L. Ruspi¹, F. Sicoli¹, D. Gentile¹, L. Samà¹, P. Bagnoli², V. Quagliuolo¹

¹ Surgical Oncology Unit, Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

² General and Emergency Surgery, Istituto Clinico Città Studi, Milano

Background: Peritoneal surface malignancies (PSM) may arise directly from the peritoneum (primary) or from regional spread of gastrointestinal and gynecological malignancies. Cytoreductive surgery (CRS) and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) improved outcomes for patients with PSM, providing encouraging outcomes in selected sub-set of patients. We present results from our initial experience on CRS with or without HIPEC.

Patients and methods: We retrospectively reviewed data of 82 patients underwent CRS with or without HIPEC between January 2010 and December 2017 at Humanitas Research Hospital in Rozzano (Milan, Italy). Data on histology, intraoperative findings, number of resected organs, postoperative course and survival were considered. Severity of complication was reported according to Clavien-Dindo Classification (CDC).

Results: Median age was 57.5 years (range 22-79); males were 36.6% and females 63.4%; this was influenced by the fact that epithelial ovarian cancer (EOC) was the commonest origin of PSM (29/82, 35.4%); other origins were distributed as following: pseudomyxoma peritonei (PMP) 24.4% (n 20), colorectal cancer (CRC) 19.5% (n 16), malignant mesothelioma (MM) 11.0% (n 9), appendiceal malignancy: 6.0%(n 5), other cancers: 3.7% (n 3). Sixty-seven patients (81.7%) received HIPEC after CRS. Median peritoneal cancer index (PCI) was 9.5 (range 1-39, mean PCI 13.3, DS +10.3); median number of resected organs was 3 (range 1-8); 35 (42.7%) patients underwent total peritonectomy. Median operative time was 552.5 minutes (range 145-924). Completeness of cytoreduction (CCR 0) was achieved in 73 patients (90.1%); CCR 1 in 6 (7.4%) and CCR 2 in 2 (2.5%). Major postoperative complications (CDC >3) occurred in 26 patients (31.7%); among these, CDC grade 5 occurred in 2 patients (2.4%). Median postoperative stay was 15 days (range 5-205). Median follow-up was 36.5 months (range 1-81). One-year, 3-year and 5-year overall survival (OS) were 89.1%, 50.4% and 28.8%, respectively. Median OS according to the origin of the PSM were 30.4 months for EOC, 51.6 for PMP, 41.1 for CRC, 59.2 for MM, 16.8 for appendiceal tumors and 12.6 for other malignancies; 3-year OS was 49.3% for EOC, 58.6% for PMP, 56.9% for CRC, 58.3% for MM, 28.6% for appendiceal tumours and 0 for other malignancies (p<0.001). One-year, 3-year and 5-year disease-free survival (DFS) was 54.1%, 28.1% and 17.0%, respectively. Median DFS according to the origin of the PSM were 12.5 months for EOC, 19.1 for PMP, 5.5 for CRC, 21.4 for MM, 9.9 for appendiceal tumors and 14.7 for other malignancies; 3-year DFS was 27.3% for EOC, 29.5% for PMP, 17.9% for CRC, 46.9% for MM, 30% for appendiceal tumours and 0 for other malignancies (p n.s.).

Conclusion: Our initial results indicate that CRS + HIPEC procedure can be performed with acceptable morbidity. Appropriate case selection by a multi-disciplinary team is vital to achieve complete cytoreduction and optimize outcomes.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

ESPERIENZA PRELIMINARE E ANALISI DELLE COMPLICANZE PRECOCI E TARDIVE IN SEGUITO A CHIRURGIA CITORIDUTTIVA ASSOCIATA A CHEMIOIPERTERMIA INTRAPERITONEALE IN UN NUOVO CENTRO ITALIANO

P. Papini, M. Ferrari, B. Musco, G. Masi, A. Gadducci, S. Ricci, A. Falcone, P.V. Lippolis

AOUP, Pisa

Obiettivi: In pazienti ben selezionati, la chirurgia citoriduttiva (CCR) e la chemioterapia intraperitoneale ipertermica (HIPEC) rappresentano un trattamento consolidato per i pazienti affetti da tumori primitivi peritoneali e metastasi di origine coloretale, ovarica, gastrica o appendicolare. Questo regime terapeutico è stato associato a significativa morbidità, lunghe degenze ospedaliere e, in alcuni studi, moderato rischio di mortalità perioperatoria. Dall'analisi dei dati preliminari del presente studio si evince che la CCR/HIPEC deve essere eseguita da specialisti esperti in chirurgia oncologica avanzata e dopo adeguato training in chirurgia peritoneale per garantire sia i risultati oncologici che una percentuale di complicanze in linea con i dati presenti in letteratura.

Materiali e metodi: Questo studio retrospettivo ha incluso tutti i pazienti consecutivi sottoposti a CCR + HIPEC in un nuovo centro in Italia. Tra novembre 2016 e aprile 2018, 50 pazienti sono stati sottoposti a CCR + HIPEC per carcinomi peritoneali. Tutte le procedure sono state eseguite da un solo chirurgo, seguite da HIPEC con tecnica chiusa.

Risultati: Sono stati posti in studio 50 pazienti, 11 maschi e 39 femmine di età compresa tra 38 e 78 anni (media 61 anni). L'origine della malattia peritoneale trattata è stata la seguente: carcinoma ovarico (48%), carcinoma coloretale (26%), carcinoma gastrico (16%), neoplasia primitiva peritoneale (6%), neoplasia primitiva dell'intestino tenue (2%), neoplasia appendicolare (2%). Il PCI (peritoneal cancer index) medio è risultato 10.7 (range 1-22). Una completa macroscopica citoriduzione è stata raggiunta in 44 pazienti (88%), in 5 (10%) la malattia residua era <2 mm e in un caso (2%) è stata riscontrata infiltrazione del peduncolo epatico. Nei trenta giorni successivi all'intervento il tasso di complicanze è stato del 20%: un paziente tra questi 10 ha presentato una complicanza di grado IVa secondo la classificazione di Clavien-Dindo, sette di grado IIIb, uno di grado IIIa e uno di grado I. Nel periodo postoperatorio tardivo il tasso di complicanze è stato del 12%. La degenza ospedaliera media è stata di 14 giorni (range 9-39 giorni) e non è stata riscontrata mortalità perioperatoria.

Conclusioni: Questi risultati dimostrano che la chirurgia citoriduttiva associata a chemioterapia intraperitoneale ipertermica può essere eseguita in un nuovo centro specializzato con tassi di morbidità e mortalità in linea con quelli di altri interventi di chirurgia oncologica maggiore e di CCR/HIPEC. La selezione appropriata dei casi da parte di un team multidisciplinare è fondamentale per ottenere una citoriduzione completa e ridurre i tassi di complicanze. L'esperienza in chirurgia oncologica può ridurre sostanzialmente la curva di apprendimento associata a CCR e HIPEC.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **08:30-10:00**

OVAIO

SALA N

HOW TO PERFORM A TOTALLY LAPAROSCOPIC HYPERTHERMIC LIMB PERFUSION: A NOVEL TECHNIQUE PRESENTATION

N. Solari, F. Sucameli, F. Cafiero

Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Background: Hyperthermic isolated limb perfusion (HILP) is a treatment that allows to spare limbs affected by unresectable soft tissue neoplasms and still can obtain significant complete response rates and a higher patient quality of life. In spite of these clear advantages, the conventional technique is still burdened by high post-operative morbidity.

Method: We developed totally laparoscopic HILP with the purposes of reducing the post-operative morbidity and add a safe and minimally-invasive approach to the range of surgical options for limb melanoma and soft tissue sarcoma.

Results: Our unprecedentedly reported technique allows us to perform the whole perfusion using a laparoscopic approach. Non-radical lymphadenectomy is performed for a proper exposition of the external iliac vessels and their branches in order to allow the latter's temporary clipping. Four transparietal tourniquets were applied proximally and distally on each external iliac vessel. Venous and arterial cannulae are positioned. The vein cannula insertion is laborious and requires to perfect delicate retraction-jiggling-advancement movements. Once the circuit is completed and ECS set, hyperthermic perfusion is performed. Venous and arterial breaches are repaired manually and normal blood flow of the limb is restored.

Conclusion: We successfully performed an entirely laparoscopic HILP. Evidence of this technique's efficacy and safety on a large series of patients appears imperative but its therapeutic efficacy promises to be comparable to the standard technique. The related low post-operative morbidity provides a certain appeal: no wound complications, mild post-operative pain, brief hospitalization and early return to daily activities.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

VOLUMINOSO SARCOMA RETROPERITONEALE COINVOLGENTE I VASI ILIACI ESTERNI DI SINISTRA: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

D. Bono¹, L. Petruzzelli¹, M.O. Merlo¹, C. Righetti², P. De Paolis¹

¹ Università degli Studi di Torino

² Università degli Studi di Genova

Obiettivi: Lo scopo dello studio è indagare un caso di sarcoma retroperitoneale e il confronto con la letteratura.

Materiali e metodi: Si è indagato un caso report di un liposarcoma retroperitoneale. Si mostrano le tecniche diagnostiche utilizzate, la tecnica chirurgica con ricostruzione vascolare e il follow-up. In seguito si è paragonato il caso con una ricerca nei principali database (Pubmed, Ovid e Cochrane Library) con parole chiave "retroperitoneal liposarcoma" and "surgery treatment" e "liposarcoma treatment".

Risultati: Un paziente maschio di 64 anni giungeva a visita chirurgica per comparsa di tumefazione addominale e senso di peso ingravescente associato a calo ponderale (superiore a 10 kg in 6 mesi). In anamnesi ipertensione arteriosa e parkinsonismo in follow-up. Accedeva al DEA dove eseguiva TC addome che mostrava cavità addominale quasi completamente occupata da una voluminosa massa polilobata in quadranti sinistri dell'addome a densità adiposa di circa 35 x 25 x 32 cm coinvolgente i vasi iliaci di sinistra con vasi neoformati all'interno. Eseguita biopsia percutanea sotto guida ecografica con esame istologico di tumore lipomatoso con aspetti mixoidi. Veniva eseguita valutazione del chirurgo vascolare con esecuzione di ricostruzioni TC 3D per lo studio della vascolarizzazione arteriosa e venosa neoformata del tumore. Eseguito intervento chirurgico a gennaio 2018 in collaborazione con l'equipe di chirurgia vascolare con Laparotomia mediana xifopubica con evidenza di voluminosa massa polilobata che dislocava il piccolo intestino in loggia splenica e colon sinistro che attraversa diagonalmente la massa. Ottenuto piano di clivaggio dal legamento di Treitz e dall'uretere di sinistra. sezione di funicolo spermatico e dotto deferente di sinistra. Ricostruzione vascolare con Fusion graft arteriosa e venosa. Esame istologico definitivo mostrava Liposarcoma dedifferenziato con aree lipoma-like e aree di dedifferenziazione miogenica. Margini indenni. In follow-up oncologico a marzo 2018 : non segni di recidive.

Conclusioni: I liposarcomi costituiscono (41%) il tipo più comune di sarcoma originante nel retroperitoneo. La TC rappresenta la più comune modalità di diagnosi, stadiazione e valutazione preoperatoria dei liposarcomi retroperitoneali. Il più consistente fattore prognostico è la completezza della resezione chirurgica con margini negativi. I tassi di sopravvivenza a 5 anni sono per le varianti a basso grado a cellule mixoidi e ben differenziato superiore all'80%; per quelli a pleiomorfici, a cellule rotonde e dedifferenziato sono rispettivamente 30-50%, 60% e 75%.

Tali tumori frequentemente ricorrono tra 6 mesi e 2 anni dall'iniziale resezione chirurgica.

Poiché i liposarcomi sono spesso di grandi dimensioni e infiltranti organi adiacenti, l'approccio laparotomico è preferibile. La laparoscopia potrebbe essere un'alternativa all'approccio laparotomico in pazienti selezionati ma sono necessari ulteriori studi.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-10:00

OVAIO

SALA N

TUMORE FIBROSO SOLITARIO EXTRAPLEURICO INTRADDOMINALE: CASE REPORT E REVIEW DELLA LETTERATURA

A. Pisani Ceretti, M. Giovenzana, C. Froio, M. Bonaldi, N. Mariani, E. Opocher

ASST Santi Paolo e Carlo, UO Chirurgia epato-bilio-pancreatica e digestiva San Paolo, Milano

Introduzione: Il Tumore Fibroso Solitario (SFT) è una rara neoplasia di origine mesenchimale, localizzata tipicamente a livello della pleura polmonare. Non di rado la neoplasia può interessare sedi anatomiche extrapleuriche, tra cui la cavità addominale. Sebbene il SFT sia classificato come una neoplasia indolente, sono stati descritti in letteratura casi di maggiore aggressività del tumore, in termini di recidiva locale e, più raramente, di metastasi a distanza. La diagnosi di certezza si basa sulla caratterizzazione immunoistochimica e istologica della lesione.

Obiettivi: Analizzare le migliori strategie terapeutiche nel trattamento di questa rara neoplasia. Abbiamo realizzato una review della letteratura sui casi di SFT extrapleurico intraddominale precedentemente descritti. Presentiamo inoltre il caso di un uomo affetto da SFT a partenza dal mesosigma, trattato chirurgicamente nel nostro centro.

Materiali e metodi: È stata condotta una raccolta sistematica della letteratura dal 2008 al 2017 sulle principali banche dati. Sono stati considerati solo elaborati concernenti il SFT extrapleurico a localizzazione addominale, in lingua inglese e con articolo completo trattati chirurgicamente. I criteri di inclusione hanno inoltre tenuto conto della corretta caratterizzazione istologica e immunoistochimica della neoplasia.

Risultati: Sono stati selezionati 36 articoli ottenendo un totale di 38 SFT. Nel 73,7% dei casi la sintomatologia ha anticipato la diagnosi, il dolore addominale è stato il sintomo più frequente (78%) seguito dal riscontro di una massa addominale palpabile nel 55,3%. Gli accertamenti preoperatori sono sempre stati condotti con indagini radiologiche di primo e secondo livello (ecografia, Tc ed eventuale approfondimento mediante RMN). In tutti i casi la diagnosi definitiva è stata possibile dopo studio istologico e immunoistochimico della lesione sul pezzo operatorio. Solo un paziente ha ricevuto un trattamento chemioterapico adiuvante. Sono stati riportati due casi di recidiva locale e due di metastasi a distanza, in un caso la progressione di malattia ha portato al decesso del paziente.

Conclusioni: Sebbene il SFT sia un'entità rara caratterizzata da comportamento tipicamente benigno, può manifestare a volte caratteri di malignità. La caratterizzazione istologica fornisce informazioni essenziali per identificare i pazienti con maggior rischio di evoluzione maligna della neoplasia. L'approccio attuale nel trattamento del SFT è quello chirurgico dal momento in cui, ad oggi, non esistono in letteratura evidenze sulla maggiore efficacia di un eventuale trattamento chemio/radioterapico associato. Ad ogni modo uno stretto follow-up è mandatorio alla luce del potenziale maligno della neoplasia.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

LAPAROSCOPIC GASTRIC RESECTION FOR ECTOPIC PANCREAS

P. Calcagno, M. Lotti, M. Marini, G. Panyor, N. Paderno, E. Vaterlini, C. Bertani, N. Allievi, E. Poiasina, M. Pisano, M.G. Capponi, S. Magnone, R. Manfredi, D. Piazzalunga, E. Poletti, L. Campanati

Papa Giovanni XXIII Hospital, Bergamo

Background: Ectopic pancreas is a rare embryological abnormality due to an improper growth of pancreatic cells within non-pancreatic viscera. Patients may complain of dyspepsia, thoracic and abdominal pain or intestinal obstruction. Malignant evolution of ectopic pancreatic cells has been reported. Diagnosis can be very challenging due to the rarity of the disease and the absence of specific symptoms and radiological findings.

Methods and materials: We report a case of a 21 years old man seeking for medical attention due to persistent dyspepsia and weight loss. His family history was remarkable for malignancy: his father died of advanced gastric cancer. The Patient underwent an Endoscopy with evidence of mucosal bulging and no mucosal alterations. An Endoscopic Ultrasonography (EUS) revealed a capsulated, heterogeneous gastric lesion originating from the muscularis propriae with an ultrasonographic pattern suspicious for malignancy. Fine Needle Aspiration (FNA) was inconclusive. A CT scan showed a mass (80x40x50 mm) originating from the gastric antrum, with enlarged celiac and mesocolic lymph nodes. Tumor markers were negative. According to Patient's symptomatology, family history, radiological and laboratory findings, we suspected a gastric stromal neoplasia (GIST) or a neuroendocrine tumor (NET) and scheduled the Patient for exploratory laparoscopy.

Results: At exploratory laparoscopy, a huge mass was found in the posterior wall of the gastric antrum, without serosal invasion. Enlarged celiac lymph nodes were sampled for intraoperative pathological consultation, that was negative for malignancy. Due to the lesion size and the unknown nature of the gastric mass, we decided to perform a laparoscopic distal gastric resection plus D1 lymphadenectomy. An extra corporeal omega-loop gastric-jejunal anastomosis with Braun anastomosis was carried out. Gross histology showed a pancreatic heterotopy without malignancy, localised into submucosa, muscularis propriae and subserosa. Eight normal lymph nodes were isolated. The patient was discharged at his 7th postoperative day in good general conditions.

Conclusion: Clinical diagnosis of ectopic pancreas is challenging. Endoscopy findings are the same of other neoplasms such as NET or GIST. EUS+FNA is the most sensitive diagnostic exams, but can be unspecific. Diagnostic-therapeutic laparoscopy should be considered in symptomatic patient with large size lesions or suspected for malignancy.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

CERVICAL ESOPHAGOTOMY FOR FOREIGN BODY EXTRACTION. OUR EXPERIENCE AND EXTENSIVE LITERATURE REVIEW OF THE LAST 20 YEARS

P. Cianci¹, N. Tartaglia¹, A. Fersini¹, G. Sinisi², V. Neri¹, A. Ambrosi¹

¹ *Università degli Studi di Foggia*

² *ASL BAT – P.O. Barletta*

Objective: The voluntary and involuntary ingestion of foreign bodies is a common condition; in most cases they pass through the digestive tract, but sometimes they stop, creating emergency situations for the patient. We report our clinical experience and literature review of the last 20 years.

Material and methods: Our retrospective study covered all cases of foreign bodies impacted in cervical esophagus surgically treated in our department and at the same time we have revisited the literature of the last 20 years to establish a meeting point on this important topic that often involves gastroenterologists and surgeons.

Results: We checked the database of PubMed, Scopus, and the Cochrane Library from January 1997 to January 2017 in order to verify the presence of randomized controlled trials, clinical trials, retrospective studies, and case series regarding the use of the cervical esophagotomy for the extraction of foreign bodies impacted in the esophagus. In the same period we treated 5 patients (4 male, 1 female) with an average hospital stay of 10 days and no postoperative complications.

Conclusion: The crucial point is to differentiate the cases that must be immediately treated from those requiring simple observation. Endoscopic treatment is definitely the first therapeutic option, but in case of failure of this approach, in our opinion, cervical esophagotomy could be a safe, easy, viable, durable approach for the extraction of foreign bodies impacted in the cervical esophagus. Our review does not have the purpose of providing definitive conclusions but is intended to represent a starting point for subsequent studies.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

IL "CANDY-SIGN" E IL RUOLO PREDITTIVO DELLA TC NEL RISCHIO DI FISTOLA DOPO SLEEVE GASTRECTOMY

P.G. Gazzetta, M. Bissolati, C. Martinenghi, D. Palumbo, R. Nicoletti, R. Rosati, C. Socci

IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è l'intervento di chirurgia bariatrica attualmente più eseguito nel mondo. Pur essendo una procedura altamente standardizzata, il rischio di leakage gastrico postoperatorio è molto variabile nelle varie casistiche (dallo 0 a più del 6%). Oltre a fattori puramente tecnici (dimensioni del calibratore, altezza dei punti della suturatrice) e alle comorbidità del paziente, un ruolo patogenetico importante sembrerebbe quello legato alle variazioni di pressione endoluminali, con conseguente stress della sutura chirurgica. La definizione di alcuni indicatori postoperatori di rischio fistola gastrica, potrebbero ridurre drasticamente la morbidità legata a questa complicanza. Nostro obiettivo è stato valutare il ruolo della TC postoperatoria nell'identificazione di alterazioni morfologiche del tubulo gastrico (angolatura o torsione) come possibile substrato per lo sviluppo di fistola. Sono stati arruolati 170 pazienti (112F,58M; età media 43 ± 12 anni; BMI medio 43 ± 6.4 kg/m²) tra i pazienti sottoposti a LSG presso il nostro centro tra gennaio 2016 e gennaio 2018. I pazienti arruolati sono stati sottoposti a TC dell'addome superiore con mezzo di contrasto (ev e per os) entro 72 ore dall'intervento.

In 15 casi (8.8%) la TC mostrava una rotazione parziale del tubulo gastrico residuo (definito come una deviazione della linea di sutura dal piano coronale). Abbiamo identificato due tipi di torsione: tipo A (10 pazienti, 5.9%) se coinvolgente il terzo prossimale dello stomaco; tipo B (5 pazienti, 2.9%) se coinvolgente il passaggio tra terzo medio e distale, determinando una morfologia "a caramella" dello stomaco residuo. In totale, 8 pazienti (4.7%) hanno sviluppato fistola gastrica con un tempo medio di 9.4 giorni dalla chirurgia.

4 dei 5 pazienti con torsione di tipo B rientravano tra questi, mentre non si sono osservate fistole nei pazienti con torsione prossimale (gruppo A). La presenza del "candy sign" (tipo B) aumenta la probabilità di fistola dopo LSG ($p=.004$) con un RR=33. In un protocollo di trattamento che preveda l'esecuzione di una TC addome nel postoperatorio in paziente asintomatico, l'identificazione di una torsione medio-distale della sleeve gastrica potrebbe essere utile a mettere in atto uno schema di svezzamento preventivo e protettivo nei confronti dello sviluppo di fistola gastrica.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

RUOLO DELLA TC POSTOPERATORIA DI ROUTINE DOPO SLEEVE GASTRECTOMY

P.G. Gazzetta, M. Bissolati, C. Martinenghi, D. Palumbo, R. Nicoletti, R. Rosati, C. Socci

IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Negli ultimi due decenni, la sleeve gastrectomy (LSG) si è affermata come trattamento bariatrico efficace in termini di calo ponderale e controllo delle comorbidità legate all'obesità. La fistola gastrica, può alterare significativamente il decorso postoperatorio del paziente, incrementando morbidità e mortalità post-chirurgica. Scopo dello studio è stato valutare il ruolo predittivo di alcuni parametri TC potenzialmente correlati con lo sviluppo di fistola gastrica e ridurre al minimo le fistole gastriche precoci non diagnosticate.

Abbiamo arruolato 170 pazienti (112F,58M;43±12anni;43±6.4kg/m²) sottoposti a LSG tra gennaio 2016 e gennaio 2018. Tutti i pazienti arruolati sono stati sottoposti a TC addome con mezzo di contrasto in vena e per bocca entro 72 ore dalla chirurgia. Nessuno dei pazienti esaminati mostrava uno spandimento extraluminale di mezzo di contrasto.

Abbiamo registrato: la distanza tra piloro e ultimo punto di sutura (stapler to pylorus distance, StP), la presenza di ematoma perigastrico e di dismorfismi dello stomaco residuo (torsione, angolatura).

Di tutti i pazienti studiati, 8 (4.7%) hanno sviluppato fistola gastrica. Abbiamo misurato una StP media di 38.7±16.7mm, distanza risultata significativamente minore nei pazienti con fistola (24.2±11.9mm vs. 40.3±16.4mm; p=.005). Un'analisi ROC ha identificato un valore di 29.9mm sotto il quale si ha un aumentato rischio di fistola (AUC: 0.83; Se: 81.8%; Sp: 75.4%). Abbiamo osservato ematomi in 9 pazienti(5.3%)nei quali si ha un aumentato rischio di fistola (p=.005). In 15 casi (8.8%)abbiamo osservato torsione del residuo gastrico, con due pattern TC: tipo A (10 pazienti,5.9%)se coinvolgente il terzo prossimale dello stomaco; tipo B (5 pazienti, 2.9%)se coinvolgente il terzo medio/distale. 4 dei 5 pazienti con torsione tipo B hanno sviluppato fistola gastrica, mentre non se ne sono osservate nel tipo A. La presenza di torsione tipo B aumenta significativamente la probabilità di fistola dopo LSG(p=.004); la torsione tipo A sembra invece essere un possibile normale reperto post chirurgico. L'analisi multivariata ha identificato la torsione tipo B come il fattore di rischio più importante (p=.005). La TC postoperatoria, può fornire informazioni preziose sia sulla presenza di fistola gastrica precoce asintomatica, sia sul rischio chirurgico postoperatorio; per tale motivo la consideriamo un esame importante e, in pazienti selezionati, con un rischio biologico accettabile.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

LAPAROSCOPIC TREATMENT VERSUS OPEN TREATMENT OF GASTRODUODENAL PERFORATIONS: OUR DECADES OF RETROSPECTIVE EXPERIENCE AND LITERATURE REVIEW

S. Ragazzi, R. Minardi, M. Carnazza

Ospedale Guzzardi, Vittoria

Introduction: The aim of our work is to evaluate the laparoscopic treatment of gastroduodenal ulcers (GD) in a territory where the population is multiethnic and where, given that the main activity is agriculture, the presence of non-EU citizens (EX) and of Eastern European citizens (EE) is considerably higher.

Materials and methods: From January 2007 to December 2017 97 patients were operated for perforated UGD in our department all treated within 24 h from admission and/or from the beginning of the symptomatology, 70 males and 27 females, in most cases they were foreign citizens, the average age was 34 for foreigners and 58 for Italians. 68 were treated by laparoscopy (LS) and 25 by laparotomy (LT), the cases of conversion from LS to LT were 4 included in a third group. Usual direct suture accompanied by omentopexy (OP) if ulcer > of 5 mm and/or if it is in the stomach.

Results: the majority of patients treated were foreign: 69 (24 EX and 45 EE, age: 18-55), while 28 were Italians (age: 30-86). In the foreigners the most frequent cause was alcohol and smoking: present in 60 patients, in the remaining 9 the cause is abuse of NSAIDs or corticosteroids. In the Italians 21 had abused in NSAIDs and/or corticosteroids and 7 had GD pathologies not treated. The average hospitalization was 6 days for the LS and 9 for the LT and average duration was 91 minutes in LT and 65 in LS.

Conclusions: the gold standard in the treatment of perforated UGD is LS; LS that we can perform in almost all cases treated both because the majority of patients is foreign and has a lower average age compared with Italians and because we have an operating team trained to deal with this disease. 24h from the symptomatological manifestation has favored us both in terms of endoabdominal collections and in the inflammatory state of the perilesional area. In our experience LS treatment is far superior to LT treatment both in terms of patient benefit and health expenditure and combines the advantages of LS with the reliability of LT treatment.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

ERNIE DIAFRAMMATICHE POST-ESOFAGECTOMIA: ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO E DEL TRATTAMENTO NELL'ESPERIENZA DI DUE CENTRI DI RIFERIMENTO

F. Puccetti¹, C. Ferrari¹, A. Cossu¹, L. Garutti¹, G. Marocci¹, P. Parise¹, S. De Pascale², U. Fumagalli Romario², R. Rosati¹

¹ IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

² ASST degli Spedali Civili, Brescia

Obiettivi: L'esofagectomia è il trattamento di scelta nella cura del cancro esofageo e l'ernia diaframmatica post-esofagectomia (EDPE) rappresenta una complicanza chirurgica potenzialmente letale. L'incidenza di questa patologia è spesso sottostimata ed i fattori di rischio associati alla sua insorgenza sono tutt'ora controversi. Questo studio riunisce la casistica di due centri di riferimento al fine di analizzare le variabili associate all'insorgenza dell'EDPE ed il suo trattamento.

Materiali e metodi: Tutti i pazienti affetti da cancro dell'esofago clinicamente resecabile sottoposti ad esofagectomia secondo Ivor-Lewis presso i 2 centri tra il 1997 e il 2017 sono stati inclusi nello studio. Gli interventi sono stati condotti secondo tre diversi approcci chirurgici: procedure laparotomiche e toracotomiche (OILO), ibride (HILO) ed esofagectomie totalmente mini-invasive (MILO). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un follow-up calendarizzato. L'analisi retrospettiva ha avuto lo scopo di misurare l'incidenza ed i risultati post-chirurgici dell'EDPE.

Risultati: 414 pazienti sono stati sottoposti ad esofagectomia secondo Ivor-Lewis per neoplasia e 22 di loro (5.3%) hanno sviluppato un'EDPE con una mediana della durata di follow-up di 16 mesi (6 – 177). La riparazione chirurgica è stata eseguita generalmente attraverso cruroplastica laparoscopica (77%) con un tasso di conversione del 24%. Fra le complicanze post-operatorie non sono state osservate recidive precoci, ma solamente complicanze cardiopolmonari (5 pazienti) con un solo caso di insufficienza respiratoria, esitata nel decesso del paziente. La mediana di degenza post-operatoria è stata di 6 giorni (2 – 95). Tre recidive (14%) sono state riscontrate durante il follow-up ad una mediana di 10.1 mesi. Un'estesa analisi univariata ha identificato un'associazione statisticamente significativa tra l'insorgenza di EDPE e la chemio-radioterapia preoperatoria, la risposta patologica completa (RPC) ed una linfadenectomia (LNH) maggiore di 33 linfonodi (p-value 0.016, 0.001 e 0.024 rispettivamente). La forte influenza di un'estesa linfadenectomia nello sviluppo di EDPE è stata confermata all'analisi multivariata (p-value 0.026) assieme alla RPC. Quest'ultima associazione, tuttavia, potrebbe essere influenzata dalla maggior sopravvivenza dei pazienti con risposta patologica completa.

Conclusioni: L'approccio mini-invasivo e la chemio-radioterapia neoadiuvante rappresentano una componente considerevole nel trattamento multimodale del cancro esofageo; tuttavia, esse nella nostra esperienza non risultano associate in maniera statisticamente significativa all'insorgenza di EDPE. D'altro canto, una linfadenectomia comprendente più di 33 linfonodi rimossi è risultata essere un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di EDPE, facendo ipotizzare che una maggiore demolizione chirurgica sia un fattore di rischio significativo.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE **08:30-11:00**

UPPER GI

SALA O

TRATTAMENTO DEL DIVERTICOLO DI ZENKER MEDIANTE ESOFAGO-DIVERTICULOSTOMIA TRANSORALE RIGIDA CON STAPLER: ANALISI DEI RISULTATI A LUNGO TERMINE

C. Ferrari, F. Puccetti, A. Cossu, L. Garutti, G. Marcocci, P. Parise, R. Rosati

IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Obiettivi: I trattamenti endoscopici del diverticolo di Zenker (ZD) sono andati incontro ad ampia diffusione negli ultimi anni grazie al loro basso tasso di complicanze, al ridotto tempo operatorio e alla ridotta degenza. Fra i vari trattamenti disponibili vi è la Esofago-Diverticulostomia Trans-Orale (EDTO) rigida. In letteratura vi sono molti dati disponibili inerenti ai risultati di questa procedura, ma sono per la maggior parte a breve termine. Scopo di questo studio è stato analizzare i risultati a lungo termine della nostra esperienza con la EDTO e valutare l'efficacia di una nostra modifica alla tecnica, confrontando i risultati con la tecnica classica.

Materiali e metodi: 126 pazienti affetti da ZD sono stati candidati a trattamento EDTO tra il 1998 ed il 2016. Dal 2009 la tecnica classica è stata modificata mediante l'applicazione di due punti di controtrazione sul setto diverticolare utilizzando l'Endo Stitch™ 10mm della Medtronic, al fine di aumentare l'efficacia nella sezione completa del setto stesso. I dati demografici, sintomatologici, clinici perioperatori e chirurgici sono stati raccolti in maniera prospettica in un data-base elettronico. I pazienti sono stati quindi contattati telefonicamente per una rivalutazione della sintomatologia a lungo termine.

Risultati: Dei 126 pazienti candidati ad EDTO 9 sono stati trattati con chirurgia aperta per l'impossibilità di posizionare il diverticuloscoipo e pertanto esclusi. I rimanenti 117 hanno costituito la nostra popolazione di studio. L'età media è stata di 69.9 anni con una predominanza di pazienti maschi. Il tasso di complicanze post-operatorie è stato del 2.6% (tutte Clavien-Dindo < 3a). Per l'analisi dei risultati a lungo termine è stato possibile contattare telefonicamente 92 pazienti, con un follow-up medio di 65.3 mesi. A 6 mesi dall'intervento il 77.68% dei pazienti era asintomatico ed il 22.3% ha necessitato di un ulteriore trattamento per una incompleta sezione del setto, raggiungendo così un tasso di successo globale del 95.5%. Il tasso di pazienti con risoluzione dei sintomi a lungo termine è rimasto elevato (91.3%). L'utilizzo dei punti di controtrazione non ha influenzato in maniera statisticamente significativa il tempo operatorio, né il tasso di complicanze intra o post-operatorie. Fra i pazienti in cui sono stati utilizzati i punti di controtrazione è stato invece osservato un tasso più alto di risoluzione completa dei sintomi dopo una singola sessione di trattamento con EDTO rispetto a quelli in cui non sono stati utilizzati (87.3% vs 65.3%, p-value 0.02).

Conclusioni: L'EDTO è una tecnica sicura ed efficace nel trattamento del ZD con ottimi risultati anche a lungo termine. Nella nostra esperienza l'utilizzo di punti di controtrazione sul setto migliora l'efficacia della tecnica riducendo la necessità di reintervento.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

LAPAROSCOPIC HIATAL HERNIA REPAIR WITH ABSORBABLE MESH: SUBJECTIVE AND OBJECTIVE OUTCOMES OF OUR EXPERIENCE

M. Ardu, A.B. Giordano, V. Iacopini, G. Alemanno, C. Bergamini, A. Valeri

Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Background: Best operative approach between suture cruroplasty and prosthetic hiatal herniorrhaphy for large hiatal hernias still remains controversial because it is not clear if the use of a prosthesis could improve the outcomes of this kind of surgery. We started using a BioA mesh in 2011 to repair large hiatal hernias and performing direct suture cruroplasty in the other cases. Aim of this study is to analyze our results with mesh repair comparing our outcomes with those described in the literature.

Methods: We retrospectively collect the data of every patient that underwent laparoscopic hiatal hernia repair since 2011. 65 patients were included. 14 of them fits the criteria of large hiatal hernia, defined as a hernia containing at least 50% of the stomach, and for that reason they were treated with mesh repair.

Follow-up is assessed by contacting the patient who is asked to come for a visit and to administer the GERD-HRQL questionnaire and the SF-36. The patient is also asked to have a gastrographin swallow contrast x-ray in order to obtain an objective follow up.

We defined anatomic recurrence as imaging evidence of any sized portion of stomach above the diaphragm.

The primary outcomes are the relief of symptoms, patient's subjective satisfaction of his condition after surgery and hernia recurrence as shown in the x-ray.

Results: We were able to contact and to administer the questionnaires to every patient that underwent hiatal repair with mesh. Of these patients 10 (71,4%) agreed to have a gastrographin swallow contrast x-ray. Subjective outcome evaluated by questionnaires showed a 71,4% grade of satisfaction (10 patients) and 14.3% of neutral patients and dissatisfied patients (2 patients each). Recurrence rate demonstrated by radiology was 28,5% (4 patients). 7 patients were on PPIs and 7 off. Reoperation rate was nihil. There were no mesh-related major complications.

Conclusions: Large hiatal hernia repair with absorbable mesh results in an improve of symptoms and patient's quality of life. Recurrence rate was lower than those reported in some RCTs with long term follow up. Patients satisfaction was comparable, and use of PPIs is higher than rates reported in literature.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

EXTENDING MYOTOMY BOTH DOWNWARDS AND UPWARDS FOR MANOMETRIC PATTERN III ACHALASIA PATIENTS IMPROVES THE FINAL OUTCOME

R. Salvador, L. Provenzano, G. Capovilla, L. Nicoletti, D. Briscolini, M. Valmasoni, S. Merigliano, M. Costantini

Università degli Studi di Padova

Background: Achalasia is at present classified in 3 manometric patterns following the Chicago Classification v3.0. Pattern III is the most infrequent pattern and is correlated with the worst outcome after all available treatments. We aimed to investigate the final outcome after classic laparoscopic myotomy (CLM) as compared with a longer myotomy both downwards and upwards (LLM) in pattern III achalasia patients

Methods: The study population consisted of 56 consecutive patients with pattern III achalasia who underwent laparoscopic myotomy between 1997-2017. Patients who had already been treated with surgical or endoscopic procedures were ruled out. We defined CLM when the total length of the myotomy was < 8 cm while LLM when we performed a myotomy both downwards and upwards with a length > 8 cm. Patients before 2010 had a traditional CLM procedure while patients after 2010 had a LLM. Symptoms were collected and scored using a detailed questionnaire; barium-swallow, endoscopy, manometry (conventional or HRM) were performed, before and after surgical treatment.

Results: Of the 56 patients representing the study population, 24 had CLM and 32 had LLM. In addition, all the patients had an anterior, partial fundoplication (Dor). The patients' demographic and clinical parameters (sex, symptom-score, duration of symptoms, esophageal-diameter) were similar in both groups. No intraoperative mucosal lesions were detected. The median length of the myotomy was 7 cm (IQR:7-8) in the CLM and 10 cm (IQR:10-11) in the LLM ($p < 0.001$). The median of follow-up was 61 months (IQR:35-93) in the CLM and 24 months (IQR:16-36) in the LLM.

As a whole, the two groups had a different drop in their symptom score: 21 (17-26) versus 6 (0-8), and 21 (18-27) versus 3 (0-6) for the CLM and LLM respectively ($p < 0.05$). Moreover, failures were 7/24 (29.2%) in the CLM and 4/32 (12.5%) in the LLM ($p < 0.001$). An abnormal acid exposure was detected after the treatment in 4 patients of CLM and in 3 of LLM ($p = n.s.$).

Conclusions: In spite of intrinsic limitations of the study (retrospective, different time window of the two procedures and different follow-up), the extension of the length of the myotomy both downwards and upwards improves the final outcome of the laparoscopic Heller-Dor procedure in patients with pattern III achalasia. On the other hand, a longer myotomy does not influence the development of postoperative gastroesophageal reflux.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

REDO FUNDPLICATION ROBOTICA NELLA RECIDIVA SINTOMATICA DI ERNIA IATALE O DI MALATTIA DA REFLUSSO

A. Cuttitta, A. Merla, D. Greco, A. Tancredi, M. Turchini

Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

Introduzione: Il trattamento chirurgico della malattia da reflusso refrattaria a terapia medica con o senza ernia iatale prevede come gold standard il confezionamento di una plastica antireflusso con tecnica laparoscopica convenzionale. Riguardo la indicazione ad eseguire la procedura con tecnica robot assistita, non si è attualmente evidenziato, se non in esperienze limitate, un reale vantaggio a fronte di tempi operatori prolungati e maggiori costi. Tuttavia le peculiarità della tecnologia robotica in termini di visione magnificata, filtrazione del tremore, articolabilità degli strumenti e precisione del gesto chirurgico potrebbero offrire vantaggi nei casi di redo fundoplication per fallimento di pregresso intervento antireflusso e/o recidiva sintomatica di ernia iatale.

Materiali e metodi: Nella nostra limitata esperienza robotica, iniziata nel 2016, supportata da una consolidata esperienza laparoscopica nel trattamento delle malattie funzionali dell'esofago, abbiamo eseguito 20 interventi di fundoplicatio sec Nissen Rossetti. 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 per una acalasia esofagea in precedenza misconosciuta.

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, questa è risultata più agevole per la più precisa dissezione tissutale 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 pregressa fundoplicatio eseguita 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.

Conclusioni: Il tempo operatorio nei reinterventi è risultato sovrapponibile a quello dei reinterventi eseguiti con tecnica laparoscopica convenzionale. La tecnica oltre che fattibile è risultata sicura senza morbilità 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.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

LAPAROSCOPIC REMEDIAL MYOTOMY FOR RECURRENT ESOPHAGEAL ACHALASIA

G. Capovilla, R. Salvador, D. Briscolini, L. Nicoletti, A. Perazzolo, S. Merigliano, M. Costantini

Università degli Studi di Padova

Introduction: Revisional surgery is sometimes necessary after failed laparoscopic Heller myotomy for esophageal achalasia. We evaluated the feasibility, complications and final outcome of laparoscopic revisional myotomy (LRM) for recurrent esophageal achalasia.

Methods: Post-operative outcome after LRM at our Institution between 2000 and 2017 was assessed by a symptom questionnaire, endoscopy, barium swallow and pH-monitoring.

Results: Forty-one patients underwent LRM: 7 from our series, 34 from elsewhere. Primary treatments included laparoscopic (20 pts) or open (5) Heller-Dor; laparoscopic (6) or open (7) Heller-Nissen; 3 pts had open myotomy only. Thirty-four pts (83%) underwent a median of 3 (1-6) pneumatic dilations (PD) between primary operation and LRM. All the operations were performed laparoscopically. The median operating time was 180 minutes (65-260). One patient was converted to open for a mucosal lesion. The fundoplication was dismantled, when present. A new myotomy, longer than the previous one (especially on the gastric side), was performed in a healthy tissue, on a different quadrant of the esophageal wall. A fundoplication was reconstructed in 29 patients (70.7%) by performing a Dor (24 pts) or a Toupet (5) procedure. Two patients needed laparoscopic revision on 2nd post-operative day (POD) for radiological evidence of an obstructive fundoplication. One patient required revision on 2nd POD for a leakage, treated by suture and conversion from a Toupet to a Dor. Median follow-up time was 76 months (2 – 179). After revisional surgery, 27 pts had a resolution of their symptoms (66%), whereas other 6 (14.6%) needed further PD to achieve a satisfactory outcome. Other 4 patients (9.8%) still need periodic PD and 3 patients (7.3%) required esophageal resection. Endoscopic gastrostomy was necessary in one patient (2.4%) who wasn't suitable for resection. Reflux was detected in 11 patients (26.8%).

Conclusion: LRM is feasible when primary surgery has failed. One-third of the patients still require repeat dilations or esophagectomy, especially in case of megaesophagus. Albeit this is a more difficult operation and carries significant morbidity, LRM may provide the resolution of symptoms to an overall 80% of this group of patients, highly refractory to standard treatments.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

OUTCOME A LUNGO TERMINE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PLASTICA LAPAROSCOPICA SECONDO NISSEN-ROSSETTI PER MALATTIA DA REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

G. Alemanno, P. Prosperi, A. Giordano, A. Di Bella, V. Iacopini, M. Ardu, C. Bergamini, A. Valeri

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Obiettivi: Il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) dovrebbe essere considerato quando la terapia medica è fallimentare. Lo scopo di questo studio è quello di analizzare i risultati a lungo termine in pazienti trattati laparoscopicamente per MRGE, considerando i 2 scores sulla qualità di vita (VISICK e GERD-HRQL).

Materiali e metodi: Abbiamo condotto uno studio retrospettivo su pazienti sottoposti a Funduplicatio laparoscopica secondo Nissen-Rossetti (Gennaio 1998-Dicembre 2010). È stata condotta una intervista telefonica utilizzando i questionari VISICK e GERD-HRQL a 1, 3, 5 anni e alla fine dello studio. Laddove i questionari siano risultati insoddisfacenti abbiamo eseguito una rivalutazione diagnostica completa del paziente al fine di determinare le cause del fallimento della pregressa terapia.

Risultati: 168 pazienti sono stati sottoposti a Funduplicatio laparoscopica secondo Nissen-Rossetti. Tutti i pazienti presentavano una lunga storia di MRGE trattata con PPI. Il 45% dei pazienti presentava sintomi atipici correlati alla MRGE. Esaminando il trend degli score VISICK e GERD-HRQL, è stato osservato un aumento (peggioramento) di entrambi gli score, ma con significatività statistica solo nel VISICK dopo i primi 5 anni ($P=0.03$).

Valutando i pazienti alla fine dello studio (follow-up medio 110 ± 3 mesi), il numero di pazienti insoddisfatti secondo il VISICK score (32%) era significativamente più alto ($P=0.004$) rispetto a quello ottenuto col GERD-HRQL (18%). Si è notato però che il gruppo di pazienti insoddisfatto secondo il GERD-HRQL score era incluso nel gruppo di pazienti insoddisfatto secondo il VISICK score. All'interno del gruppo di pazienti insoddisfatti abbiamo selezionato due sottogruppi: V+G- (20 pazienti insoddisfatti al VISICK ma soddisfatti al GERD-HRQL) e G+ (23 pazienti insoddisfatti ad entrambi gli score). Comparando i due gruppi per i sintomi caratteristici di recidiva si è evidenziato che tutti i sintomi non specifici (dispepsia, eruttazione, gonfiore), hanno un tasso significativamente più alto nel gruppo V+G- mentre, tra i sintomi specifici, il rigurgito ha un tasso più alto nel gruppo G+. Si è evidenziato, inoltre, che la EGDS era normale in un numero significativamente alto di pazienti del gruppo V+G- ($P=0.0014$), mentre il riscontro endoscopico di esofagite è significativamente più alto nel gruppo G+ ($P=0.0004$). La impedenziometria esofagea ha evidenziato risultati normali in un numero significativamente alto di pazienti del gruppo V+G- ($P=0.04$), mentre un alto tasso di reflusso alcalino è stato evidenziato nei pazienti del gruppo G+ ($P=0.007$).

Conclusioni: I 2 score utilizzati sembrano essere importanti nella selezione soprattutto dei pazienti che necessitano di una rivalutazione strumentale, inoltre, il nostro studio prova che solo pochi pazienti sul numero totale di pazienti in follow-up necessita di essere richiamati per eseguire indagini strumentali.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

A THOUSAND AND ONE LAPAROSCOPIC HELLER MYOTOMIES FOR ESOPHAGEAL ACHALASIA: A 25-YEAR EXPERIENCE AT A SINGLE TERTIARY CENTER

M. Costantini¹, G. Capovilla¹, L. Vallese¹, A. Costantini², D. Briscolini¹, L. Nicoletti¹, M. Valmasoni¹, S. Merigliano¹, R. Salvador¹

¹ Università degli Studi di Padova

² Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Background: In the last decade of the past century, primary Laparoscopic Heller Myotomy (LHM) for achalasia progressively became the procedure of choice in the new millennium. The aim of this study was to assess the long-term outcome of LHM to treat achalasia at a single high-volume institution during the past 25 years.

Methods: Patients undergoing laparoscopic surgical treatment for esophageal achalasia from 1992-2017 were prospectively collected with a dedicated database. Patients who had already been treated with surgical or endoscopic myotomy were ruled out. Symptoms were collected and scored using a detailed questionnaire; barium swallow, endoscopy, manometry (conventional or HRM) were performed, before and after surgery while, 24-hour pH monitoring were performed 6 months after surgery. Treatment failure was defined as a postoperative symptom score >10th percentile of the preoperative score (i.e. > 8).

Results: 1001 patients underwent LHM by 6 staff surgeons. A partial anterior fundoplication (Dor) was performed in all. They were 536 male and 464 female, their median age was 46 (IQR 34-58; 183 (18.3%) had a history of endoscopic treatments (pneumatic dilation, botox injections, or both). The surgical procedure was completed laparoscopically in all but 7 patients (0.7%).

There were 25 mucosal lesions (2.5%) which was found unrelated to patients' previous treatment, symptom's score, age, radiological-stage, manometric-pattern: 22 were recognized and repaired during the operation, 3 were detected by postoperative contrast swallow.

In 690 patients the assessment of the manometric pattern was possible, and was classified as follows: 318 (46.1%) pattern I, 324 (47%) pattern II and 48 (6.9%) pattern III.

The outcome was positive in 896 patients (89.6%). In patients who had a previous treatment the failures were 25/183 (13.7%) while in the primary treatment group the failures were 80/818 (9.8%) (p=0.19). All the 105 patients whose LHM failed subsequently underwent one or more endoscopic pneumatic dilations, which ameliorated their symptoms in all but 11 patients (10 of whom required reoperation). The overall success rate of the combination of LHM and endoscopic dilations was 98.4%. At univariate analysis, the manometric pattern (p<0.001), the presence of a sigmoid megaesophagus (p=0.03) and the chest pain score (p<0.001) were the only factors predictive of a poor outcome. At multivariate analysis, these three factors were independently associated to poor outcome.

Postoperative 24-hour pH-monitoring was abnormal in 55/615 patients (9.1%), and two patients developed an esophageal cancer during the follow-up.

Conclusions: LHM can durably relieve achalasia symptoms in about 90% of patients, and recurrence can be successfully treated with complementary dilations in nearly all cases. The preoperative manometric pattern, the presence of a sigmoid esophagus and the chest pain score represent the strongest predictor of outcome.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

IL TUBO DIGERENTE TEMPORIZZATO CON BARIO (TIMED BARIUM ESOPHAGRAM-TBE) È AFFIDABILE NEL DEFINIRE LA RISPOSTA AL TRATTAMENTO DOPO HELLER-DOR PER ACALASIA. ESPERIENZA INIZIALE DI UN SINGOLO CENTRO

A. Zanoni¹, G. Verlati², L. Ventura¹, F. Armelao³, E. Lauro¹, E. Bonadies¹, G. Scudo¹, S. Zanella¹, M. Menegazzo¹, C. Mazzetti¹, N. Stefanelli¹, A. Vassiliadis¹, E. Preciso¹, G. De Pretis³, S. Della Sala¹, F. Ricci¹

¹ Ospedale di Rovereto, APSS di Trento, Rovereto

² Università di Verona

³ Ospedale di Trento, APSS di Trento

Obiettivi: Il tubo digerente temporizzato con bario (Timed barium esophagram -TBE), prima e dopo miotomia extramucosa sec. Heller e funduplicatio parziale anteriore sec. Dor per acalasia, potrebbe offrire l'opportunità unica di misurare oggettivamente l'esito della procedura chirurgica. In una iniziale esperienza di un singolo centro abbiamo deciso di confrontare le TBE preoperatoria e postoperatoria per misurare oggettivamente lo svuotamento e la dilatazione dell'esofago e per cercare possibili fattori correlati ai risultati dell'intervento chirurgico.

Metodi: Dal 2016 al 2017, 11 pazienti sono stati sottoposti a miotomia sec. Heller e funduplicatio sec. Dor per acalasia in un singolo centro; tutti avevano eseguito sia una TBE preoperatoria che una postoperatoria dopo un mese dall'intervento. La TBE misura l'altezza e la larghezza della colonna di bario dopo 1 e 5 minuti dall'assunzione di bario per os. Tutti i pazienti sono stati stadiati secondo il sistema di stadiazione radiologica per l'acalasia: 1 paziente era in stadio 1 (larghezza esofago preoperatoria tra 2 e 3 cm), 4 stadio 2 (4-6 cm) e 6 stadio 3 (> 6 cm). L'altezza e la larghezza della colonna di bario a 1 e 5 minuti sono state confrontate tra la TBE preoperatoria e quella postoperatoria mediante il Wilcoxon signed-rank test. Inoltre l'associazione tra risultati chirurgici e possibili fattori di rischio è stata valutata mediante Spearman's rho.

Risultati: L'altezza e la larghezza della colonna di bario a 1 minuto sono diminuite in mediana del 79% (range 17-100%) e del 57% (37-100%), rispettivamente, dalla TBE preoperatoria a quella postoperatoria. La diminuzione è stata più pronunciata a 5 minuti, dove era rispettivamente dell'85% (40-100%) e del 71% (40-100%). Sebbene tutti i pazienti abbiano riportato un significativo miglioramento soggettivo dei sintomi, lo stadio radiologico è risultato associato allo svuotamento esofageo: i 4 soggetti nello stadio 2 ed il soggetto nello stadio 1 hanno avuto uno svuotamento completo o quasi completo a 5 minuti, al contrario i 6 pazienti nello stadio 3 hanno avuto una diminuzione percentuale mediana a 5 min in altezza del 75% (40-86%) e in larghezza del 50% (40-71%) (rho di Spearman per altezza = -0,87, p <0,001; rho di Spearman per larghezza = -0,88, p <0,001).

Conclusioni: La TBE permette di misurare oggettivamente lo svuotamento esofageo e definire i risultati della procedura tramite confronto tra esame pre e postoperatorio. Lo stadio iniziale è associato ai risultati della chirurgia, con stadi avanzati correlati a peggior svuotamento ed esofago più dilatato dopo l'intervento chirurgico. La TBE è quindi un sistema affidabile per definire oggettivamente i risultati chirurgici e la funzione esofagea residua dopo la procedura di Heller-Dor.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

TRACTION OF THE SEPTUM DURING TRANSORAL SEPTOTOMY IN PATIENT WITH ZENKER DIVERTICULUM IMPROVES THE FINAL OUTCOME

L. Provenzano, R. Salvador, C. Cutrone, G. Capovilla, D. Briscolini, L. Nicoletti, M. Valmasoni, S. Merigliano, M. Costantini

Università degli Studi di Padova

Background: Transoral Diverticulostomy/Septotomy has become a popular treatment for patients with Zenker Diverticulum (ZD) because of the low complication rates, reduced procedure time, and shorter hospital stay. However, the outcome of this procedure is not, so far, as positive as the open techniques. We aimed to compare the final outcome of a Modified Transoral Septotomy (MTS) and of the Traditional Transoral Septotomy (TTS) in patients with ZD.

Methods: Fifty-two consecutive patients with ZD underwent Transoral Septotomy between 2010-2018. Patients who had already been treated with surgical or endoscopic procedures were excluded.

TTS was performed with the classic technique. Since 2015, we adopted a MTS, by positioning 2 sutures at the lateral edges of the septum, for traction. Symptoms were collected and scored using a detailed questionnaire; barium-swallow (to assess the size of the pouch), endoscopy and manometry were performed before and after surgical treatment. Failures were defined when a patient needed an additional procedure for recurrent symptoms.

Results: Out of the 52 patients representing the study population (M:F=35:17), 25 had TTS and 27 had MTS. The patients' demographic and clinical parameters (sex, age, symptom-score, duration of symptoms, diverticulum size) were similar in both groups. No intraoperative mucosal lesions were detected in both groups and mortality was nil. The median time of the procedure was 25 min (IQR:22-35) in the TTS and 30 min (IQR:25-36) in the MTS ($p<0.07$). The median follow-up was 36 months (IQR:24-46) in the TTS and 16 months (IQR:12-20) in the MTS. All the patients in both groups had a reduction in the symptom score after the procedure but the failure rate was (32%, 8/25) in the TTS and (3.7%, 1/27) in the MTS ($p<0.02$).

At the univariate and multivariate analyses, the surgical procedure was the only factor predictive of a positive final result.

Conclusions: In spite of intrinsic limitations of the study (retrospective, different time window and different follow-up), traction of the septum during Transoral Septotomy improves the final outcome of this treatment in patients with ZD.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

SLEEVE GASTRECTOMY E REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO: LA PH-IMPEDENZOMETRIA NELLE 24 ORE COME METODO OGGETTIVO DI VALUTAZIONE PRE E POSTOPERATORIA

E. Galfrascoli, M.P. Giusti, C. Musolino, M. Santamaria, M.A. Zappa

Ospedale Sacra Famiglia Fatebenefratelli, Erba

Obiettivi: In Letteratura sono presenti dati discordanti sull'effetto della Sleeve gastrectomy nella patologia da reflusso gastro-esofageo. L'obiettivo di questo studio è valutare mediante PH-impedanzometria pre e post-operatoria le modifiche oggettive del reflusso gastro-esofageo dopo Sleeve gastrectomy.

Materiali e metodi: Dal 2014 al 2017 sono stati arruolati 30 pazienti sottoposti a Sleeve gastrectomy. Le valutazioni pre e post operatorie a nove mesi dall'intervento hanno compreso oltre al normale iter bariatrico: esofagogastroduodenoscopia (EGDS), PH-impedanzometria nelle 24 ore, questionario di valutazione per malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) e questionario di valutazione qualità di vita.

Risultati: Dai risultati ottenuti è stato dimostrato che non c'è correlazione tra sintomi riferiti dal paziente (questionari) ed entità del reflusso misurato mediante PH-impedanzometria nelle 24 ore ed EGDS. Il campione preliminare oggetto dello studio a nove mesi dall'intervento di Sleeve gastrectomy dimostra una tendenza al peggioramento del reflusso gastro-esofageo ed in alcuni casi l'insorgenza di reflusso "de novo". Dai risultati ottenuti vi è un peggioramento del punteggio Demeester e un incremento numerico degli episodi di reflusso. Nonostante questo, nella totalità dei pazienti, anche in quelli sintomatici per reflusso, il questionario per la valutazione della qualità di vita ha documentato un netto miglioramento della stessa ad un anno dall'intervento.

Conclusioni: In base ai dati estrapolati da questo studio preliminare si può concludere che la sleeve gastrectomy rimane un intervento efficace sia in termini di calo ponderale che di miglioramento delle comorbidità con conseguente miglioramento della qualità di vita, ma mediante PH impedanzometria nelle 24 ore ed EGDS è stato possibile oggettivare un peggioramento del reflusso gastro-esofageo nonostante il calo ponderale.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

COMPLICANZE CHIRURGICHE DEL DIVERTICOLO DI MECKEL. ESPERIENZA SU UNA SERIE DI PAZIENTI CONSECUTIVI IN SHORT COURSE DI 5 MESI

A. Rizzi, A. Morlacchi, F. Roscio, R. Rapetti, C. Ferrari, A. De Luca

Unità Complessa Chirurgia Generale Tradate Asst-Settelaghi, Varese

Introduzione: Il diverticolo di Meckel è una delle più frequenti malformazioni congenite del tratto gastroenterico. La sua presenza è registrabile nel 2% della popolazione generale (1).

Viene riscontrato su cadavere fra lo 0,14 ed il 4,5% dei casi, con una ratio M/F di 1,9 (2).

Il Diverticolo di Meckel è generalmente asintomatico è riscontrato accidentalmente in corso di altra procedura chirurgica. Il rischio di complicanze è però elevato e la sua frequenza varia fra il 4 ed il 40 % (3).

Le complicanze maggiori includono: sanguinamento gastroenterico (63%), occlusione intestinale (14%), perforazione (6%) ed infiammazione (17%). (4). Più rare: formazione di enteroliti, intussuscezione, torsione, neoplasia

Descrizione serie: Da Novembre 2017 a Marzo 2108 (5 mesi), nel nostro reparto di chirurgia generale abbiamo ricoverato 4 pazienti con complicanze acute legate alla presenza di diverticolo di Meckel.

4 pazienti di sesso maschile, con età media compresa fra 45 e 71 anni (media 58,5 anni) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico con riscontro di complicazioni legate alla presenza di diverticolo di Meckel.

3 pazienti in regime d'urgenza (75%), 1 paziente con riscontro di diverticolite durante colecistectomia laparoscopica (25%).

Nessuno dei 4 paziente aveva ricevuto riscontro diagnostico-radiologico della complicanza in atto legata alla presenza del diverticolo di Meckel.

Riscontri intra operatori: Al tavolo operatorio abbiamo avuto i seguenti riscontri anatomico-chirurgici di patologia:

2 occlusioni da torsione su briglia (50%),

1 perforazione tamponata sul meso del colon trasverso (25%),

1 diverticolite in colecistite cronica (25%).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico con ottimo outcome.

Atto chirurgico: 2 pazienti sono stati sottoposti a resezione ileale ed anastomosi manuale (50%), 2 pazienti sono stati trattati con resezione diverticolare mediante sezione su suturatrice meccanica e rinforzo in filo (50%).

3 pazienti sono stati operati mediante laparotomia (75%) mentre 1 paziente in laparoscopia (25%).

I decorsi post operatori sono stati privi di complicanze ed i pazienti dimessi in condizioni generali buone (5°-9° GPO).

Conclusioni: Nella nostra esperienza, le complicanze legate alla presenza di diverticolo di Meckel non sono trascurabili. Nella nostra breve serie in un periodo così ridotto di soli 5 mesi, abbiamo avuto un'incidenza sulla totalità dei pazienti operati pari al 3,8%. (4 casi su 520 pazienti operati).

Questo tasso di complicanze pone la gestione chirurgica del diverticolo di Meckel come un'evenienza da considerare sempre in quei casi clinici acuti in cui la diagnostica non è in grado di dirimere l'origine della condizione clinica in essere.

Bibliografia

1. Levi et al. Radiographics 2004
2. Dumper. Can J Surg 2006
3. Rossi et al. Imaging diagnosis 1996
4. De Bartolo. Ann Surg 1976

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

UPPER GI

SALA O

JEJUNAL METASTASES OF MERKEL CELL CARCINOMA

L. Solinas¹, S. Mancini¹, R. Angeloni¹, B. Battaglia¹, L. Cosentino¹, A. Belardi¹, L. Leone¹, R. Hassan², M. Notarangelo², A. Backacs¹

¹ *Ospedale San Filippo Neri, Roma*

² *Policlinico Umberto I Università La Sapienza, Roma*

This woman was admitted to our Oncological Surgical Department with mesogastric abdominal pain, nausea and vomiting about from 3 months. She performed EGDS and CT scan with no evidence of gastroenteric pathological findings. Finally during this hospitalization an enteroMR had shown a proximal jejunal sleeve shrinkage of about 6 cm: contrastografic enhancement has shown this shrinkage and has revealed some increased mesenteric nodes.

We performed median laparotomic approach, with complete abdominal exploration and peritoneal washing. We evidenced a moderate dilatation of jejunal above the Treitz ligament and the presence of the stenosing lesion in the IV portion of jejunum. Small bowel resection was performed and a isoperistaltic jejunum-jejunal laterolateral anastomoses was performed. Postoperative course was uneventful and the patient started oral intake in IV postoperative day. She was discharged in VIII postoperative day. Morphological and immunological markers (NSE+, CD56+, CK20+, cromogranina+, sinaptofisina+) oriented the Histological report to a metastasis from Merkel Cell Carcinoma with full-thickness involvement of the small bowel walls, associated with mucosal ulceration, moderate lymphocytic infiltrate and intratumoral necrosis area. Locoregional nodes and surgical margins were disease free.

During the follow up the patient was submitted to abdominal CT scan with no pathological findings. In our case a metastatic MCC was diagnosed after histological report. Clinical presentation and preoperative imaging suggested to a primary small bowel neoplasia in fact we performed a radical jejunal resection like in adenocarcinomas.

The role of follow up for MCC is very important due to an high recurrence rate also after radical surgery.

MCC represents a very aggressive skin neoplasm with a high rate of nodes dissemination and metastasis. For this reason is requested a primary radical surgical excision, sentinel node examination and adjuvant radiotherapy. An intensive long term follow up is suggested. They have been described MCC metastases in brain, bones, prostate, bladder and other organs.

We report a patient of 72 ys old with abdominal pain, nausea and vomiting. Entero MRI demonstrated a stenotic lesion of proximal jejunum. The patient was submitted to a laparotomy that evidenced a proximal jejunal shrinkage lesion that we treated with a radical surgical resection. The histological response described a MCC small bowel metastases in according with the immunological findings. In patient clinical history there was a surgical excision of a gluteal skin lesion in 2015 with microscopic diagnosis of MCC. The patient referred us adjuvant radiotherapy and a follow up free from disease until 2017.

Postoperative was uneventful and a Total Body CT scan after 3 months was performed negative for recurrences. An intensive Follow up will be applied in according with our Oncological Department.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

ESOPHAGEAL ACHALASIA AND 3D LAPAROSCOPY: PROSPECTIVE CLINICAL STUDY

A. Agrusa, G. Bonventre, G. Romano, G. Geraci, S. Buscemi, G. Di Buono, L. Gulotta, V. Sorce, G. Amato, S. Bonventre, G. Gulotta

Department of Surgical, Oncological and Stomatological Disciplines, University of Palermo

Introduction: Esophageal achalasia is a rare disease characterized by degeneration of intramurary nerve cells of the visceral myenteric plexus. Diagnostic and therapeutic pathway requires close interdisciplinary collaboration between radiologist, endoscopist, gastroenterologist and surgeon for the correct evaluation of the patient aimed at defining and suggesting the most appropriate therapeutic indication. If indicated surgery with laparoscopic Heller myotomy associated with hemifundoplication is the most effective therapeutic option. The aim of this study is to analyze the results obtained in the treatment of esophageal achalasia with the use of 3D laparoscopy.

Methods: In this study we analysed the clinical experience at the General and Emergency Surgery Department of the University Hospital in Palermo; between 2010 and 2017 we studied 78 patients (30 patients treated with 3D laparoscopy; 48 treated with 2D laparoscopy).

Results: In the conventional 2D Full HD laparoscopic group the average operative time was 115 min (range 85 - 135 min). No major intra or post-operative complications have occurred in any patient as bleeding. In only 2 cases perforation of the distal esophagus occurred during the same surgical procedure. In 3D HD laparoscopy group the average duration of surgery was 85 min (range 60 - 95 min; $p < 0,05$). The surgical team also experienced a better perception of depth with the 3D HD system and reported subjectively less physical fatigue especially during longer procedures and during execution of complex tasks (sutures and intracorporeal knots).

Conclusion: The results of this study show that the 3D vision system reduces the operative time in surgical procedures such as esophageal achalasia improving perception of depth and allowing greater precision in the most complex surgical maneuvers such as sutures. The 3D vision also plays a fundamental role in the training of surgeons and certainly constitutes a valid alternative to the 2D laparoscopy.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

NON-CONSERVATIVE TREATMENT OF ESOPHAGEAL CAUSTIC INJURY WITH IRREPARABLE PHARYNGO-LARYNGEAL DAMAGE: TWO-STAGE SURGICAL RECONSTRUCTION

A. Borsano, L. Ravizzini, C. Magaton, G. Deiro, A. Alberti, C. Naturale, H. Nikaj, L. Petrelli, G. D'Aloisio, P. Bellora, S. Gentilli

Clinica Chirurgica, AOU Maggiore della Carità, Novara

Adult ingestion of caustic substances is an unusual but serious surgical problem; Incidence varies with nation and culture; example figures include between 5,000 and 15,000 ingestion injuries annually in the US.

Approximately 1–2% of cases in all age groups result in stricture formation and 10% of cases in adults result in death. Age over 60 years has been found to be a risk factor for death, which generally results from metabolic effects. Severity of initial injury and age over 65 years have been found to be predictors of long-term morbidity although it has also been reported that while the extent of co-morbidities correlates with mortality, the severity of the injury does not.

Caustic ingestion (pH < 2 or > 12) induces burns of the upper gastrointestinal tract and the quality of the damage depends on the type of substance. Strong alkalis cause necrosis with liquefaction of the esophagus, penetrating deeply with a high risk of perforation and esophageal stricture is the main complication. Initial management is directed towards stabilisation of the patient's acute problems. Multidisciplinary management is recommended in all cases.

We present a case of a 44-year-old female who ingested a caustic substance during a suicide attempt. After stabilisation, initial investigations revealed edema of the glottis with areas of necrotic mucosa and massive necrosis of the entire oesophageal tract mucosa without evident signs of transmural damage. A tracheostomy was placed during initial stabilisation. The patient developed an esophagus-tracheo-bronchial fistula, therefore underwent bipolar exclusion of the esophagus and resection of the necrotic gastric fundus. At follow-up, after 4 months, the control CT scans showed serious impairment of the glottal plane, of the arytenoid, irreparable laryngeal damage and complete stenosis of the cervical esophagus. In consideration of the clinical picture, the patient underwent a complex surgical operation. In collaboration with the ENT surgical team, we performed a complete laryngectomy with creation of a pharyngo-ileal anastomosis and protection of the latter with a skin flap.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA 0

PROPOSTA DI STUDIO RANDOMIZZATO: L'USO DEL VERDE INDOCIANINA INTRACOLECISTICO VS SISTEMICO NELL'INDIVIDUAZIONE DELLE VIE BILIARI EXTRA EPATICHE

S. Orsini¹, F. Ceci¹, S. Corelli¹, G. Casciaro¹, P. Piovanello¹, B. Cipriani¹, A. Napoleoni¹, C. Montanari¹, D. Raglione¹, P. Giacopelli¹, S. Nicodemi², A. De Cesare¹

¹ Ospedale A. Fiorini, Terracina

² Ospedale S. Maria della Speranza, Battipaglia

Obiettivi: La colecistectomia laparoscopica (CL) rappresenta, oggi, il gold standard del trattamento delle colecistiti acute e sintomatiche; l'incidenza di lesione iatrogena della via biliare in corso di CL è relativamente bassa essendo compresa fra lo 0.08 e lo 0.5%.

La causa principale delle lesioni della VB è il mancato riconoscimento della anatomia biliare, che avviene più facilmente quando l'anatomia del triangolo di Calot è distorta da fenomeni infiammatori.

Principalmente due sono le tecniche di visualizzazione intraoperatoria che sono state sviluppate per migliorare la sicurezza della CL:

1. la storica colangiografia intraoperatoria basata sui raggi X
2. la emergente Near-Infrared Colangiography (NIR-C) basata sulla fluorescenza.

La NIR-C intraoperatoria è stata introdotta in anni recenti come alternativa non invasiva, a basso costo e priva di radiazioni, per la visualizzazione in tempo reale della anatomia delle vie biliari.

Recenti reviews sistematiche sulle NIR-C hanno riportato alti tassi di visualizzazione delle strutture biliari, come marker surrogato di efficacia clinica prima della dissezione del triangolo di Calot.

Tuttavia uno degli inconvenienti della NIR-C, conseguente all'iniezione sistematica del verde indocianina, consiste in un altro segnale di sottofondo dovuto all'accumulo rapido del verde indocianina, consiste in un alto segnale di sottofondo dovuto all'accumulo rapido del verde indocianina nel fegato, che può interferire con la visualizzazione delle strutture biliari.

Questo studio si propone di dimostrare l'efficacia della somministrazione intracolecistica del verde indocianina per la visualizzazione delle vie biliari extraepatiche, paragonando questa via di somministrazione a quella classica endovenosa; scopi secondari sono la possibilità di visualizzare lesione intraoperatorie delle vie biliari, eventuali difetti di riempimento dovuti a calcolosi della VBP, eventuale riduzione dei tempi di intervento.

Materiali e metodi: Si propone uno studio della durata di un anno, in cui vengono arruolati cinquanta soggetti adulti che giungono alla nostra attenzione per colecistite acuta e/o sintomatica e che saranno sottoposti a colecistectomia programmata o in urgenza.

I pazienti saranno suddivisi a random in due bracci:

- a. uno con iniezione intracolecistica di verde indocianina
- b. l'altro con iniezione endovenosa di verde indocianina.

I pazienti verranno suddivisi con un programma matematico che inizia definendo una variabile intera x e inizializzando a x la funzione rand del c++. Le immagini intraoperatorie saranno ottenute con una sorgente di luce specifica (D-Light P, Karl Storz) usata per illuminare il campo operatorio sia in White Light che in NIR-mode, in combinazione con un'ottica laparoscopica 10 mm, 30 gradi, abilitata all'infrarosso. Lo studio è esente da grant di casa farmaceutica e casa produttrice di materiale medicale.

Risultati: Lo studio è in corso, i risultati preliminari confermano ampiamente i nostri obiettivi iniziali.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

UTILIZZO DI MESH PER LA RIPARAZIONE DELL'ERNIA IATALE: VALUTAZIONE A TRE ANNI DELL'ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

A. Iossa, C. Boru, F. De Angelis, M. Avallone, G. Silecchia

Università di Roma La Sapienza Polo Pontino ICOT, Latina

Obiettivo: Riportare l'esperienza di un singolo centro circa la riparazione protesica dell'ernia iatale in pazienti obesi e normopeso ad un follow-up medio di 39 mesi.

Materiali e metodi: 116 pazienti (26 uomini/90 donne) con un follow-up minimo di 12 mesi sono stati retrospettivamente valutati dopo correzione protesica dell'ernia iatale. Novanta (Gruppo A) erano obesi sottoposti a differenti procedure bariatriche (79 sleeve (LSG), 7 re-LSG e 4 gastric bypass (GBP)). Ventisei (Gruppo B) erano non-obesi e sono stati sottoposti a Fundoplicatio sec Nissen (n=20) e riparazione di ernia iatale dopo LSG (n=6).

Le mesh utilizzate sono state: BIO-A U shaped (W.L. Gore & Associates, Inc., Flagstaff, AZ) (110 pazienti; 95%) PhysiomeshtTM (Ethicon, Inc. or Ethicon Endo-Surgery, Inc) (4 pazienti; 3.4%); Crurasoft[®] (Bard Davol Inc) (2 pazienti; 1.7%). I sintomi sono stati valutati mediante il questionario Roma III e il GERD-HRQL. Il 60% dei pazienti del Gruppo A e il 100% dei pazienti del gruppo B erano sintomatici e in trattamento con inibitori di pompa protonica (PPI) e mostravano un GERD-HRQL di 16 e 23 rispettivamente. Gli outcomes valutati sono stati: Primari: Tempo operatorio (min); conversione (%), mortalità (%), complicanze intra e peri-operatorie (30 gg) correlate all'utilizzo del mesh (%), degenza media (giorni), disfagia (%). Secondari: complicanze correlate al mesh (>30 gg), controllo dei sintomi, danni endoscopici, recidiva (% clinica e % radiologica), re-interventi (%).

Risultati: Non sono stati registrati casi di complicanze intra e peri-operatorie correlate al mesh ad un follow-up medio 39 mesi. La disfagia post-operatoria è stata del 5% nel gruppo A e del 11% nel gruppo B. Il 79.6% dei pazienti del Gruppo A e il 69.2% dei pazienti del Gruppo A sono attualmente asintomatici senza utilizzo di PPI con un GERD-HRQL score di 4 (da 16) e di 6 (da 23) rispettivamente ($p < 0.05$). Sono state registrate 5 recidive radiologiche (4.3%) e 4 recidive cliniche (4%). La Cox Hazard analysis ha identificato nell'apposizione di 4 o più punti di cruroplastica il fattore negativo influenzante la recidiva ($HR=8$; $p < 0.05$).

Conclusioni: La nostra esperienza rappresenta il report con la più ampia popolazione di pazienti normopeso e obesi trattati con rete sintetica bio-assorbibile (110 pazienti) con un follow-up a medio termine (39 mesi). Questi risultati sottolineano la sicurezza delle protesi nel trattamento dell'ernia iatale (0% di complicanze) e si accompagnano ad un ottimo controllo dei sintomi post-operatori.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI 2

SALA 0

I DUE ESTREMI DELLA PATOLOGIA FUNZIONALE ESOFAGEA: DA CORREZIONE CHIRURGICA DEL REFLUSSO AD ACALASIA SECONDARIA - DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO E DISCUSSIONE

E. Travaglio, F. Maione, L. Mazza, A. Gattolin

Ospedale Regina Montis Regalis, Mondovì (CN)

Obiettivi: L'acalasia secondaria è un'alterazione della motilità esofagea che mima nella sua interezza il quadro clinico e manometrico della acalasia primitiva. Seppur raramente, può rappresentare una complicanza dopo chirurgia antireflusso. Si distingue dalla disfagia transitoria dopo plastica antireflusso, dovuta spesso all'edema postoperatorio, per l'insorgenza tardiva, la durata prolungata, la non responsività a trattamenti endoscopici e il quadro manometrico sovrapponibile ad un'acalasia primitiva. Le possibili cause descritte in letteratura sono rappresentate da: acalasia preesistente non diagnosticata, una forma secondaria al reflusso sottostante o legata alla reazione fibrocatriziale o ad una plastica del fondo troppo stretta ed infine una lesione vagale o del plesso mienterico intraoperatoria misconosciuta. L'approccio chirurgico mini-invasivo con miotomia e plastica antireflusso può, in tali casi, rappresentare l'unica strategia risolutiva.

Materiali e metodi: Il caso clinico presentato riguarda una donna di 34 anni che si presentava alla nostra attenzione nel 2016 per una sindrome da reflusso gastro-esofageo documentata su base endoscopica, con RX-transito, manometria e ph impedenzometria, trattata con intervento di plastica antireflusso sec. Nissen laparoscopica senza complicanze chirurgiche. Dopo alcuni mesi comparsa di disfagia persistente, per cui è stata sottoposta a 3 sedute di dilatazioni endoscopiche, sulla base del riscontro di un cercine fibrotico a livello dell'esofago distale. Per la persistenza di un quadro clinico suggestivo di too tight wrap è stata eseguita una revisione chirurgica con lisi laparoscopica di aderenze e liberazione parziale della plastica. Il controllo endoscopico intraoperatorio ha mostrato un quadro libero da stenosi. Nell'immediato postoperatorio, tuttavia, la paziente ha lamentato il ripresentarsi della sintomatologia disfagica, accompagnata da rigurgito e dolore retrosternale. Veniva quindi sottoposta a studio della funzionalità esofagea con rx transito e successiva manometria HR in cui si documentava un quadro di alterazione della motilità di tipico stampo acalastico.

Risultati: Il successivo intervento di miotomia extramucosa sec. Heller e plastica antireflusso sec Toupet laparoscopica ha portato alla completa risoluzione del quadro sintomatologico. La paziente è attualmente libera da sintomi e la manometria di controllo a sei mesi è risultata nella norma. Conclusioni: Pur verificandosi raramente, è importante considerare l'acalasia secondaria come causa di disfagia persistente dopo chirurgia antireflusso. Pertanto in tali casi è consigliabile associare all'imaging radiologico e allo studio endoscopico una valutazione funzionale della motilità esofagea al fine di individuare una categoria selezionata di pazienti che risulterebbero resistenti alla terapia con dilatazioni endoscopiche, beneficiando invece di un trattamento chirurgico volto a risolvere la patologia funzionale secondaria sottostante.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

LEIOMIOMA IJXTACARDIALE: APPROCCIO COMBINATO TRANS-GASTRICO LAPAROSCOPICO-ENDOSCOPICO

A. Picciurro¹, A. Maffongell², M. Martorana³, R. Di Mitrì⁴, F. Mocciano⁴, E. Conte¹, P. Marchesa⁴

¹ Università Degli Studi Di Palermo

² Università Degli Studi Di Catania

³ Università Degli Studi Di Pavia

⁴ ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, Palermo

I leiomiomi sono rari tumori benigni che possono insorgere a qualsiasi età ed in qualsiasi tratto dell'apparato gastrointestinale. I sintomi sono dolore addominale, ostruzione, intussuscezione, volvolo, sanguinamento o effetto massa. L'asportazione chirurgica è indicata per i leiomiomi sintomatici. I recenti miglioramenti delle apparecchiature endoscopiche e laparoscopiche hanno reso possibile l'utilizzo di tecniche minimamente invasive come la resezione endoscopica completa o la resezione laparoscopica assistita da endoscopia.

Obiettivi: Proponiamo il caso clinico di una paziente di 70 anni giunta alla nostra attenzione dopo un episodio di emorragia gastrointestinale affetta da leiomioma iuxtacardiale, parzialmente esofitico di 3 x 2 cm, trattata con resezione laparoscopica assistita da endoscopia.

Materiali e metodi: È stato escluso l'approccio endoscopico isolato perché la localizzazione del tumore (iuxtacardiale) avrebbe impedito una completa asportazione della lesione per i limiti legati alla strumentazione stessa. In considerazione delle dimensioni della neoformazione, dell'età della paziente e delle comorbidità abbiamo optato per l'approccio più mininvasivo possibile effettuando una resezione laparoscopica con asportazione endoscopica del leiomioma. Per l'approccio laparoscopico abbiamo utilizzato un'ottica 3 mm 0 gradi (Karl Storz HD, Karl Storz), due trocars 3 mm (Mini Step trocars, Covidien plc), trocar con ancoraggio a palloncino da 5 mm (Kii Access System, Applied Medical). Grazie a tale strumentario è stato possibile accedere alla cavità gastrica e aggredire il tumore, recuperato in seguito con cestello di estrazione tipo roth net dall'endoscopista.

Risultati: Il decorso post-operatorio non è stato caratterizzato da complicanze e la paziente è stata dimessa in seconda giornata in buone condizioni cliniche. Attualmente è in follow-up in attesa di eseguire EGDS di controllo a sei mesi dalla resezione.

Conclusioni: La resezione laparoscopica-endoscopica di tumori benigni del tratto gastro-intestinale è una tecnica vantaggiosa per la resezione delle neoformazioni localizzate nella giunzione esofago-gastrica con una morbilità minima, rispetto all'approccio chirurgico standard. In pazienti ad alto rischio chirurgico (età avanzata e/o elevato BMI e/o plurime comorbidità) e per tumori di dimensioni superiori ai 2 cm di diametro tale approccio potrebbe costituire il trattamento di scelta.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

INTRAOPERATIVE HIGH RESOLUTION MANOMETRY DURING HELLER MYOTOMY FOR ESOPHAGEAL ACHALASIA: COULD IT GIVE BETTER RESULTS?

A. Agrusa, G. Barletta, G. Romano, S. Buscemi, G. Di Buono, V. Sorce, A. La Brocca, G. Bonventre, L. Gulotta, S. Bonventre, G. Gulotta

University of Palermo

Introduction: Esophageal achalasia is a rare primary motility disorder characterized by impaired lower esophageal sphincter relaxation and absence of esophageal body peristalsis. Achalasia was recently subtyped by the Chicago Classification in type I, type II and tipo III, with type III being associated with the worst outcome after surgical or endoscopic treatment. The lower response rates are presumably because of permanence of spastic activity in the esophageal body due to insufficient myotomy. In this study we evaluate how the use of intraoperative high resolution manometry (IHRM), driving the exact extension of myotomy throughout the esophagus, can improve outcome in achalasic patients, especially in type III achalasia.

Materials and methods: 43 achalasic patients underwent laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication: 22 patients (Group 1, in wich: 2 patients with type I achalasia, 14 with type II achalsia and 8 with type III achalasia) were treated with use of intraoperative High Resolution Manometry (IHRM) and 19 (Group 2: 2 patients with type I achalasia, 12 with type II achalsia and 4 with type III achalasia.) were treated without IHRM but with intraoperative endoscopy instead.

IHRM, compared with the preoperative HRM plot, guided the length of myotomy throughout the esophagus body, especially in type III where the objective is to reach maximum lenght of spastic contractions in the distal esophagus. The mean length of myotomy was 10 cm above the lower esophageal sphincter. We compared groups 1 and 2 for lower esophageal sphincter (LES) postoperative resting pressure and preoperative and postoperative Eckardt score.

Results: Data shows how in group 1 mean LES resting pressure after myotomy was 11.8 mmHg against a mean resting pressure of 22.1 mmHg in patients treated without IHRM (group 2), due to the sensitivity of high resolution manometry to detect intraoperative high residual pressure in the myotomy area due to the presence of not dissected residual muscle fibers. In group 1 Eckardt score decreased from a median preoperative value of 8 to a median postoperative value of 1, against a descreasment in group 2 from 8 to 3 with occasional dysphagia as main residual symptom.

Conclusion: IHRM can give a great contribution in treatment of achalasia detecting residual LES high pressure zone during myotomy, due to not dissected muscle fibers and driving the length of esophageal myotomy.: IHRM can give us the exact length of myotomy throughout the esophageal body comparing the preoperative and intraoperative manometric graphics. These are preliminary data; we need more patients, medium and long term follow up and a postoperative HRM at 12 month.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI 2

SALA 0

DUPLICAZIONE DUODENALE: UN RARO CASO DI PANCREATITE ACUTA

I. Iannone, P. Ferrari, C. De Padua, D. Angelieri, B. Cirillo, S. Santillo, L. Esposito, M. Catani

Università la Sapienza, Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione: La duplicazione duodenale rappresenta una rara malformazione congenita del tratto gastrointestinale. L'incidenza delle duplicazioni del tratto gastrointestinale è di 1 su 100000 nati, di queste solo il 2-12% è rappresentato dalle duplicazioni duodenali. Tali malformazioni vengono di solito diagnosticate in età infantile, in rari casi rimangono asintomatiche fino all'età adulta. Nel 38% dei casi vengono diagnosticate dopo i 20 anni di età, quando esordiscono con una sintomatologia aspecifica come dolore addominale, dispepsia, emorragia, occlusione intestinale e pancreatite.

Presentazione caso clinico: Riportiamo il caso di una ragazza di 20 anni, al suo primo episodio di dolore addominale localizzato nei quadranti superiori dell'addome associato a nausea e vomito e febbre. Con resistenza addominale e Blumberg positivo. Presso il dipartimento di emergenza sono stati effettuati esami ematochimici con rialzo degli indici di flogosi e degli enzimi pancreatici. All'ecografia addominale presentava versamento nel Douglas associata a formazione ipoecogena in mesogastrio non diagnostica. Pertanto veniva effettuata TC addome con mdc che poneva diagnosi di formazioni tubulare a livello della seconda porzione duodenale in corrispondenza della papilla di Vater. La paziente veniva ricoverata e nei giorni successivi sottoposta a EGDS che mostrava a livello della seconda porzione duodenale una formazione tubulare intraluminale comunicata con il duodeno, entro la quale si apriva la papilla di Vater. Veniva effettuata una prima marsupializzazione della stessa per via endoscopica, complicata da emorragia. Pertanto si decideva di effettuare marsupializzazione della stessa per via laparoscopica previa duodenotomia.

Risultati: Nel nostro articolo prendiamo in considerazione i diversi quadri clinici delle duplicazioni duodenali e i differenti approcci terapeutici, sia endoscopici che chirurgici.

Conclusioni: Nonostante nella maggior parte della letteratura viene indicato come trattamento delle duplicazioni duodenale il trattamento endoscopico ad oggi il trattamento chirurgico risulta essere tuttora raccomandato in particolare modo nelle duplicazioni extraluminari ma anche nella duplicazione intraluminale come nel nostro caso e la laparoscopia, ad oggi, rappresenta l'approccio più efficiente, con minor tasso di complicanze, soprattutto emorragiche, con tempi di degenza ridotti.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

MANIFESTAZIONE RARA DI GIST GASTRICO: CLINICAL CHALLENGE E LINEE GUIDA?

S. Magazù, M. Teodoro, V. Palumbo, G. Menconi, O. Coco, E. Schembari, M. Mannino, G. La Greca

Università di Catania, A.O. Cannizzaro, Catania

Obiettivi: Il GIST è una neoplasia rara del tratto G.I., con maggiore incidenza nello stomaco. La presentazione clinica è spesso subdola e gli esami diagnostici, anche di secondo livello, risultano alcune volte non dirimenti.

Lo scopo è discutere su come analizzare ed interpretare un referto radiologico dubbio e come successivamente scegliere il migliore trattamento chirurgico, anche in assenza di dati certi.

Case report: Si tratta di un uomo di 74 anni con in anamnesi solo interventi di chirurgia minore, che si presenta alla nostra attenzione dopo ricovero in Malattie Infettive, da cui era arrivato da P.S. a causa di febbre di n.d.d. e che viene inizialmente trattato per probabile polmonite.

In corso di esame TC, inizialmente incentrato solo sul torace, si rileva una formazione rotondeggiante posizionata nella retrocavità degli epiploon, fra stomaco e milza, a contenuto similparenchimoso.

Nella successiva RM, eseguita a causa di un reperto dubbio, viene descritto contenuto fluido stratificato.

L'iter procede con l'esecuzione di una EGDS repertante fistolizzazione nel lume gastrico, con raccolta di materiale purisimile, che si rifornisce continuamente da una piccola soluzione di continuo della parete. Neanche quest'ultima indagine riesce, tuttavia, ad essere esplicativa.

L'esecuzione o meno di biopsie nel contesto di un'ecoendoscopia o tramite approccio percutaneo risulta oggetto di dibattito. Sottoposto a laparotomia esplorativa viene ipotizzata la diagnosi di GIST ascessualizzato a partenza gastrica. Si esegue, quindi, wedge gastrectomy con splenectomia en-bloc ed esame anatomo-patologico confermando la suddetta diagnosi.

Prendendo atto dell'alto rischio di progressione per dimensioni ed indice mitotico, l'oncologo decide di instaurare terapia con glivec.

Conclusioni: La review della letteratura ha messo in luce l'ascessualizzazione come una delle complicanze più rare dei GIST, indipendentemente dalla loro localizzazione. Inoltre, sebbene lo stomaco sia l'organo del tratto gastrointestinale maggiormente coinvolto dalle suddette neoplasie, anche in questa sede la loro ascessualizzazione risulta rara, come evidenziato dai soli 8 casi indicizzati ad oggi in letteratura.

Ne consegue la difficoltà nell'applicazione delle linee guida, in una circostanza in cui la risoluzione del quadro di acuzie risulta prioritaria.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA 0

TRATTAMENTO MINIINVASIVO DI GIST GASTRICO

M.P. Bellomo, F. Ghiglione, A. Borasi, N. Leone, R. Parente

Humanitas Gradenigo, Torino

I tumori stromali gastrointestinali (GIST) costituiscono le più comuni forme di neoplasia non epiteliale dell'apparato digerente (1-2%) e rivestono particolare interesse per le peculiarità clinico diagnostiche e terapeutiche. Alla luce delle più recenti acquisizioni la necrosi intratumorale e l'indice mitotico rappresentano i principali fattori predittivi del comportamento clinico di queste neoplasie. La sede del tumore rappresenta un ulteriore indice prognostico: i GIST a sede gastrica sono considerati benigni e con basso rischio di metastatizzazione quando misurano < 10 cm, con un indice mitotico < 5 per 40 HPF; quelli > 5 per 40 HPF e con dimensioni > 5 cm hanno un alto rischio di sviluppare metastasi. Il 55- 60% prende origine dallo stomaco, il 30-35% dall'intestino tenue e il 5-15% dai restanti tratti del tubo digerente. I GIST, singoli o multipli, presentano il picco di massima incidenza al di sopra dei 50 anni e solo raramente si manifestano in età più giovanile. L'assenza di sintomi tipici, associata a un quadro obietivo e strumentale non sempre valutabile, ne rende difficile la diagnosi precoce e spesso vengono scoperti quando raggiungono dimensioni significative, spesso "casualmente" oppure con un quadro di urgenza chirurgica. Il trattamento di scelta di tali tumori è rappresentato dalla resezione chirurgica, possibilmente curativa, cui si può associare (nei casi di malattia ad alto rischio metastatica) una terapia medica adiuvante o neoadiuvante, basata sull'Imatinib, anticorpo monoclonale diretto contro il c-Kit (CD117). Il rispetto della radicalità oncologica comporta la resezione in blocco della neoplasia che, se il tumore è a capsula integra e in assenza di disseminazione intraperitoneale, rappresenta l'unico fattore in grado di migliorare la prognosi. Presentiamo due casi di GIST gastrico. Nel primo caso il paziente (sesso maschile, 75 aa) è giunto in PS per ematemesi ed anemia severa. L'EGDS ha evidenziato una neoformazione sanguinante di circa 30 mm a carico della parete anteriore del corpo gastrico. Compiuta l'emostasi con endoclip e stabilizzate le condizioni del paziente si è proceduto all'approfondimento diagnostico mediante TC con mdc ed ecoendoscopia. Nel secondo caso (sesso femminile, 73 aa) la paziente è giunta in PS per coliche biliari e sub-ittero. La RM evidenziava litiasi colecisto-coledocica e incidentalmente dimostrava la presenza di una lesione esofitica della grande curvatura-fondo gastrico di circa 70 mm. Anche in questo caso si procedeva a studio con TC con mdc ed ecoendoscopia. Entrambi i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di resezione gastrica atipica laparoscopica con l'ausilio dell'endoscopia intra-operatoria. Per entrambi i pazienti il decorso è stato regolare, e la dimissione in III giornata p.o. Nel primo caso: Ki 67=2-5%, indice mitotico < 5, gruppo prognostico 2 (sec WHO). Nel secondo caso: Ki67=1-2%, indice mitotico < 5, gruppo prognostico=3a (per le dimensioni).



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

TRATTAMENTO CHIRURGICO DI GIST DUODENALE ULCERATO

C. Righetti, M. Benedetto, D. Campra, M. Stasi, P. De Paolis

Azienda Ospedaliera Città della Salute Molinette, Torino

Obiettivi: Trattamento di neof ormazione della II porzione duodenale ulcerata, compatibile con GIST, a contatto del parenchima pancreatico, causa di importante anemizzazione.

Materiali e metodi: EGDS: riscontro di piccola ulcera in sede preopilorica a fondo fibrinoso Forrest III (EI: mucosa gastrica antrale con congestione ematica).

COLONSCOPIA: polipectomia di piccolo polipo del colon ascendente.

TC TORACE-ADDOME con m.d.c: inspessimento dell'an tro gastrico e della seconda porzione duodenale in prossimità del ginocchio duodenale. Non lesioni pleuro-polmonari.

EGDS di controllo: a livello del ginocchio duodenale superiore ampio cratere ulcerativo con bordi rilevati, a fondo irregolare suggestivo per natura evolutiva della lesione. EI: GIST.

TC ADDOME di controllo: pareti del ginocchio duodenale inferiore e della IV porzione duodenale inspessite. Riconoscibile lesione tondeggiante del diametro di 25mm, aggettante nel lume duodenale. Pancreas normale per morfologia e struttura, Wirsung non dilatato. Asse spleno-portale e vasi mesenterici pervi.

INTERVENTO CHIRURGICO: duodenotomia con identificazione e risparmio della papilla di Vater, riscontro della nota lesione duodenale di circa 6 cm di diametro massimo, che si apprezza in corrispondenza della II porzione, con base di impianto sulla parete mediale in sede peri ampollare. Exeresi a tutto spessore della parete postero-mediale della II porzione duodenale con confezionamento di raffia duodenale e posizionamento di drenaggio transcistico.

Risultati: V giornata: TC ADDOME negativa per spandimenti.

X giornata: RX TRANSITO CON GASTROGRAFIN: stenosi duodenale e fistola duodenale trattata conservativamente.

Conclusioni: XX giornata: buone condizioni generali, alvo canalizzato, addome trattabile, ripresa dell'alimentazione, drenaggi chirurgici silenti.

COLANGIOGRAFIA DI CONTROLLO attraverso catetere di drenaggio transcistico: regolare deflusso del mdc attraverso la papilla di Vater, non più documentabili evidenti immagini riferibili a spandimenti extraluminari di mdc. Rimozione dei drenaggi chirurgici.

XXII giornata: dimissioni. Rimozione di drenaggio transcistico dopo 15 giorni.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

TRATTAMENTO DELLA PERFORAZIONE DELL'ULCERA GASTRO-DUODENALE

S. Condurro, A. Bosco, A. Trunfio, G. Barberio, S. Campagna, E. De Barberis-Mainini, S. Cornaglia, D. Guarino, E. Ponte, S. Mochet, P. Millo

AUSL Valle d'Aosta, Aosta

Obiettivi: La gestione dell'ulcera gastro-duodenale perforata (GDU) non è univoca: dal trattamento non chirurgico alla chirurgia mediante semplice chiusura, fino alla gastrectomia e alla vagotomia.

Materiali e metodi: Sono stati recuperati i risultati della nostra esperienza negli ultimi 10 anni attraverso la ricerca dei codici di DIAGNOSI ICDM: 53210, 53250, 53211, 86321, 53110 e PROCEDURA 442, 4671, 441.

Risultano 51 pazienti con una età media di 59,7aa suddivisi in 32 M e 19 F. Tutti i pazienti hanno eseguito una diagnostica di I livello (Rx diretta dell'addome, ecografia) ed in 36 casi (70% dei casi) una TAC con Mdc.

Risultati: Il trattamento non operatorio è fattibile in pazienti in buone condizioni generali senza segni di peritonite. Non viene riferita esperienza per impossibilità a recuperare dati. La chiusura semplice per via laparoscopica è l'approccio praticato abitualmente. Su 45 pazienti trattati laparoscopicamente, 9 (20%) sono stati convertiti; il sanguinamento epatico, l'instabilità emodinamica ed altre difficoltà operatorie (la sutura e l'identificazione dei margini, test al blu positivo, le dimensioni dell'ulcera) ne sono state la causa.

In 4 pazienti su 45 (8,8%) si è proceduto ad un reintervento; in 2 casi si è osservato una filtrazione dalla sutura e una diagnosi misconosciuta e la lesione del dotto cistico sono state le altre 2 cause.

Sebbene l'irrigazione addominale, il posizionamento del drenaggio e del SNG siano ancora dibattuti, in tutti i casi si è proceduto ad abbondante lavaggio con soluzione fisiologica (almeno 4lt) al posizionamento del SNG e sono stati posizionati dei tubi di drenaggio. La terapia antibiotica ad ampio spettro e quella con Inibitori di pompa protonica completano la strategia terapeutica. In 6 casi su 51 (11%) si è deciso per un approccio laparotomico diretto a causa delle comorbidità associate(2), per pregresso intervento per obesità(1) e per instabilità dei parametri vitali da shock settico(3). I decessi sono stati 2.

Conclusioni: La gestione della GDU perforata è ancora oggetto di discussione in assenza di linee guida in letteratura ma con diverse possibilità di trattamento.

L'uso di sistemi di punteggio per un'adeguata selezione di pazienti può migliorare i risultati, Tuttavia sono necessarie ulteriori indagini prima del loro uso diffuso a causa delle notevoli variazioni nella previsione dei risultati.

Il tasso di conversione nella nostra esperienza risulta poco più del doppio di quello della letteratura mondiale (7,9%) sebbene le cause riportate siano in completo accordo a quest'ultima..



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

TOTALLY-ENDOSCOPIC ENTERAL ANASTOMOSES: A NEW EFFECTIVE WAY TO CHANGE THE TREATMENT OF POSTSURGICAL LATE COMPLICATIONS OF HEPATICO-JEJUNOSTOMY

M. Mutignani¹, L. Dioscoridi¹, E. Forti¹, F. Pugliese¹, M. Cintolo¹, A. Tringali¹, G.C. Ferrari¹, A. De Gasperi¹, A. Rampoldi¹, L. De Carlis¹, C. Paporozzi²

¹ ASST Niguarda, Milano

² Ospedale Careggi, Firenze

Background and aim of the study: Bilio-digestive anastomoses are common in many operations.

The management of biliary diseases in bilio-digestive anastomosis is complex and still represents a challenging topic, especially in case of biliary anastomotic strictures. The critical points about the endotherapy are the availability to reach the anastomotic site and the capability to perform an effective endoscopic retrograde cholangiography (ERC). To improve the results of endotherapy, we propose a new type of endoscopic strategy to reach the biliary anastomosis.

Materials and methods: To reach the anastomotic site, we perform a totally-endoscopic enteral by-pass between the duodenal or the gastric wall and the biliary jejunal loop both with fluoroscopic and endoscopic ultrasound's guide. We present our 32-case series of consecutive patients treated by endoscopic enteral-enteral anastomosis and subsequent ERC.

Results: The biliary anastomotic reach's rate was 93,75%. Therapeutical ERC's rate was 93,75% (100% if biliary anastomosis was reached) and clinical success rate was 100%. Morbidity was 6,25% and mortality was 0%. Short-term complication (before 48 hours) was 3,12%. Long-term complication (after 48 hours) was 0%. Mean time between bypass and ERC was 3 days. Overall recurrence rate was 6%. Biliary strictures' recurrence rate was 3%. The mean hospital stay was 8 days. The mean cost of the procedure was 1853 euros. The mean follow-up is 2,5 years. The main advantages of the new endoscopic method are hereafter resumed. The first one is to let unreachable anastomoses endoscopically-reachable again. The second one is to obtain a stable endoscopic position to use endoscopes with large operative channel. This lets to a longer and increasing dilation of the biliary stenosis, also in case of complex strictures and multiple-ducts biliary anastomosis. The third point is the availability of a stable new pathway to check the results and eventually re-treat the patient, especially in case of complex biliary anastomotic strictures.

Conclusions: This new technique seems to be safe and effective to treat the complications of the bilio-digestive anastomosis, in expert hands.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

MAJOR BILIARY DUCT DAMAGES AFTER CHOLECISTECTOMY: A PATIENT'S TAILORED APPROACH

L. Portigliotti, J. Cumbo, F.M. Nicolosi, G. Guzzardi, F. Fusaro, P. Bertoli, O.L. Soresini, A. Carriero, R. Romito

AOU Maggiore della Carità, Novara

Target: Laparoscopic cholecystectomy (LC) is one of the most common procedures performed in Western countries. Biliary Duct Injuries (BDI) during LC are associated with high morbidity and mortality. The optimal management of BDI is a multidisciplinary approach and still remains a challenge in hepatobiliary surgery. Target is to present different kind of management for different kind of BDIs after LC and to review literature of this widespread pathology.

Methods and materials: We present five different BDIs after LC which have been treated differently according to the type and the timing of the lesions.

- 1: CBD lesion immediately discovered was treated by direct suture. A stricture 6 months later required an hepatic-jejunal anastomosis (H-J).
- 2: RHD lesion was immediately seen and repaired by direct suture on T-Tube. A post-operative high -flow biliary fistula was then repaired with a RHD bilioplasty on PTBD.
- 3: Jaundice and cholangitis due to CBD stenosis 5 years after a laparoscopic cholecystectomy was treated by endoscopic approach at first. Then a decompressive PTBD was done to treat jaundice. Finally a laparoscopic exploration has been performed, to exclude malignancies: no evidence of tumor. The stenosis has been successfully treated by pneumatic dilatation through the PTBD.
- 4: Simultaneous CBD and RHA lesions have been recognised after LC and treated by both H-J anastomosis and PTBD placement. No vascular reconstruction has needed due to arterial intra-hepatic redistribution and optimal back-flow.
- 5: Delayed CBD lesion with biliary leak in 1 POD treated by endoscopic approach with ERCP and biliary prosthesis placement.

Results: Only 1/3 of iatrogenic biliary injuries are detected during LC. Their management requires confidence in HPB surgery and a multidisciplinary team approach.

Delayed BDIs may significantly worsen patients' clinical conditions requiring immediate volume resuscitation, drainage of collections and obstructed bile ducts resolution. Wide Broaden Antibiotic prophylaxis should be started as well.

BDIs approach could be performed by endoscopic, percutaneous or surgical approach. ERCP is able to define biliary anatomy, to assess injuries and to treat lesions by stents placement. Percutaneous transhepatic approach may be an alternative to endoscopy in selected types of injuries resulting particularly useful in recurrent strictures after HJ, where endoscopic access is not feasible. Surgical operation permitted to explore abdomen, to drain all collections and to access biliary ducts.

Conclusions: Bile ducts injuries repair after laparoscopic cholecystectomy represents a therapeutic challenge. Preventive strategies, anatomic bile duct study and safe surgery are the most important rules to minimize BDI during cholecystectomy. In any case, early recognition, complete evaluation and adequate multidisciplinary approach in a tertiary care centre are the cornerstones for good outcome.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

REFRACTORY BERGMANN TYPE A BILE LEAK: THE NEED TO STRIKE A BALANCE

M. Mutignani, L. Dioscoridi, F. Pugliese, E. Forti, M. Cintolo, A. Tringali, G. Bonato, G.C. Ferrari

ASST Niguarda, Milano

Introduction: Endoscopic therapy for post-operative Bergmann type A bile leaks is based on biliary sphincterotomy±stent insertion. However, recurrent or refractory bile leaks can occur.

Materials and methods: Retrospective study including all consecutive patients who were referred to our centre with a Bergmann type A bile leak refractory to previous conventional endoscopic treatments.

Results: Seventeen patients with post-cholecystectomy Bergmann type A bile leak were included.. All had received prior endoscopic biliary sphincterotomy and placement of a percutaneous or surgical abdominal drainage. Repeat ERCP confirm a Bergmann type A bile leak and in all patients we observed that the abdominal drainage was placed adjacent to the origin of the fistula. Our treatment consisted in pulling the drain away from the fistulous site, with extension of the previous sphincterotomy when needed. The treatment was successful in all cases. Mild complications occurred in three patients.

Conclusions: Our retrospective study shows that refractory Bergmann type A bile leak may be due to an unfavourable position of the abdominal drainage tube, which can be corrected by pulling the drain away from the origin of the fistula. This established a favourable pressure gradient that leads the bile to flow from the bile duct into the duodenum.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI 2

SALA O

PURE ENDOTHERAPY FOR STRASBERG C BILE LEAKS

M. Mutignani, L. Dioscoridi, E. Forti, F. Pugliese, A. Tringali, M. Cintolo, G. Bonato, L. De Carlis

ASST Niguarda, Milano

Background: Endotherapy is the treatment of choice for external biliary fistulas except for bile leaks originating from isolated ducts as in the post laparoscopic cholecystectomy Strasberg type C lesions.

Methods: Our endotherapy for this type of complication consists in cannulating the isolated duct passing from the cystic duct's stump along the biliary fistula's pathway or, if it is not technically possible, in creating a new internal peritoneal-duodenal connection: the key element of endoscopic treatment is to create a direct connection between the peritoneal cavity and the duodenal lumen by-passing the residual biliary tree. Our case series (from March 2012 to September 2017) consists of 19 patients (9 males, 10 females, mean age 61 y.o.) with Strasberg type C bile leaks.

Results: We performed biliary sphincterotomy in 6 patients and re-sphincterotomy in 7 patients. The access to the cut biliary radicle was obtained by opening the cystic stump using a 0.035 hydrophilic guidewire in 16 cases and from a common bile duct leak in 3 cases. In 17 cases, we performed direct cannulation of the isolated cut duct (in 2 patients with the help of a percutaneous biliary drainage). In 2 cases, we performed an endoscopic step-up approach. Before stenting of the cut bile duct, we dilated the pathway using a 4mm dilation balloon in 12 cases, a 7Fr Soehendra boogie in 4 cases, a 6Fr cystostome in 2 cases and a Soehendra stent extractor in 1 case. We placed a 10Fr plastic stent into the cut bile duct in 9 cases and a 6mm 6cm fc-SEMS in 10 cases. Moreover, in order to tutor the biliary tree, we placed a 10Fr plastic stent in 13 patients and a 8mm 8 cm fc-SEMS in 6 patients. Technical and clinical success rates were both 100%. Mean time of fistula's closure was 1,2 days. We reported 5 post-procedural fever due to transient bacteremia. 1 recurrence occurred after 4 weeks (due to fc-SEMS displacement) but we were able to re-treat the patient endoscopically.

Discussion: Our technique is minimally invasive, yet very effective in healing the associated fistulas. Surgical repair, on the other hand, is a major intervention with a high mortality rate, prolonged hospital stay and significantly more expensive. The presented technique is a complex intervention. Endoscopy nowadays is breaking taboos. Likewise, our method takes endoscopy out of the lumen to restore and treat inaccessible biliary leaks. After "fistula" biliary stent's removal, the natural history of this complication is a slow closure of the fistula's pathway associated with gradual and asymptomatic atrophy of the involved hepatic parenchyma.

Conclusions: The described endoscopic treatment is innovative, safe and effective. It is applicable in tertiary level endoscopic centers and requires considerable expertise. This minimally invasive procedure can increase the rate of fistula healing and will eventually reduce the need for more aggressive and risky surgical procedures.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA O

RISULTATI DEL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO-RADIOLOGICO DELLA TRANSEZIONE COMPLETA DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE

F. Fiocca¹, F.M. Salvatori¹, M. Corona¹, P. Nardis¹, F. Cereatti², G. Fanello¹, P. Antypas¹, M. Bezzi¹, G. Donatelli³

¹ Università Sapienza, Roma

² Ospedale di Cremona

³ Hopital des Peupliers, Parigi (FRANCIA)

La completa transezione della via biliare principale è una drammatica complicanza della chirurgia biliare specie dopo colecistectomia. Dal 1985 abbiamo proposto un trattamento con rendez-vous endoscopico-radiologico per la ricostruzione della via biliare in modo miniinvasivo evitando una chirurgia maggiore gravata di complicanze e mortalità. Dopo la ricostruzione 4 o 5 protesi di plastica sono state posizionate e lasciate in sede per almeno un anno¹. Sono riportati i risultati del follow-up di questi pazienti a cinque anni.

Materiale e metodo: Dal 1985 sono stati trattati 91 pazienti con sezione completa della via biliare: 3 dopo trauma, 73 dopo colecistectomia laparoscopica, 15 dopo chirurgia open. Tutti i pazienti sono stati trattati con l'impianto di 4 o 5 protesi di plastica lasciate in sede per 12 mesi. Dopo la rimozione i pazienti sono stati seguiti per cinque anni con esami ematochimici, ecografia e alcuni colangiogrammi.

Risultati: 21 pazienti sono stati persi al follow-up e 10 sono ancora in trattamento o non hanno raggiunto i cinque anni. Sono stati valutati 60 pazienti: 44 pazienti (73 %) stanno bene dopo cinque anni senza sintomi di colestasi o dilatazione biliare all'ecografia o RM. 2 pazienti sono morti per una sepsi dopo 6 e 12 mesi dal trattamento. 14 pazienti (23 %) hanno presentato stenosi della via biliare dopo la rimozione delle protesi per cui sono stati ritrattati endoscopicamente con 4 protesi per un anno. 8 pazienti (14 %) hanno presentato recidiva della stenosi dopo 2 o 3 anni: sono stati trattati con il posizionamento di una protesi metallica rimovibile per un anno. Tutti i pazienti, anche quelli ritrattati stanno bene dopo cinque anni.

Conclusioni: Il rendez-vous endoscopico radiologico è una tecnica sicura ed efficace per il trattamento miniinvasivo della sezione completa della via biliare principale. E' un trattamento che richiede un radiologo interventista di notevole esperienza per pungere vie biliari che spesso sono sottili e un endoscopista esperto per perforare la via biliare spesso legata. Il trattamento richiede numerose sessioni radiologiche ed endoscopiche per il completo trattamento ma si riesce ad evitare un intervento chirurgico maggiore gravato da una certa morbilità e mortalità.

Bibliografia

1 - Fiocca F, Salvatori FM, Fanelli F et al.:

Complete transection of the main bile duct: minimally invasive treatment with an endoscopic-radiologic rendez-vous. GIE (2011) 74 - 6: 1393-98

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

UPPER GI 2

SALA 0

RESEZIONE LAPAROSCOPICA DI GIST DELLA GIUNZIONE ESOFAGO-GASTRICA ENDOSCOPIC ASSISTED

A.B.F. Giordano, P. Prosperi, G. Alemanno, C. Bergamini, V. Iacopini, A. Dibella, M. Ardu, A. Minuzzo, A. Valeri

AOU Careggi, Firenze

Obiettivi: I tumori mesenchimali del tratto gastrointestinale (GIST) sono neoplasie rare e lo stomaco rappresenta l'organo maggiormente colpito. GIST gastrici di piccole dimensioni (minore a 5 cm), benigni o con basso potenziale di malignità possono essere trattati con resezioni limitate laparoscopiche o endoscopiche. La localizzazione cardiaca può rendere l'approccio miniminvasivo o endoscopico di difficile esecuzione. Per questo motivo che la combinazioni di entrambe le tecniche permette una migliore localizzazione della lesione, la sua precisa resezione rispettando i principi oncologici e la chiusura della parete gastrica in duplice visione. Diverse sono le tecniche descritte in letteratura, noi riportiamo i risultati relativi a 3 casi di resezione laparoscopica di GIST cardiaci con assistenza endoscopica.

Materiali e metodi: Negli ultimi 2 anni abbiamo eseguito 3 resezioni laparoscopiche di GIST della giunzione esofago-cardiale con assistenza endoscopica. Si tratta di 2 uomini e 1 donna con età media di 56 anni. In 2 casi il riscontro è stato occasionale, mentre in 1 caso il paziente riferiva disfagia di grado lieve. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esofagogastroduodenoscopia con rilievo della lesione intramurale, confermata da ecoendoscopia (dimensione media delle lesioni 3 cm), e Tc torace-addome di stadiazione. Sono stati utilizzati 5/6 trocars in base alle necessità. Dopo preparazione completa dell'esofago addominale, sotto guida endoscopica è stata eseguita una gastrotomia con individuazione della lesione e sua sezione con suturatrice meccanica. Sutura della gastrotomia in duplice strato con buona tenuta confermata dal controllo endoscopico. È stato posizionato un drenaggio addominale.

Risultati: Nessun caso ha necessitato la conversione. Il tempo medio dell'intervento chirurgico è stato di 120 minuti. Non si sono registrate complicanze postoperatorie. Tutti i pazienti hanno riferito un buon controllo del dolore già a partire dalla seconda giornata. In terza giornata i pazienti sono stati sottoposti a controllo radiologico della sutura previa somministrazione di Gastrografin che non ha evidenziato leak, per cui è stato rimosso il sondino nasogastrico con ripresa dell'alimentazione. I pazienti sono stati dimessi in quarta/quinta giornata postoperatoria. In tutti e 3 i casi l'esame istologico definitivo ha confermato la diagnosi di GIST gastrico con margini di resezioni liberi da malattia.

Conclusioni: Data la sede anatomica dei GIST cardiaci, la resezione laparoscopica endoscopica assistita garantisce, se eseguita da un'equipe esperta in chirurgia laparoscopica, di poter essere eseguita senza complicanze peri e postoperatorie. Tale tecnica infatti permette tutti i vantaggi della chirurgia laparoscopica. L'assistenza garantita dell'endoscopia favorisce una migliore localizzazione della lesione, la sua precisa resezione e un buon controllo endocavitario dopo l'asportazione del tumore.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00
DIFETTI DI PARETE

SALA O

TECNICA SENZA PUNTI E SENZA SUTURA SLIDING MESH COME PROFILASSI DI ERNIA PARACOLOSTOMICA CON RETE PRESAGOMATA "COLOSTOMY"

F. Abbonante¹, L. Congiusta²

¹ Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, Catanzaro

² Università Magna Grecia, Catanzaro

Background: L'ernia paracolostomica è una condizione frequente in chirurgia addominale.

Solo in Europa 300.000 nuovi casi di colostomie all'anno. Di questi, il 30-50%, presentano nel seguito della loro storia, ernie paracolostomiche. Di queste ernie, circa il 30% finisce in sala operatoria in emergenza per occlusione intestinale: molti pazienti che vengono operati per ernia paracolostomica occlusa sono ad alto rischio di complicanza maggiore che può portarli anche a morte. Presentiamo la nostra tecnica che può essere considerate tra le più facili metodiche di laparoplastica con protesì, perché con un allungamento del tempo chirurgico di pochi minuti, si può posizionare una rete con tecnica open attraverso una MacBurney, durante il confezionamento della colostomia dopo amputazione addominoperineale o in ogni caso, dopo intervento di confezionamento di colostomia permanente, come profilassi della patologia erniaria paracolostomica, con grande vantaggio in termini di benessere di un grande numero di pazienti ed economico se si calcolano il numero di giornate di degenza e di assenza dal posto di lavoro in pazienti ricoverati.

Aim: scopo del nostro lavoro è dimostrare il grande vantaggio ad utilizzare la tecnica con COLOSTOMY sutureless sliding mesh come profilassi della patologia erniaria paracolostomica in corso di confezionamento di colostomie permanenti.

Material and methods: abbiamo studiato le ultime 25 ernie paracolostomiche giunte alla nostra osservazione, che sono state trattate con colostomy mesh, una rete ovale presagomata di 18x 14 cm con un foro centrale da 4,5 cm o 5,5 cm. la caratteristica di queste reti è che la loro consistenza consente loro di rimanere piatte senza bisogno di applicare punti tra esse ed i muscoli, nello spazio intermuscolare nella area di Mac Burney. Il foro centrale previsto nella Colostomy, che lascia passare il viscere esterorizzato è sufficientemente ampio da non rischiare di provocare erosione della parete dell'intestino; inoltre la chiusura del peritoneo e del muscolo trasverso sotto la protesì e dei muscoli obliqui al di sopra dei essa, consentono una buona tenuta ed evitano il rischio di recidiva la rete libera da ancoraggio con punti si adatta in posizione di confort, tra gli starti muscolari che slittano su di essa fino a trovare giusta posizione prima di essere fissata dai fibroblasti. (sliding mesh secondo Abbonante).

Results: non abbiamo avuto recidive, solo complicanze minore tipo sieroma di piccolo entità e flogosi cutanea passeggera nei primi giorni, con lieve rialzo termico passeggero. Non è mai stato necessario riportare per alcun motive il paziente in sala operatoria .

Conclusion: il trattamento proposto di trattamento profilattico della enia paracolostomica con rete presagomata è di facile esecuzione, solo pochi minuti di intervento in più per confezionare lo spazio intermuscolare che possa accogliere la rete in corso di colostomia permanente. Nessuna complicanza maggiore.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

DIFETTI DI PARETE

SALA O

RIPARAZIONE ENDOSCOPICA PREAPONEUROTICA DELLA DIASTASI DEI RETTI ADDOMINALI. NOTE CLINICHE E FISIOPATOLOGICHE E PRESENTAZIONE DELLA CASISTICA PERSONALE

S. Cuccomarino

Ospedale di Chivasso

Obiettivi: La diastasi dei retti interessa circa 1/3 delle donne dopo il parto e riconosce, come i fattori di rischio, il numero di gravidanze ed il parto cesareo. In molti pazienti si associa ad ernia ombelicale ed a manifestazioni come lombalgia e disordini del pavimento pelvico (incontinenza urinaria, prolapsi degli organi pelvici). Fino a tempi recenti, la diastasi è stata considerata un disturbo estetico, dominio dei chirurghi plastici con un intervento – l'addominoplastica – invasivo, con complicanze postoperatorie gravi (emorragie, necrosi del lembo, onfalonecrosi...) e indici di recidiva inaccettabili (fino a 20-40%). Dal 2014, il trattamento della diastasi include una opzione mininvasiva (la Riparazione Endoscopica Pre Aponeurotica, REPA) molto gradita dalle pazienti, efficace e con minime complicanze. Presentiamo la nostra casistica personale e alcune note di clinica e fisiopatologia.

Metodi: Dall'agosto 2017, abbiamo operato 42 pazienti (F:M 41:1) dell'età media di 42,6 anni (32-65); tutte con una o più gravidanze, tra cui 9 gemellari, in 31 casi con parto operatorio. 41 pazienti presentavano un'ernia ombelicale, e 2 altre ernie della linea alba. 26 pazienti lamentavano lombalgia cronica, 15 incontinenza urinaria da stress e 18 disturbi digestivi. Il diametro trasverso medio della diastasi è stato di 4,4 cm (2,5-10); 2 pazienti presentavano diastasi recidive (1 post-addominoplastica, 1 post-REPA). Il tempo chirurgico medio è stato di 2:45 ore, il ricovero ospedaliero di una notte. Tutti i pazienti sono stati dimessi con un drenaggio, rimosso dopo 7 giorni, e prescrizione di fascia addominale e ghiaccio locale. Al mese dalla chirurgia, i pazienti hanno iniziato cicli di fisioterapia (linfodrenaggi addominali, ginnastica ipopressiva) per 10 sessioni.

Risultati: Sono stati osservati 3 sieromi, 1 infezione della rete trattata conservativamente ed 1 complicanza di ferita chirurgica. Il dolore postoperatorio è stato trattato con comuni analgesici orali. Al controllo a 3 mesi, dopo la fine della fisioterapia, i sintomi preoperatori erano scomparsi nell'87% dei casi.

Conclusioni: La diastasi è una condizione comune e molto sintomatica del post-gravidanza. La REPA è un intervento minimamente invasivo che associa alla plicatura dei retti l'uso di reti leggere od ultraleggere che rinforzano la riparazione riducendo l'incidenza delle recidive.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

ABDOMINOPLASTY AND SELF-GRIPPING MESH REPAIR FOR THE TREATMENT OF DIASTASIS OF THE RECTUS ABDOMINIS MUSCLES: OUR EXPERIENCE AND REVIEW OF LITERATURE

E. Schembari¹, R. Lombardo², E. Mattone¹, M. Vitale¹, M. Teodoro¹, R. Bonaccorso², G. La Greca¹, R. Ranno², D. Russello¹

¹ *Università di Catania*

² *AO Cannizzaro, Catania*

Aim: Diastasis of the rectus abdominis muscles (DRAM) is characterised by thinning and widening of the linea alba, combined with laxity of the ventral abdominal musculature. This causes the midline to "bulge" when intraabdominal pressure is increased, such as in pregnancy and in middle-aged and older men with central obesity. Rectus diastasis, although not a true hernia, causes biomechanical alterations of the abdominal wall, leading to patient discomfort and an aesthetically displeasing torso. In plastic and reconstructive surgery, several techniques have been developed to restore or improve abdominal bulging. One of these techniques consists of correcting a rectus diastasis during abdominoplasties. In our experience, abdominoplasty in conjunction with RAD mesh repair is the best choice to improve the abdominal contour of patients with RAD associated to a stretched and flaccid skin and fat of the anterior abdominal wall. We report our technique and the outcomes.

Materials and methods: The surgical procedure started with a horizontal suprapubic incision 30 cm in length. The panniculus was dissected from the fascia and the umbilicus was detached. Then, plication of the rectus fascia was made to reapproximate the medial borders of the rectus muscles with a continuous suture. After that, a self-gripping monofilament polyester mesh was placed on the anterior fascia (onlay) and anchored to it with four stitches and a fibrin sealant. The dermolipectomy was completed and the umbilicus was brought out at the appropriate location. Finally, two drains were placed and the skin was closed in layers.

Results: During the post-operative period there were no signs of infection, wound dehiscence, seroma, or enterocutaneous fistula. After three months, sensibility disorders, hernia or bulge recurrences were not evident. Furthermore, our patients were satisfied with the cosmetic result. In general, repair is safe and effective, complication rates varied between studies, and were primarily minor and related to the simultaneously performed abdominoplasty. In addition, the patient-satisfaction is high and with low long-term recurrence rates.

Conclusions: If not treated as part of an abdominoplasty in the field of plastic and reconstructive surgery, there is a lack of consensus on the preferred treatment of DRAM. There are techniques available that leave the anatomical myofascial continuity intact, and could potentially protect the DRAM patient from the risk of incisional hernia formation. Both plication-based methods and hernia repair methods are used for DRAM repair. Based on the current literature, no clear distinction in recurrence rate, postoperative complications, or patient reported outcomes can be made. Cosmetic result of a surgical intervention is of high importance in the DRAM population. We believe the described technique offers a simple option for open repair of co-existing rectus divarication and flaccid skin.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

LE PROTESI BIO-RIASSORBIBILI NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA DIASTASI DEI MUSCOLI RETTI CON TECNICA DI RIVES-STOPPA

S.G. Intini, A. Santangelo, P. Parodi, G. Guarneri, R. Pravisani, A. Esposito, A. Risaliti

Università degli Studi di Udine

Obiettivi: La diastasi dei muscoli retto dell'addome (DMRA) è un disturbo caratterizzato da un ampliamento della linea alba combinato ad una lassità della muscolatura di parete addominale. Il trattamento chirurgico richiede spesso una collaborazione tra i chirurghi generali ed plastici e prevede l'utilizzo di protesi retro muscolari. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'efficacia nel trattamento del difetto di parete con l'utilizzo di protesi bio-sintetiche riassorbibili in 3-hydroxybutyrate-co-3-hydroxyvalerate prendendo in considerazione le complicanze postoperatorie, i tassi di recidiva e di soddisfazione del paziente.

Materiali e metodi: Studio avviato dal 2016, prevede l'arruolamento di pazienti con diagnosi ecografica e clinica di DMRA di almeno 3cm associata ad ernia ombelicale e/o laparocele. Il trattamento chirurgico consiste in una correzione mediante tecnica di Rives-Stoppa e l'utilizzo di protesi bio-sintetiche riassorbibili in 3-hydroxybutyrate-co-3-hydroxyvalerate. Arruolati fino ad oggi 28 pazienti, 21 donne (75%) e 7 uomini (25%) con una età media di 51,46 anni e un BMI medio di 24,6. Tutti i pazienti presentavano una diastasi dei retti associata ad ernia ombelicale nel 46,4% ed un laparocele nel 32,14%. La durata media di intervento è stata di 106,4 minuti. Le dimensioni medie delle protesi erano di 16,25 x 18,2 cm fissata con due punti riassorbibili cardinali cranio-caudali in 17 pazienti (60,7%) e con quattro punti cardinali in 11 pazienti (39,3%).

Risultati: Con un follow-up ancora in corso, ad oggi nessuno dei pazienti ha mostrato una recidiva del difetto di parete (ultimo follow-up Marzo 2018). Ventisette su 28 paziente (96,4%) non hanno avuto alcuna complicanza post-operatoria. Solo un paziente ha presentato un episodio di sanguinamento post-operatorio per il quale è stato necessario un second-look chirurgico. Nessun caso di dolore addominale alla dimissione. Al primo follow-up di 15 giorni nessuno lamentava dolorabilità durante gli sforzi fisici. Nei successivi controlli realizzati a 6 mesi e 12, tre pazienti hanno presentavano una dolorabilità per cui assumevano ancora anti-dolorifici (10,7%), due casi di necrosi dell'ombelico (7,1%) e due casi di raccolta del sottocute (7,1%). Tutti i pazienti hanno manifestato un netto miglioramento della qualità di vita.

Conclusioni: Il trattamento chirurgico della diastasi dei retti associata ad ernia ombelicale e/o a laparocele prevede nella maggior parte dei casi l'utilizzo di protesi retro muscolare. Nuovi tipi di protesi bio-riassorbibili in 3-hydroxybutyrate-co-3-hydroxyvalerate sono disponibili. Dal nostro studio, ancora in corso, si può osservare come il loro utilizzo mostri un ridotto tasso di complicanze post-operatorie, nessun caso di recidiva del difetto ed un netto miglioramento loro qualità di vita. Risulta evidente la necessità di prolungare il follow-up chirurgico e di aumentare il numero di arruolamenti al fine di dimostrare l'efficacia di queste nuove protesi.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

PATCH VENTRALI VERSUS SUTURA DIRETTA NEL TRATTAMENTO DELLE ERNIE DELLA LINEA MEDIANA

R. Lionetti, M. De Luca, U. Bracale, A. Coppellotti, C. Bartolini, L. Sorbino, M. Sodo

AOU Policlinico Federico II, Napoli

Obiettivi: Questo studio prospettico randomizzato valuta la differenza in tasso di recidiva, dolore post-operatorio, durata intervento, ripresa attività quotidiana e lavorativa tra la tecnica con ventral patch e la chiusura con sutura Mayo nella chirurgia delle ernie della linea mediana.

Materiali e metodi: Da Settembre 2007 a Dicembre 2015 è stato svolto uno studio prospettico randomizzato su pazienti (pz) affetti da ernie della linea mediana tra 2-4cm. Criteri di esclusione: ernie >4cm, recidive, interventi in urgenza, ASA IV. I pz sono stati sottoposti ad esame clinico ed ecografico parietale e suddivisi in due gruppi randomizzati. Gruppo A: sottoposti ad erniorrafia con ventral patch e ancoraggio con punti in polipropilene1 alla fascia muscolare. Gruppo B: sottoposti ad erniorrafia secondo Mayo con punti staccati in polipropilene1. E' stata praticata anestesia locale o subaracnoidea in entrambi i gruppi. Il dolore postoperatorio (DPO) è stato valutato con scala VAS a 6, 12, 24 ore e a 7 giorni il dolore e la ripresa di attività quotidiana e lavorativa. Il follow-up clinico ed ecografico a 1, 6 e 12 mesi ha valutato recidive e dolore cronico con criteri di Cunningham.

Risultati: Sono stati arruolati 85 pz, di cui 62 con ernia ombelicale, 14 epigastrica, 9 laparocèle su trocar. Gruppo A: 44 pz; Gruppo B: 41 pz. I gruppi sono risultati omogenei per possibili variabili di confondimento (età, BMI, BPCO, diabete). La durata media dell'intervento è stata superiore nel gruppo A (40 vs 32 minuti) ($p < 0.001$), probabilmente a causa della learning curve della nuova tecnica. 1 pz (2.3%) nel Gruppo A e 2 (4.9%) nel Gruppo B hanno sviluppato ematoma della ferita. Ci sono stati 4 casi di ritenzione urinaria, 1 nel gruppo A (2.3%) e 3 (7.3%) nel B, tutti pz con anestesia subaracnoidea. Nel Gruppo A sono stati ricoverati in day surgery 11 pz (25%) e 33 (75%) in ricovero ordinario con dimissione il giorno seguente. Nel Gruppo B, 14 pz (34.1%) sono stati ricoverati in day surgery e 27 (65.8%) in ricovero ordinario con dimissione il giorno seguente. Il DPO medio rispettivamente nel Gruppo A e B a 6 ore 4.4 e 6; a 12 ore 3.7 e 6.4; a 24 ore 3 e 3.8; a 7 giorni 2.1 e 3.8 ($p < 0.001$). Nel follow-up a 12 mesi sono state riscontrate 3 recidive (7.3%) nel Gruppo B e nessuna nel Gruppo A. Nessun pz nel Gruppo A ha riferito dolore cronico; nel Gruppo B 2 pz hanno riferito dolore lieve, 2 dolore moderato e 1 dolore severo. La ripresa dell'attività quotidiana nel Gruppo A e B è avvenuta in media dopo 5 giorni (range 4-8) e dopo 8 giorni (range 6-11). La ripresa dell'attività lavorativa nel Gruppo A e B è avvenuta dopo 7 giorni (range 6-10) e dopo 11 giorni (range 8-15). In entrambi i casi la differenza è risultata statisticamente significativa ($p < 0.001$).

Conclusioni: lo studio mostra che l'utilizzo di ventral patch è associato a minore incidenza di recidive e DPO e più rapida ripresa delle attività rispetto alla chiusura con sutura Mayo.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

STUDIO OSSERVAZIONALE SUI RISULTATI POST-OPERATORI DI PLASTICA DI ERNIA EPIGASTRICA/OMBELICALE E CONCOMITANTE DIASTASI DEI MUSCOLI RETTI

E. Lavorini, F. Olandese, R. Moscato, F. Trombetta, M. Morino

Città della Salute e della Scienza – Sede Molinette, Torino

Background: La diastasi dei retti è una condizione caratterizzata da una maggiore ampiezza dello spazio normalmente compreso tra i muscoli retti dell'addome lungo la linea alba, ed è frequentemente associata ad ernie ombelicali ed epigastriche. Allo stato dell'arte, non vi è unanimità nelle linee guida internazionali di chirurgia della parete per quanto riguarda il trattamento della diastasi dei retti, in riferimento alle indicazioni o alle tecniche chirurgiche. Se la diastasi è sintomatica o associata a patologia erniaria, la chirurgia correttiva sembrerebbe essere l'opzione più raccomandabile.

Obiettivi: L'obiettivo del nostro studio è quello di descrivere gli esiti in termini di complicanze a breve e lungo termine, recidive e qualità di vita successiva all'intervento in una popolazione di pazienti sottoposti ad intervento di plastica di ernia secondo Rives per ernia ombelicale/epigastrica e concomitante diastasi dei muscoli retti

Materiali e metodi: Abbiamo selezionato pazienti con diagnosi di ernia epigastrica/ombelicale e concomitante diastasi dei muscoli retti dell'addome sottoposti ad intervento chirurgico di plastica secondo Rives presso il centro di riferimento per la chirurgia di parete Chirurgia Generale 1 U Università di Torino, in un intervallo di tempo compreso fra Gennaio 2014 e Maggio 2018. Sono stati valutati i dati anagrafici, anamnestici e clinici, le caratteristiche dell'intervento e i dati del follow-up, comprensivi di complicanze a breve e lungo termine, recidive e qualità della vita post-intervento (con scala QoL-EQ5D).

Risultati: La casistica comprende 16 pazienti, 9 uomini e 6 donne, di età media di 55,9 anni, con un BMI medio di 29,6. Le complicanze ospedaliere sono state rilevate in 3 casi: 1 ascesso e 2 deiscenze di ferita. Per quanto non significativo da un punto di vista statistico, in nessuno dei tre casi era stato utilizzata colla di fibrina nel corso dell'intervento. Per quel che riguarda le complicanze a lungo termine, si sono verificate 1 episodio di iperalgesia cronica e 1 episodio di fastidio periprotetico; anche questi casi hanno visto un mancato utilizzo di colla di fibrina. In nessuno dei casi, è stato registrato una recidiva dell'ernia o della diastasi. Infine, per quanto concerne la misurazione della qualità di vita, sono stati rilevati valori sovrapponibili, fra i soggetti colpiti o meno da complicanze a breve termine (mediana QoL-EQ5D 94,5 Vs 90). Al contrario, emerge una differenza apprezzabile qualora si consideri la presenza di complicanze a lungo termine, con un valore mediano che cala di 30 punti (90 vs 60).

Conclusioni: A causa della scarsa numerosità campionaria non è possibile trarre delle conclusioni definitive a livello statistico. Tuttavia, i dati suggeriscono che l'utilizzo di colla di fibrina protegga dal rischio di complicanze a breve e lungo termine. Inoltre, si conferma la preventivabile tendenza ad una migliore qualità di vita nei soggetti non colpiti da complicanze a lungo termine.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

TREATMENT OF DIASTASIS RECTI ABDOMINIS WITH OPEN AND VIDEO-ASSISTED APPROACHES

F. Ferrara, F. Fiori, D. Gentile, D. Gobatti, P.L. La Piana, S. Tornese, M. Stella

Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Introduction: Diastasis of the rectus abdominis muscles is characterised by a protruding midline following an increase in intra-abdominal pressure. It occurs most frequently after pregnancy and can lead to important functional and cosmetic disorders. It is often associated to the presence of umbilical hernia or to incisional hernias as well. We present our current approach in the treatment of diastasis recti abdominis > 50mm in the unit of General Surgery at San Carlo Borromeo Hospital in Milan.

Materials and methods: From January to May 2018, 26 patients were referred to our unit for clinical and radiological diagnosis of diastasis recti abdominis muscles. Indication for surgical treatment was given when ultrasound showed an inter-rectus maximum distance of at least 50 mm. All patients were female with a median age of 39,5 years (range 27 – 47 years), with previous history of pregnancy complaining of severe functional or cosmetic impairment. Twenty patients presented also umbilical hernia and 2 patients incisional hernia due to previous surgery. In 23 cases operations were performed with open approach, whereas video-assisted technique was used in 3 cases. In the open group all the operations included abdominal dermolipectomy with plication of the midline anterior rectus fascia, umbilical herniorraphy or incisional hernia repair (when present) and umbilical reconstruction (transposition or reimplantation). In 6 cases an onlay non-reabsorbable mesh reinforcement was added. In the video-assisted group pre-aponeurotic repair of the midline was performed in all cases and umbilical herniorraphy with mesh reinforcement in 2 cases.

Results: Total median operative time was 155 minutes (range 86 – 300 mins), 155 and 190 mins for open and laparoscopic group respectively. No intraoperative complications were registered. Two drains were always positioned in the subcutaneous space. No major complications were registered. Post-operative complications included: 1 wound bleeding treated with transfusion, 1 pneumonia treated with antibiotics and mechanical ventilation in ICU, 1 pre-peritoneal hematoma treated conservatively, 1 umbilical necrosis and 2 wound partial dehiscence treated with vacuum assisted closure, 1 seroma treated conservatively. The median post-operative stay was 4 days (range 2 – 8 days). No recurrence was registered to date. Quality of Life resulted improved in all the patients with a rapid return to daily life's activities in few time. Functional and cosmetic disorders were corrected with satisfactory results in all the patients.

Conclusion: Our experience demonstrate how diastasis recti abdominis can be successfully treated with different approaches. Every method should be adapted to the clinical and instrumental presentation of the disease according to the medical history of the patient. Both open and video-assisted techniques with or without mesh reinforcement are effective with low rate of complications and rapid return to daily activities.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DELLA SPORTSMAN HERNIA: REVIEW DELLA LETTERATURA E ANALISI DI UNA SERIE CLINICA

F. Di Marzo¹, V. Mingarelli², M. Card², M. Arganini¹

¹ Ospedale Versilia - Azienda USL Nordovest Toscana, Lido Di Camaiore

² Università Sapienza, Rom

Obiettivi: Scopo di questo studio è valutare gli outcome di una serie clinica di atleti sottoposti (2014-2017) a plastica protesica inguinale laparoscopica con tecnica TAPP per Sportsman Hernia (SH) e metterli in relazione ai risultati della systematic review eseguita proseguendo il lavoro di Paajanen del 2015.

Materiali e metodi: La valutazione preoperatoria prevede RX bacino, ecografia dinamica del canale inguinale, RM della pelvi e somministrazione del questionario Copenhagen Hip And Groin Outcome Score (HAGOS). L'intervento laparoscopico di plastica protesica bilaterale è stato effettuato sempre nei casi di diagnosi pre o intraoperatoria di SH bilaterale. Il follow-up clinico e con HAGOS è stato effettuato a 1 settimana, a 1, 3, 6 e 12 mesi, poi annualmente dal secondo anno. Sono stati valutati il tipo di rete, l'utilizzo di mezzi di fissaggio, le complicanze post operatorie, i risultati dell'HAGOS, il tempo di ritorno all'attività sportiva, la necessità di assunzione di analgesici e la persistenza del dolore post operatorio (con scala VAS), il grado generale di soddisfazione dell'intervento chirurgico.

Risultati: 69 maschi e 5 femmine con un'età media di 31 anni. 64 pazienti sono stati sottoposti a plastica inguinale bilaterale. Il punteggio HAGOS preoperatorio è 43,36 (mediana 41, range 17-100). In 23 casi è stata utilizzata una self-fixating mesh, in 3 casi absorbatack e in 1 paziente protack; nei restanti casi colla di fibrina. In 8 pazienti è stata effettuata la tenotomia dell'adduttore lungo. Non si è registrata nessuna complicanza postoperatoria. Il ritorno all'attività sportiva è stato possibile a 3 mesi per 67 pazienti (90.5%), a 4 mesi per 3 pazienti (4.1%), per un totale di 70 atleti (94.6%). In 4 casi (5.4%) non c'è stata ripresa. Il tempo medio di ritorno all'attività sportiva è di 6.6 settimane (mediana 6, range 4-16) per 67 pazienti (90.5%). Il punteggio medio dell'HAGOS è migliorato da 43.36 a 81.38. La media VAS posoperatoria è stata 2 (mediana 1, range 0-5). In 3 casi i pazienti riferiscono necessità di analgesici tipo FANS quotidianamente (massimo 2 volte al giorno). I pazienti hanno espresso il grado di soddisfazione generale per l'intervento come ottimo in 67 pazienti (90.5%), buono in 3 (4.1%), soddisfacente in 1 (1.3%) e insoddisfacente in 3 casi (4.1%).

Conclusioni: L'intervento laparoscopico di plastica inguinale protesica rappresenta una terapia efficace nel trattamento dei pazienti affetti da SH e garantisce il controllo della sintomatologia algica oltre a un precoce recupero dell'attività sportiva. I risultati riportati sono sovrapponibili a quelli presenti in letteratura e consentono di evidenziare il miglioramento clinico del paziente per mezzo di un questionario tipo PROMs, fornendo quindi un dato oggettivo, comparabile e ripetibile. In corso di intervento chirurgico laparoscopico è riscontrabile fino al 20% di patologia controlaterale misconosciuta preoperatoriamente, giustificando l'approccio mininvasivo.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

LAPAROSCOPIC APPROACH OF INGUINAL DISRUPTION: A RETROSPECTIVE 13-YEAR SINGLE OPERATOR ANALYSIS OF 198 PATIENTS

G.N. Piozzi¹, R. Cirelli¹, I. Salati², G.M. Sansonetti³, M.E.M. Maino³, G. Lenna³

¹ Università degli Studi di Milano

² Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

³ Casa di Cura Igea, Milano

Introduction: Inguinal disruption (ID) is a chronic groin pain affecting athletes. ID can't be defined as a true hernia. Pathogenesis is multifactorial, characterized by posterior abdominal wall weakness in the inguinal area with subsequent abnormal tension in the inguinal canal. Weakness is due to repetitive and excessive forces applied to the inguinal and pelvic region. Examination reveals tenderness to palpation of the inguinal region just above the inguinal ligament and near the pubis. Differential diagnosis is challenging; however, imaging is helpful for excluding other pathologies. The British Hernia Society has proposed diagnostic criteria and a therapeutical algorithm in which surgery is the treatment of choice when conservative treatment fails. Surgical treatment can be either open or laparoscopic.

Material and methods: A retrospective study was performed evaluating 198 cases of ID from a single surgeon experience between May 2004 and December 2017. All patients failed a previous conservative treatment. Clinical data and dynamic wall US were collected. All cases were treated with TAPP approach. Mesh was placed posteriorly to the abdominal wall in the preperitoneal space and fixed with surgical glue on a tension free purpose. Mobilization was performed in POD 0. Post-surgical complications, pain and full recovery to sports activity were evaluated during a 12-month follow up.

Results: All patients were treated laparoscopically with no need for conversion to open approach. Mean operative time was 90 minutes (range 50-140). 197 patients (99.5 %) were discharged in POD 1 with no complications. 1 patient (0.5 %) suffered postoperative haemorrhage with following laparoscopic revision and haemostasis. Mean return time to routine daily life was 48 h (range 24-120). 24 patients (12.1 %) referred early complication at day 7: periumbilical haematoma (1.5 %), subcutaneous inguinal seroma (1.5 %) and inguinal pain (9.1 %) treated with anti-inflammatory and rest. Follow up complications were: at 1 month: chronic inguinal pain (5.6 %) partially responsive to analgesics; at 3 months: non-responsive inguinal pain (3.0 %); at 12 months: 3 patients (1.5%) referred persistent local pain with inability to return to agonistic sport activity. 80.3 % had a full recovery to sports activity after 4 weeks (range 3-6). One patient (0.5%) suffered delayed inguinal pain at 45 months from surgery, responsive to conservative treatment.

Discussion: Current management algorithm for ID supports the role of surgery only after at least 2 months of conservative treatment. However, this protocol is considered inadequate for elite professional athletes' demands. Recent RCT highlights the role of surgery as definitive treatment for faster full recovery to sports activity. We support these results and, in our opinion, laparoscopic surgery is the mainstay for non-responsive ID treatment. TAPP approach is effective and safe allowing a faster return to professional sports activity.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00
DIFETTI DI PARETE

SALA O

POOR QUALITY TISSUE INGROWTH VS. TISSUE NEOGENESIS: A COMPARATIVE STUDY OF BIOLOGIC RESPONSE BETWEEN STATIC AND DYNAMIC IMPLANTS FOR INGUINAL HERNIA REPAIR

G. Amato¹, G. Romano², A. Agrusa², L. Gulotta², R. Puleio³, L. Gordini⁴, F. Medas⁴, P. Calò⁴

¹ Postgraduate School of General Surgery, Cagliari

² Department of General Surgery and Emergency University of Palermo

³ IZSS A. Mirri Palermo

⁴ Department of General Surgery University of Cagliari

In the field of inguinal hernia, notwithstanding the improvements in prosthetic material and surgical techniques, the rate of complications of the surgical repair procedure remains high. Up to date, chronic pain and discomfort represent source of increasing concern among surgeons. Poor quality of tissue ingrowth, such as thin scar plates or shrinking scars, typical results of conventional static implants, may lead to these occurrences. Recently, a new type of prosthesis, a 3D dynamic responsive implant, was introduced to the market. This device, designed to be positioned fixation-free, seems to induce the development of viable and more structured tissue instead of regressive fibrotic scarring. To highlight the differences in the biologic response between the conventional static meshes and this newly designed 3D dynamic responsive implant, a histological comparison was carried out. The aim of this lecture is to determine the quality of tissue incorporation in both types of implants, removed or biopsied after short, medium, and long term post implantation. The results of this investigational experience showed large differences in the biologic responses between the two types of implants. Histologically, the 3D dynamic prosthesis demonstrated the incorporation of tissue elements similar to natural abdominal wall structures. Newly formed muscle fibres, loose and well-hydrated connective tissue, well-formed vascular structures and mature nerves with negligible or absent inflammatory response were evidenced among the structure of this type of device. All these characteristics were completely lacking within the conventional static meshes, where a long acting inflammatory response was associated with thin and stiff fibrotic scar formation leading to mesh shrinkage. This quality of tissue incorporation seems to represent a regressive response. Being hernia disease a degenerative process, the regeneration of the typical components of the abdominal wall should be the goal of the surgical treatment. The histological comparative assessment between the two categories of implants demonstrated that, thanks to its dynamic compliance, the 3D dynamic prosthesis induces the regeneration of the typical components of the groin. Thus addressing the pathogenesis of hernia disease.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

A COMBINATION OF BROMELAIN AND BOSWELLIA SERRATA CASPEROME® IN SIBEN®: EFFECTS ON POST-OPERATIVE EDEMA IN INCISIONAL HERNIA REPAIR

G.M. De Luca¹, A. Tromba¹, A. De Luca², S. Giungato², L. Franzoso¹, A. Aubed¹, A. Perrone¹, A. Maschio¹, A. Gurrado³, F.L. De Luca³, M. Testini³, F. Serinelli¹

¹ Dario Camberlingo Hospital, Francavilla Fontana

² Presidio Ospedaliero Occidentale, Castellaneta

³ Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico, Bari

Aim: Aim of this study is to investigate the significant benefits on patients post-operative edema outcome of incisional hernia repair with synthetic mesh using a combination of Bromelain (200mg) and Boswellia Serrata Casperome® (200mg) in Siben®, evaluated by ultrasound (US), and to compare responses with control patients (not treated).

Materials and methods: During 2017, thirty-one adult patients were subjected to onlay incisional hernia repair using synthetic mesh with component separation of the abdominal wall and were divided into two homogenous groups (18 females, 13 males, mean age 62 years). Only the treated group took one tablet of Siben® for 30 days on an empty stomach, starting from the first post-surgery day. Checks were made on all patients from the first post-surgery day and going on 15th, 30th and 60th post-surgery days by US linear probe measuring edema, defining its thickness and average diameter. p values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: The two groups were homogeneous compared to the initial diameter of the abdominal wall defect ($p=0.638$). Therefore, the edema thickness was independent of the size of the starting defect in the two groups examined. The edema was already reduced in the treated group compared to the control group at 15 post-surgery days; therefore this reduction became statistically significant starting from US result at 30 post-surgery days of Siben® treatment ($p=0.007$) and was even greater in the US result after 60 post-surgery days ($p=0.001$).

Conclusions: Results obtained in this preliminary study showed a rapid and significant improvement in post-operative edema outcome of incisional hernia repair in patients treated with Siben®. Benefits of treatment are also found in patients even after one month of Siben® suspension.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**
DIFETTI DI PARETE

SALA 0

NOSTRA ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DI LAPAROCOLI RECIDIVI CON COMPLICANZE SOSTENUTE DA MATERIALE PROTESICO

F. Abbonante, L. Congiusta

Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, Catanzaro

Dal 1993 eseguiamo trattamento di grossi laparoceli mediante tecnica open secondo reeves, modificata con tecnica sutureless grazie all'utilizzo di rete in polipropilene ad altro peso specifico ideata da traucchio, che viene posizionata in sede retromuscolare senza applicazione di punti tra rete e muscoli. Questo consente di rispettare la legge di pascal che governa le forze presenti sulla parete addominale. Questa ampia esperienza ci ha consentito di diventare centro di riferimento regionale e di accogliere casi complessi provenienti da tutta la regione, di laparoceli recidivi, eventrazioni, fistole enteoprotetico cutanee, successive a utilizzo indiscriminato di materiale protesico, spesso a contatto con i visceri. La relazione si prefigge lo scopo di stimolare una discussione sull'opportunità di dettare regole sulla esecuzione di complesse procedure che possono creare danni più gravi della patologia iniziale.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

STUDIO RETROSPETTIVO SULL'UTILIZZO DI RETI AUTOFISSANTI NEL TRATTAMENTO DELL'ERNIA INGUINALE

F. Manzi, G. D'Amata, C. Buonocore, G. Florio, M. Crovaro, L. Musmeci, P. Carnì, M. Del Papa

ASL ROMA 5 Ospedale Parodi Delfino, UOC Chirurgia, Colleferro

Obiettivi: La riduzione dell'incidenza di dolore cronico e tasso di recidiva rappresentano le principali sfide nel trattamento moderno dell'ernia inguinale. Con la riduzione a livelli accettabili dei tassi di recidiva (meno del 2%), la prevenzione del dolore post-operatorio è diventata il principale argomento per la ricerca scientifica. La ricerca della mesh ottimale rappresenta ancora un problema aperto, visto che l'impianto di corpi estranei può essere associato a dolore cronico. Il presente studio si prefigge di valutare in maniera retrospettiva i risultati a breve e lungo termine nell'utilizzo di una mesh auto-aderente parzialmente riassorbibile presso il nostro Istituto.

Materiali e metodi: 204 pazienti operati presso il nostro Istituto con mesh autofissante parzialmente riassorbibile (Parietex Progrid®, Covidien) tra Gennaio del 2014 e Dicembre del 2017 sono stati inclusi nel presente studio. I pazienti, di età media 50,3 anni (SD 15,3) sono stati operati da 5 diversi Chirurghi con tecnica standardizzata. La casistica si compone di 30 donne e 174 uomini, tutti classificati ASA I-II-III ed operati in elezione. Il follow-up clinico è stato condotto ad un mese, un anno e due anni.

Risultati: L'intervento è stato eseguito in anestesia locale in 159 casi (78%) ed in anestesia loco-regionale in 45 casi (22%). Il tempo operatorio medio è stato 39 + 20 minuti. Non abbiamo osservato complicanze intraoperatorie. Al follow-up ad un mese abbiamo registrato 2 casi di sieroma ed 1 caso di infezione cutanea, tutti trattati conservativamente. 8 pazienti sono stati persi al follow-up ad un anno ed ulteriori 4 a quello a due anni. 3 pazienti sono deceduti per altre cause nel corso del follow-up. Nel controllo a 2 anni abbiamo registrato 2 casi (1%) di recidiva. Solo 3 pazienti hanno riferito discomfort post-operatorio a 2 anni, tutti e 3 con VAS =2/10.

Conclusioni: La protesi autofissante sembra essere efficace nel ridurre l'incidenza di dolore cronico post-operatorio. La protesi sembra inoltre presentare un vantaggio, dopo una breve curva di apprendimento, sui tempi operatori. Non abbiamo registrato, nel corso del presente studio, incidenza di recidiva maggiore rispetto a quella riportata in Letteratura con altri tipi di protesi. Ulteriori studi randomizzati sono necessari per una corretta definizione dei vantaggi nell'utilizzo delle mesh autofissanti.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

BIOLOGICAL MESHES IN ABDOMINAL INCISIONAL HERNIA: OUTCOME FROM A PROSPECTIVE CASE SERIES

S. Degasperi, A. Gemini, F. Zingales, R. Bardini

Università di Padova

Background: The use of biologic meshes to treat infected incisional hernias and giant wall defects is well established. Controversies exist on which biological material should be used. The use of fascia lata and pericardium is still under investigation. This prospective study was established to evaluate the effectiveness and safety of homologous allografts.

Methods: Patients undergoing incisional hernia repair with fascia lata and pericardium were analysed considering wound complications and recurrence rate. Inclusion criteria were: wide posterior fascial defect, contaminated fields and recurrent incisional hernia.

Results: From December 2010 to May 2018, 27 (13 F, 14 M) patients were treated. Median age was a 64 years (range 42-88) and mean BMI 29,01 (d.s. 6,74). 15 patients (55,5%) were ASA 3 and 12 (44,4%) ASA 2. According to VHWG classification 14 patients (51,8%) were grade 3, 6 (22,2%) grade 4 and 7 (26%) were giant wall defect and 13 (48,1%) were recurrences. We used fascia lata in 23 cases, pericardium in 2 and both in other 2 patients. The mean hernia defect was 272,3 cm² and mesh size was 493.14 ± 220.5 cm². One (3,7%) patient required a reoperation during post-operative period because of bleeding. Six patients (22,2%) developed minor wound infections that healed with outpatient treatment and 2 (7,4%) limited skin necroses that needed surgical revision. No post-operative mortality occurred. After a median follow-up of 24,4 months (range 3-48) we complained of 4 minor recurrences (16.6%) at CT scan performed at least 3 months after surgery. Patients with follow-up of less than 3 months were excluded.

Conclusion: According to our preliminary outcome, homologous allografts seem to be a safe and an effective method to repair infected or giant incisional hernia with lack of posterior components of the abdominal wall.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00
DIFETTI DI PARETE

SALA O

LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY WITH INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS AFTER LAPAROSCOPIC INTRAPERITONEAL PLACEMENT OF AN EPTFE/PP MESH (RELIMESH® HERNIAMESH®): A CASE REPORT

D. Chiari, P. Veronesi, M. Platto, W. Zuliani

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini, Castellanza (VA)

Introduction: Laparoscopic incisional hernia repair is gaining in popularity, mainly due to the associated reduction of postoperative complications. This benefit, however, may be cancelled by the intraperitoneal introduction of a foreign body. The mesh may cause problems by generating postoperative adhesions. Adhesion formation may complicate re-entry of the abdominal cavity at subsequent intra-abdominal surgeries. In certain cases a laparoscopic approach may be impossible due to severe adhesions, and conversion to open surgery might be necessary. Moreover the risk of complications, such as bowel perforations, is increased.

Composite double-layer meshes have been developed with the aim of overcoming this problem. These meshes are characterized by an anti-adherent material for the peritoneal surface. In this category we find the meshes with an ePTFE surface for the visceral contact and a surface in PP for the parietal contact.

Material and methods: We present a case of a 80 years old male submitted to laparoscopic incisional hernia repair with an intraperitoneal double-layer (ePTFE/PP) mesh (Relimesh® Herniamesh®). Eighteen months after abdominal wall repair, a right colon neoplasia was diagnosed. The patient was candidate for laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis.

Results: During laparoscopic exploration, adhesions between the mesh and the omentum (absence of visceral adhesions) were found. The lysis of these adhesions was performed. Subsequently, the laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis was performed as planned. The surgical specimen was extracted through a Pfannenstiel incision, preserving mesh integrity. The postoperative course was uneventful.

Conclusions: Laparoscopic intraperitoneal placement of a double-layer (ePTFE/PP) mesh (Relimesh® Herniamesh®) induced a low grade of adhesions and did not prevent us from performing a second-time major laparoscopic operation.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

OUTCOME A DISTANZA DOPO RIPARAZIONE DI DIFETTI PARIETALI CON TECNICA DI RIVES-STOPPA E PROTESI AUTO-FISSANTE

E. Mattone, R. Lombardo, M. Vitale, M. Teodoro, E. Schembari, G. Menconi, D. Russello

AOE Cannizzaro, Catania

Obiettivi: La debolezza della parete addominale dopo interventi di chirurgia addominale risulta essere molto frequente e spesso si correla con l'insorgenza di laparoceli. Numerose tecniche chirurgiche vengono utilizzate per la riparazione dei laparoceli con approccio open o laparoscopico. La riparazione della parete addominale inoltre prevede spesso l'utilizzo di protesi che possono essere posizionate inlay, onlay, underlay o sublay. Lo studio effettuato ha l'obiettivo di verificare i risultati della tecnica chirurgica di Rives-Stoppa con protesi auto-fissante dopo follow-up ad 1 mese, 6 mesi, ed 1 anno.

Materiali e metodi: Nel periodo compreso tra Gennaio 2017 e Marzo 2018, nella nostra Unità Operativa sono stati effettuati 17 interventi chirurgici per la riparazione dei laparoceli utilizzando la tecnica di Rives-Stoppa, con posizionamento di protesi autofissante sublay. Sono stati successivamente programmati controlli periodici dopo 1 mese, 6 mesi ed 1 anno, mediante esame obiettivo, ecografia ed eventuale esame TC, valutando l'insorgenza di complicanze quali la comparsa di infezioni, sieromi e recidive.

Risultati: Dallo studio effettuato emerge che su 17 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di riparazione del difetto della parete addominale con tecnica di Rives-Stoppa e posizionamento di protesi auto-fissante sublay, nessun paziente ha sviluppato infezioni nel periodo post-operatorio, 6 pazienti (35%) hanno sviluppato un sieroma dopo 1 mese dall'intervento chirurgico e non sono stati registrati casi di recidiva dopo 1 anno di follow-up.

Conclusioni: La riparazione del difetto della parete addominale attraverso la tecnica di Rives-Stoppa con protesi auto-fissante e approccio open si è rivelata sicura ed efficace con bassa incidenza di complicanze (sieromi, recidive) valutate dopo 6 mesi ed 1 anno.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

LO SVILUPPO DI COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA DI PARETE: INFLUENZA DELL'APPROPRIATEZZA DELLA TECNICA CHIRURGICA E DELLA SCELTA DEL MATERIALE PROTETICO

M.R. D'Anna, L.D. Bonomo, R. Moscato, F. Trombetta, M. Morino

Città della Salute e della Scienza – sede Molinette, Torino

Obiettivi: Le reti sintetiche sono oggi le più utilizzate nella riparazione dei difetti di parete. Nonostante i vantaggi legati a minor tasso di recidiva, maneggevolezza e bassi costi, si registrano complicanze gravi quali erosione delle anse intestinali con perforazione (3.5 %) od occlusione (5.4 %), infezione e rigetto del materiale (5.9 %) e conseguente reintervento (12.3 %). Quanto influisce l'appropriatezza della tecnica chirurgica e la scelta del tipo di rete?

Materiali e metodi: In quanto centro di riferimento per la Chirurgia di parete trattiamo anche casi complessi che ci vengono indirizzati da altre strutture. Tra questi abbiamo individuato 6 casi emblematici di pazienti che hanno sviluppato complicanze in seguito a plastica erniaria. I pazienti 1 e 2 sono stati sottoposti a revisione di ernioplastica inguinale per ripiegamento di rete in esiti di ernioplastica sec Trabucco. Nel caso del paziente 3 si tratta di un'ernia ombelicale plurirecidiva. I pazienti 4 e 5 hanno sviluppato complicanze infiammatorie (ascesso, fistola, raccolte di parete) in esiti di plastica di laparocoele sec. Rives. Il paziente 6, in esiti di ernioplastica inguinale bilaterale laparoscopica, ha sviluppato una fistola entero-cutanea che metteva in comunicazione l'appendice con la cute. In tutti i casi sono state usate delle protesi sintetiche: nei pazienti 1, 2, 4 e 5 delle mesh in polipropilene leggere macroporose; nel paziente 3 è stato utilizzato un patch rotondo con strato antiaderente in PTFE.

Risultati: Il trattamento ha previsto rimozione della porzione di rete ripiegata con sezione del nervo ileo-inguinale (paziente 1), rimozione di rete e plastica sec Shouldice (paziente 2). L'ernia ombelicale recidiva è stata trattata con asportazione della rete precedente seguita da plastica sec. Rives con rete a maglia larga e colla di fibrina. Nei due casi di ascessualizzazione si è proceduto con toeletta chirurgica e asportazione parziale della rete. Il paziente 6 è stato sottoposto ad intervento di appendicectomia, per dislocazione del fondo appendicolare nell'orifizio inguinale interno destro ed exeresi di fistola entero-cutanea e tassello di rete da cui originava il tramite fistoloso. E' stata quindi utilizzata VAC-therapy. Nel follow up a 1-3-6 mesi non si sono osservate recidive.

Conclusioni: I casi esempio riportati indicano come sia preferibile la gestione di pazienti complessi con difetti della parete addominale presso centri di riferimento. La correttezza della tecnica chirurgica appare elemento fondamentale per il buon esito dell'intervento, che talvolta risulta inficiato da uno scorretto posizionamento/fissaggio della protesi piuttosto che dal tipo di materiale utilizzato.

Bibliografia

- 1 Geoffrey E. et al. Long-term Complications Associated With Prosthetic Repair of Incisional Hernias Arch Surg
- 2 David R. et al. Koepsell Have Outcomes of Incisional Hernia Repair Improved With Time? A Population-Based Analysis Ann Surg

LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

DIFETTI DI PARETE

SALA O

RIDUZIONE DEL DOLORE E DEL DISCONFORT NELL'ERNIOPLASTICA INGUINALE ANTERIORE CON UTILIZZO DI MESH PARZIALMENTE RIASSORBIBILE

A. Guadalaxara¹, L. Rampinelli¹, D. Ubezio¹, A. Felici¹, G. Santagati¹, P. Mariani², L. Novellino²

¹ ASST-Bergamo est, Lovere

² ASST-Bergamo est, Seriate

Abbandonato l'interesse per le recidive, l'attenzione dei chirurghi, dediti alla chirurgia di parete, si è spostata sul problema del dolore e del discomfort. L'incidenza del dolore cronico dopo ernioplastica inguinotomica varia dal 0.7 al 29%, ed è severo nel 6%. La sintomatologia è spesso disabilitante, difficile da curare e con non infrequenti risvolti medico legali. Nel 2008, oltre all'uso delle mesh in polipropilene, abbiamo iniziato ad utilizzare, nelle ernioplastiche inguinali anteriori, protesi macroporose, leggere e parzialmente riassorbibili. Gli apparenti buoni risultati, riscontrati nei pazienti trattati con tali protesi, ci hanno stimolato a confrontarli con quelli rilevati dopo l'uso delle mesh in polipropilene. Scopo del lavoro è quello di confrontare i risultati ottenuti utilizzando le due mesh, in due gruppi di pazienti sottoposti ad ernioplastica inguinale anteriore. Abbiamo selezionato 641 pazienti maschi di età compresa tra 23 e 84 anni (età media 61 anni) operati dal gennaio 2008 al dicembre 2015 per avere un follow-up di almeno due anni. Abbiamo escluso pazienti di sesso femminile, ernie recidive e bilaterali ed i interventi d'urgenza. Nei nostri interventi non abbiamo mai utilizzato il plug. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: gr. A (258 paz) trattati con protesi semiriassorbibili; gr. B (383 paz) operati con mesh in polipropilene. Come criteri di valutazione abbiamo considerato il dolore definito come bruciore, più o meno intermittente inguino-scrotale e alla radice della coscia, generalmente aggravato dalla deambulazione; il discomfort come sensazione di corpo estraneo inguinale. Il dolore è stato misurato utilizzando la VAS scale, considerando significativo un valore maggiore/uguale a 4. Tutti i pazienti sono stati controllati in 1°, 7°, 30° giornata postoperatoria (gpo), a sei mesi e dopo ogni anno dall'intervento. Per il discomfort le valutazioni cliniche sono state fatte iniziare non prima della 30° gpo. Dolore significativo nel gr. A è stato riscontrato in 18 paz (7%) in 1°, in 13 (5%) in 7°, 6 (2%) in 30° ed in un solo paziente (0.4%) dopo sei mesi; in nessun caso è stato riscontrato dolore ad un anno dall'intervento. Nel gr. B è stato documentato in 44 pazienti (11.5%) in 1°, 34 (9%) in 7°, 19 (5%) in 30°, in 10 (2.6%) dopo sei mesi ed in 5 (1.3%) ad un anno dall'intervento. Il discomfort in 30° gpo, a sei mesi e ad un anno dall'intervento è stato in 24 paz (9.5%), in 11 (4.2%) ed in 5 (1.8%) nel gr. A; in 71 paz (18.6%), 56 (14.7%) e 36 (9.5%) nel gr. B. I risultati dimostrano una riduzione del dolore postoperatorio nei pazienti trattati con protesi semiriassorbibili principalmente nei primi 30 giorni dall'intervento. Ma, ancora più incoraggiante, è la ridotta la sensazione di corpo estraneo in questi pazienti, con conseguente miglioramento delle normali attività quotidiane. Occorrono tuttavia ulteriori studi prospettici e con numerose casistiche per confermare i nostri risultati.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

RIPARAZIONE DI LAPAROCELE PARASTOMALE MEDIANTE UTILIZZO DI RETE SINTETICA BIO-LIKE

A. Rizzi, L. Broggi, F. Galli, C. Valli, S. Vellini, M. Lavazza

Unità Complessa Chirurgia Generale Tradate ASST-Settelaghi, Varese

Introduzione: L'incidenza di laparocele parastomale dopo intervento resettivo sec. Miles, ha un'incidenza che raggiunge il 32%. Se il paziente è obeso o ha avuto pregresse infezioni parastomali l'incidenza può raddoppiare. Se l'uso di reti non riassorbibili, nella riparazione delle ernie e dei laparoceli è il gold standard, nelle ferite infette o nei siti potenzialmente tali, come le colostomie, c'è riluttanza nell'utilizzare materiale protesico standard non riassorbibile.

In questa case report descriviamo la riparazione di laparocele parastomale con rimpianto di stomia in terreno potenzialmente settico, mediante l'utilizzo di una rete sintetica biocompatibile.

Case report: Paziente di 62 anni di sesso femminile, operata per cancro del retto nel 2016. Eseguita resezione sec. Miles con confezionamento di colostomia terminale in fianco sinistro (T1 N0).

Nel 2017 comparsa di laparocele parastomale ingravescente che condizionava il normale funzionamento della stomia. Alla TC preoperatoria era possibile vedere un voluminoso sacco erniario a 360° che circondava completamente l'ansa abboccata alla cute, con erniazione di numerose anse del piccolo intestino e gran parte dell'omento.

Intervento chirurgico: La paziente è stata sottoposta, in anestesia generale, ad intervento chirurgico di distacco completo della stomia dal piano cutaneo, apertura del sacco erniario, chelectomia. Individuazione delle fasce dell'obliquo esterno e del retto di sinistra, separazione della fascia superficiale dai muscoli larghi sottostanti, posizionamento di rete biocompatibile sagomata con foro centrale per il passaggio della stomia. Chiusura delle fasce in materiale riassorbibile, fissaggio della stomia alla fascia dell'obliquo esterno e successivo fissaggio muco cutaneo.

Il decorso postoperatorio si è svolto senza complicanze e la paziente è stata dimessa in 6° gpo in buone condizioni generali con la stomia perfettamente funzionante.

Rete protesica: Per questo intervento abbiamo utilizzato una rete costituita da polimeri sintetici biocompatibili che vengono gradualmente riassorbiti (BIO-A. GORE). La struttura è una matrice tridimensionale con pori ad elevata interconnessione, simile alle fibre del collagene. L'insieme delle caratteristiche della rete e la matrice tridimensionale consente all'organismo di sostituire totalmente la bio-like con tessuto nativo ed eliminare per idrolisi ogni traccia del dispositivo.

Conclusioni: L'utilizzo di rete sintetica biocompatibile permette un rinforzo retromuscolare preperitoneale anche su terreni potenzialmente settici come le stomie. È facilmente utilizzabile e facilmente sagomabile. Ha la capacità di poter essere messa in vicinanza di anse intestinali senza il rischio di migrazione o erosione.

È un presidio utile in quei casi dove non si ritiene indicato ed opportuno l'utilizzo di reti non riassorbibili.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

ESPERIENZA MULTICENTRICA NELL'UTILIZZO DI 227 PROTESI BIOLOGICHE PER LA RIPARAZIONE CHIRURGICA DI DIFETTI DELLA PARETE ADDOMINALE

N. Baldan¹, A. Di Leo², E. Lauro³, R. Ferrara⁴, V. Fiscon⁵, A. Brolese⁶, G. De Manzoni², G. Baldazzi⁷, D. Snidero⁸, S. Merigliano¹, F. Ricci³, E. Laterza⁹, R. Merenda¹⁰, R. Giancesini¹¹, E. Morpurgo¹², D. Briscolini¹, S. Pianigiani¹, G. Munegato¹³

¹ Università di Padova

² Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

³ Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto (TN)

⁴ Ospedale di Bolzano,

⁵ Ospedale di Cittadella (PD)

⁶ Chirurgia 2, Azienda Provinciale per i Servizi sanitari, Ospedale Santa Chiara, Trento,

⁷ ASST Nord Milano Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni (MI)

⁸ Ospedale di San Daniele Del Friuli (UD),

⁹ Ospedale di Legnago (VR)

¹⁰ Ospedale SS. Giovanni e Paolo, Venezia

¹¹ Ospedale di Valdagno (VI)

¹² Ospedale di Camposampiero (PD)

¹³ Ospedale San Camillo, Treviso

Obiettivi: I vantaggi dell'utilizzo delle protesi biologiche (PB) nella riparazione dei difetti della parete addominale non sono ancora completamente chiari. In considerazione del loro alto costo, l'indicazione all'utilizzo delle PB dovrebbe essere chiarita al fine di riservare questi presidi a casi propriamente selezionati.

Materiali e metodi: Tredici Unità Operative Chirurgiche hanno condiviso retrospettivamente i loro risultati, raccolti in apposito database, relativi a pazienti sottoposti a riparazione di difetti della parete addominale con PB da gennaio 2010 a marzo 2016. Per ogni paziente è stata registrata la presenza di eventuali fattori di rischio, la comparsa di complicanze postoperatorie nel sito chirurgico (SSC) ed il riscontro di recidiva a distanza.

Risultati: Sono stati inclusi nello studio 227 pazienti (118 maschi, età media: 64 anni, 59 con BMI > 30). I pazienti sono stati suddivisi secondo i 4 gradi di rischio per l'insorgenza di complicanze del sito chirurgico proposti dal Ventral Hernia Working Group (VHWG) nel 2010: Grado 1 (12 casi), Grado 2 (68 casi), Grado 3 (112 casi), e Grado 4 (35 casi). Il follow up mediano è stato di 16 mesi (range 12-60). L'incidenza di SSC è stata maggiore nei pazienti con uno o più fattori di rischio rispetto a quelli senza fattori di rischio (33.6% vs 19%) anche se in modo non significativo ($P = 0.68$). Tra i pazienti con grado di rischio 2, 3 e 4, l'incidenza di SSC è risultata simile. I fattori di rischio che sono risultati associati significativamente alla comparsa di una o più SSC nel periodo postoperatorio sono stati il diabete, la coronaropatia, l'immunosoppressione e l'obesità. L'incidenza della recidiva erniaria è risultata maggiore nei pazienti che avevano presentato una SSC, in particolare l'infezione (38.9%) e la necrosi cutanea (44.4%). Inoltre, la recidiva ha presentato una incidenza maggiore nei pazienti in cui la protesi biologica era stata posizionata a ponte, senza chiusura del difetto di parete.

Conclusioni: In considerazione del loro elevato costo, le PB non dovrebbero essere utilizzate nei pazienti con grado di rischio 1. I vantaggi maggiori sembrerebbero evidenziarsi nei pazienti con grado di rischio per SSC 2 e 3. Nei campi infetti (grado di rischio 4), le PB dovrebbero venire utilizzate solamente in mancanza di altri presidi (addome aperto, VAC). Sono necessari studi prospettici al fine di chiarire le potenzialità e i vantaggi delle PB.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

DIFETTI DI PARETE

SALA O

METODI COMPUTAZIONALI PER LO STUDIO DELLA RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DELLA PARETE ADDOMINALE

P.G. Pavan, N. Baldan, S. Todros, N. De Cesare, A.N. Natali, S. Merigliano

Università di Padova

Obiettivi: Diversi fattori giocano un ruolo cruciale nella riparazione laparoscopica della parete addominale. In particolare, le proprietà meccaniche delle reti protesiche influenzano l'interazione con i tessuti circostanti e la conseguente compatibilità meccanica. La riparazione dell'ernia può comportare, in molti pazienti, dolore o fastidio in fase post-operatoria e irrigidimento dell'addome. Questo studio si pone l'obiettivo di analizzare il comportamento meccanico della parete addominale, mediante un approccio computazionale, per valutare l'interazione tra tessuti addominali e protesi a seguito di riparazione laparoscopica.

Materiali e metodi: Un modello solido virtuale di parete addominale è stato sviluppato a partire da immagini tomografiche di un soggetto maschile. Il comportamento meccanico dei tessuti muscolari e fasciali è stato definito da specifiche formulazioni costitutive, sulla base di dati sperimentali da prove meccaniche su tessuti umani. Tali formulazioni sono in grado di interpretare la risposta passiva dei tessuti e di simulare la contrazione delle diverse strutture muscolari addominali. Per valutare il comportamento meccanico della parete in condizioni fisiologiche, in presenza di un'ernia e in seguito a riparazione con una rete chirurgica, sono state effettuate analisi numeriche variando la pressione intra-addominale e il livello di contrazione dei muscoli.

Risultati: Il modello numerico sviluppato è stato validato confrontando la deformazione in condizione passiva con dati sperimentali dell'addome rilassato a diversi livelli di insufflazione pre-laparoscopica. Inoltre, è stato effettuato un confronto tra la deformata della superficie del modello durante contrazione addominale e dati acquisiti con scanner laser su diversi soggetti. Le analisi numeriche effettuate al variare della pressione intra-addominale e dell'attivazione muscolare mostrano un incremento di rigidezza della parete riparata con reti chirurgiche rispetto alle condizioni dell'addome sano.

Conclusioni: I metodi computazionali permettono di valutare il comportamento meccanico della parete addominale e di simulare la riparazione chirurgica laparoscopica. Questo approccio può essere sfruttato per sviluppare modelli paziente-specifici che permettano una valutazione pre-chirurgica, anche attraverso la variazione di diversi fattori, quali il tipo di protesi, la tipologia e il numero di dispositivi di fissaggio, le condizioni del paziente e dell'ernia. Lo studio potrà fornire un supporto al chirurgo per migliorare la tecnica laparoscopica e la scelta della protesi.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

DIFETTI DI PARETE

SALA O

INSORGENZA DI TUMORE DESMOIDE DELLA PARETE ADDOMINALE 10 ANNI DOPO PLASTICA LAPAROSCOPICA DI LAPAROCELE: CASE REPORT

A. Caltagirone, M. Giaccone, S. Sandrucci

Città della Salute e della Scienza, Molinette, Torino

Introduzione: La plastica di laparocele con tecnica laparoscopica è una procedura oggi ampiamente accettata ma in letteratura sono scarsi i dati sulle possibili reazioni fibrotiche o formazione di desmoidi in seguito al posizionamento di protesi intraperitoneali. I tumori desmoidi rappresentano meno del 3% delle neoplasie dei tessuti molli. I tumori desmoidi vengono suddivisi in intra ed extra-addominali (di parete e delle estremità). Tali lesioni presentano una tendenza all'infiltrazione e alla recidiva locale in assenza di metastatizzazione a distanza.

Materiali e metodi: Presentiamo il caso di un paziente maschio di 57 anni sottoposto 10 anni fa a plastica laparoscopica di laparocele mediano in esiti di sigmoidectomia per diverticolite. Durante tale intervento veniva posizionata una protesi composita dual mesh intraperitoneale fissata con colla sintetica biodegradabile. A distanza di 10 anni il paziente presentava algie addominali e crisi subocclusive pertanto, in seguito a TC addome completo che rilevava la presenza di tumefazione non dissociabile dalla parete addominale anteriore, si sottoponeva il paziente ad intervento chirurgico di laparotomia esplorativa in regime di urgenza.

Risultati: All'esplorazione, in regione epi-mesogastrica, voluminosa lesione di aspetto fibroso indissociabile dalla parete addominale anteriore. Si eseguiva biopsia per esame istologico estemporaneo che evidenziava la presenza di cellule fuse senza atipie citocariologiche, compatibile con l'ipotesi clinica di tumore desmoide. Si procedeva pertanto all'exeresi en-bloc della lesione e di un tratto ileale indissociabile dalla stessa e, all'apertura del pezzo operatorio, si riscontrava protesi integra di precedente plastica di laparocele inglobata all'interno della neoformazione. L'esame istologico definitivo confermava l'ipotesi di tumore desmoide.

In seguito a deiscenza di ferita il paziente è stato trattato con medicazione a pressione negativa e, a distanza di 2 mesi, è stato sottoposto ad innesto cutaneo autologo a completamento della riparazione del difetto di parete.

Conclusioni: In letteratura non sono presenti linee guida standardizzate sulla gestione dei tumori desmoidi a causa della loro scarsa incidenza e della loro presentazione variabile. Non esiste, inoltre, una chiara distinzione tra lesioni primitive e secondarie all'impianto di materiale protesico. Il trattamento di scelta nel caso di desmoidi della parete addominale asintomatici è l'osservazione data l'alta incidenza di recidive locali dopo chirurgia, mentre nei casi sintomatici l'exeresi radicale rappresenta l'unica opzione terapeutica che in alcuni casi può essere particolarmente complessa richiedendo l'esecuzione di innesti o impianti per la riparazione completa del difetto.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN APPENDECTOMY FOR TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS AFTER 11-YEARS EXPERIENCE IN A DISTRICT HOSPITAL: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY ASSESSING OUTCOMES AND COST-EFFECTIVENESS

S. Ragazzi, A. Buttafuoco, M. Carnazza

Ospedale Guzzardi, Vittoria

Background: Appendectomy is the most common surgical procedure performed in emergency surgery. Because of lack of consensus about the most appropriate technique, appendectomy is still being performed either open (OA) and laparoscopically (LA). In this retrospective analysis, we aimed to compare the laparoscopic approach and the conventional technique from the point of view of outcomes and cost effectiveness of laparoscopic and appendectomy in our district center.

Methods: Retrospectively collected data from 425 consecutive patients with acute appendicitis admitted from December 2006 to December 2017. These comprised 136 patients who underwent conventional appendectomy (OA), 266 patients treated laparoscopically (LA), 12 patients with converted appendectomy (CA) and 11 patients with diagnostic laparoscopy (DL). The four groups were compared for operative time, length of hospital stay, postoperative pain, complication rate, return to normal activity and cost.

Results: Laparoscopic appendectomy was associated with a shorter hospital stay (1.7 ± 1.9 days in LA and 3.4 ± 1.9 days in OA), with a less need for analgesia and with a faster return to daily activities (7.5 ± 3.0 days in LA and 12.1 ± 3.3 in OA). Operative time was significantly shorter in the laparoscopic group (68.7 min in OA and 56.9 min in LA). Total number of complications was less in the LA group with a significantly lower incidence of wound infection (1.0 % vs 13.5 %, $P < 0.001$). The total cost of treatment was higher by 150 € in the laparoscopic group (?).

Conclusion: The laparoscopic approach is a safe and efficient operative procedure in appendectomy for acute appendicitis and it provides clinically beneficial advantages over open method (including shorter hospital stay, decreased need for postoperative analgesia, early food intake, earlier return to work, lower rate of wound infection) against only marginally higher hospital costs(?). Therefore, laparoscopic approach, for our experience, can be recommended as preferred approach in acute appendicitis.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

L'ESPERIENZA DI UN OSPEDALE NON HUB, NELL'IMPIEGO DELL'OPEN ABDOMEN: DALLA BOGOTÀ-BAG, ALLA VAC CON DRAPE ANASTOMOTIC PROTECTION. NOSTRA ESPERIENZA SU 56 PAZIENTI

G. Festa, P. Falcicchio, M. Lauriero, F. Petrafesa, F. Tartaro, M. Terranova, F. Angelastri

Ospedale F. Perinei, ASL Bari, Altamura

Obiettivi: L'impiego dell'open abdomen, nella gestione di ammalati complessi, ormai è utilizzata anche in ospedali non Hub come il nostro, sia per ridurre l'ipertensione intraaddominale e/o evitare la sindrome compartimentale traumatica e non, sia per cercare di ridurre la gravità della sepsi nelle peritoniti.

Metodi: Dal 2009 al Maggio 2018, abbiamo utilizzato un open abdomen in 56 pazienti (range 25-88 anni). La tipologia è stata: Bogotà-Bag modificata, Mattox, Barker Vacuum Pack, Hinge Laparostomy e Vac Therapy; quest'ultima applicata anche in presenza di 7 anastomosi intestinali, mediante tecnica personale. I casi trattati sono stati peritonite, trauma, PANE, infarto intestinale, perforazioni gastrointestinali, sepsi e rottura di ematoma retroperitoneale. Complicanze totali 21 % ossia 3 fistole enteroatmosferiche, 2 emorragie addominali, 3 deiscenze di ileorafia ed 1 necrosi cutanea post Ramirez. Mortalità del 25% (14 pz). 12 pz (28,5 %) hanno avuto una chiusura con protesi (3 biologica su Componente Separation Anteriore sec. Ramirez e 9 protesi dual mesh). In 27 pz è stata possibile la chiusura diretta di cui 3 pz con aggiunta di fasciotomia.

Discussione: La nostra esperienza è allineata alla letteratura, sia come mortalità che morbilità. Inoltre abbiamo riscontrato notevole vantaggio, nella sepsi severa, utilizzando il Mannheim Peritonitis Index (MPI), come score system della gravità della peritonite, arruolando tutti i pz che presentavano un $MPI > 25$ (Range 25-37 ed indice medio 28.01). Infatti tale cut-off in letteratura ha una mortalità attesa del 70% mentre la nostra è stata del 25 % (8 pz). Infine abbiamo impiegato la Vac Therapy in 7 casi di anastomosi intestinale, mediante una tecnica da noi messa appunto è definita Drape Anastomotic Protection. Ossia di isolamento dell'anastomosi dalla NWPT, mediante protezione della stessa con un Drape, fatto con il materiale della sacca porta organi. In tutti questi casi non vi è stato alcun leakage o deiscenza dell'anastomosi.

Conclusioni: Sicuramente l'impiego di un open abdomen è una tecnica che deve far parte dell'expertise del chirurgo. La nostra esperienza su 56 pz. trattati è stata buona, in quanto abbiamo standardizzato l'indicazione nelle peritoniti utilizzando, l'MPI come indice di gravità, riducendo la mortalità del 45% e questo grazie all'estensione dell'indicazione. Inoltre, anche se solo su 7 casi, la nostra tecnica di open abdomen in Vac con Drape protection, ha dimostrato la possibilità di applicazione della NWPT, anche in presenza di anastomosi a diretto contatto con il Visceral Protection, non avendo avuto complicanze specifiche anastomotiche; anche se i numeri sono sicuramente da incrementare.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

ADDOME APERTO LA NOSTRA ESPERIENZA

S. Condurro, A. Bosco, A. Trunfio, G. Barberio, S. Campagna, D. Guarino, E. De Barberis-Mainini, S. Cornaglia, E. Ponte, S. Mochet, P. Millo

AUSL Valle d'Aosta, Aosta

Obiettivi: Il termine 'addome aperto' si riferisce ad una procedura chirurgica in cui il contenuto addominale viene lasciato deliberatamente esposto sotto una copertura temporanea per un tempo variabile. Dal 1970 questo metodo è stato utilizzato sempre più per il trattamento di gravi infezioni intra-addominali. A partire dagli anni '80 il concetto è stato applicato anche nella chirurgia del trauma.

Materiali e metodi: All'inizio della nostra esperienza il trattamento tramite la laparostomia è stato utilizzato come tecnica di damage control nei traumi maggiori. Successivamente l'uso è stato esteso per il trattamento delle complicanze settiche ed anche per prevenire l'ipertensione addominale e la sindrome compartimentale. Tra il 2002 ed il 2018 abbiamo trattato 154 pazienti con questa tecnica. In 25 casi l'eziologia è stata traumatica, nei restanti casi la patologia addominale era infiammatoria. Negli ultimi anni abbiamo anche iniziato ad utilizzare tale tecnica per il trattamento di complicazioni chirurgiche (ad esempio fistole anastomotiche). All'inizio dell'esperienza abbiamo eseguito 4 drenaggi della cavità addominale secondo Mikulicz, 5 laparostomie con Plant Network, 18 Bogotà Bag. Tali tecniche sono state abbandonate in favore della tecnica a pressione negativa. Abbiamo iniziato con il vacuum pack sec Barker (36 casi), seguito dai sistemi VAC (Vacuum Assisted Closure) e AB Thera KCI® (32 pazienti) e negli ultimi anni abbiamo utilizzato il CNP Suprasorb® di Lohmann & Raucher (59 pazienti).

Discussione: Questa scelta terapeutica viene effettuata in caso di edema intestinale massivo, rischio o trattamento della sindrome compartimentale, presenza della 'triade letale' (ipotermia, acidosi e coagulopatia) ed in presenza di peritonite massiva; è una buona opzione in caso di chirurgia per il controllo dei danni quando è necessario essere rapidi per stabilizzare in terapia intensiva. Un'altra necessità è l'esigenza di un second look della cavità addominale. In queste condizioni l'approccio con pressione negativa garantisce la rimozione del materiale infetto, riduce la pressione intra-addominale, rimuove e quantifica il liquido peritoneale, favorisce la guarigione e protegge la ferita chirurgica.

Conclusioni: L'addome aperto è una buona opzione sia nel damage control che in selezionati casi di peritonite. Si tratta di uno strumento efficace che va utilizzato quando necessario, coscienti delle possibili complicanze. Risulta fondamentale lavorare a stretto contatto e cooperare con il team di terapia intensiva.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

CASE REPORT. POST-SURGICAL ABDOMINAL DAMAGE: MANAGEMENT AND TREATMENT WITH VACUUM THERAPY AND BIOLOGICAL MESH

A. Giuliani, L. Romano, E. Papale, I. Puccica, M. Di Furia, A. Salvatorelli, G. Cianca, M. Schietroma, G. Amicucci

Università degli Studi de L'Aquila

Objectives: The "open abdomen" is a life-saving strategy in situations in which is ongoing the development an intra-abdominal hypertension condition (IAH), in order to prevent the development of abdominal compartmental syndrome. The aim of this paper is to describe a clinical case in association with a literature review concerning the use of vacuum therapy, biological mesh and skin graft, to treat open abdomen in a morbid obese patient with post-surgical abdominal damage.

Materials and methods: We report a case of a 52-year-old man obese patient who presented in a state of septic shock, eventratio, respiratory failure, acute renal failure and necrosis of the abdominal wall, following bariatric surgery. We decided to manage the reconstruction of abdominal wall with Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) on a biological porcine mesh, in order to reduce wound dimensions over the implant and to prepare wound bed for a skin graft which was subsequently used to definitely close wound dehiscence.

Results: The biological mesh behaved like a scaffold for granulation tissue. The combination with NPWT stimulated an anti-infectious and neoangiogenesis-promoting environment, allowing a final closure with a split-thickness skin graft.

Conclusion: In case of large wound dehiscence, Negative Pressure Wound Therapy could be a therapeutic option, which has become standard of care in most centers. The combination with biological mesh seems to be a valid approach, allowing to postpone to a second operation the abdominal closure and avoid abdominal compartmental syndrome. The procedures seemed to combine perfectly together.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

HEPATIC TRAUMA: CASE REPORT OF A V GRADE TRAUMA SECONDARY TO ROAD ACCIDENT

A. Gagliano¹, D. Soriero², E. Ortolano¹, R. Faccincani¹, D. Baccilieri¹, M. Carlucci¹

¹ IRCCS San Raffaele, Milano

² Università degli Studi di Genova

Introduction: Traumatic hepatic lesions are classified according to severity by The American Association for the Surgery of Trauma-Organ Injury Scale (AAST-OIS).(2). Hepatic veins and vena cava injury are classified as V grade, second only to Hepatic avulsion. These occur rarely but represent a dramatic event for the severe bleeding they cause. Mortality ranges from 52% to 100% for closed traumas and from 66% to 87% for penetrating traumas.(3) In this patient the priority is to stop bleeding, that represent the most frequent cause of death.(3) The most important prognostic factors are the severity of hemorrhagic shock, the anatomical level of cava lesion, and the associated vascular lesion. When cava injury occurs, it's localized in the 75% in the lower hepatic cava and in the 25% in sovra-juxta-hepatic cava.(4)

Mortality ranges from 100% for lesions of the suprahepatic vena cava, to 78% juxtahepatic and 33% under hepatic.(5)

Case report: We present a case of a 48 male patient road high energy accident, The patient was conscious and had tried a running escape from policeman. At the entrance at the emergency department the patients presents: normal vital signs, GCS 15/15, HGB 14.3 gr/dl. The Fast-US was positive for free fluid and the CT scan evidence a lesion of IVC and Suprahepatic vein lesion. Vital signs remain at normal level and the patients starts blood transfusion and was transferred in operative theatre for the intervention. Sternotomy and median laparotomy was performed. IVC was completely detached. The intraoperative decision was to support the Hemodynamic with Pringle's Manoeuvre, and with ECC veno-atrial(femoral vein and cardiac auricle). The IVC was reconstructed with 24 mm dacron graft (Hemashield), reconstruction of diaphragm and mediastinal and abdominal packing. Was decided for a negative pressure closure laparostomy (AB-Thera). The second-look was performed 48 H later and the patients was depacking, in absence of critically sternotomy and laparotomy were closed in presence of chest, mediastinum and abdominal drainages.

The patient was transferred in Intensive care unit and the post-operative course was featured of progressive reduction of Hemodynamic support, and slow recovery. Fever treated with antibiotics therapy with no evidence of graft vs host disease or graft infection.

The patient was discharged in Emergency surgery and discharged from hospital in 40 days PO with anticoagulant therapy and completely autonomy recovery of vital function.

Conclusion: The timing of patient's tacking care from ATLS Trauma Team, multidisciplinary skill's involvement at time, rapidly access to services and operative theatre with complete resources could be the key of success in this type of patients. It is therefore necessary that already the medical scene's resources give a feedback and addresses the patients in the hub trauma centre to give a chance of treatment and in few case the chance to survive.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

L'ADDOME APERTO NEI PAZIENTI CON ISCHEMIA MESENTERICA ACUTA

G. Ricci¹, G.M. Attinà¹, C. Di Cosimo¹, J.R. Casella Mariuolo², G.V. Cunsolo², P. Fransvea², A. Impagnatiello², R. Mancuso², G. Liotta¹, A. Serao³, P. Marini¹

¹ AO San Camillo-Forlaniini, Roma

² Sapienza Università di Roma

³ Ospedale di Albano Laziale - ASL RM/6, Albano Laziale (RM)

Obiettivi: L'ischemia mesenterica acuta (AMI) è una patologia caratterizzata da una morbilità e mortalità molto elevate da un lato a causa delle difficoltà diagnostiche che possono portare ad un trattamento ritardato di questa patologia e dall'altro a causa delle molteplici co-morbidità che comunemente presentano i pazienti con ischemia mesenterica. Negli ultimi anni l'uso delle tecniche di addome aperto (OA) si sono estese a questa patologia: scopo del nostro studio è verificare la sua utilità e il suo impatto sulla morbilità e mortalità dei pazienti trattati.

Materiali e metodi: La ricerca è stata condotta mediante revisione di un database aggiornato prospetticamente dei pazienti operati in regime d'urgenza presso la nostra UOC: tra il 2012 e il 2016 sono stati eseguiti 4.588 interventi laparotomici. Sono stati selezionati i pazienti con ischemia mesenterica acuta e dopo esclusione dei pazienti con ischemia mesenterica non occlusiva (NOMI) e dei pazienti con necrosi intestinale massiva nei quali è stata eseguita una semplice laparotomia esplorativa, è stata selezionata una popolazione di 98 pazienti consecutivi trattati per AMI: 51 femmine e 47 maschi con età media di 73 anni (range 43-90). Per il confronto tra medie è stato usato il test t di Student ad una coda, mentre per l'analisi delle frequenze è stato utilizzato il test del Chi-quadro, considerando significativi valori di $p < 0,01$.

Risultati: 50 pazienti sono stati sottoposti ad intervento con chiusura primaria della fascia ed eventuale re-laparotomia "on demand" (gruppo non-OA), mentre 48 pazienti sono stati sottoposti a procedura "open abdomen" (gruppo OA) con intervento di "second look" pianificato, in questo sottogruppo di pazienti la fascia è stata chiusa entro un tempo mediano di 2,7 giorni (range 2-7).

I due gruppi sono risultati equivalenti per quanto concerne le caratteristiche clinico-patologiche (Età, Sesso, Co-morbidità, ASA score). Nel gruppo OA gli interventi di "second look" pianificato hanno riscontrato reperti positivi nel 45,8%. La necessità di re-laparotomia non programmata è stata del 38% nel gruppo OA e dell'8,3% nel gruppo non-OA ($p < 0,01$). Il tasso di mortalità totale a 30 giorni è stato del 41,8%: nel gruppo OA è stata registrata una mortalità (29,1% versus 54%, $p < 0,01$) e una morbilità a 30 giorni (41,6% versus 66%, $p < 0,01$) statisticamente inferiori rispetto al gruppo non-OA, dato ancor più significativo per quanto riguarda le complicanze più severe (Clavien-Dindo 3 o 4).

Conclusioni: Il nostro studio ha il limite di essere retrospettivo, tuttavia la significatività dei risultati mostra come l'uso dell'addome aperto sia efficace nel migliorare la prognosi nei pazienti con AMI evitando lo sviluppo di ipertensione intra-addominale e consentendo un miglior controllo della sepsi e shock nei primi giorni postoperatori, unitamente alla possibilità di prevenire complicanze severe re-ispezionando la vitalità dell'intestino a 24-48 ore dalla prima procedura.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

RUOLO DELL'OPEN ABDOMEN NEL MANAGEMENT DELLA DIVERTICOLITE ACUTA COMPLICATA: NOSTRA ESPERIENZA

A. Travaglino, G.M. Buonanno

AORN G. Rummo, Benevento

Obiettivi: Il 25% dei pazienti affetti da malattia diverticolare va incontro a uno o più episodi di diverticolite acuta, il quadro clinico può complicarsi con una peritonite localizzata o diffusa, un ascesso pericolic o a distanza, configurando il quadro di diverticolite acuta complicata (ACD). Attualmente la classificazione di Hinchey divide i pazienti in 4 categorie e 2 sottocategorie. Numerosi studi hanno confermato l'impatto di questa classificazione per determinare il migliore approccio terapeutico, in alcuni casi multidisciplinare.

Le classi Hinchey III e IV necessitano di una procedura chirurgica in urgenza con un approccio storicamente dibattuto (resezione anastomosi, Hartmann, lavaggio peritoneale), obiettivo di tale studio è valutare dell'efficacia dell'open abdomen nella gestione della peritonite secondaria a ACD.

Materiali e metodi: Considerata la grave instabilità emodinamica che può caratterizzare i pazienti, la procedura può essere limitata alla resezione intestinale con lavaggio della cavità. L'intervento si conclude con una laparostomia utilizzando un dispositivo per la temporary abdomen closure a pressione negativa, riservandosi l'opportunità di un second look a 36-48 ore. Negli ultimi 18 mesi sono stati trattati con il dispositivo ABThera™ n°8 pazienti con quadro di ACD (Hinchey III IV), è stata eseguita resezione intestinale e lavaggio; a fine intervento è stato posizionato il dispositivo AbThera. Con una innovativa modifica al device, è stata attuata una instillazione endoaddominale ad intervalli regolari di 500 mL di sol fisiologica ogni 2 ore con un tempo di permanenza in addome di 5 minuti, la pressione negativa è iniziata da - 50mmHg per essere incrementata fino a -175mmHg.

Risultati: La progressiva 'detersione' endoaddominale, la riduzione dell'edema intestinale, il controllo della sepsi con un miglioramento delle funzioni vitali hanno reso possibile, dopo un tempo medio di 36-48h, il confezionamento dell'anastomosi e la chiusura dell'addome in tutti i pazienti così gestiti. In nessun caso si è verificata una fistola anastomotica.

Conclusioni: La continua rimozione dei fluidi peritoneali ricco di citokine proinfiammatorie (IL-6 IL8-Tnf Alfa) ottenibile quando si usa un device a pressione negativa, consente un miglior controllo locale ma anche sistemico, aumenta l'output cardiaco, renale migliora la funzione respiratoria. Inoltre, il lavaggio intermittente della cavità, si raggiunge un migliore controllo della peritonite, consentendo, al second look di poter confezionare una anastomosi e chiudere l'addome, riducendo il rischio di leak dell'anastomosi. L'instillazione intraddominale riduce l'incidenza della EAF creando un ambiente più umido riducendo le aderenze visceroviscerali e visceroparietali agevolando le manovre di dissociazione delle anse durante la riesplorazione.

Bibliografia

World J Emerg Surg. 2017. The role of open abdomen in non-trauma patient: WSES Consensus Paper. Coccolini F1, et ALL

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

RISULTATI DEL TRATTAMENTO MEDIANTE ADDOME APERTO PRESSO LA CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO DI MILANO

M. Bertoli¹, S. Costa¹, E. Cassinotti¹, M. Madonini¹, A. Chierici¹, L. Boni^{1,2}

¹ Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

² Università degli studi di Milano

Obiettivi: Scopi primari di questo studio sono la valutazione del tasso di chiusura per prima intenzione della fascia addominale e il tasso di mortalità durante, a un mese e a un anno dal primo trattamento addominale aperto. Scopo secondario è l'analisi delle complicanze intra e post-operatorie.

Materiali e metodi: Abbiamo analizzato in maniera retrospettiva, senza criteri di esclusione, i dati di tutti i pazienti sottoposti a trattamento addominale aperto dal 01/01/2010 al 31/12/2017 c/o il Policlinico di Milano. I pazienti considerati sono stati trattati con diversi dispositivi a discrezione dall'operatore e della disponibilità dei dispositivi stessi. La raccolta dati si è basata su un database prospettico contenente tutte le informazioni cliniche iniziali e del primo intervento, l'analisi di ogni revisione chirurgica e della chiusura definitiva della parete addominale. Sono stati eseguite due visite di follow-up, a un mese e un anno.

Risultati: Sono stati inclusi nello studio 40 pazienti di età media 58 anni (14 – 87), 25 donne (62,5%) e 15 uomini (37,5%). 19 pazienti (47,5%) al primo intervento chirurgico presentavano 4 o più comorbidità. L'indicazione più frequente al trattamento addominale aperto è stata la peritonite post operatoria (47,5%; n=19). Un sistema a pressione negativa (NPWT) è stato posizionato durante il primo intervento in 22 casi (55%). In 17 pazienti (42,5%) è stata modificata la tecnica durante una delle revisioni chirurgiche con il posizionamento di NPWT in 16 pazienti (94,1%). Il tasso di mortalità complessiva a 1 mese è stato del 35% (n=14), di cui il 20% (n=8) è deceduto durante il trattamento. La presenza di patologia cardiovascolare e di diabete risulta essere un fattore di rischio per mortalità a 1 mese (RR 3 p = 0.045 ; RR 3.1 p = 0.015) mentre un numero di 4 o più comorbidità non mostra una significativa correlazione (RR 1.1 p > 0.05). Lo score APACHE II e il grado ASA correlano significativamente con il tasso di mortalità a 1 mese (p = 0.040, p = 0.032). In 30 pz (75%) si è ottenuta la chiusura di fascia per prima intenzione. In 9 pazienti (22,5%) è stata posizionata una rete protesica alla chiusura. 4 pazienti (10%), tutti sottoposti a NPWT, hanno sviluppato una fistola entero-atmosferica; nessuno è deceduto ma questi soggetti hanno richiesto di un numero triplo di medicazioni rispetto a pazienti senza tramite fistolosi residui.

Conclusioni: Nella nostra casistica la mortalità a 1 mese è in linea con quanto riportato in letteratura mentre il tasso di chiusura di fascia risulta più elevato. La patologia cardiovascolare e diabetica sono fattori di rischio per la mortalità a 1 mese. Si è confermata l'attendibilità degli score prognostici ASA e APACHE II utili per avere un inquadramento prognostico dall'inizio del trattamento. Non abbiamo evidenziato una associazione tra il numero di rinnovi e la durata del trattamento ed il tasso di chiusura e mortalità. La chiusura con protesi sembra essere associata a miglior sopravvivenza.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

DAMAGE CONTROL SURGERY: A VALID ALTERNATIVE TO THE TREATMENT OF PERFORATED DIVERTICULITIS WITH GENERALIZED PERITONITIS

A. Lucia, M. Andreano, V. D'Ambrosio, M. Lanza, S. Triggiani, G. Roina, M. Castriconi

AORN A. Cardarelli, Napoli

Objective: The gold standard for the management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis of the sigmoid colon is the Hartmann procedure. However, reversal of the end colostomy is accompanied by a significant risk of postoperative adverse events and intestinal continuity can only be restored in 50–70 % of these patients. To reduce the rate of colostomy, a new treatment algorithm with damage control operation, lavage, limited closure of perforation, abdominal vacuum-assisted closure and second look to restore intestinal continuity was developed.

Methods: In a 2-year period between January 2016 and December 2017, 134 patients were admitted to Department of Emergency Surgery of Cardarelli Hospital in Naples for complicated diverticulitis and underwent laparotomy for perforated diverticulitis with generalized peritonitis. 30 of these patients were treated with the damage control concept developed at our department. Inclusion criteria were generalized purulent or fecal peritonitis (Hinchey III and IV). A total of 30 patients (18 female, 60% and 12 male, 40%) with a median age of 65 (32–85) years, with perforated diverticulitis Hinchey III (13, 43%) or Hinchey IV (17, 57%) and a median Mannheim peritonitis index (MPI) of 26 (12–39), were enrolled in the study. The initial emergency operation was kept as short as possible and it included a limited resection of the perforated colonic segment, closure of the colon proximally and distally, peritoneal lavage, and temporary abdominal closure with ABTHERA™ Therapy System, a particular negative pressure therapy with suction/irrigation method. After resuscitation of the patient a second-look operation was performed 48 to 72 h later in an elective setting.

Results: Hospital mortality rate was 0,03 %; median (range) hospital stay was 23(12– 97) days, and median duration of vacuum treatment was 48 h. The abdominal vacuum system was removed at the second look in 21 (70 %) patients, changed once in 9(30 %) patients. At the planned second-look operation in 4 patients ongoing sepsis or abdominal situation did not allow reconstruction of the colon Hartman procedure was performed, in 26 patients, bowel continuity was restored. Of these patients, one experienced anastomotic leakage and a Hartmann procedure was performed. Consequently, 25 of the 29 surviving patients left the hospital with reconstructed colon continuity. One patient (ASA V) underwent Hartman procedure died for acute respiratory and renal failure. Complete primary fascia closure was achieved in all patients. One patient needed a relaparotomy for abdominal wall dehiscence.

Conclusions: Damage control surgery in patients with generalized peritonitis due to perforated diverticulitis represents a valid alternative to reduce the rate of colostomies without an increased risk of postoperative morbidity.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

OPEN ABDOMEN IN A CASE OF HAEMOPERITONEUM FROM RUPTURE OF LEFT COLIC ARTERY TO AVOID A COLONIC RESECTION AND A STOMA IN A POLYTRAUMATIZED PATIENT

G. Bellanova, F. Di Gennaro, A. Grottola, D. Menna, G. Nardin, M. Sacchi, G. Sammarco, G. Galli, L. Scialpi, M. Cacciapaglia, T. Iarussi

POC SS Annunziata, Taranto

Introduction: Open Abdomen represents an interesting solution in damage control surgery, when is necessary make a new re-laparotomy within 48 – 72 hours after surgery.

In literature recent studies underline as a best practice, the employ of industrial kit in case of negative pressure. From April 2018 we can use an industrial kit AB Thera (R) in our department.

Materials and methods: From January 2016 we performed open abdomen in six patients (in one case a traumatized patient). We present a case of a 58 old man victim of traffic. He reported bilateral exposed fractures of thighbone ad a blunt chest and abdominal trauma.

He arrived in emergency room haemodinamically stable and was submitted to a CT Total Body for traumatized. Presence of haemoperitoneum due to a mild active blush in tardive phase in the mesentere and a lesion of left adrenal gland. An external fixation of legs was performed by orthopaedics and patient was monitored, warmed and transfuse in intensive care unit. After six hours clinical signs of shock appeared and patient was submitted to our massive transfusion protocol and an emergency laparotomy in operating theatre.

An hemoperitoneum caused by a complete rupture of left colic artery, was found, associated to a stable retroperitoneal hematoma.

Results: A damage control surgery was performed with bimanual under renal aortic clamping and ligation of left colic artery with a good haemodynamic response. No digestive resection or stoma was done.

An open abdomen was made with a Bogota Bag and continuous aspiration at 50mmHg for 24 hours.

The day after damage control the pazient was submitted to a new laparotomy and an omentectomy and primary closure was performed, colon and ileum were vital without no signs of ischemia. Complete abdominal restored was developed in following days

Conclusions: In the described case we had chosen to make an open abdomen to evaluate subsequently the definitive vascularisation of left colon and rectum after ligation of left colonic artery. Open Abdomen after damage control surgery permit to avoid invasive or demolitive surgery otherwise performed when a one or definite surgery was performed.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **08:30-11:00**

TRAUMA 1

SALA P

MANAGEMENT DELL'ADDOME APERTO ED INFEZIONE DA CANDIDA: C'È UNA CORRELAZIONE? STUDIO RETROSPETTIVO

D. Lacavalla, S. Solari, L. Romeo, D. Andreotti, M. Zese, O. Savino, P. Carcoforo

Università degli Studi di Ferrara

Introduzione: La laparostomia è un'opzione chirurgica approvata per il trattamento dei pazienti critici. Tuttavia, il lasso di tempo in cui il paziente permane con l'OA predispone ad infezioni. Lo studio ha come obiettivo la valutazione di correlazioni tra: diagnosi, durata dell'OA, tipo di tecnica impiegata, anastomosi ritardata o immediata, complicazioni ed infezione da Candida.

Metodi: sono stati analizzati 44 casi di laparostomia eseguiti tra Febbraio 2010 e Novembre 2016 realizzati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Criteri d'inclusione: età > 18 anni, grado 1a, 1b, 2a, 2b e 2c secondo l'Amended Classification System. Le variabili analizzate sono state: età, sesso, altezza e peso, diagnosi d'ingresso, comorbidità, indicazione, durata dell'OA, numero e tempi tra le revisioni, SOFA Score. Questi parametri sono stati correlati con l'infezione da Candida ed eventuale utilizzo di terapia antimicotica durante il ricovero. I dati sono stati analizzati mediante Chi-quadro con $p < 0.05$.

Risultati: vi è una connessione tra le complicanze generali, quelle successive alla chiusura dell'OA e la candidemia, così come esiste una interdipendenza tra la durata della laparostomia, il tipo di tecnica utilizzata e l'infezione da Candida. Al contrario, non è stata rilevata alcuna correlazione tra SOFA score, morte perioperatoria, complicanze tra le revisioni, obesità ed infezione micotica. Complessivamente la mortalità è del 29.5%, di cui il 46.2% ha presentato candidosi sistemica.

Conclusioni: la precoce chiusura della fascia appare essenziale per evitare rischi addizionali. L'infezione da Candida sottopone il paziente già debilitato ad un aumento del rischio di complicanze. Il trattamento della candidemia potrebbe essere basato sul Candida Score, evitando di sotto/sovrastimare le caratteristiche di ogni paziente.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

MANHEIM PERITONITIS INDEX NELLA PROGNOSE DEI PAZIENTI CON PERITONITE ACUTA GENERALIZZATA NELL'OSPEDALE SAN JEAN DE DIEU, BENIN

E. Guaitoli¹, S.R. Tobome², G. Priuli², A.M. Hodonou³, M. Buonfantino¹, R. Caronna⁴

¹ PO Valle D'Itria, Martina Franca,

² Hopital San Jean de Dieu, Tanguieta (BENIN),

³ Université de Parakou (BENIN),

⁴ Università Sapienza, Roma

Obiettivi: Scopo di questo studio è stato identificare pazienti ad alto rischio di complicazioni postchirurgiche nei casi di peritonite acuta trattati presso l'Ospedale San Jean de Dieu, Benin.

Materiali e metodi: Tale studio prospettico ha considerato casi trattati dal 2012 al 2016 giunti alla nostra osservazione per peritonite acuta generalizzata. Previo consenso, sono stati ammessi allo studio pazienti con età massima 50 anni affetti da peritonite acuta post perforazione intestinale. Le variabili considerate sono state età, sesso, Mannheim Peritonitis Index (MPI), tipo di trattamento chirurgico e decorso post operatorio.

Risultati: 179 pazienti sono stati inclusi nello studio, l'età media è stata 32.6 ± 14.6 anni (età massima 50 anni) con rapporto maschi/femmine 1.27. Il periodo medio di ricovero è stato di 3.9 ± 2.1 giorni. La peritonite derivava da perforazioni ileali (129 casi, 72%) gastriche (13 casi, 7,2%) e coliche (37 casi). La maggior parte dei pazienti è stata trattata con sutura diretta (105 casi, 58,6%) e laparostomia, 46 casi (25,6%) con lavaggio peritoneale e drenaggio. I restanti casi hanno subito un intervento resettivo con anastomosi, in tre casi è stata confezionata un'ileostomia.

Dei 179 pazienti, 133 hanno subito trattamento antibiotico con Ampicillina e Metronidazolo (77,1%). Il tasso di mortalità è stato pari al 17,3% (35 casi). Il decorso post operatorio dei restanti 144 pazienti ha rivelato una morbidità del 38,8%. MPI è stato tra 16 e 25 in 94 pazienti (52,9%), più alto di 25 in 85 casi (47,1%). Il valore predittivo positivo del MPI è stato 63,6%, solo l'8% negativo. La sensibilità di valori di MPI superiori a 25 è stata del 77,8%, mentre per MPI minore o uguale a 25 di 72,1%.

Conclusioni: il calcolo del MPI aiuta il chirurgo nel riconoscere pazienti ad alto rischio di morbidità e mortalità. Tale indice si rivela di facile applicazione ed è di particolare aiuto in centri a basse risorse.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

TRAUMATIC PERFORATION OF A RARE DUODENAL DIVERTICULUM

V. Palumbo, E. Schembari, E. Mattone, S. Magazù, O. Coco, R. Bonaccorso, G. La Greca

Università di Catania

Aim: After colon, duodenum is the most frequent localization for diverticulum in the digestive tract. Duodenal diverticulum is present in about 20% of population. They are usually asymptomatic and give evidence of their presence in the event of complications such as inflammation, hemorrhage, or perforation. The latter is one of the most potentially serious complications and is extremely rare. Early diagnosis of perforated duodenal diverticulum is difficult and few guidelines. We report the case of a patient who, 24 hours after a blunt trauma secondary to a car accident, complained an abdominal pain caused by perforation of a diverticulum of the 4th part of the duodenum.

Materials and methods: A 82-year-old man was admitted to the ED following a blunt trauma secondary to a car accident. He reported head trauma, distorting trauma of spine and some abrasions and was asymptomatic. After 10 hours under observation, the patient complained abdominal pain and vomiting. Blood pressure and heart rate were normal. Abdominal examination revealed generalized peritonitis. Laboratory showed WBC:11900/mm³, LDH 702 U/l. A CT-scan showed a fluid and air filled collection in the retroperitoneal area near duodenum that supported the diagnosis of duodenal perforation. An urgent exploratory laparotomy was performed. After Kocher manoeuvre, inspection of duodenum was completed until its third part, without evidence of signs of pathology. However, a necrotic area was observed through a small laceration of peritoneum close to the jejunum. Incision of this peritoneum revealed a leakage of bilious fluid and air. A perforated duodenal diverticulum was detected in the posterior wall of the 4th part of the duodenum. Diverticulectomy was performed by the use of a GIA linear cutting stapler. There was no evidence of injuries to any other abdominal organs. Nasogastric tube and two drains were placed.

Results: In the case come to our observation, two of the most rare conditions for this pathology were associated, namely the site of the duodenal diverticulum (posterior surface of the 4th duodenal segment) and trauma. We performed diverticulectomy with linear cutting stapler on a duodenal wall without inflammation and edema with optimal result.

Conclusions: The perforation of a diverticulum of the 4th part of duodenum is an extremely rare event, especially if traumatic. Therefore there are only few reports in the literature. Furthermore, there are no clear guidelines that could help the surgeon who has to deal with this surgical emergency. Overall, early surgery is the treatment of choice, because if it is not diagnosed or treated in time, it will be fatal for the patient. Our experience supports this idea and with this article we want to give another proof that the surgical treatment is effective and necessary to obtain rapid recovery of patients affected from this particular type of bowel perforation.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

APPENDICITE ACUTA, APPROCCIO LAPAROTOMICO O LAPAROSCOPICO, VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DEGLI ULTIMI 10 ANNI

I.A. Muttillo¹, F. Cortese¹, A. Palermo¹, E.M. Muttillo², A. Garavello¹, C. D'Andrea¹

¹ *Ospedale San Filippo Neri, Roma*

² *Università degli Studi di Roma La Sapienza*

Nonostante sono oltre 30 anni in cui è stato dimostrato la fattibilità dell'appendicectomia laparoscopica, ad oggi solo il 10 % circa dei pazienti che presentano un quadro clinico di appendicite acuta vengono trattati per via laparoscopica.

Pazienti e metodo: Da gennaio 2007 a dicembre 2017, 287 pazienti 162 maschi e 125 femmine con sospetto di appendicite acuta sono stati sottoposti ad intervento chirurgico, 224 con approccio open, 166 con incisione sec Mc Burney e 58 laparotomia mediana e 63 con approccio laparoscopico (22%).

I pazienti operati per via laparoscopica, sono stati trattati mediante inserzione di 3 trocar, uno ombelicale da 10, un altro da 10 ed uno da 5 mm.

Risultati: La degenza media è stata di 4 giorni nel gruppo laparotomico e 3 giorni nel gruppo laparoscopico. La mortalità operatoria è stata nulla in entrambi i gruppi di pazienti.

I reinterventi, sono stati due casi nel gruppo laparotomico nessuno nel gruppo laparoscopico.

La conversione nel gruppo laparoscopico è stata in un solo caso.

Nel gruppo open, si segnalano 46 casi di appendicite acuta catarrale ed un caso di perforazione diverticolare del colon dx. Nel gruppo laparoscopico, 18 pazienti femmine (29%), presentavano disordini ginecologici, in 8 di esse non è stato effettuato l'appendicectomia, solo toilette e drenaggio mentre in 9 casi oltre all'appendicectomia sono state effettuate, emostasi, suture o asportazioni di cisti omeriche. In una paziente con adenomiosi e perforazione uterina è stata effettuata una recentazione della perforazione e sutura.

Discussione e conclusioni: sulla base della nostra esperienza e da una revisione della letteratura, si possono esprimere alcune considerazioni, in particolare: l'importanza diagnostica in urgenza della laparoscopia, soprattutto nelle donne in età fertile, la possibilità di trattare adeguatamente i pazienti in soprappeso o obesi ed in caso di peritonite purulenta diffusa si possono effettuare adeguati lavaggi di tutta la cavità addominale che per via laparotomica necessiterebbe di ampie laparotomie.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

LINFOMA DI BURKITT A LOCALIZZAZIONE COLICA: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO TRATTATO IN URGENZA

I.A. Mutillo¹, A. Tafuri², E.M. Mutillo², G. Dalsasso¹

¹ Ospedale San Filippo Neri, Roma

² Università degli Studi di Roma La Sapienza

³ Ospedale Sant'Andrea, Roma

Il linfoma di Burkitt è un linfoma non-Hodgkin molto aggressivo che origina dalle cellule B. Molto diffuso in Africa centrale, spesso è associato ad infezione di Epstein-Barr o in pazienti affetti da AIDS. Questa malattia si diffonde rapidamente e se non trattata risulta rapidamente letale.

Il coinvolgimento intestinale, soprattutto colico è rarissimo, in tal caso è necessario di un trattamento chirurgico per la risoluzione delle complicanze, ostruttive, perforative o di sanguinamento.

Caso clinico: Paziente di 83 anni con diagnosi di LNH 5 anni fa, trattata con chemioterapia con remissione della malattia, aprile 2018, recidiva della malattia con prevalenza localizzazione addominale. Una revisione dei vetrini ha evidenziato che si tratta di un linfoma di Burkitt.

La paziente è stata ricoverata d'urgenza per anemia acuta 6HB, una tac totale body ha evidenziato plurime localizzazioni neoplastiche toraco addominale ma soprattutto una voluminosa massa a carico del cieco colon dx di circa 15 cm. Una colonscopia ha evidenziato una ampia lesione ulcerata, in parte necrotica ed in parte sanguinante del colon dx fino al fondo ciecale.

La paziente è stata sottoposta ad emicolectomia destra con risoluzione del quadro acuto, addominale.

Discussione e conclusioni: La rarità delle localizzazioni coliche del linfoma di Burkitt non permette di fare alcuna considerazione, probabilmente un trattamento chirurgico precoce di queste localizzazioni coliche complicate, forse facilita un rapido inserimento in un programma di chemioterapia. Mentre una complicanza intestinale in corso di chemioterapia potrebbe rallentare in modo significativo l'iter terapeutico.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

LA CONVERSIONE IN OPEN DI INTERVENTI LAPAROSCOPICI PER OCCLUSIONE MECCANICA INTESTINALE SU BASE ADERENZIALE NON COMPORTA AUMENTO DI MORBIDITÀ E MORTALITÀ

L. Cobuccio, D. Tartaglia, A. Bertolucci, R. Fantacci, I. Cengeli, C. Galatioto, M. Chiarugi

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

Obiettivi: Il ricorso alla laparoscopia nel trattamento dell'occlusione intestinale su base aderenziale (ASBO) è oggi offerto come prima scelta in pazienti selezionati. L'alto tasso di conversione in open, riportato in letteratura, e il rischio di una lesione iatrogena intraoperatoria continuano a rappresentare elementi di criticità nei confronti di tale procedura. Lo scopo di questo studio è quello di valutare le conseguenze della conversione in open nei pazienti con ASBO trattati inizialmente per via laparoscopica.

Materiali e metodi: Dalla revisione di un database di 114 pazienti con diagnosi di ASBO che hanno richiesto un trattamento chirurgico nel periodo gennaio 2015-febbraio 2018, sono stati estratti i dati di una serie consecutiva di 72 pazienti sottoposti a laparoscopia. Sono stati analizzati i dati relativi a caratteristiche demografiche (sesso, età, BMI), anamnestiche (numero di laparotomie pregresse), radiologici TC (calibro massimo medio del tenue) intraoperatori (durata dell'intervento, motivo della conversione) e post-operatorie (complicanze minori e maggiori sec. Clavien-Dindo). Sono stati messi a confronto i dati ed i risultati del gruppo di pazienti in cui il trattamento è stato completato per via laparoscopica (Lap) con quelli dei pazienti che hanno necessitato di conversione laparotomica (Conv).

Risultati: L'approccio laparoscopico è stato adottato in 72 pazienti consecutivi (63%). La procedura laparoscopica non è stata condotta a termine in 24 pazienti con un tasso di conversione del 33%. Nessuna conversione si è verificata a seguito di una lesione iatrogena. I motivi della conversione sono risultati: impossibilità ad identificare/risolvere la causa di occlusione (n.13 pazienti, 54%); necessità di eseguire una resezione del tenue (n.10 pazienti, 42%); impossibilità a continuare l'intervento in laparoscopia per motivi anestesiológicos (n. 1 paziente, 4%). I due gruppi analizzati risultavano omogenei per sesso, età, BMI, numero di laparotomie pregresse, calibre massimo del tenue. Il gruppo di pazienti Conv ha avuto una degenza post-operatoria significativamente più lunga rispetto al gruppo Lap (7,7 vs. 5 giorni; $p=0,0003$), oltre ad una maggiore durata dell'intervento (178 vs. 85 min; $p<0,0001$). Un paziente nel gruppo Lap (2%, lesione misconosciuta) e 2 nel gruppo Conv (8%, lesione misconosciuta e deiscenza piano fasciale) hanno necessitato di reintervento. In entrambi i gruppi è stato registrato un decesso per cause non chirurgiche (2% vs. 4%). I 2 gruppi non hanno mostrato differenze statisticamente significative in termini di morbidità globale, complicanze minori, complicanze maggiori e mortalità.

Conclusioni: La laparoscopia offre al paziente con ASBO i vantaggi di un decorso più breve. L'alto tasso di conversione non deve rappresentare un elemento a favore della scelta di un trattamento laparotomico, in quanto la conversione di per sé non comporta un più alto tasso di morbidità e mortalità.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

ONESHOT-M®: A NEW DEVICE FOR CLOSE LAPAROSCOPY PNEUMOPERITONEUM

S. Fazzotta¹, V.D. Palumbo¹, G. Damiano¹, G. Cassata², L. Cicero², A. De Luca³, A.I. Lo Monte¹

¹ *Università degli Studi di Palermo*

² *Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia, Palermo*

³ *C BUA SRL, Bagheria*

Aims: Laparoscopy is currently largely used for diagnostic and therapeutic aims. The induction of pneumoperitoneum is the first and most critical phase of a laparoscopic procedure, due to the significant risk of serious complications of vascular and gastrointestinal structures. In this regard, Veress needle insertion for the creation of pneumoperitoneum, a very highly used technique, could lead to bowel damage or vascular lesions. The present study aimed to overcome the complications associated with the insertion of Veress needle, improving its use and facilitating the rapid creation of pneumoperitoneum.

Methods: 30 large white female pigs, weighing 30-35 Kg, were enrolled for our study. A common plunger was modified in order to allow the passage of a 15 cm long Veress needle. The rubber cuff was substituted with a transparent plastic suction cup, the wooden handle was removed and substituted with a rigid plastic handle surmounted by two paired rings in order to ameliorate grip during abdomen lifting. Finally, a drain valve was inserted into the rigid part of the suction cup, making compression phase easier and rapid. Before each experiment, a 5 mm trocar was inserted into the abdominal wall, with classic closed technique, to allow visualization of the safety room created by the device.

Results: OneShot-M® close laparoscopy pneumoperitoneum creation device, allowed to obtain pneumoperitoneum quickly in all attempts (1 pig). This method was applied to 26 laparoscopic procedures (26 pigs) of several specialist branches (general surgery, gynaecology, paediatrics, urology) without any intraoperative and postoperative complications linked to Veress needle.

Conclusion: The insertion of Veress needle and of the first trocar could be considered the most dangerous phase of laparoscopy: both procedures account for 40% of laparoscopic complications and most of deaths. Therefore, the optimization of abdominal cavity entry technique is essential to ameliorate the course of laparoscopic procedures. The use of the proposed device showed an induction time as quick as the standard laparoscopic closed abdominal entry. The patented device is cheap and allow a safe abdominal access. In addition, abdominal entry is much more faster than in classic open technique.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

TRATTAMENTO NON OPERATORIO DELLE LESIONI SPLENICHE DURANTE GLI ULTIMI 16 ANNI IN VALLE D'AOSTA

S. Condurro, A. Bosco, A. Trunfio, G. Barberio, E. De Barberis-mainini, D. Guarino, S. Cornaglia, S. Campagna, S. Mochet, E. Ponte, P. Millo

ASL Valle D'Aosta, Aosta

Obiettivi: Il riconoscimento della funzione della milza ed i rischi della sepsi post-splenectomia hanno portato allo sviluppo della chirurgia, delle tecniche di salvataggio e al trattamento non operativo delle lesioni spleniche. Più di recente l'embolizzazione è stata usata per ridurre il rischio di fallimento del trattamento conservativo e per preservare la funzione dell'organo.

Materiali e metodi: Si è proceduto ad una rivalutazione della letteratura in merito alle possibilità terapeutiche dei traumi splenici, paragonando i dati alla nostra esperienza.

Nella nostra casistica la tipologia del trauma si suddivide in: 62 incidenti di montagna, 30 incidenti stradali, 24 incidenti sul lavoro, 2 cadute accidentali, 1 lesione iatrogena in corso di altro intervento (riparazione di rottura di aneurisma dell'aorta sottorenale).

Risultati: Dal 2002 al Maggio 2018 sono stati trattati 119 traumi splenici; sono state eseguite 20 (16,8%) splenectomie, 99 pazienti sono stati trattati con terapia conservativa (83,2%). Tra il 2002 ed il 2006 l'Angiografia non era disponibile; di 18 traumi splenici, 10 pazienti (55%), hanno richiesto una splenectomia, altri 8 (45%) hanno beneficiato della sola osservazione clinica. Dal 2006 al 2018, abbiamo trattato 101 traumi splenici, di cui 91 (90%) trattati in maniera conservativa. Sono state eseguite 10 splenectomie (ogni volta che si è proceduto alla laparotomia si è effettuata una splenectomia), 5 delle quali dopo un tentativo di trattamento conservativo (2 dopo la sola osservazione clinica e 3 dopo embolizzazione). L'approccio conservativo per 30 pazienti ha previsto l'embolizzazione, per i restanti 61 è stata sufficiente l'osservazione clinica. La degenza media ospedaliera è stata di 11,9 giorni, l'età media dei pazienti è stata di 35,2 anni (range 11- 89 anni). Si sono osservati 2 decessi.

Conclusioni: Nella nostra esperienza consideriamo indicata la splenectomia per: 1) i pazienti emodinamicamente instabili 2) qualora vi sia il sospetto di altre importanti lesioni di organi intraddominali 3) se il paziente necessita di un lungo periodo di decubito prono per il trattamento di altre lesioni 4) trauma cranico grave.

Nel caso di un paziente stabile ed in assenza delle controindicazioni citate, procediamo a TNO (osservazione VS embolizzazione). Si procede all'embolizzazione in presenza di stravasato di contrasto, pseudoaneurisma in qualsiasi grado di danno splenico.

Ogni volta che si è proceduto alla laparotomia si è effettuata una splenectomia. L'approccio conservativo è diventato il nostro trattamento di scelta delle lesioni spleniche.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 08:30-11:00

TRAUMA 1

SALA P

IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEL TRAUMA EPATICO GRAVE: COMPLICANZE BILIARI CONSEGUENTI ALL'EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA EPATICA

C. Nistri, L. Bonariol, C. Ruffolo, E. Caratozzolo, A. Pozza, B. Pauletti, G. Marte, N. Bassi, M. Massani

Ospedale regionale di Treviso

Obiettivi: Il trattamento conservativo dei traumi epatici (Non Operative Management–NOM) è attualmente il trattamento cardine nei pazienti con traumi epatici chiusi e stabilità emodinamica. Lo scopo di questo studio è quello di analizzare l'efficacia del trattamento conservativo del trauma epatico e le cause di fallimento focalizzandosi sulle complicanze biliari.

Materiali e metodi: È uno studio retrospettivo comprendente i pazienti con trauma epatico di grado III-IV-V trattati presso il Reparto di Chirurgia 4^a dell'Ospedale Regionale di Treviso, tra Gennaio 2000 e Settembre 2017. Le lesioni epatiche sono state valutate con Ecografia Addome o TC Addome con MdC e sono classificate secondo le linee guida dell'American Association for the Surgery of Trauma (AAST).

Risultati: Sono inclusi nello studio 104 pazienti con lesioni epatiche di grado III-IV-V. 36 pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico urgente mentre 68 pazienti (65,38%) sono stati trattati conservativamente. Di questi, 23 (33,82%) sono stati sottoposti ad embolizzazione arteriosa per sanguinamento epatico (Hepatic Artery Embolization–HAE). La mortalità complessiva è stata del 24,04% mentre la mortalità del gruppo NOM è stata dell'8,82%. La percentuale di successo del NOM è stata del 77,94% mentre in 15 pazienti (22,06%) si è resa necessaria la conversione del trattamento da conservativo a operativo. Di questi, 6 pazienti sono stati convertiti a causa di complicanze biliari (40% del gruppo NOM) ed il 66,67% di tali complicanze (n=4) si sono verificate dopo HAE (17,39% di tutte le HAE eseguite).

Tra le complicanze biliari successive ad HAE, si sono identificate 3 fistole biliari ed 1 colecistite acuta; tutte le fistole biliari hanno necessitato di un trattamento combinato endoscopico (sondino naso biliare) e chirurgico (drenaggio percutaneo, biliostasi o colecistectomia). Comparando i pazienti operati nelle prime 24 ore (OM=36) e quelli operati in tempi successivi e inizialmente trattati conservativamente (NOM=11), le complicanze biliari sono significativamente più frequenti in quest'ultimo gruppo (OM=0 vs NOM=5, p=0.02). In particolare, comparando i pazienti operati nelle prime 24 ore (OM=36) e quelli operati in tempi successivi e inizialmente embolizzati (NOM=5) le complicanze biliari sono significativamente più frequenti in quest'ultimo gruppo (OM=0 vs NOMemb=4, p<0.0001).

Conclusioni: Il non-operative management è un trattamento efficace nella maggior parte dei traumi epatici gravi e l'embolizzazione arteriosa epatica è diventata un valido alleato del chirurgo, in pazienti selezionati. Dall'analisi della nostra serie di pazienti è emerso che le complicanze biliari sono più frequenti nel gruppo di pazienti trattati conservativamente e sottoposti ad embolizzazione e che questo tipo di complicanze spesso necessitano di intervento chirurgico e quindi modificano il decorso clinico. Pertanto è importante identificarle precocemente per poterle trattare correttamente.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

BLUNT LIVER TRAUMA: EFFECTIVENESS AND EVOLUTION OF NON-OPERATIVE MANAGEMENT (NOM) IN 145 CONSECUTIVE CASES

E. Schembari, V. Palumbo, A. Pesce, M. Sofia, S. Latteri, G. Menconi, L.P. Greco, D. Russello, G. La Greca

AO Cannizzaro, Catania

Aim: In the last decades, the treatment of traumatic liver injury has experienced rapid progress moving from an emergency surgical approach to the conservative treatment. All patients with abdominal solid organ injury and hemodynamic stability, irrespective of the degree of hepatic injury or the entity of the hemoperitoneum and without associated extrahepatic injuries, can be candidates to non-surgical treatment (NOM). NOM represents the treatment of choice in 80% of liver traumas. The aim of our analysis was to underline the efficacy and evolution of NOM for liver trauma thanks to the prospective assessment of our clinical experience.

Materials and methods: For each patient, we analysed etiopathogenesis, location and degree of injury, clinical conditions, diagnostics implemented, associated injuries, surgical treatment, blood transfusions, complications and hospitalization time. The injuries were classified according the Injury Scaling Committee of the AAST. The indications for surgical treatment were: hemodynamic instability; associated severe injuries to other organs which were not affected by non-surgical treatment; intra-abdominal free fluid found with CT or FAST in patients who were initially not intended for surgical treatment. The indications for non-surgical treatment, in accordance with ATLS protocols, were hemodynamic stability and hepatic injury with or without other injuries detected by CT scan.

Results: From January 2000 to September 2015, we observed 145 hepatic trauma cases (109 males and 36 females), 90,3% of these were caused by road accidents. The liver traumas associated to other injuries were 85.5% (31.4% abdominal, 26,1% thoracic and 25,7% bone-related). The most frequent hepatic injuries involved segment VII 19.9%, segments VI and V 16.4%, segment IV 16% and segment VIII 14.7%. Hepatic injuries affected all segments in 11 patients (4.1%) and just one segment in 38 cases (26.2%). Injuries corresponded principally to 3rd degree of OIS (40.6%). 59 patients (40.7%) were immediately treated surgically. In NOM group (86 patients), after an initial CT evaluation, haemodynamic, US and laboratory parameters follow-up was made. A CT scan was carried out a week after the injury or depending on the clinical picture. No patient of NOM group underwent surgical treatment (efficacy 100%). The percentages of complications were higher in the operative than in non-operative management: biloma (8% vs 6%), abscess (9% vs 1%) and haemorrhage (7% vs 4%).

Conclusions: A significant contribution to the success of NOM for liver traumas is certainly linked to the improvement of imaging methods and interventional procedures. Our clinical experience showed optimal results and absolute safety of the algorithm used for the selection of NOM vs Surgery for the patients with blunt liver trauma. Moreover, our experience demonstrated a relevant increase in the percentage of patients with NOM in the last 10 years and an overall reduction of morbidity and mortality.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

FOLLOW UP IN NON OPERATIVE MANAGEMENT (NOM) IN BLUNT TRAUMA OF SPLEEN (ISS>16): A GOLD STANDARD IS POSSIBLE? A MULTICENTER PRELIMINARY REPORT

G. Bellanova¹, N. Lucarelli¹, R. Berletti², N. Burdi¹, V. Semeraro¹, V. Gisone¹, M. Ganimede¹, G. Giannelli³, A. Mattiuzzi³, A. Pellegrin⁴, F. Di Gennaro¹, T. Iarussi¹, U. Rozzanigo³

¹ POC SS Annunziata, Taranto

² Ospedale di Feltre

³ Ospedale Santa Chiara di Trento,

⁴ Ospedale S. Maria della Misericordia, Udine

Introduction: We consider the Non Operative Management (NOM) of Blunt Trauma of Spleen (BTS) the gold standard in treatment currently, although it is associated with an high risk of failure.

The NOM failure is often associated to an uncorrect methods of choice of patients and the presence or less of a clinical protocol. Aim of this study is to define if a gold standard protocol in follow up of NOM in BTS is possible, to avoid and/or recognize post treatment complications, comparing contrast-enhanced US (CEUS) with contrast-enhanced CT (CECT).

Materials and methods: We consider experiences in centers where annually, near to 250 traumatized patients with ISS > 16 are treated in each hospital.

Totally 108 patients affected by BTS were admitted to NOM and submitted to splenic artery embolization (SAE) (74 proximal – 34 distal embolization).

We defined the only indicator of NOM failure in BTS the number of splenectomy performed after proximal splenic artery's embolization (SAE). All patients were submitted at Contrast Enhancement Ultra Sound (CEUS) within 48 hours after embolization and in every case we found a normal perfusion of spleen and patients were submitted to CECT employed only for monitoring associated lesions. A US was performed in every patient before discharge. Patients were managed in units of surgery or intensive care and discharged within 7th post embolization day. After demission an US with control of exams, was programmed within 12 months.

Results: NOM was performed only in case of haemodynamic stability without considered the AAST grade, presence of blush or the presence of associated lesions. All patients haemodynamically stable but with signs of peritonitis or other lesions required emergency surgery.

In 103 patients both CECT and CEUS showed good results of the endovascular procedures. In 5 cases CECT reported recurrences: two-stage spleen ruptures in two cases, pseudoaneurysm in two cases, procedure failure with re-bleeding in two case. In one case a splenic artery thrombosis and 3 splenic infarction occurred after distal procedure. Compared to CECT, CEUS missed the diagnosis of a pseudoaneurysm in 1/108.

Sensitivity, specificity and diagnostic accuracy were not statistically different between CEUS and CECT ($p < 0.05$).

CEUS within 48 hour after procedure showed a complete re-perfusion of spleen. Follow up analysed from 3 to 20 months spleen showed sign of trauma (heterogeneity on ultrasound).

Conclusions: The spleen is an important immunological organ, so its preservation had to represent the gold standard in treatment of BTS in haemodynamically stable patients regardless from class of lesion or presence of haemoperitoneum. It will be necessary to define when NOM fail and when a spleen can be consider completely restored. CEUS could be consider a valid alternative than CECT and we consider it near to become the gold standard in NOM follow up.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

IMPLEMENTAZIONE DEL TRATTAMENTO NON OPERATIVO (TNO) NEL TRAUMA SPLENICO CHIUSO DOPO L'INTRODUZIONE DI UN PROTOCOLLO OSPEDALIERO: ESPERIENZA DEL POLICLINICO A. GEMELLI

M. Di Grezia, V. Cozza, A. Di Giorgio, C. Lodoli, A. Cina, G. Tropeano, A. Agnes, S. Magalini, A. La Greca, D. Gui

Policlinico A. Gemelli, Roma

The management of blunt splenic trauma (BST) has significantly changed during the last 30 years.

The operative management (OM), characterized by splenectomy, has been replaced, in certain cases, by non-operative management (NOM) by which spleen is preserved. The main reason for spleen preservation has always been the risk of post-splenectomy infections. These have an estimated lifetime incidence of 2 per cent in adults who underwent splenectomy, with an associated mortality rate exceeding 50 per cent.

Eastern Association for the Surgery of Trauma guidelines, proposed in 2003 and recently revised, suggest that NOM should be the gold standard of treatment in hemodynamically stable patients, regardless the spleen lesion grade and/or the presence of hemoperitoneum. On the other hand, hemodynamically unstable patients, or patients with peritonitis, should undergo emergency laparotomy.

NOM is associated with a reduction of unnecessary laparotomies, with a lower incidence of abdominal complications, lower number of blood transfusion, and lower costs.

However, the adoption of NOM in the treatment of the spleen trauma is not easily feasible in routine clinical practice and not always successful. In 2008, a splenic trauma management protocol was promoted at "A. Gemelli" University Hospital, Rome, Italy.

The aim of the present retrospective study was to define the results of this protocol and to identify independent risk factors, eventually, determining NOM failure.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLE LESIONI TRAUMATICHE DELLA MILZA. CASO CLINICO

M. Brighi, A. Ussia, M. Cervellera, B. Dalla Via, S. Vaccari, A. Lauro, A. Caira, A. Leone, V. Tonini

Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna

Introduzione: Nel corso degli ultimi decenni il trattamento dei traumi splenici ha subito un notevole cambiamento in favore di un approccio conservativo (NOM), che può prevedere o meno l'esecuzione di un'arteriografia con embolizzazione dell'arteria splenica. Le lesioni di tipo I-II-III prevedono un NOM in presenza di stabilità emodinamica e in assenza di blush attivi o malformazioni vascolari quali aneurismi o fistole atero-venose. In caso contrario si impone l'esecuzione di un'arteriografia. Lesioni di grado IV-V prevedono sempre l'esecuzione di un'angiografia. La splenectomia attualmente va riservata ai pazienti con instabilità emodinamica, indipendentemente dal grado della lesione splenica o in caso di fallimento dell'angiembolizzazione.

Caso clinico: Il Signor P.L di anni 22 giungeva alla nostra attenzione per trauma penetrante della milza conseguente ad incidente domestico. All'ingresso il paziente si presentava emodinamicamente stabile, con GCS di 15/15, Hb pari a 12 g/dl. Eseguiva Rx del torace e del rachide che escludevano traumi polmonari e fratture ossee. Eseguiva TC addome che evidenziava corpo estraneo (vetro) che dal dorso raggiungeva il polo inferiore della milza, in assenza di lesioni ad altri organi. Si procedeva a cauta rimozione del corpo estraneo e a stretto monitoraggio clinico e laboratoristico del paziente con emocromo ogni 6 h che mostrava stabilità dei valori dell'emoglobina. Una TC addome con mdc eseguita dopo 24 h, mostrava una lacerazione del profilo inferiore della milza di 2 cm con piccola falda ematica perisplenica. Data la stabilità emodinamica e laboratoristica del paziente si decideva per un NOM. Venivano eseguite ecografie con mdc a distanza di 24 h e di 48 h. La prima mostrava lesione splenica invariata per dimensioni con minimo versamento ematico, la seconda incremento lieve della nota lesione con all'interno flusso atero-venoso ad elevata portata, compatibile con aneurisma post-traumatico. Il quadro veniva confermato con una TC addome con mdc. Veniva quindi eseguita un'arteriografia selettiva dell'arteria splenica con embolizzazione prossimale mediante rilascio di spirali di 10 e 8 mm. Una TC addome con mdc e una successiva ecografia di controllo mostravano la nota lesione della milza, invariata per dimensioni, ma senza flusso al suo interno. Dopo ulteriori 72 h di osservazione clinica e laboratoristica, il paziente veniva dimesso con indicazione ad esecuzione di controlli ecografici seriati che hanno dimostrato una progressiva risoluzione del quadro.

Conclusioni: Nelle lesioni di tipo I-II-III della milza in presenza di stabilità emodinamica e in assenza di blush attivi o malformazioni vascolari quali aneurismi o fistole atero-venose, il NOM risulta la scelta terapeutica più adeguata. L'insorgenza di un aneurisma post-traumatico di un ramo dell'arteria splenica, impone l'embolizzazione. L'intervento chirurgico va quindi riservato esclusivamente ai casi di instabilità emodinamica.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

SPLENECTOMIA VS NOM NEL TRATTAMENTO DEI TRAUMI SPLENICI: ANALISI RETROSPETTIVA

L. Romeo¹, D. Lacavalla¹, L. Morganti², D. Andreotti¹, S. Occhionorelli¹, P. Carcoforo¹

¹ Università degli Studi di Ferrara

² Istituto per la sicurezza sociale, San Marino (SAN MARINO)

Obiettivi: In Italia i traumi addominali chiusi, in cui la milza è l'organo più frequentemente coinvolto, si riscontrano nel 60% degli incidenti stradali. Il trattamento non operativo (NOM) ha rivoluzionato il trattamento dei traumi splenici negli ultimi decenni. L'obiettivo principale del presente studio è identificare i pazienti con lesioni spleniche che dovrebbero beneficiare del NOM, con o senza angioembolizzazione, confrontando due tipi di trattamento (splenectomia vs NOM), identificando le variabili favorevoli ad uno piuttosto che l'altro. Quello secondario, invece, è di confrontare la gestione intra-ospedaliera e la durata della degenza tra pazienti sottoposti ai due tipi di trattamento.

Materiali e metodi: Lo studio coinvolge pazienti con trauma splenico, con età maggiore di 18 anni, ricoverati presso la Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Sant'Anna" di Ferrara, da Novembre 2010 a Maggio 2017. I criteri di esclusione sono: danno splenico insorto come complicanza di chirurgia in elezione e sanguinamento splenico spontaneo dovuto a patologie proprie del soggetto. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: 1) trattamento non operativo (gruppo TNO), e 2) splenectomia immediata (Gruppo SI). Il gruppo TNO è stato diviso in due sottogruppi: 1) solo trattamento non operativo con osservazione (TNOSS), e 2) angioembolizzazione dell'arteria splenica o di una sua diramazione (ANGIO).

Risultati: 82 pazienti sono stati arruolati nello studio. Le variabili statisticamente significative che hanno portato alla scelta della splenectomia rispetto al NOM sono una bassa pressione arteriosa sistolica (106 ± 29 ; $p=0.025$) e diastolica (66 ± 18 ; $p=0.04$), la necessità di emotrasfusioni in PS ($p=0.001$), numero di unità di emazie concentrate utilizzate in PS, ISS elevato ($p=0.031$), e il grado AAST-OIS di lesione splenica ($p<0.0001$). La maggior parte dei bassi gradi AAST-OIS sono stati trattati conservativamente mentre gli alti gradi sono stati splenectomizzati. Anche l'ecografia FAST positiva per emoperitoneo ($p<0.0001$), la presenza di blush di mdc alla TC in PS ($p<0.0001$), e un numero medio di 3 quadranti addominali coinvolti da emoperitoneo alla TC (3 gruppo SI vs 1 gruppo TNO; $p<0.0001$), sono fattori che predispongono alla splenectomia.

Conclusioni: I pazienti emodinamicamente stabili, con grado di lesione splenica AAST-OIS I, II, e III possono beneficiare del trattamento conservativo, che può essere adjuvato dall'angioembolizzazione splenica, quando opportuno. Il follow up intraospedaliero dei pazienti trattati con NOM prevede non solo la TC con mdc ed ecografie addominali di routine, ma anche la CEUS, soprattutto nei pazienti angioembolizzati, in quanto ha la stessa sensibilità della TC per identificare e stadiare le lesioni spleniche. Infine, lo stretto monitoraggio ed osservazione dei traumi splenici trattati conservativamente, non incide in modo negativo sulla durata delle degenza e sulla mortalità.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

LA LAPAROSCOPIA NEL TRAUMA ADDOMINALE CHIUSO: DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

A. Mingoli, B. Cirillo, G. Brachini, M. Zambon

Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: Negli ultimi vent'anni la laparoscopia ha avuto un ruolo diagnostico sempre più centrale nel trauma addominale chiuso. Negli ultimi anni questa metodica è stata molto utilizzata anche con un intento terapeutico, con crescente impiego nel controllo del sanguinamento da lacerazioni degli organi parenchimatosi, nella riparazione delle lesioni diaframmatiche e nella riparazione di lacerazioni intestinali. Obiettivo di questo studio è quello di valutare meglio il ruolo terapeutico dell'approccio laparoscopico nel trauma addominale chiuso nei pazienti emodinamicamente stabili, mediante una revisione sistematica della letteratura, nonché di valutarne l'efficacia e i limiti.

Materiali e metodi: È stato eseguito uno studio meta-analitico seguendo i principi PRISMA. È stata effettuata una ricerca sistematica su PubMed per studi inglesi pubblicati tra il 1997 ed il 2017

Abbiamo selezionato 23 studi e analizzato: il numero dei pazienti, l'età media, il sesso, l'injury severity score (ISS), il tipo di approccio laparoscopico (diagnostico vs terapeutico), il tasso di conversione open, le lesioni trattate, la degenza media, il tasso di lesioni non riconosciute e successivamente trattate, la mortalità e la morbilità. Endpoint principale: tasso di conversione e organi coinvolti.

Risultati: L'analisi retrospettiva è stata condotta negli ultimi 20 anni selezionando 23 studi per un totale di 331 pazienti con trauma addominale chiuso.

È stato calcolato il sesso (250 M/81 F), l'età media (32 aa), il numero degli interventi laparoscopici diagnostici poi convertiti (20%), il numero degli interventi laparoscopici terapeutici (43%), gli organi coinvolti e il loro trattamento (le lesioni intestinali occupano il 20 % del totale).

Conclusioni: La laparoscopia nel trauma fu introdotta per la prima volta nel 1920, grazie alla sua capacità di riconoscere la presenza di un emoperitoneo.

Da allora, ha guadagnato consensi in molti centri traumatologici per la valutazione dei pazienti traumatizzati grazie alla sua capacità di ridurre la percentuale di valutazioni negative, che con la laparotomia raggiunge percentuali comprese tra il 12 e il 40%, di ridurre la morbilità, il dolore postoperatorio, la durata della degenza e infine di aumentare l'accuratezza diagnostica dello studio preoperatorio identificando le lesioni non riconosciute con altri accertamenti.

I risultati osservati con la nostra Review confermano l'attraente ruolo della laparoscopia come metodica alternativa alla chirurgia open nella gestione dei pazienti traumatizzati, sia con intento diagnostico che terapeutico.

La continua diffusione di questa metodica e la maggiore esperienza laparoscopica raggiunta anche dai chirurghi d'urgenza, ha permesso un sempre più frequente impiego della laparoscopia nel paziente traumatizzato con risultati molto interessanti, in molti casi migliori di quelli ottenuti con la chirurgia open.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

TRATTAMENTO NON OPERATIVO DEI TRAUMI DEGLI ORGANI PARENCHIMATOSI ADDOMINALI

D. Angelieri, M. Assenza, L. Esposito, I. Iannone, C. De Padua, P. Ferrari, S. Santillo, B. Cirillo, D. Rosso, S. Ribaldi

Università La Sapienza, Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione: I traumi addominali rappresentano nelle maggiori casistiche, circa il 30-40% dei traumi gravi. Nella maggior parte dei casi si tratta traumi chiusi. Lo stato emodinamico e 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 un trattamento chiamato "conservativo" (TNO: trattamento non operativo), applicato da solo o in associazione con l'arterioembolizzazione. Portando netti vantaggi per il paziente, ha aperto però nuove problematiche sulla gestione del paziente, sia nell'immediato che nel successivo follow-up.

Materiali e metodi: La nostra attenzione si è focalizzata su tutti gli accessi in PS, giunti per trauma addominale, con lesione di organi parenchimatosi (milza, fegato, rene e surrene), associati o meno a lesioni in altri distretti. Sono stati raccolti 96 casi, suddivisi in base all'organo interessato ed il grado della lesione secondo AAST. Di ognuno dei pazienti abbiamo indicato il trattamento effettuato, l'eventuale angioembolizzazione, e l'eventuale fallimento del TNO.

Risultati: Di 30 casi di trauma splenico, 24 casi sono stati trattati con TNO, di cui si è registrato un solo caso di fallimento, comunque risolto con angioembolizzazione. Di 31 casi di trauma epatico, 27 sono stati trattati con TNO senza nessun fallimento della procedura. 6 casi per grave instabilità emodinamica (classe IV), sono stati avviati direttamente a trattamento chirurgico (5 casi di packing e 1 di resezione epatica). I casi di trauma renale sono stati 28, tutti trattati con successo con TNO, in un solo caso di grado 5 sec. AAST è stata necessaria per grave instabilità emodinamica (classe IV), effettuare una nefrectomia di urgenza. I traumi del surrene sono stati 7 tutti trattati con successo con TNO. 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.

Conclusioni: Il TNO rappresenta un 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 e dei parametri vitali e laboratoristici (emocromo) nei primi giorni post trauma associati alla collaborazione dei colleghi radiologi consente un tasso di successo, del TNO, vicino al 100%, apportando indubbi vantaggi per il paziente. La CEUS rappresenta nella maggior parte dei casi una alternativa alla TC per il follow-up.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

IL TRAUMA DEL PANCREAS: MODERNO TRATTAMENTO E FATTORI PROGNOSTICI

A. Mingoli, B. Cirillo, G. Brachini, M. Zambon

Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: Le lesioni traumatiche del pancreas rappresentano una piccola percentuale di tutte le lesioni degli organi endoaddominali. Per l'anatomia dell'organo, risultano difficili sia la rapida diagnosi che il trattamento, soprattutto nei casi di traumi addominali chiusi. Classicamente il tipo di trattamento, operatorio, non operatorio o endoscopico, e il tipo di intervento chirurgico demolitivo o ricostruttivo, variano in base alla localizzazione della lesione e al diverso grado di lesione AAST.

Obiettivo di questa revisione è stato quello di analizzare i risultati del trattamento operatorio e non operatorio (compreso il trattamento endoscopico), in termini di percentuali di mortalità e morbilità, nei pazienti affetti da trauma addominale, chiuso o penetrante.

Materiali e metodi: È stato eseguito uno studio meta-analitico seguendo i principi PRISMA. È stata effettuata una ricerca sistematica su PubMed per studi inglesi pubblicati tra il 1997 ed il 2017

Abbiamo selezionato 30 studi ed analizzato: il numero dei pazienti, l'età media, il sesso, il tipo di trauma (chiuso/ penetrante), le condizioni del paziente all'arrivo in pronto soccorso, la parte del pancreas coinvolta (prossimale/distale), l'ISS, la degenza media, il grado AAST della lesione pancreatica, le lesioni associate, il tipo di approccio (operatorio/non operatorio/endoscopico), la mortalità e la morbilità.

Risultati: L'analisi retrospettiva è stata condotta negli ultimi 20 anni selezionando 30 studi per un totale di 2700 pazienti con trauma addominale chiuso o penetrante del pancreas.

È stato calcolato il sesso (M:F / 4:1), l'età media (32 aa), il numero di traumi chiusi e penetranti (54 % vs 46 %), la localizzazione del trauma (prossimale vs distale: 2 a 1), le condizioni all'arrivo in pronto soccorso (shock 27 %), il grado AAST (IV E V grado rispettivamente nel 12 % e 9 % dei casi), il tipo di trattamento (operatorio vs non operatorio: 2 a 1), la degenza media (22, range 8 – 50), le complicanze totali (50 %) la mortalità nelle prime 24 h (12 %) e la mortalità totale (18 %).

Conclusioni: La difficoltà nella valutazione del danno pancreatico è data dall'anatomia dell'organo, la sua posizione retroperitoneale e la sua intima vicinanza posto a importanti organi e vasi addominali. Questo giustifica la frequente associazione a lesioni di altre strutture quali il fegato, lo stomaco, l'intestino, la milza e il colon. Le lesioni al dotto pancreatico guidano la classificazione AAST, motivano il tipo di trattamento e giustificano l'alto tasso di morbilità e mortalità del trauma pancreatico. Sebbene il trattamento conservativo/endoscopico abbia dimostrato il suo valore nei casi di lesione minore del pancreas, molta incertezza esiste tutt'oggi circa il migliore trattamento chirurgico da riservare ai casi con lesione del dotto pancreatico o con transezione parenchimale, visti i drammatici risultati della chirurgia demolitiva.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

APPLICATION OF THE AAST EGS GRADE FOR ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION TO A MULTI-NATIONAL PATIENT POPULATION

A. Birindelli¹, M. Hernandez², N. Haddad², J. Bruce³, J.J. Buitendang³, W. Bekker³, A. Ras³, V. Kong³, G.L. Laing³, M. Beuran⁴, J. Aho², I. Negoï (4), D.L. Clarke³, S. Di Saverio⁵, M. Zielinski²

¹ Università di Bologna

² Mayo Clinic, Rochester, Mn (USA)

³ Pietermaritzburg Metropolitan Complex, University of KwaZulu Natal, Pietermaritzburg (SUDAFRICA)

⁴ Carol Davila University of Medicine and Pharmacy of Bucharest, Emergency Hospital of Buch, Bucharest (ROMANIA)

⁵ Addenbrookes Hospital, Cambridge (REGNO UNITO)

Introduction: The American Association for the Surgery of Trauma (AAST) grading system for adhesive small bowel obstruction (ASBO) demonstrated validity within the USA. We assessed the ability of the AAST grade to estimate ASBO severity in a diverse global population and correlate with key clinical outcomes.

Methods: Multi-center retrospective review (2012-2016) was performed at four centers: Minnesota USA, Bologna Italy, Pietermaritzburg South Africa, and Bucharest Romania. Adult patients (age ≥ 18) with ASBO were identified. Baseline demographics, physiologic parameters (heart rate, blood pressure, and respiratory rate), laboratory results (lactate, hemoglobin, creatinine, and leukocytosis), operative and imaging details, length of stay, and Clavien-Dindo complications were collected. Grades were assigned by independent reviewers at each participating center using imaging and operative findings. Univariate and multivariable analyses with odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (CIs) were performed.

Results: A total of 789 patients were identified. Median age was 58 [40-75] years, 48% were female, and mean BMI was 26.4 ± 7.1 . Grades included I (n=180, 23%), II (n=443, 56%), III (n=87, 11%), IV (n=79, 10%). Initial management included: Gastrografin challenge (n=287, 36%), nasogastric suction alone (n=332; 42%), laparotomy (n=104, 13%), and laparoscopy (n=66, 9%). Non-operative management success rate was 58% and ASBO resolution decreased with increasing AAST EGS grade, Table. For laparoscopic management, the conversion to laparotomy rate was 4.3%.

Overall mortality and complication rates were 2% and 46% respectively. Overall median [IQR] duration of stay was 6 [4-8] days. There was a 5% temporary abdominal closure rate. Disease severity was most acute in South Africa, with 27% of patients demonstrating grade IV disease compared to Italy (2%), USA (9.6%) and Romania (3.3%). The associations of increasing AAST EGS grade for ASBO is presented in Table. On regression, factors independently associated with increased risk for mortality (all $p < 0.05$) included disease severity (relative to grade I): grade III (OR 4.4 95%CI 1.1-7.3), grade IV (OR 7.4 95%CI 1.7-9.4), post-operative pneumonia (OR 5.6 95%CI 1.4-11.3) and failing non-operative management (OR 2.4 95%CI 1.3-6.7)

Conclusion: Retrospective cohort comparison can be performed using the AAST EGS grade. The AAST ASBO grade describes disease severity in a multi-national population. Increasing disease severity was associated with several clinical outcomes including mortality and complications. Extension of the AAST EGS grade to broader populations is possible. Incorporating the AAST EGS grade will continue to provide improved disease severity classification for prospective analyses of operative and guideline based non-operative management.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS: NOT FOR ALL PATIENTS, NOT FOR ALL SURGEONS, NOT IN ALL CENTRES

A. Birindelli¹, E. Segalin², C. Frattini², S. Gourgiotis³, R. Ten Broek⁴, V. Sallinen⁵, V. Tonini (1), J. Davies³, S. Di Saverio³

¹ Università di Bologna

² Università di Pavia

³ Addenbrookes Hospital, Cambridge (REGNO UNITO)

⁴ Department of Surgery, Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen (PAESI BASSI)

⁵ Department of Abdominal Surgery, Helsinki University Central Hospital, Helsinki (FINLANDIA)

Aim: ASBO is a common cause of emergency surgery and the use of laparoscopy for the treatment of these patients is still under debate and conflicting results have been published, in particular regarding the high risk of iatrogenic bowel injury. In fact, although over the last few years an increasing enthusiasm has been raising in the surgical community about the advantages and potential better outcomes of laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction (ASBO), recently published studies introduced a significant word of caution.

Methods: From 2011 in our centre we have started to systematically approach ASBO in carefully selected patients with a step-by-step standardized laparoscopic procedure, developed and performed by a single operator experienced in emergency laparoscopy, collecting data in a prospective database. Inclusion criteria were: stable patients (without diffuse peritonitis and/or septic shock with suspicion of bowel perforation), CT scan findings consistent with a clear transition point and therefore suspected to have a single obstructing adhesive band. Patients with diffuse SB distention in the absence of a well-defined transition point and suspected to have diffuse matted adhesions (based on their surgical history and radiological findings) should be initially managed conservatively, including Gastrografin challenge.

Results: Up to date, 83 patients were enrolled in the study. The rate of iatrogenic full thickness bowel injury was 4/83 (4.8%); two of these cases were managed with simple repair and the other two required bowel resection and anastomosis. Conversion to open was performed in 3/4 of these cases, whereas in one a repair of the full-thickness injury was completed laparoscopically. All the iatrogenic injuries were detected intraoperatively and none of the reoperations that occurred in this series were due to missed bowel injuries. At 30-days follow up, none reported incisional hernias or SSI or death.

Conclusions: With the described accurate selection of patients, the use of such standardized step-by-step technique and in the presence of dedicated operating surgeons with advanced emergency surgery laparoscopic expertise, such procedure can be safe and feasible with multiple advantages in terms of morbidity and LOS. A careful preoperative selection of those patients who might be best candidates for laparoscopic adhesiolysis is needed; the level of laparoscopic expertise can be also highly variable, and not having advanced surgical expertise in the specific subspeciality of Emergency Laparoscopy ultimately resulting in performing standardized procedures with proper careful and safe step-by-step technique, is highly recommended.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A NEW PRE-OPERATIVE INDEX TO ASSESS FRAILTY IN ELDERLY PATIENT UNDERWENT EMERGENCY SURGICAL PROCEDURES: EMERGENCY SURGERY FRAILTY INDEX (EMSFI)

P. Fransvea¹, G. Massa¹, G. Ricca², J. Casella², E. Adam², G. Liotta², R. Mancuso², G. Costa¹, P. Marini²

¹ *Università degli Studi di Roma La Sapienza*

² *Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*

Introduction: several studies suggest that frailty predisposes elderly to worsening outcome after surgery. Since emergency surgery is associated with higher mortality rates, it is paramount to have an accurate stratification of surgical risk in such patients. The aim of this study is to identify a new pre-operative Frailty Index to assess risk of elderly population underwent acute care surgery.

Material and Methods: for this study the preliminary results of the nationwide multicenter Italian observational study FRAILESEL were considered, involving patients over 65 years of age who require emergency surgical procedures. With the aim of developing an index of fragility in emergency surgery called EmSFI (Emergency Surgery Frailty Index), an accurate study of the most common comorbidities and clinical factors was carried out, evaluating its statistical significance in terms of morbidity and mortality. ROC curve analysis was then performed to test the sensitivity and specificity of our Frailty Index and other pre-operative scores.

Results: EmSFI was calculated on a heterogeneous population of 784 patients. The mean value of this was 3.81 ± 2.29 (range 1 to 12). Analyzing the frequencies of morbidity and mortality compared to the various EMSFI classes, these have increased as the value of the index increases. Both the score of P-POSSUM (Portsmouth - Physiological and Operational Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity) and EMSFI proved to be moderately accurate predictors of mortality (AUC 0.750 and AUC 0.731 respectively). While as regards morbidity, only P-POSSUM proved to be a moderately accurate test (AUC 0.727).

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

MANAGEMENT OF BRACHIAL ARTERY INJURIES: FIVE-YEAR'S' EXPERIENCE AT A SOUTH AFRICAN MAJOR TRAUMA CENTER

P. Fransvea¹, A. Anton², L. Taylor³, Z. Kayser³, G. Costa¹, A. Brescia¹, G. Balducci¹, E. Steyn³

¹ *Università degli Studi di Roma La Sapienza*

² *Medical University of Vienna (AUSTRIA)*

³ *Department of Surgery, Tygerberg Hospital -Trauma Unit University of Stellenbosch, Cape Town (SUDAFRICA)*

Introduction: Vascular injury resulting from trauma is a leading cause of mortality and morbidity worldwide. Exsanguination is perhaps the most significant cause of potentially preventable death after injury, whilst ischemic tissue damage leads to high rates of amputation in a characteristically young and active population. Although relatively uncommon, vascular injuries of the upper extremity are serious and have the potential to significantly impact the outcome of trauma patients. The purpose of this study was to determine the incidence, assess current management strategies, and evaluate the short terms outcome of brachial artery injuries at a South African major trauma center. A second aim was to compare the outcomes of vascular trauma caused by different injury mechanism.

Methods: single center retrospective observational study of patients with traumatic Upper extremity Arterial Injuries at South African Major Trauma Center, between January 2011 and December 2015. All trauma patients > 14 years old who were admitted following injury to an upper extremity arterial blood vessel were included. W

Data on patient demographics, mechanism of injury, Abbreviated Injury Score (AIS) and Injury Severity Score (ISS), admission physiology, patient management and outcome were obtained from an existing trauma registry held by the hospital Trauma Unit. Clinical records, mortality reports and radiographic imaging were used to supplement data collection.

Outcome measures: The primary outcomes measures of the study are: type of surgery (direct repair vs graft), mortality and amputation rate. The comparison of different kinds of treatment will be performed by analyzing the percentage of direct repair and graft repair with regard to the evaluation of success and failure rates. Mortality will be defined as any death occurring within the first 30 days from trauma or during the entire hospital stay if it could be logically linked to the event. Only amputations that were performed during the initial admission will be included. Secondary outcomes are pre-operative imaging assessment, time from Front Room (FR) arrival to Operating Room (OR), total elapsed time, length of hospital stay (LOS) and recorded postoperative functional deficits of the upper extremity. Total elapsed time is defined as the time from the onset of trauma to the time of diagnosis regardless of the treatment. Statistical analyses will be performed using SPSS version 20 (SPSS, Chicago, IL, USA).

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA NEL TRAUMA ADDOMINALE: INDICAZIONI, TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI. L'ESPERIENZA DEL TRAUMA CENTER DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA

A. Birindelli¹, E. Segalin², C. Frattin², A. Piccinin³, V. Tonini¹, A. Affinita⁴, G. Tugnoli⁴, S. Di Saverio⁵

¹ Università di Bologna

² Università di Pavia

³ University of Southern California, Los Angeles (USA)

⁴ Ospedale Maggiore, Bologna

⁵ Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Addenbrooke's Hospital, Cambridge (REGNO UNITO)

Alla luce delle crescenti evidenze scientifiche sui benefici dell'utilizzo della laparoscopia in pazienti traumatizzati, dal 2013 presso il Trauma Center di Bologna si è intrapreso un percorso di progressiva introduzione di questa tecnica nei pazienti traumatizzati emodinamicamente stabili non eleggibili per il trattamento non operatorio (NOM) o con NOM fallito.

Lo scopo del presente studio era quindi di analizzare la casistica operatoria di procedure chirurgiche laparoscopiche per trauma tra il 2013 ed il 2017 per ottenere dei dati in merito alle indicazioni ed ai risultati clinici.

Da Gennaio 2013 a Dicembre 2017 40 pazienti traumatizzati sono stati sottoposti a procedura chirurgica laparoscopica presso il Trauma Center dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Il meccanismo traumatico più frequente era quello chiuso, 28 casi (73%), dei quali 15 relativi a incidenti stradali. Tra i traumi penetranti (11 casi), quello più frequente è da corpo estraneo, segue l'arma bianca e infine l'arma da fuoco. Il timing delle procedure più frequente era quello precoce, identificato nel 55% dei casi (22 pazienti).

Tra le 40 procedure laparoscopiche, 17 sono state diagnostiche e 23 terapeutiche. Tra le diagnostiche, 15 sono risultate positive e 2 negative per lesioni addominali. Delle 15 positive, 13 sono state anche terapeutiche, mentre 2 sono state convertite a laparotomia per la fase terapeutica. Tra le procedure terapeutiche 4 sono state convertite a laparotomia, per un totale di 6 conversioni su 40 procedure (15%), determinando quindi un tasso di riduzione delle laparotomie pari al 85%. I motivi che hanno portato alla conversione laparotomica sono stati in 4 casi la non completa visualizzazione, in un caso l'impossibilità tecnica di eseguire il trattamento per via laparoscopica, in un caso la diagnosi incompleta. I casi convertiti erano tutti traumi chiusi, con un ISS medio di 16 (2 minori, uno moderato, 2 severi ed uno molto severo). Durante le 32 laparoscopie terapeutiche sono state effettuate le seguenti procedure: 13 splenectomie, 5 suture coliche intra-corporee, 2 procedure secondo Hartmann, 3 suture diaframmatiche, due toilette addominali per emoperitoneo, 2 resezioni digiunali, due suture ileali intra-corporea, una sutura vescicale intracorporea, un posizionamento di PEG, una sutura gastrica e una colecistectomia. La degenza media è stata 14 giorni (mediana 8, range 1-87).



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY (LSG), ANALISI DELLE COMPLICANZE MAGGIORI: SEI ANNI DI ESPERIENZA DI UN CENTRO BARIATRICO DI ECCELLENZA

A. Guida, A. Iossa, F. De Angelis, A. Micalizzi, M. Avallone, G. Silecchia

Sapienza Università di Roma – Polo Ospedaliero ICOT

Introduzione: LSG è la procedura bariatrica più eseguita in Italia. Le complicanze perioperatorie “maggiori” più comuni sono: anemizzazione/emoperitoneo e fistola. Lo scopo di questo studio retrospettivo è stato quello di valutare l’incidenza di sanguinamento, fistole e necessità di re-interventi nei pazienti sottoposti a LSG nei primi sei anni di attività di un Bariatric Center of Excellence.

Materiali e metodi: L’analisi del database mantenuto prospetticamente da 2012 al 2017 ha mostrato un totale di 1204 LSG (845 F, 359 M) di cui 560 eseguite nel 2012-2014 (gruppo A) e 644 eseguite nel 2015- 2017 (gruppo B). La suddivisione in due gruppi (primo e secondo triennio di attività) è finalizzata all’analisi degli outcomes in due trienni in cui è sempre stato realizzato un alto volume di procedure. Gli outcomes analizzati sono stati: il sanguinamento perioperatorio (perdita di 2 punti di Hgb; n/%), le fistole (n/%), i re-interventi (n/%), readmission rate (n/%) e la mortalità per reintervento.

Risultati: La percentuale di sanguinamento e fistola perioperatoria sono stati rispettivamente 2.5% (n=30) e 0.74% (n=9). Di questi la maggioranza dei pazienti soffriva di ipertensione (46 e 34% rispettivamente) seguita dal DMT2 (20 e 18%) e da OSAS di grado severo in trattamento con c-pap (13 e 15%). Il readmission rate è stato pari al 0.16% per anemizzazione e 0.66% per le fistole.

L’analisi dei due gruppi ha mostrato i seguenti risultati:

Gruppo A (n=560): sanguinamento 1.96% (n=11); fistola 0.53% (n=3); re-interventi 1.07% (n=6, di cui 4 per sanguinamento e 2 per fistola); readmission rate 0.71% (n=, 2 per sanguinamento e 2 per fistola); mortalità secondaria a re-intervento 0%

Gruppo B (n=644): sanguinamento 2.95% (n=19); fistola 0.93% (n=6); re-interventi 1.09% (n=7; sanguinamento); readmission rate 0.93% (n=6; fistola); mortalità secondaria a reintervento 0%.

La causa più frequente di re-intervento (n=13) è stata l’anemizzazione (4 gruppo A -7 gruppo B) con percentuale di conversione in open pari al-9.1% (1 caso, gruppo A).

Conclusioni: In un centro bariatrico di eccellenza ad alto volume in cui è standardizzata la tecnica della LSG, l’incidenza attesa di sanguinamento perioperatorio e di fistola è oltremodo accettabile, rispettivamente 2.5 e 0.7%, non mostrandosi significative variazioni temporali. Infatti, l’analisi delle complicanze correlate alla crescita di esperienza del centro non ha mostrato differenze significative (2.5% gruppo A-3.9% gruppo B). I risultati indicano, inoltre, che all’aumentare dell’expertise aumentano i re-interventi, per il management laparoscopico del sanguinamento perioperatorio come riflesso di un atteggiamento più interventistico.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

PROGETTO DI NUOVE TECNOLOGIE INGEGNERISTICHE APPLICATE AI DRENAGGI CHIRURGICI

G. Folliero¹, N.P. Belfiore², V. D'Andrea³, F. Frezza³, A. Giofrè¹, S. Mancini¹, A.I. Muttillo¹, V. Parisi³

¹ Ospedale San Filippo Neri, Roma

² Università Roma Tre

³ Università La Sapienza, Roma

Obiettivi: Le nuove frontiere delle tecnologie MEMS applicate alla micro ed alla nano robotica attualmente in corso di sviluppo verranno applicate ai drenaggi del paziente chirurgico; serviranno a monitorare, con criteri oggettivi e metodo scientifico, l'utilizzo dei drenaggi stessi nel paziente chirurgico.

Materiali e metodi: Sarà presentato un possibile sviluppo di prototipo da applicare ai drenaggi (all'esterno del paziente), dovrà riconoscere i diversi liquidi biologici (sangue, bile, feci, siero, pus, liquido gastrico, enterico, pancreatico) e rilevarne la quantità prodotta nel tempo.

Risultati: Il progetto prevede tre fasi di lavoro. La prima attualmente in atto di progettazione. La seconda di realizzazione del prototipo e sperimentazione in vitro e la terza di applicazione su un campione di 100 pazienti operati in elezione e 100 pazienti operati in urgenza.

Conclusioni: L'obiettivo finale di questo studio, nato dalla collaborazione tra facoltà di ingegneria e chirurghi ospedalieri è di concorrere a supportare una indispensabile evoluzione della tecnologia robotica anche nella gestione del malato chirurgico.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

IMPACT OF A LEVEL I TRAUMA CENTER IN MOTORCYCLE-RELATED INJURIES: A SURVIVAL ANALYSIS TO RULE OUT THE EFFECT OF AGE, TYPE AND SEVERITY OF INJURIES ON MORTALITY

S. Granieri, E. Reitano, F. Bindi, S. Cimbanassi, O. Chiara

Trauma Team - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Background: Motorcyclists are often victims of road accidents. The relationship between age, severity of injuries, and mortality following motorcycle trauma is controversial. Some studies underlined how aged patients have worst survival outcomes and more severe injuries than younger patients but there isn't accordance in literature.

Methods: The aim of the study was to evaluate the correlation between the severity of injuries stratified by anatomical districts and mortality rate of patients undergoing motorcycle crash trauma managed at a level I Trauma Center. The sample has been divided into three age groups: ≤ 17 years, 18-54 years and ≥ 55 years and a comparison among them was performed to highlight eventual differences.

Data were recorded prospectively in the Niguarda Trauma Center Registry from 2002 to 2016. Clinical and trauma related information were taken in to account. Continuous variables were compared using analysis of variance (ANOVA), whereas categorical variables were compared using Fisher's exact Test. Survival analysis was performed using Kaplan-Meier method and univariate Cox Regression was performed to provide hazard ratios for individual variables. Main outcome measures included: Injury Severity Score (ISS) ≥ 25 , injuries with Abbreviated Injury Scale (AIS) ≥ 3 and overall mortality rate. A Cox proportional hazards model was constructed to identify independent predictors of death in each age group.

Results: One thousand seven hundred twenty-five patients were included in the study. A lower survival rate was detected in patients older than 55 years (83.6% vs 94.7% for patients younger than 55 years; $p = 0.049$). This finding was much more relevant if considering the subgroup of patients scoring an ISS ≥ 25 (61% > 55 years old vs 83% 18-54 years old vs 82.7% ≤ 17 years old; $p < 0.001$).

Multivariate analysis identified Injury Severity Score (ISS; $p = 0,032$), Revised Trauma Score (RTS; $p = 0,026$) and Probability of Survival (PS; $p = <0.001$) estimated using the Trauma and Injury Severity Score (TRISS) as independent predictors of death. By considering only injuries with an Abbreviated Injury Scale (AIS score) ≥ 3 , head, chest, abdominal and pelvic injuries were identified as independent risk factors of mortality for the group aged 18-54 years; head injuries represented the only independent predictors of death for patients older than ≥ 55 years. No specific injury has been highlighted as independent risk factor related to mortality on multivariate analysis for patients aged ≤ 17 years.

Conclusions: We detected different mortality rates in the three age groups. Injuries in specific anatomical districts influenced differently mortality according to age. Patients managed at a level I trauma center had a survival advantage when compared with the survival probability estimated using Trauma ad Injury Severity Score (TRISS).



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30
TRAUMA 2

SALA P

PIANO OSPEDALIERO ANTITERRORISMO E PEMAFA

E. Cavina

Università degli Studi di Pisa

Obiettivi: verificare se rispetto alle indicazioni espresse 1998, 2003 le condizioni attuali ed esperienze acquisite evidenziano necessità di modifiche e di aggiornamento.

Materiale e metodo: la base è il Testo di Monografia pagg. 90, edita Minerva Medica 2003 Piano Ospedaliero Antiterrorismo Guida per gli Operatori Sanitari di Cavina E. e Zocco G., insieme a capitoli specifici Piano Disastri in Relazione Biennale SIC 1998 di Cavina E.

Analisi comparativa dalle esperienze riportate in Letteratura sino 2018.

Risultati: le indicazioni specifiche per antiterrorismo e PEMAFA pur in presenza della evoluzione tecnologica degli Ospedali appaiono verosimilmente valide ancor oggi. Il focus è su soluzioni semplici con programmazioni calate nelle singole realtà ospedaliere per ospedali piccoli, medi, grandi, plurimi in territorio e grandi città, basate sull'impegno organizzativo delle singole Unità Ospedaliere per Specialità e condizioni territoriali, supportate da obbligatorietà sul territorio Nazionale e Regionale ed analogamente obbligo di esercitazioni periodiche per lo meno annuali, anche in considerazione per il terrorismo di tipologie varie Biologiche, Chimiche, Nucleari, Trauma. La specificità antiterrorismo presenta necessità di puntualizzazioni differenziate in PEMAFA.

Conclusioni: necessità di obbligo per tutti gli Ospedali, esercitazioni di Ospedale e territorio, verifiche di legge.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 11:00-13:30

TRAUMA 2

SALA P

SURGICAL TOURISM IN SOUTH AFRICA: A GLOBAL NATIONAL OVERVIEW AND AN EVALUATION OF THE TRAINING SYSTEM FROM AN EXTERNAL PERSPECTIVE

P. Fransvea¹, G. Mantica², G. Costa¹, A. Brescia¹, G. Balducci¹, E. Steyn³

¹ Facoltà di Medicina e Psicologia Sapienza, Roma

² Dipartimento di Urologia, Ospedale Policlinico San Martino Università di Genova

³ Department of Surgery-Tygerberg Hospital, Trauma Unit-University of Stellenbosch, Cape Town (SUDAFRICA)

Introduction: The quality of the surgical registrar's training is extremely important both for the registrars and for the country which is training them. Recently this topic it has becoming of interest not only in the first world 1-2, but even in South Africa itself 3-4. Furthermore, due the progressive process of globalization, becomes even more important for every country to guarantee to their future specialists a surgical training which can allow them to work properly as fellows or consultants both in their country of origin and abroad. South African surgical training has historically been considered world's top class. Thousands of supernumerary registrars 5 and fellows from overseas have come to South Africa to be trained in general, emergency and specialistic surgery over the last decades. The aim of the study is to evaluate from an external impartial point of view, the current state of the surgical training in South Africa, the experience of elective supernumerary registrars and fellows (ESRF) in the south African training system and how it's possible to improve them.

Materials and method: A 29 items survey was edited by two European residents (G.M. and P.F.) who have been elective supernumerary registrars in different south African departments during the academic year 2017-2018. The survey was designed in accordance with Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES) guidelines 8, uploaded on SurveyMonkey, and was distributed via e-mail and social media (Researchgate, Facebook, Messenger) to others non-south African who have been elective supernumerary registrars/fellows (ESRF) for at least 1 month over the last 5 years.

Result: Sixty-four ESRF answered to the survey. Most of the ESRF come from Europe (84,4%), Sixty-two percent of ESRF come to be trained in a Trauma center, even if only the 23,4% of them is trained in a Trauma unit in their countries. The motivation given by the ESRF for choosing an elective period in South Africa were various: 43,75% were advised by colleagues previously trained there, 25% joined an University exchange program, 20,3% wanted to learn about trauma, critical care and open surgery.

Conclusion: ESRF are a steady component in many surgical department coming to South Africa to get trained mostly in the management of trauma and surgical emergencies as well as to have more overall exposure as first operator. South African system still shows to be first class in terms of surgical and clinical exposure as well as in the teaching. However it shows lacks in the minimally invasive surgery training and research. Exchange programs between south African and developed countries institutes should be improved with the benefit of both.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

EXTRAPERITONEAL PELVIC PACKING (EPP) PERFORMED IN EMERGENCY ROOM: IS IT A SAFE PROCEDURE FROM AN INFECTIOUS POINT OF VIEW?

E. Reitano¹, S. Granieri¹, S. Cimbanassi², F. Sammartano², O. Chiara²

¹ *Università degli Studi di Milano*

² *Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano*

Background: The Extra-Peritoneal Pelvic Packing (EPP) is a procedure used in emergency conditions to control pelvic hemorrhage. This procedure can be performed in Emergency Room (ER) if the patient is too unstable to be transported to the operating theatre.

Methods: All patients who had undergone EPP in the Emergency Room from 2009 to 2016 were selected from Niguarda trauma registry. Clinical characteristics such as demographic data, Injury Severity Score (ISS), Abdominal Organ Injury Scale (OIS), rate of pelvic infections, survival probability estimated using Trauma Injury Severity Score (TRISS score) and patient's death were recorded. All extra pelvic injuries with at least one Abbreviated Injury Scale (AIS) >3 were taken in to account. The sample has been divided in to three groups according to Tile classification of pelvic fracture and the correlation between the development of EPP related infections and type of pelvic fracture was evaluated.

EPP was removed in all patients in the operating theatre after obtaining hemodynamic stabilization within 24-48 hours and surgical pads were sent to the laboratory for microbiological analysis. To our knowledge there are no other studies evaluating the infectious complications of extraperitoneal pelvic packing performed in emergency room.

Results: Thirty-six patients underwent EPP in emergency room. Only 2 patients developed pelvic infections (7.2%) and both had Tile C fractures. No significant correlation between the type of pelvic fracture and the incidence of pelvic infection has been demonstrated ($p = 0.703$). The development of pelvic infections didn't delay the subsequent clinical management of the patients and the timing of definitive pelvic fracture fixation was respected.

Conclusions: The EPP is a safe procedure and it is not associated with a higher rate of infections, even if performed out of operating theatre. The risk of infection is reduced when the pads are removed, or reassessed with new pads as soon as possible, if persistent bleeding with hemodynamic instability.

The correct management of this patients doesn't delay the subsequent clinical management such as the timing of definitive pelvic fracture fixation. Finally EPP is the method of choice in patients with hemodynamic instability and pelvic bleeding because faster and safer than other procedures with lower infectious risk.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

THE LAPAROSCOPIC APPROACH IN ABDOMINAL EMERGENCIES IN ELDERLY PATIENTS: A SINGLE-CENTRE PROSPECTIVE OBSERVATIONAL EXPERIENCE

E. Finotti, G. Savino, L.A. Verza, A. Roveran, A. Azabdaftari, D. Prando, F. Agresta

ULSS 5 Polesana, Adria

Laparoscopy has rapidly emerged as the preferred surgical approach to a number of different diseases because it allows for a correct diagnosis and proper treatment. In abdominal emergencies, both components of treatment — exploration and surgery — can be accomplished via laparoscopy. As worldwide, in our country we are facing an aging of the entire population and, as a direct consequence, the rate of emergency surgery in elderly patients is increasing. Elderly surgical patients suffer from “Frailty Syndrome”. Aim of the present work is to illustrate the prospective results of a cohort study experience of laparoscopic surgery for abdominal emergencies in elderly carried out at our institution.

From 19/07/2016 and 30/09/2017 a total of 256 patients (mean age 62 years, range 6 - 98) underwent emergent and/or urgent surgery, of whom 200 (78.1%) patients for abdominal pathologies. 120/200 (60%) were older than 65 years, of whom 77 (64%) more than 75yy. In the old patients (more than 65yy old), the laparoscopic approach was chosen in 94 cases (78.3%) (small bowel obstruction 18; biliary disease 44; pelvic disease 10; colonic disease 22). The laparoscopic approach was always chosen if there were no general contraindications to it and the possibility to safely establish a pneumoperitoneum. Peritonitis was never deemed a contraindication to laparoscopy.

The conversion rate was 18% (17 cases) and was mainly due to the presence of dense intra-abdominal adhesions. Major complications ranged as high as 12.5% (15 cases) with a postoperative mortality of 6.6% (8 cases). A definitive diagnosis and a successful laparoscopic treatment was accomplished in all the cases.

Even if limited by its design (cohort study), the present prospective experience shows that the laparoscopic approach to abdominal emergencies is safe and effective in elderly patients, has a higher diagnostic yield and allows for lesser trauma and a more rapid postoperative recovery. Such features make laparoscopy a challenging alternative to open surgery in the management algorithm for abdominal emergencies in elderly patents too. It allow us to confirm that age by itself doesn't define a patient frail, but it is just a parameter to take in consideration as all the others.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

LA SINDROME DA BURNOUT NEL MEDICO SPECIALIZZANDO DI CHIRURGIA

M. Serenari, A. Cucchetti, P.M. Russo, K. Mattarozzi, G. Fallani, V. Colonnello, M. Cescon, A. Pinna, G. Poggioli

Università di Bologna

Obiettivi: La sindrome da burnout tra i medici costituisce una grande preoccupazione nel sistema sanitario. Tra di essi, la categoria dei chirurghi è stata descritta come ad elevato rischio di burnout per l'elevato carico di lavoro e stress a cui sono sottoposti quotidianamente. L'obiettivo di questo studio è stato valutare le condizioni del medico specializzando chirurgo (MSC) rispetto al medico specializzando non chirurgo (MSNC), misurando la prevalenza del burnout ed identificando potenziali fattori di rischio in grado di influenzarne sviluppo e prevenzione.

Materiali e metodi: È stato inviato un questionario anonimo a tutti i medici specializzandi iscritti presso l'Università di Bologna nell'anno accademico 2016/2017. I medici specializzandi hanno risposto ad alcune domande riguardanti le loro condizioni lavorative e ad altre domande relative a 3 test: 1) il "Maslach Burnout Inventory", per misurare il grado di burnout nelle sue tre componenti principali ossia Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Realizzazione Personale (RP); 2) la "Zung Self-Rating Depression scale"; 3) la "Psychosomatic Problems scale". Il burnout è stato definito in caso di score elevati nella sottoscala EE o DP.

Risultati: Seicentoseventanove medici specializzandi sono stati contattati e 190 (28%) hanno risposto al questionario inviato. Globalmente la prevalenza del burnout è stata del 73% nel gruppo chirurgico e 56.3% nel gruppo non chirurgico. In particolare, il MSC ha riportato più alti livelli di EE o DP rispetto al MSNC. Non sono state osservate differenze in termini di di RP, depressione o problemi somatici. Una correlazione positiva tra EE e le relazioni con i propri colleghi specializzandi o con i propri tutors, è stata riscontrata solamente nel gruppo chirurgico.

Conclusioni: Questo studio ha dimostrato la presenza di un elevato tasso di burnout tra i medici specializzandi e ancora di più in coloro iscritti ad una specialità chirurgica. Un buon rapporto tra colleghi e una formazione lavorativa soddisfacente sembrano essere fattori fondamentali per ridurre lo stress lavorativo tra i medici specializzandi di chirurgia.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

IATROGENIC LESION OF ABERRANT OBTURATOR ARTERY DURING A FEMORAL HERNIA REPAIR

G.M. De Luca¹, L. Franzoso¹, S. Giungato², A. De Luca², A. Tromba¹, P. Alessandro¹, A. Azmi¹, A. Maschio¹, A. Pasculli³, F.L. De Luca³, D. Murrone⁴, D. Lamacchia¹, P. Palazzo¹, M. Vecchio¹, L. Palazzo¹, R.M. Iernia³, F. Vittore³, A. Gurrado³, M. Testini³, F. Serinelli¹

¹ Department of General Surgery, Dario Camberlingo Hospital, Francavilla Fontana

² Department of general surgery, Presidio Ospedaliero Occidentale, Castellaneta

³ Department of Endocrine Digestive and Emergency Surgery, Bari Policlinico, Bari

⁴ Department of Neurosurgery, Di Venere Hospital, Bari Carbonara

Aim: De Garengeot hernia is rare. Although previous reports have suggested various surgical approach according to patient condition, comorbidities, surgeon preference, hospital innovations' possibility, and clinical findings during surgery, a treatment strategy has not been established.

Materials and methods: A 75-year-old female was admitted in emergency at our Surgical Department for strangulated femoral hernia within the hernia sac a partly necrotic vermiform appendix. The patient successfully underwent an open appendectomy and repair of femoral hernia with self-fixating mesh (Bard Adhesix). During this procedure a iatrogenic lesion of a right aberrant obturator artery has done and immediately controlled through the same open incision. The post-operative period was uneventfull, with no further issues at follow up. Histopathological examination confirmed the diagnosis of flegmonosous and haemorrhagic vermiform appendix.

Results: We suggest that the approach through the transverse subinguinal Nyhus's incision in both appendectomy and herniorrhaphy in cases of De Garengeot hernia furthermore with likely presence of anatomic anomalies. De Garengeot hernia is often only made intra-operatively due to its irregular clinical presentation and it must be differentiated from: Amyand hernia, Littre hernia and Maydl hernia.

Conclusions: This is a rare case of dual pathology with also an aberrant artery anomalous anatomic condition found in less of 30 % of cases.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

GESTIONE DI UN EMATOMA RETROPERITONEALE DA LESIONE DELLA VENA CAVA INFERIORE IN UN TRAUMA PENETRANTE: CASE REPORT

M. Santarelli, D. Visconti, E. Doria, P. Depaolis

Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione: Le lesioni cavali da trauma costituiscono un'entità rara e sono associate ad elevata mortalità, anche se gestite in trauma center di I livello. Il corretto management chirurgico non è chiaramente definito ed è tutt'ora oggetto di dibattito nella letteratura internazionale.

Obiettivi: L'obiettivo di questo lavoro è descrivere il management chirurgico di una lesione della vena cava sottorenale da trauma penetrante in un paziente ricoverato presso il centro traumatologico di riferimento del Piemonte (CTO di Torino).

Materiali e metodi: Un paziente di 31 anni vittima di duplice ferita d'arma da fuoco è stato trasportato dal 118 al DEA Grandi Traumi. Allo scopo di definire l'entità e la sede delle possibili lesioni peritoneali, retroperitoneali e vertebrali, in un quadro di stabilità emodinamica, il paziente è stato sottoposto a TC dell'addome con mdc, che ha evidenziato, in assenza di sanguinamenti attivi, un voluminoso ematoma retroperitoneale laterale destro (20x13x4cm) con estensione mediana (zone 2 ed 1) ed una frattura pluriframmentaria da scoppio di L3 con frammenti in sede endocanalare.

Risultati: Nel corso dell'intervento si è proceduto a sutura diretta di lesione della flessura colica destra e controllo emostatico di lesione del polo renale inferiore destro. L'esplorazione dell'ematoma retroperitoneale ha evidenziato un'lesione trapassante della vena cava sottorenale, che, previo controllo vascolare e venotomia longitudinale estesa, è stata riparata su entrambi i versanti con sutura diretta.

Conclusioni: La presenza di un ematoma retroperitoneale in zona 2 ed 1 a seguito di un trauma penetrante impone un'esplorazione chirurgica, data la frequente concomitanza di lesioni vascolari maggiori e lesioni viscerali associate. In pazienti emodinamicamente stabili il riscontro di lesioni del tratto sottorenale della vena cava può beneficiare di una sutura diretta, previo controllo vascolare prossimale e distale piuttosto che una sostituzione protesica che risulta gravata da alti tassi di trombosi.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING CAUSED BY GESTATIONAL CHORIOCARCINOMA: A CASE REPORT

C. Perali, M. Marconi, L. Del Prete, V. Pacilè, S. Zaccone

Università degli Studi di Milano

Introduction: Choriocarcinoma is a rare presentation of gestational trophoblastic neoplasia, less than 1% of female reproductive system cancers.

Usually, gestational trophoblastic neoplasms are preceded by a normal pregnancy or abortion, but sometimes no previous gestation is found.

Methods: We report the case of a 26-year-old woman, admitted in our Emergency Department with intestinal bleeding of unknown origin, no past history. A pregnancy test was ruled out and resulted positive. The patient underwent gastric and colorectal endoscopy, that didn't identify the origin of the bleeding. After ruling out the absence of pregnancy with TV-Ultrasound, despite elevation of beta-HCG levels in blood, a CT-scan was performed: a pulmonary lesion of the right low lobe was found. Capsule endoscopy was executed and showed multiple clustered lesions in the small bowel. After that, with balloon enteroscopy, the lesions were marked, and a laparoscopic ileal resection was performed.

Results: The histological findings, oriented to the diagnosis of metastatic lesion of gestational choriocarcinoma, without primitive neoplasm. The patient was referred to a high-volume gynecological center, where she started chemotherapy. She had good response with decreasing of beta-HCG serum levels.

Conclusions: Elevation of beta-HCG levels in blood after gestational event, presence of lesions of unknown origin and no pregnancy may suggest the diagnosis of gestational choriocarcinoma. High suspicion level is suggested in case of gastrointestinal bleeding, when the most common causes have been ruled out.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

ACUTE APPENDICITIS IN THE ELDERLY: A CRITICAL APPRAISAL OF CLINICAL PRESENTATION AND POST-OPERATIVE OUTCOMES FROM A LARGE PROSPECTIVE MULTICENTER DATABASE (FRAILESEL)

G. Poillucci¹, L. Mortola², M. Podda³, P. Dalla Caneva², G. Massa¹, G. Costa¹, N. Cillara⁵

¹ Department of Surgery, Policlinico Universitario Umberto I, Roma

² Department of Surgery, Monserrato

³ Department of Surgery, General, Emergency and Robotic Surgical Unit, San Francesco Hospital, Nuoro

⁴ Surgical and Medical Department of Translational Medicine, Sant'Andrea Teaching Hospital, Roma

⁵ Department of Surgery, Santissima Trinità Hospital, Cagliari

Background: Acute appendicitis is the most common surgical diagnosis in young patients, with lifetime prevalence of about 7%. However, the increasing number of elderly persons has been accompanied by an increase in the number of cases of Acute Appendicitis (AA) in the elderly. 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 aims of this study were to describe the clinical aspects and the post-operative outcomes of elderly patients (aged > 65 years) submitted to emergency appendectomy, and identify predictors of mortality and increased morbidity in this cohort of patients.

Materials and methods: The large multicenter prospective database from the FRAILESEL study was analysed and data of patients aged > 65 years affected by AA were extracted. Demographic variables, such as sex and age were evaluated, as well as the type of surgical operation performed (lap/open), the rate of complicated AA, the length of hospitalization, the mortality and morbidity rates. Moreover, in order to evaluate potential predictors of morbidity, the P-Possum score was calculated on admission for each patient.

Results: A total of 101 elderly patients, treated with appendectomy for AA between January 2017 and December 2017 were included in the study. The mean age was 74.5 (DS \pm 7.23) and 70.3% (n=71) were male. A total of 55 laparoscopic appendectomy were performed (54.5%). Complicated appendicitis accounted for 39.4% (n=41), with a higher incidence of complicated forms compared to studies evaluating the incidence of appendicular perforations and abscesses in the general population (15-25%). Average hospitalization was 7.2 days (DS \pm 5.51). The overall mortality rate was 1% (n=1). Complications developed in 18.8% of patients (n=19), showing a higher incidence compared to studies enrolling patients < 65 years old (7-13%). Areas under the curve calculated by ROC curve analysis for P-POSSUM were 0.588 (95% CI 0.430-0.746). Specificity and sensitivity of the P-POSSUM Score were 55.6% and 53.7%, respectively. Areas under the curve calculated by ROC curve analysis for P-POSSUM Score and its specificity and sensitivity are not significant dividing patients into three categories: young old (65-75 years), old old (75-85 years) and oldest old (>85 years).

Conclusions: Elderly patients (> 65 years) with AA presented more commonly than non-elderly population with a complicated disease. Complications following appendectomy had a higher incidence in this group of patients when compared to other reports in the literature. Our data suggest that P-POSSUM score is not accurate to predict post-operative complications in elderly patients affected by AA.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

FEASIBILITY AND SAFETY OF LAPAROSCOPIC EMERGENCY SURGERY IN THE ELDERLY

P. Fransvea¹, G. Massa¹, B. Frezza¹, G. Costa¹, F. Agresta², E. Finotti³, F. Rondelli⁴, L. Cobuccio⁵, P. Marini⁶, G. Balducci¹

¹ *Facoltà di Medicina e Psicologia Sapienza, Roma*

² *UO Chirurgia Generale Ospedale Santa Maria Regina degli Angeli Adria (RO) Azienda ULSS19 del Veneto di Adria*

³ *ULSS 5 POLESANA, Adria*

⁴ *Ospedale di Foligno*

⁵ *Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa*

⁶ *UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*

Introduction: Life expectancies are increasing and consequently there is an increasing elderly population with more complex co-morbidity. Emergency surgery in the elderly is challenging in terms of decision making, managing co-morbidity and post-operative rehabilitation with high morbidity and mortality rate. New physiopathology acknowledgement, improved surgical and anesthetic skills allowed the surgeon to achieve better results in treating these high risk patients. The aim of the present study is to evaluate the feasibility and safety of laparoscopic approach in the elderly population needing emergency surgical procedure.

Materials and methods: Preliminary data of the Italian nationwide, multicenter prospective FRAILESEL study were analysed (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02825082). This analysis was performed with data collected by all members of the ERASO collaborative study group, from December 2016 to November 30, 2017. Variability considered for analysis were age, sex, pre-operative comorbidities and patient fragility, type of procedure performed, timing, morbidity and mortality rate.

Results: A total of 1549 emergency procedure were included in the database during the study period. Of these, 497 were performed laparoscopically. The conversion rate was of 14.9 %. The most common diagnosis was cholecystitis (52.8%) and colorectal diseases (23.6%). The overall morbidity rate was of 33.2% cases. Laparoscopy group morbidity rate was of 20.3% while for Lap-Converted and Open-Planned was of 47.3% and 38.1% respectively ($p=0.118$; ns). The overall mortality rate was of 10 % cases. Laparoscopy group mortality rate was of 1.9%, while for the Lap-Converted and Open-Planned was of 17.6% and 12.7% ($p=0.235$; ns).

Conclusion: From a preliminary assessment of the data, it emerged that Laparoscopic approach even in geriatric patients decrease global complications and mortality rates, so it is feasible and safe and should be increased due to more improved outcomes.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

SLEEVE GASTRECTOMY COMBINED WITH NISSEN FUNDOPLICATION AS A SINGLE SURGICAL PROCEDURE; IS IT REALLY SAFE?

F. Aquilino, G. Martines, N. Musa, O. Caputi Iambrenghi, P. Capuano

Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

Objective: In the last years bariatric surgery has become widespread. Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG), despite being a simple surgical procedure, must be considered major surgery considering the complication that this treatment may cause. Gastroesophageal reflux disease (GERD) should not be considered a contraindication to LSG, otherwise LSG is contraindicated in patients with confirmed Barrett's esophagus and a larger than 5 cm hiatal hernia.

In patients with hiatal hernia undergoing LSG, a laparoscopic hiatoplasty should be performed in order to improve the symptoms. Instead in patients suffering from morbid obesity, with evident clinical and instrumental signs of GERD, Gastric Bypass is the best bariatric surgical procedure. The surgical complication post-LSG are widely known; long term complications are gastroesophageal reflux, Barrett's esophagus, stenosis or dilatation of the sleeve, gastric hypomotility, phytobezoar formation (5-12%) and rarely gastric ischemic necrosis. Few cases of LSG combined with antireflux procedures are reported in literature.

Materials and methods: We report the case of a 33 years old male patient who, in November 2017, underwent LSG and Nissen's fundoplication for morbid obesity (BMI 42.45 kg/m²), Hiatal hernia and GERD. In April 2018 the patient was urgently admitted to our O.U. for acute abdominal pain, dysphagia, alimentary vomiting and sepsis. Blood tests revealed neutrophilic leukocytosis, high CRP, and mild anemia. We performed EGDS that revealed a severe necrotic-ulcerative gastritis and cardias stenosis. At the CT scan we found pneumoperitoneum, abdominal fluid accumulation and left subdiaphragmatic abscess (about 5 cm). The patient underwent emergency remnant gastrectomy with Roux-en-Y esophagojejunostomy because of gastric ischemic perforation. The macroscopic examination of the surgical specimen revealed a phytobezoar within the gastric plication and a consequent sleeve hypo-perfusion, ischemic necrosis and perforation.

Results: Gastric necrosis is rarely described among both short-term and long-term complication post LSG. It could be caused either by iatrogenic devascularization or by endoluminal decubitus of phytobezoars which are more frequent because post-gastrectomy hypomotility and hypochlorhydria. LSG combined with inadequately calibrated Nissen fundoplication resulted in an ischemic necrosis that required a total gastrectomy.

Conclusions: LSG with fundoplication has been proposed as a single surgical procedure in order to extend the indication to obese patients with GERD. In our opinion the association of the two surgical treatment may increase the risk of long-term complications such as gastro-esophageal stenosis or ischemic necrosis. We believe that, in absence of randomized trials, according to guidelines, gastric bypass should be preferred in obese patients with gastroesophageal reflux symptoms or hiatal hernia.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

ROTTURA SPONTANEA DI ANEURISMA ISOLATO DELL'ARTERIA COLICA SINISTRA: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

M. Bertoli¹, S. Costa¹, M. Prati¹, E. Cassinotti¹, L. Baldari¹, M. Madonini¹, M. De Francesco¹, L. Boni^{1,2}

¹ Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

² Università degli Studi di Milano

Obiettivi: In questo lavoro riportiamo un caso di rottura di aneurisma dell'arteria colica sinistra e la revisione della letteratura di questa rara patologia.

Materiali e metodi: Donna di 46 anni con recente riattivazione di Lupus eritematoso sistemico (LES) a interessamento renale, trattato con steroide ad alte dosi, inviata da altra struttura presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano per addominalgia da una settimana, anemizzazione severa e alterazione della coagulazione (Hb 5.5 g/dL, INR 5) in buon compenso cardiocircolatorio.

In anamnesi patologica remota riportava S. di Evans, s. da anticorpi antifosfolipidi, trombosi della vena poplitea in gravidanza, mutazione omozigote di omocisteina ed eterozigote del fattore V di Leiden, ipertensione arteriosa. In terapia domiciliare con Warfarin, Idroxiclorochina, Deltacortene, Ramipril e Micofenolato.

Si somministrava Vit. K, si trasfondevano 2 unità di emazie concentrate (EC), plasma fresco congelato (PFC) e veniva eseguita TC addome con mdc con riscontro di emoperitoneo e segni di sanguinamento attivo dalla arteria colica sinistra. Durante la procedura comparsa di shock ipovolemico (PA 75/50).

Risultati: La paziente veniva quindi sottoposta a laparotomia esplorativa in urgenza con riscontro di emoperitoneo ed ematoma della radice del mesocolon da rottura di aneurisma dell'arteria colica sinistra che veniva legata con controllo del sanguinamento. In previsione di second look si applicava trattamento addominale aperto con Bogotà bag. In corso di intervento venivano trasfuse 10 EC e 2500 ml PFC. In I giornata post operatoria (gpo) veniva eseguita AngioTC che mostrava riduzione dell'ematoma e assenza di sanguinamento attivo. In II gpo, per sindrome addominale compartimentale, veniva rinnovato il trattamento aperto e posizionato un sistema a pressione negativa + rete. Dopo 4 revisioni l'addome veniva chiuso definitivamente in X gpo. Il decorso si è svolto regolarmente e concluso in XXVII gpo dopo ricovero in medicina per valutazione della patologia di base ed esecuzione di imaging vascolare che escludeva ulteriori anomalie.

Conclusioni: La presenza di aneurismi viscerali è rara (2-5%), in particolare se isolati, ma potenzialmente letale. In letteratura il tasso di mortalità in seguito ad intervento chirurgico per aneurismi addominali è del 30-50% con rischio di sviluppo di sindrome addominale compartimentale del 50%. Se sottoposti a trattamento addominale aperto il tasso di mortalità è doppio. Sono riportati solo 7 casi di rottura di un aneurisma di una branca dell'arteria mesenterica inferiore, nessuno di questi era affetto da LES. Due sono stati sottoposti ad embolizzazione angiografica, gli altri ad intervento chirurgico; nessun paziente è deceduto. In caso di dolore addominale violento e improvviso, specialmente in un paziente affetto da LES e altre patologie protrombotiche, è importante sospettare una patologia aneurismatica e agire in modo da ottimizzare il trattamento.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

TRAUMA ADDOMINALE CON AVULSIONE DEI VASI MESENTERICI, DECISION MAKING E OPZIONI TERAPEUTICHE

M. Vitale, M. Mannino, E. Schembari, E. Mattone, G. Menconi, M. Teodoro, S. Latteri, G. La Greca

AO Cannizzaro, Catania

Introduzione: L'avulsione dei vasi mesenterici in seguito a traumi chiusi dell'addome è una evenienza rara con sintomi di presentazione vaghi ed alta morbilità e mortalità. I meccanismi maggiormente coinvolti sono legati ad accelerazione, seguita da brusche decelerazioni e da meccanismi di crushing, spesso legati all'uso di cinture di sicurezza e, per quanto riguarda i ciclomotori, l'impatto con il manubrio dello sterzo. Non esiste un consensus sulla gestione del paziente affetto da tale patologia, motivo per cui descriviamo la gestione chirurgica del nostro paziente e delle sue complicanze nell'ambito dell'urgenza-emergenza.

Obiettivo: In mancanza di linee guida chiare presentiamo il nostro management del paziente tenendo in considerazione le opinioni chirurgiche e il decision making in sala operatoria.

Materiali e metodo: Riportiamo il caso di un giovane uomo di 20 anni operato in urgenza dopo incidente stradale autonomo con riscontro di emoperitoneo alla TC, inizialmente refertato come rottura splenica. In sala operatoria viene osservata una completa avulsione della vena mesenterica superiore e parziale dell'arteria mesenterica superiore per cui viene effettuata un'ampia resezione ileale. Successivamente il paziente va incontro a disidratazione e ad una tardiva deiscenza anastomotica, motivo per il quale viene rioperato.

Procediamo quindi alla consultazione della letteratura scientifica al riguardo.

Conclusioni: È stata effettuata una ricerca della letteratura che dimostra la rarità dell'evento e la mancanza di direttive chiare al riguardo. Le lesioni vascolari isolate a seguito di traumi chiusi o penetranti dell'addome, hanno un'incidenza che va dall'1 al 3%. Abbiamo preso in considerazione le classificazioni esistenti (Criteri di Fullen) dei traumi vascolari isolati in rapporto a morbilità e mortalità, e l'esistenza di punti critici riguardanti le anastomosi vascolari anatomiche che possano inficiare la riuscita di un intervento già di per sé ad alto rischio.

Attualmente non esistono linee guida per il trattamento dell'avulsione dei vasi mesenterici. Sono state analizzate tutte le possibilità di trattamento descritte.

Avendo alta morbilità e mortalità, l'avulsione dei vasi mesenterici è una eventualità da ipotizzare e tenere in dovuta considerazione in tutti i casi di trauma chiuso addominale che necessita di essere tempestivamente trattata.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

PANCREATITE ACUTA GRAVE IN PAZIENTE CON LEUCEMIA LINFATICA ACUTA (LLA) IN TRATTAMENTO CON L-ASPARAGIANASI: TRATTAMENTO CHIRURGICO APERTO

G. Serrao, V. Bellato, F. Lancellotti, S. Cerasari, S. Cicconi, R. Caronna, P. Chirletti

Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: La LLA rappresenta il tumore ematologico più frequente in età pediatrica. La L-Asparaginasi ha notevolmente incrementato la guarigione nei bambini con LLA ed è diventata una componente essenziale del trattamento polichemioterapico di questa neoplasia. Numerosi però sono i casi di eventi avversi legati alla somministrazione di questo farmaco. La Pancreatite Acuta (PA) costituisce, in questi pazienti, una complicanza grave e spesso mortale (5% dei casi). L'incidenza di questa complicanza, in letteratura, è stimata tra il 6,7% e il 18% e rappresenta la principale causa di interruzione precoce del trattamento farmacologico e di mancata guarigione della LLA. La fisiopatologia della PA associata all' L-Asparaginasi, rimane ad oggi non del tutto chiarita. L'obiettivo degli Autori è quello di dimostrare che nei casi di PA grave da L-Asparaginasi in pazienti con LLA il trattamento chirurgico aperto reiterato, associato a Terapia Intensiva ed Emofiltrazione Continua, rappresenta una soluzione terapeutica capace di fornire garanzie di successo.

Metodi: Si presenta il caso di una ragazza di 13 anni affetta da LLA che ha sviluppato una PA grave (Ranson 6, Apache 2 score > 19; Epic score 6) indotta da L-Asparaginasi, al terzo ciclo di polichemioterapia. La scelta di eseguire il trattamento chirurgico aperto è stata motivata dalla comparsa di una insufficienza multiorgano (MOF) refrattaria a qualsiasi trattamento conservativo che come è noto riconosce, come principale espressione, la messa in circolo di una enorme concentrazione di Citokine e lo sviluppo di una Sindrome Compartimentale Addominale (PIA > 35 mmHg).

Risultati: Il trattamento chirurgico con apertura degli spazi retroperitoneali, con l'exeresi delle aree di necrosi retroperitoneali e pancreatiche, ed in questo caso particolare con associata colectomia subtotale per perforazione ischemica del colon trasverso e colecistectomia, associata a lavaggio peritoneale continuo, con ricovero in Terapia Intensiva ed Emofiltrazione Continua, si è dimostrato utile e decisivo per la risoluzione del quadro clinico che, come è noto, nei casi di PA grave, con insorgenza di MOF e sviluppo di SCA è gravato da una mortalità del 60% dei casi.

Conclusioni: Il trattamento chirurgico aperto associato a Terapia intensiva ed Emofiltrazione Continua e Lavaggio Peritoneale devono rappresentare una opzione terapeutica da prendere in considerazione nei casi gravi di PA, nei pazienti con LLA, specie se insorti a seguito di infusione di L-Asparaginasi.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

MANAGEMENT PROTOCOL OF HIGH GRADE OPEN FRACTURE

M. Altomare¹, S.A. Basilicò², S. Cimbanassi³, O. Chiara^{1,3}

¹ Università degli Studi di Milano

² ASST-FBF Sacco, Milano

³ ASST-Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Objectives: 1. To analyse clinical outcome of major trauma patients with high grade open fracture (Gustilo/Anderson Grade III – GA III). 2. To establish a well-structured management protocol for limb's complex injuries.

Materials and methods: We retrospectively analyse prospectively collected dataset available on Trauma Registry of Niguarda Hospital between 2010 to 2016. All patients with at least one GA grade III fracture or traumatic amputation proximal to wrist or ankle have been included. Patients were stratified into two groups: GA IIIA (A-group) and GA III B-C (BC-group). The BC-group was subdivided into three subgroups considering the final outcomes of the limb; BC-SALV, salvation of damaged limb; BC-AMPT0, amputation within 24h of arrival in ED; BC-AMPT1, amputation 24h after arrival in ED. Each group was further divided into other two subgroups: early coverage – E-group (< 3 days); delayed coverage – D-group (> 7 days). Rate of infections, Negative Wound Pressure Therapy (NWPT) usage and timing, MESS score, hospital length of stay and final limb's outcome were analysed. We perform Fisher's test for categorical variables and Student's t test for continuous variables. A univariate analysis was performed using Odds Ratio (OR) and Fisher test. Finally, a multivariate analysis was performed by calculating the linear regression (β) and the Standard Error (SE). A pvalue < 0.05 was considered statistically significant.

Results: During the study period 3920 patients were admitted to Niguarda Hospital ED. One-hundred and five patients presented G/A III A-BC fractures. A-group counted 27 patients (25.7%), BC-group 64 patients (60.9%) and 14 patients were included into AMP-group (13,3%). The overall ISS was 21.6 ± 16.3 . In A-group 88.3% of patients has received an early coverage and the infection rate (IR) was 9,1%. Three patients (12%) has received delayed coverage, and the IR was 66.7% ($p \leq 0.05$). NWPT was positioned after 25 ± 28.3 days from trauma, and it has been kept in place for 11 ± 5.7 days. Into BC-group the IR was 32% for E-group and 63,6% for D-group ($p = 0.033$). NWPT was positioned in 26 patients (78,8%) after 17.8 ± 20 days from injury. All bacteria were MDR. Systolic Blood Pressure (SBP) and MESS score has been demonstrated as reliable independent predictors of amputation (SBP: β 0,33 SE 0,12 $p=0,008$; MESS: β 0,37 SE 0,1 $p=0,0009$).

Conclusion: Gustilo-Anderson grade III injuries remain one of the most complex match for trauma surgeon and it needs to be managed in high-volume referral center. Early coverage of damaged limb seems to be the most powerful strategy to avoid the infection; perfect timing should be within 72h from trauma and at least into 7 days from the arrival in ED. MESS score and SBP resulted the two most important prognostic independent factor regarding final outcome of affected limb (amputation vs salvation).

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

ETEROTASSIA: CASO DI UNA DIFFERENTE GESTIONE DEL PAZIENTE ACUTO

L. Del Prete¹, M. Marconi², C. Perali¹, S. Zaccone²

¹ Università degli Studi di Milano

² Ospedale Santa Maria delle Stelle, Melzo

Obiettivi: Questo caso clinico vuole porre l'attenzione sull'importanza di eseguire una chirurgia pianificata e consapevole della malattia che si decide di affrontare, anche a costo di perdere la migliore tempistica per l'intervento chirurgico

Materiali e metodi: L'eterotassia è una rara sindrome caratterizzata da un'anomala disposizione degli organi toracici ed addominali. Nella maggior parte dei casi è diagnosticata durante l'infanzia e porta al decesso del paziente prima dei cinque anni di vita; soltanto il 10-15% degli affetti riescono a raggiungere l'età adulta in quanto non portatori di gravi malformazioni cardiache. Poiché i pazienti adulti sono spesso asintomatici, la diagnosi avviene incidentalmente durante esami radiologici prescritti per altre patologie non correlate

Risultati: Questo studio tratta di una donna di 34 anni che giungeva in pronto soccorso lamentando iperpiressia e dolore addominale in mesogastrio e ipocondrio destro da circa sei ore.

La paziente veniva sottoposta ad una E-FAST il cui esito era infruttuoso per l'impossibilità di visualizzare le normali finestre anatomiche. Pertanto, si decideva di eseguire un'ecografia completa dell'addome che mostrava un quadro di colecistite acuta, con una colecisti posizionata sulla linea mediana, senza riuscire a visualizzare la milza in ipocondrio sinistro.

Nonostante fosse candidabile a colecistectomia laparoscopica d'urgenza, veniva trattata conservativamente poiché non si conosceva la sua singolare anatomia. Il giorno dopo veniva eseguita una risonanza magnetica che mostrava una serie di anomalie anatomiche compatibili con l'eterotassia: la paziente era portatrice di polisplenia con le milze posizionate a destra, lo stomaco a destra, il fegato spostato verso sinistra, il pancreas corto ed assenza della vena cava inferiore. Dopo ventiquattro ore, a causa del peggioramento della clinica, si procedeva ad una colecistectomia laparoscopica d'urgenza basata sull'anatomia della paziente. Il decorso post-operatorio è stato scervro da complicanze e le dimissioni sono avvenute in terza giornata post-operatoria.

Conclusioni: L'eterotassia è una sindrome che si manifesta con anomalie gastro-intestinali, vascolari e cardiache che possono rendere molto più complessa la diagnosi ed il trattamento chirurgico.

Questa condizione è da sospettare se all'ecografia si documenta un quadro anatomico non chiaro. Un'indagine di secondo livello come la TC o la RMN deve essere eseguita per studiare e prendere consapevolezza delle anomalie anatomiche, anche se ciò significasse perdere la migliore finestra temporale per eseguire una colecistectomia d'urgenza.

Procedere all'intervento chirurgico senza aver compreso le malformazioni anatomiche del paziente rappresenta la garanzia di un aumentato rischio di lesioni iatrogene. Non soltanto nell'elezione ma anche nell'urgenza, la conoscenza dell'anatomia sovvertita è la chiave per il successo dell'intervento chirurgico.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

TRATTAMENTO CHIRURGICO IN URGENZA DELL'EVISCERAZIONE TRANSVAGINALE. CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA

D. Coletta, C. Del Basso, F. Scarno, G. Fiori, A. Puzzovio, F. La Torre

Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: Una rara e potenzialmente fatale complicanza dell'isterectomia totale è l'eviscerazione trans vaginale precoce o tardiva. Può essere associata a condizioni favorevoli l'aumento della pressione endoaddominale e ai rapporti sessuali. L'approccio chirurgico in urgenza può essere addominale o transvaginale ed è strettamente connesso all'intervallo tra l'insorgenza dei sintomi e trattamento.

Materiali e metodi: Paziente di 51 anni nullipara, sottoposta ad isteroannessiectomia 6 mesi prima dell'evento acuto di eviscerazione, giunge in PS dopo qualche ora da un rapporto sessuale riferendo sensazione di corpo estraneo intravaginale e dolore addominale. All'esame obiettivo: presenza di anse intestinali affioranti l'ostio vaginale.

Risultati: La paziente è stata sottoposta ad esame Tc dell'addome che confermava l'impegno di anse intestinali del piccolo intestino e modesto stiramento della radice del mesentere senza sofferenza vascolare. E' stato eseguito un intervento chirurgico urgente di riduzione del contenuto erniato e riparazione trans-vaginale per plastica diretta. Il decorso post-operatorio è stato regolare e privo di complicanze.

Conclusioni: L'incidenza dell'eviscerazione transvaginale dopo isterectomia varia dallo 0,08 % al 1.35% a seconda della tecnica chirurgica utilizzata. La letteratura in merito al trattamento chirurgico urgente è carente. La scelta tra l'approccio addominale e quello trans vaginale è in funzione del tempo intercorso dall'insorgenza dell'evento acuto.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

LESIONI IATROGENE DELLE VIE BILIARI POST-COLECISTECTOMIA VL: ANCORA UN PROBLEMA ATTUALE? NOSTRA ESPERIENZA E REVIEW DELLA LETTERATURA

E. Bonaiuto¹, N. Spadafora¹, R. Pellegrino², V. Pellegrino¹, B. Nardo³, S. Vaccaris¹

¹ AO Annunziata, Cosenza

² Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

³ Università degli Studi di Bologna

Obiettivi: Le lesioni iatrogene delle vie biliari (BDI) hanno avuto un incremento dopo l'introduzione della colecistectomia videolaparoscopica, raggiungendo un'incidenza media che va dallo 0,3% allo 1,5%. La maggior parte delle lesioni iatrogene non viene diagnosticata in corso di procedura ma in tempi successivi, esponendo il paziente a seri rischi quali colangite e danno epatocellulare o peritonite e sepsi. A livello diagnostico è fondamentale eseguire una ERCP in modo da evidenziare, oltre al livello della lesione, la morfologia dell'intero albero biliare; tale metodica è anche terapeutica in alcune tipologie di lesioni. L'obiettivo di questo studio è illustrare i casi di BDI post-colecistectomia VL trattati presso il Nostro Centro di Chirurgia Epatobiliopancreatica in un periodo di 8 anni.

Materiali e metodi: Dal 2010 al 2018 abbiamo avuto 19 casi di BDI, 12 donne e 7 uomini; di questi, 16 afferivano al Nostro Centro inviati da altre strutture. L'età media dei pazienti era di 55 anni. In 4 casi la lesione era stata evidenziata intraoperatoriamente (2 di questi erano stati operati presso la Nostra Unità), e pertanto l'intervento era stato convertito e la lesione riparata in un unico intervento. In base alla classificazione di Strasberg abbiamo trattato: 3 casi di lesione tipo A, 1 caso di lesione tipo D, 7 casi di lesione tipo E1, 4 tipo E2, 3 tipo E3, 1 tipo E4. Gli interventi eseguiti sono stati: in 15 casi Epatocodigiunostomia su ansa alla Roux secondo Hepp-Coinaud, in 2 casi posizionamento di drenaggio di Kehr associato a drenaggio della cavità addominale e biliostasi, in 2 casi posizionamento di endoprotesi biliare (1 di questi associato a drenaggio VL).

Risultati: La degenza media è stata di 9 giorni, in 3 casi abbiamo avuto una fistola biliare a bassa portata trattata con terapia medica, in 1 caso stenosi infiammatoria tardiva della via biliare trattata con dilatazioni endoscopiche, in un caso decesso per shock settico.

Conclusioni: Dalla nostra esperienza risulta indispensabile un'attenta valutazione pre-operatoria dei fattori di rischio e soprattutto un'accurata valutazione intraoperatoria con il ricorso, se necessario, all'esecuzione della colangiografia i.o. o alla conversione della metodica.

Se l'esperienza dell'équipe lo permette, è preferibile riparare subito l'eventuale lesione diagnosticata intraoperatoriamente ma, se le condizioni sono sfavorevoli o l'esperienza chirurgica insufficiente, diviene opportuno drenare il paziente e trasferirlo in un centro specialistico, infatti, vista la complessità di inquadramento e le differenti opzioni diagnostico-terapeutiche disponibili è fondamentale che la gestione di questi casi avvenga in Centri Specialistici che abbiano una competenza multidisciplinare al fine di ridurre i rischi per il paziente ed assicurare un miglior risultato a lungo termine.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

EMOBEZOARIO: UNA CAUSA INSIDIOSA DI OCCLUSIONE INTESTINALE ACUTA DOPO BYPASS GASTRICO AD Y

V. Caputo, E. Facchiano, E. Soricelli, G. Quartararo, L. Leuratti, B. Beltrame, M. Lucchese

Ospedale Santa Maria Nuova, Firenze

Obiettivi: L'occlusione intestinale da emobezoario è una rara complicanza dopo bypass gastrico a Y (LRYGB). Lo scopo del presente studio è di analizzare i casi che si sono verificati presso in nostro Centro negli ultimi 2 anni.

Materiali e metodi: La nostra indagine prende in esame i cinque casi di emobezoario in pazienti sottoposti a LRYGB dal 2016 ad oggi.

I dati sono stati raccolti prospetticamente e analizzati in maniera retrospettiva.

Risultati: Nel periodo considerato sono stati effettuati 281 LRYGB, l'occlusione intestinale da emobezoario si è verificata in 4 casi (1,4%). I soggetti coinvolti sono tutti di sesso femminile con un'età media di 32 anni, con BMI medio \pm DS di $41,1 \pm 6,2$ Kg/m².

In tutti i casi il LRYGB era la prima procedura chirurgica bariatrica, ma tutti i soggetti erano stati sottoposti ad altre procedure chirurgiche addominali, non riguardanti il tratto GI.

L'esame delle comorbidità e delle terapia domiciliari è risultato positivo per un caso di ipertensione in terapia medica. In un solo caso è stata somministrata la terapia profilattica con eparina la sera precedente all'intervento. L'emoglobina preoperatoria media è di 13,3.

La durata media \pm DS del primo intervento è di $68,75 \pm 25,9$, con due casi di interventi associati: riparazione di ernia ombelicale e resezione di un tratto di ansa alimentare per lesione iatrogena.

Nel 75% dei casi è stata usata una suturatrice da 60 mm, nel 25% una suturatrice da 45 mm.

La sintomatologia è scarsamente indicativa, in tutti i casi è presente senso di distensione gastrica, nausea e conati di vomito e dolore addominale riferito come diffuso o localizzato a livello epigastrico. In un caso si è verificata rettorragia.

La TC, effettuata nel 100% dei casi, mostra un'occlusione da coagulo intraluminale a livello del piede d'ansa con dilatazione dello stomaco escluso, del duodeno e delle anse biliare ed alimentare.

Il tempo medio intercorso tra i due interventi è di 25 ore DS \pm 15,4; tutti i soggetti sono stati operati nelle prime 48 ore postoperatorie.

La degenza media totale è stata di 7,75 giorni \pm DS 2,1.

Il reintervento, effettuato per via laparoscopica utilizzando i medesimi accessi, è stato realizzato praticando un'incisione a livello del moncone dell'ansa digiunale per evacuare il coagulo occludente. In nessun caso è stato necessario resecare l'anastomosi.

Conclusioni: Il reintervento costituisce la soluzione obbligata in caso di occlusione intestinale acuta da emobezoario. La difficoltà maggiore è quella di riconoscere tale complicanza, la scarsa frequenza e la sintomatologia spesso sfumata rendono difficile evidenziarla.

Appare quindi fondamentale che il paziente bariatrico con sintomi da occlusione intestinale e malessere non meglio definito sia da indagare tramite TC addome.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

LE COMPLICANZE CHE NON TI ASPETTI

M. Assenza, D. Angelieri, S. Santillo, C. De Padua, I. Iannone, P. Ferrari, L. Esposito, B. Cirillo, S. Ribaldi

Università La Sapienza-Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione: L'addome è per incidenza la terza regione più frequentemente coinvolta da patologie traumatiche e di queste lesioni circa il 20% richiede una terapia chirurgica. La causa principale degli eventi traumatici è rappresentata dai traumi della strada (70-80%). Gli organi più spesso coinvolti sono gli organi parenchimatosi. Più raro è l'interessamento del piccolo intestino e del suo meso, ma proprio per la loro minore frequenza, traumi di questo tipo e le loro complicanze, rischiano di restare misconosciuti. Inoltre queste lesioni sono di difficile diagnosi: i dati obiettivi e laboratoristici sono poco specifici ed i sintomi di irritazione peritoneale hanno spesso presentazione tardiva o, nei traumi maggiori, vengono mascherati dalle lesioni concomitanti. Riconoscere tali meccanismi è molto importante, infatti un ritardo diagnostico di 12 ore, potrebbe portare all'insorgenza di severe complicanze ed aumenta notevolmente la mortalità per rischio di peritonite, emorragia, ischemia intestinale e necrosi.

Materiali e metodi: Nel 2017 il nostro dipartimento ha affrontato due casi di complicanze inaspettate in pazienti politraumatizzati con trauma addominale chiuso. Paziente M, 26 aa, trauma da schiacciamento toraco-addominale. In VI giornata presentava variazione del quadro addominale senza chiari segni di peritonismo. Eseguiva TC che mostrava una raccolta endoaddominale, pertanto veniva sottoposto a laparotomia esplorativa che evidenziava quadro di perforazione colica con peritonite stercoracea, che richiedeva un trattamento di resezione colica e successivo confezionamento di colostomia terminale. Paziente F, 31 aa, politrauma della strada (moto auto). In III giornata presentava variazione dell'obiettività addominale senza chiari segni di peritonismo. Eseguiva TC che mostrava aria libera endoaddominale per cui veniva sottoposta a laparotomia esplorativa che evidenziava perforazione digiunale. Veniva effettuata con successo resezione ed anastomosi in un unico tempo.

Risultati: In entrambi i casi, la TC t0 non evidenziava segni franchi di lesioni a carico del tratto digerente o dei mesi. Nei giorni successivi al trauma, in entrambi i paziente c'è stato un subdolo cambiamento del quadro clinico e dell'obiettività addominale senza chiari segni di peritonismo. Solo la TC tardiva mostrava dei segni, seppur indiretti, di sospetta perforazione. La diagnosi di certezza veniva posta solo in seguito a laparotomia esplorativa.

Conclusioni: Spesso i pazienti con traumi addominali possono presentare a distanza, anche di alcuni giorni, quadri di perforazione intestinale senza chiari segni di peritonismo. Una diagnosi tardiva porterebbe all'insorgenza di severe complicanze, non ultime sepsi e morte. Solo uno stretto monitoraggio clinico-laboratoristico, una TC precoce al variare del quadro clinico ed eventuale laparotomia/laparoscopia esplorativa permettono di intervenire tempestivamente su tali complicanze.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

OBA (OPERATIVE MANAGEMENT IN BARIATRIC ACUTE ABDOMEN) SURVEY: LATE COMPLICATIONS OF BARIATRIC SURGERY AND THE ROLE OF THE EMERGENCY SURGEON

B. De Simone¹, L. Ansaloni², M. Sartelli³, F. Coccolini², F. Catena⁴

¹ Centre Hospitalier de Perpignan, Perpignan (FRANCIA)

² Ospedale Bufalini, Cesena

³ Ospedale di Macerata, Macerata

⁴ Ospedale Maggiore di Parma

Aim: Bariatric procedures performed by bariatric surgeons is increasing. This results in an increasing number of bariatric surgery patients presenting with abdominal pain to the local emergency department. Outcomes and late complications from bariatric surgery are not still well known and understood. The aim of this study is to report the experience of international emergency surgeons in the management of these patients.

Materials and methods: An international 26 questions web survey carried out to collect data about emergency surgeons experience in the management of patients admitted for Acute Abdominal Pain after bariatric surgery was sent on the 28th January 2018 via Google Forms to the mailing list of World Society of Emergency Surgery members.

Results: 116 international emergency surgeons (ES) decided to answer to web survey. Sixty three percent of respondents work in university hospitals. Most participants (57.8%) have over 10 years of surgical experience. Only 40.5% of participants had bariatric surgery experience. We found that 37.1% of bariatric patients admitted with AAP did so less than 4 weeks after the bariatric surgical procedure, 25% after more than 1 year, 22.4% were admitted between 4 weeks and 6 months following the procedure, and 15.5% were admitted between 6 months and 1 year after bariatric surgery. The majority of patients were female (76.7%), over 40 years old (48.3%). The majority of patients consulted ED after having been submitted to Sleeve Gastrectomy. The most common complaint was generalized abdominal pain (64.7%). Diagnostic laboratory exams were performed, including: Count Blood Cells (CBC), electrolytes, Protein C-Reactive (PCR) and/or procalcitonine in 36.2% of cases. 86 (74.1%) ES reported that laboratory exams were a useful diagnostic tools. Radiological exams performed included: plain abdominal radiography and enhanced Computed Tomography (CT) in 42.2% of cases, followed by abdominal CT with intestinal opacification in 41.4% of cases. Radiological exam results were reported to be useful in the decision-making (93.1% of answers). Sixty one (52.6%) ES took into operating room the patient with a clear diagnosis; 60 (51.7%) ES because of worsening abdominal pain, 30 (25.9%) ES for inconclusive findings. Timing for surgery was between 12 and 24 hours for 49 ES (42.2%). Surgical exploration was performed by laparoscopy in more than 50% of cases for 56 ES (48.3%). The most common intra-operative diagnosis was internal hernias (49.1% of cases). The majority of treated patients were discharged alive (95.7%-111 ES). Eighty ES affirmed that are worried about this population of patients.

Conclusions: ES has a crucial role in the management of bariatric patients admitted in ED for AAP. This WSES web survey was carried out with the aim of showing the current management of bariatric patients in ED by ES. Often early surgical exploration is needed in the first 12 hours to have good outcomes and reduce morbidity.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

IS MODIFIED ALVARADO SCORE A USEFUL PREDICTOR IN ACUTE APPENDICITIS DIAGNOSIS? OUR EXPERIENCE OF 145 PATIENTS

A. Borsano, L. Ravizzini, C. Magaton, G. Deiro, A. Alberti, C. Naturale, H. Nikaj, L. Petrelli, L. Gattoni, L. Gatti, S. Gentilli

Clinica Chirurgica, AOU Maggiore della Carità, Novara

Appendicitis is one of the most frequent common pathologies, representing the first acute abdomen cause amongst surgical urgencies. In western countries almost 7% of the population experiences abdominal pain syndrome suggestive of acute appendicitis and 1% undergoes urgent surgery therefore.

Every year in Italy 0.2% of the population is affected by acute appendicitis and surgical operations due to this condition are 55-60.000 per year. This pathology is prevalent amongst children, adolescents and male gender, but people of any age could be affected.

During the last 20 years, the number of appendectomies appears to be reducing whereas the incidence rate remains stable. While considering the bias due to the impossibility to evenly select the patients and to the absence of a unanimous definition for the diagnosis of acute appendicitis, everyone agrees with the accuracy based on the ratio between the number of appendicitises confirmed by the histologic examination and the number of appendectomies performed.

Briefly, during the last years the number of false positives and the number of appendectomies of non-inflamed appendices decreased thanks to the increase in instrumental evaluation such as ECTG or CT scans even in smaller hospitals where "minor" surgery is performed on a daily basis.

Even incidence of complications like perforation of conservatively treated appendicitises did not increase, confirming the hypothesis that diagnostic accuracy to confirm or reject the clinical suspect improved in time.

The use of instrumental exams as CT scans in the emergency department, however, even if undeniably useful to avoid misdiagnosis and therefore unnecessary appendectomies, is still debated in clinical practice.

For our study we analysed the data of 145 patients admitted to the emergency department of our hospital during year 2017 for abdominal pain syndrome suggestive of acute appendicitis of whom 75 were hospitalized in the surgical ward and 70 were dismissed from the ER with antibiotics. 72 of the hospitalized patients underwent urgent appendectomy and 3 were treated with antibiotics.

We calculated MAS (Modified Alvarado Score) at admission for every patient. The median value is 6 amongst patients that were operated (group1) and 4 amongst patients who were administered medical therapy (group2).

In group 1 48 ECTG and 24 CT scans were performed, whereas in group 2 68 ECTGs and 5 CT scans were performed. We also reviewed histological exams finding a relationship between complicated appendicitises and a higher MAS score.

Being the ECTG the first line exam for the diagnosis of appendicitis our data confirms the ongoing debate on whether and when to use instrumental evaluation such as CT scans.

In order to arrive to an accurate diagnosis in the shortest possible time and cost it should be considered to compare other scores in a prospective study, which we intend to do in collaboration with the emergency department of our hospital.

LUNEDÌ 15 OTTOBRE **15:00-18:00**

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

EMOPERITONEO POST-ERCP DA FISSURAZIONE DI PSEUDOANEURISMA DI UN RAMO DELL'ARTERIA EPATICA COMUNE IN COLELITIASI ASSOCIATA A SCLERODITE

L. Marascio, V. Carloni, R. Viligiardi, L. Talamucci, M. Acquafresca, G. Laffi, D. Pantalone, A. Taddei

Università degli Studi di Firenze

Obiettivi: Lo pseudoaneurisma dell'arteria epatica è una condizione rara ma rappresenta il 50% di tutti gli aneurismi dell'arteria epatica. Frequentemente tali aneurismi sono iatrogeni o postraumatici, ma esistono casi associati a pancreatite acuta o cronica recidivante, infezioni, arteriosclerosi e malattie reumatologiche quali panarterite nodosa, lupus eritematoso e vasculiti. Più spesso si presentano con emobilia, emorragia digestiva e ittero, hanno alto rischio di rottura spontanea (78%) con un tasso di mortalità compreso fra il 25 ed il 70%.

Materiali e metodi: Paziente di 78 anni, affetta da calcolosi della colecisti con ectasia e stenosi del tratto terminale del coledoco; colangiogramma: verosimile sclerodite senza evidenza di calcolosi coledocica. Al ricovero eseguita ERCP con sfinterotomia e Fogarty con fuoriuscita di sludge e bile. Successivo quadro umorale di pancreatite-postprocedurale, con rapida normalizzazione ai controlli ematochimici. In IV giornata episodio sincopale con ipotensione poco responsiva a terapia medica associato a dolore addominale; a TC addome con mezzo di contrasto in urgenza importante emoperitoneo, ectasia del tratto distale del tronco celiaco, del ramo anteriore dell'arteria epatica destra alla diramazione per l'VIII segmento e pseudoaneurisma di un ramo arterioso epatico sinistro, con sospetta fissurazione dello stesso. Dopo ripristino della stabilità emodinamica con emotrasfusioni e terapia medica, intervento in emergenza di resezione e sutura di aneurisma fissurato dell'arteria epatica propria.

Risultati: Decorso postoperatorio con episodi febbrili, emocolture da CVC positive per C. Gram-positivo e polmonite basale sinistra, trattati con terapia mirata. AngioTC dell'aorta addominale con diffusa ectasia del tronco celiaco, esiti di resezione di aneurisma epatico ed evidenza di tre pseudoaneurismi a carico dell'arteria epatica sinistra, minima raccolta addominale non rifornita. A 12 giorni dalla dimissione trattamento endovascolare di esclusione dell'arteria epatica sinistra all'origine, sede di multipli pseudoaneurismi, senza complicanze intra-peri-procedurali. A distanza di circa 8 mesi dal primo ricovero è stato eseguito intervento di colecistectomia con riparazione diretta di piccolo laparocelo della cicatrice laparotomica.

Conclusioni: Ogni procedura può essere gravata da un tasso di complicanze possibili o prevedibili. Vi sono casi in cui, invece, può presentarsi un improvviso ed inatteso cambiamento del quadro clinico che richieda un rapido inquadramento diagnostico ed eventuale trattamento in emergenza. Gli pseudoaneurismi dell'arteria epatica costituiscono una rara evenienza con elevato rischio di mortalità in caso di rottura. Il trattamento endovascolare è da preferire, talvolta anche in urgenza. La presentazione atipica con emoperitoneo ed instabilità emodinamica hanno richiesto il trattamento chirurgico in emergenza permettendo il successivo inquadramento angiografico e relativo trattamento in elezione.



LUNEDÌ 15 OTTOBRE 15:00-18:00

TRAUMA: COMPLICANZE

SALA P

UTILIZZO DELLA LAPAROSTOMIA (OPEN ABDOMEN) NELLA DAMAGE CONTROL SURGERY NEI PAZIENTI SETTICI. A CASE REPORT

A. Allegri, G. Montori, D. Ferrara, G. Concone, S. Coppola, G. Faillace, M. Longoni

Ospedale E. Bassini, Milano

Case report: La sepsi intra-addominale rimane una patologia complessa ad alta morbi-mortalità, spesso difficilmente riconosciuta ab initio.

Spesso in ambito chirurgico generale si ritrovano peritoniti secondarie, spesso post-operatorie, legate anche alle importanti comorbidità della attuale popolazione chirurgica, all'età (incremento della chirurgia geriatrica), e all'estensione degli interventi chirurgici spesso necessari. La conoscenza della 'sepsi' e dello 'shock settico' e di un loro approccio tempestivo, associato all'utilizzo di tecniche Damage Control per limitare le problematiche a breve e a lungo termine determinate da peritoniti secondarie è fondamentale strumento del chirurgo di oggi.

Riportiamo il caso di un paziente di 78 anni, in buone condizioni generali, senza particolari comorbidità, che a seguito di riscontro di anemizzazione, SOF positività e stipsi ingravescente, veniva sottoposto a colonscopia con riscontro di stenosi organica colica a 30 cm dal margine anale invalicabile. Eseguiva quindi una colon-TC che riportava quadro di diverticolite con periviscerite complicata da fistola entero-enterica a livello del sigma, stenosante.

Veniva quindi sottoposto ad emicolectomia sinistra laparoscopica con successiva conversione per l'importanza del quadro infiammatorio, e anastomosi TT meccanica.

Nell'immediato post-operatorio comparsa di quadro ipotensivo importante associato a SCA da discrepanza, determinante inizialmente un'ischemia ileale e colica parcellare, con successiva comparsa di shock settico e fistola anastomotica.

In 3° giornata il paziente veniva quindi sottoposto a revisione chirurgica laparotomica, resezione ileale (da 40 cm oltre il Treitz a 5 cm dalla valvola ileocecale) e riresezione colica trasversa, con abbandono dei monconi, e confezionamento di laparostomia con ABthera. Progressivi cicli di laparostomia con risoluzione del quadro settico e chiusura dell'addome con component separation in 15a giornata.

Conclusioni: In conclusione, come riportato anche da dati recenti di letteratura e linee guida internazionali, il trattamento aperto nella sepsi intra addominale si conferma un trattamento utile, efficace e facilmente praticabile anche da chirurghi giovani. L'obiettivo tuttavia del trattamento deve rimanere un tentativo di chiusura precoce ('as soon as possible') per limitare le complicanze legate al trattamento stesso.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

VALUTAZIONE ANATOMO-PATOLOGICA DELLA RADICALITÀ DELLO SPECIMEN IN CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL RETTO EXTRAPERITONEALE

P.M. Amodio¹, D. Giannotti¹, C. Sensi², A. Goglia¹, T. Ranalli¹, R. Macarone Palmieri¹

¹ *Ospedale Belcolle, Viterbo*

² *Fondazione Policlinico Gemelli, Roma*

Obiettivi: studio retrospettivo sulla qualità anatomico-patologica della TME in 60 specimen consecutivi per neoplasia del retto extraperitoneale.

Materiali e metodi: presso l'UOC di Chirurgia Generale Oncologica dell'Ospedale Belcolle di Viterbo sono stati valutati, nel biennio 2016-2018, 60 campioni operatori pertinenti a carcinoma del retto, di cui 40 sottoposti direttamente a chirurgia (gruppo A) e 20 dopo terapia neoadiuvante + chirurgia (gruppo B). In tutti i casi è stata eseguita un intervento di resezione anteriore del retto con TME per carcinoma del retto medio-inferiore. L'esame anatomico-patologico è basato sia su caratteristiche macroscopiche, ossia il piano di resezione del mesoretto, il margine di resezione prossimale ed il margine di resezione distale, che microscopiche come il margine di resezione radiale (circonferenziale) ed il numero di linfonodi asportati ed esaminati. Tutti gli specimen chirurgici sono inviati a fresco all'anatomia patologica per una valutazione microscopica del margine distale e chinati sul piano mesoretale per un primo esame macroscopico della resezione. Il campione è messo in formalina ed il margine radiale chinato è sezionato in maniera seriata ad intervalli di 3-4 mm. Il piano mesoretale è valutato secondo il sistema classificativo proposto da Nagtegaal nel 2002: ottimale o integro, subottimale o irregolare con resezione intramesoretale, inadeguato o resezione sul piano muscolare. Il margine radiale è considerato positivo se il tumore è a 1mm o meno dalla superficie non peritonealizzata includendo: l'estensione tumorale, l'infiltrazione endovasale, i linfonodi metastatici e depositi tumorali. Il margine distale è valutato ideale se superiore o uguale 2cm, minimamente accettato se tra 1-2 cm, inadeguato se inferiore o uguale 1cm.

Risultati: Il piano mesoretale (sec. Nagtegaal 2002) è complessivamente ottimale nell'88% dei casi (53/60), subottimale nel 10% (6/60) e inadeguato nell'1,6% (1/60). Il margine radiale è >1mm nell'85% dei campioni (51/60) e <1mm nel 15% (9/60). In particolare il margine circonferenziale è positivo in 6/40 campioni del gruppo A (15%) e 3/20 del gruppo B (15%). Il margine distale è superiore o uguale 2cm nel 75%, 30/40 del gruppo A e 15/20 del gruppo B, tra 1-2 cm nel 17,5% del gruppo A (7/40) e nel 15% del gruppo B (3/20), inferiore o uguale 1cm nel 7,5% (3/40) e nel 10% (2/20) rispettivamente nel gruppo A e B.

Conclusioni: Lo studio dimostra come la TME sia stata eseguita in maniera ottimale/subottimale nel 98% dei campioni esaminati. I campioni con margine circonferenziale positivo e margine distale inadeguato sono correlati con uno stadio di malattia localmente avanzato con una minor risposta alla terapia neoadiuvante e probabilmente con un non corretta stadiazione preoperatoria. I dati ottenuti potranno essere migliorati con l'implementazione del livello di discussione multidisciplinare.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

TATME FOR RECTAL CANCER: SHORT-TERM AND MID-TERM OUTCOME IN COMPARISON WITH LAPAROSCOPIC SURGERY

F. Carannante, G.T. Capolupo, G. Mascianà, M. Caricato

Policlinico Universitario Campus Bio-medico, Roma

Obiettivo: L'escissione totale del mesoretto (TME) è ritenuta il gold standard per il trattamento chirurgico del cancro del retto. Nuove tecniche chirurgiche, come la Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) and single-incision laparoscopy, stanno emergendo come tecniche chirurgiche mini invasive. La Total mesorectal excision (TME) è di solito eseguita con un approccio che va "dall'alto verso il basso" ("up-to-down"), sia con tecnica laparoscopica, che laparotomica. Negli ultimi anni cercando di risolvere alcuni problemi tecnici legati a questo tipo di approccio, si è cercato di eseguire un approccio chirurgico, che parte "dal basso e si dirige verso l'alto" ("down-to-up"). In questo studio, confrontiamo i risultati a breve e medio termine, ottenuti con la tecnica TaTME e la chirurgia laparoscopica.

Materiali e metodi: Venti pazienti selezionati, sottoposti ad intervento chirurgico di resezione anteriore del retto con tecnica TaTME, sono stati confrontati con una coorte retrospettiva di venti pazienti, con caratteristiche identiche, sottoposti ad intervento chirurgico di resezione anteriore del retto, eseguito unicamente con tecnica laparoscopica.

Risultati: Tra i due gruppi di studio non sono state osservate differenze rispetto alle caratteristiche di base, sottolineando in tal modo la comparabilità di entrambe le coorti. Il tempo operatorio medio è risultato essere paragonabile tra i due gruppi. Il numero medio di linfonodi repertati è stato maggiore nel gruppo TaTME rispetto al gruppo laparoscopico. Il margine circonfenziale è risultato negativo in entrambi i gruppi di studio. La qualità di escissione è risultata comparabile tra i due gruppi. Non è stata osservata alcuna differenza significativa nella frequenza di complicanze postoperatorie a 30 giorni. Il follow-up a sei mesi, non ha mostrato significative differenze tra i due gruppi.

Conclusioni: Le evidenze ci suggeriscono che la tecnica TaTME è fattibile e sicura. La nostra esperienza conferma la fattibilità della tecnica, soprattutto per quanto riguarda i risultati oncologici, e mostra risultati sovrapponibili con la tecnica laparoscopica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

REGISTRO ITALIANO TATME: RISULTATI PRELIMINARI

P. Conti¹, D. Rega², A. Muratore³, P. Delrio², S. Berti⁴, R. Persiani⁵

¹Lentini, ²Napoli, ³Pinerolo, ⁴La Spezia, ⁵Roma

Authors

Conti P. ¹, Rega D. ², Muratore A. ³, Delrio P. ⁴, Berti S. ⁵, Persiani R. ⁶

Affiliations

¹ U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Lentini ASP SR, Lentini

² S.C. Chirurgia Oncologica Addominale IRCSS Istituto Nazionale Dei Tumori Di Napoli Fondazione G. Pascale, Napoli

³ U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Pinerolo Asl To3, Pinerolo

⁴ S.C. Chirurgia Generale Ospedale S. Andrea Di La Spezia, La Spezia

⁵ U.O.C. Chirurgia Generale 1 Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

Obiettivo: L'escissione totale del mesoretto (TME) è riconosciuta come il gold standard per il trattamento chirurgico radicale del cancro del retto medio e basso. La TME up-to-down, soprattutto nei pazienti difficili, ha dei limiti tecnici e oncologici. La recente introduzione dell'approccio transanale alla TME (taTME), sembra poter garantire una maggiore radicalità dell'intervento chirurgico.

Dal 2013, esiste il Registro Italiano taTME nel quale vengono inseriti online tutti i pazienti sottoposti a taTME. Qui di seguito sono riportati i risultati a breve termine dei pazienti del registro.

Materiali e metodi: Dal 24 Marzo 2013 al 14 Febbraio 2017 sono stati inseriti, nel Registro, 127 casi da parte di 14 centri italiani.

Risultati: L'età media dei pazienti era di 67 aa con un BMI medio di 25.7.

La stadiazione mediante Risonanza Magnetica è stata effettuata nell'84% dei casi.

La distanza media del tumore dal margine ano-cute e dalla giunzione ano-rettale era di 55.7 mm e di 34.7 mm rispettivamente.

Alla stadiazione preoperatoria il 61% dei pazienti era cT3 o cN+.

Una Radioterapia neoadiuvante è stata eseguita nel 76% dei casi. L'intervallo medio, tra la fine della Radioterapia neoadiuvante e l'intervento chirurgico, è stato di 14.9 settimane.

Il tempo trans anale è stato condotto per via laparoscopica nel 95% dei casi, quello addominale per via laparoscopica nel 93% dei casi.

Il tipo di intervento è stato il seguente: Resezione Anteriore con TME nel 79% dei casi, Resezione Anteriore Inter-sfinterica con TME nel 9%, resezione secondo Hartmann nel 6% ed amputazione addomino-perineale nel 4%. Nel 42 % dei casi è stata effettuata un'anastomosi colo-ale manuale, nel 18 % un'anastomosi colo-ale meccanica e nel 39% dei casi un'anastomosi colo-rettale meccanica. Nell'80% dei casi l'anastomosi è stata protetta con una Loop-Ileostomy. La durata complessiva dell'intervento è stata in media di 323 min.

Il tasso globale di Morbilità postoperatoria è stato del 40 %: di tipo Tipo III secondo Dindo-Clavien solo nel 17 %. Il tasso di deiscenza dell'anastomosi è stato del 20 %: nel 13% è stato necessario un trattamento chirurgico.

La degenza media è stata di 9.7 giorni.

La qualità della TME è stata Completa nel 91.37% e Quasi Completa nel 6.89%.

Il margine distale e radiale sono stati in media di 19.40 mm e 13.18 mm, rispettivamente.

Conclusioni: I risultati del Registro Italiano taTME sono in linea con i risultati del registro internazionale. L'analisi del registro, ha comunque evidenziato una inadeguata compilazione dei dati richiesti; una più ampia adesione dei Centri ed una maggiore completezza dei dati inseriti sono necessari per una corretta validazione dei risultati.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

DOES ROBOTIC PROCTECTOMY FOR RECTAL CANCER INCREASE THE WIDTH OF THE CIRCUMFERENTIAL RESECTION MARGIN? A CASE-MATCHED COMPARISON BY THE SAME SURGEON

C. Foppa, F. Staderini, F. Coratti, P. Montanelli, T. Nelli, I. Skalamera, B. Badii, G. Perigli, F. Cianchi

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Aim: The literature has shown that robotic proctectomy for rectal cancer may result in wider circumferential resection margins (CRM) when compared to its open and laparoscopic counterpart. The aim of the study was to compare the impact of robotic proctectomy for rectal cancer on the width of the CRM with that of matched open and laparoscopic cases performed by the same surgeon.

Methods: The first 40 unselected consecutive patients with rectal cancer undergoing robotic proctectomy by one surgeon were prospectively collected during 3 years. Patients undergoing open or laparoscopic proctectomy were matched for gender, body mass index (BMI), and tumor distance from the anal verge. Rectal cancer was defined as adenocarcinoma within 12 cm from the anal verge on rigid proctoscopy. CRM in mm and the quality of total mesorectal excision were assessed by pathologists blinded to surgical access.

Results: Age ($p=0.60$), gender ($p=0.5$), BMI ($p=0.40$) ASA class ($p=0.33$), POSSUM Score ($p=0.68$), comorbidities ($p=0.42$), previous abdominal surgery ($p=0.95$), tumor height ($p=0.10$), neoadjuvant chemoradiation ($p=0.75$), resection type (0.78), diet (0.47), 1st bowel movement ($p=0.50$), length of hospital stay ($p=0.42$), complications ($p=0.67$), reoperations ($p=0.80$), reinterventions ($p=0.52$), readmissions ($p=0.34$), distal margins ($p=0.79$), TME quality ($p=0.15$) and pathology stage ($p=0.33$) did not differ among the 3 groups. OR time was longer in the robotic group ($p<0.0001$) with a trend to shorten during the surgeon's learning curve. The number of harvested nodes and the lymph node ratio were significantly better with the minimally invasive (robotic or laparoscopic) approach ($p=0.001$). The CRMs were significantly wider in robotic patients ($p=0.02$).

Conclusion: A surgeon's learning curve in robotic proctectomy for rectal cancer in unselected patients resulted in wider CRMs as compared to matched open and laparoscopic cases performed by the same surgeon. This result can impact on patients overall survival and disease free survival since CRM width is an independent prognostic factor for overall survival and disease free survival at 5 years follow-up at multivariate analysis.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

ROBOTIC-TME PER IL CANCRO DEL RETTO: RISULTATI A BREVE E MEDIO TERMINE, DAVINCI SI E XI A CONFRONTO

G. Cuticone¹, C. Rabuin², F. Guerra², P. Bazz², E. Eugeni², A. Patrit²

¹ Chirurgia Generale Oncologica, AO Papardo, Messina

² Chirurgia Generale AO Marche, Pesaro

Obiettivi: La chirurgia robotica ha conquistato negli anni un ruolo sempre più centrale nel trattamento del cancro del retto e nella TME. Il sistema DaVinci Si, ha apportato una serie di vantaggi rispetto alla chirurgia laparoscopica, se pur con alcune limitazioni riguardo alla chirurgia multi-quadrante. L'avvento del DaVinci Xi, ha introdotto alcune novità rispetto al DaVinci Si con l'intento di superare i limiti della piattaforma precedente. Lo scopo del nostro studio è mettere a confronto retrospettivamente due gruppi di pazienti che sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di resezione del retto con i due sistemi robotici.

Materiali e metodi: Un gruppo di 30 pazienti con cancro del retto sono stati sottoposti ad intervento chirurgico con il DaVinci Si con tecnica ibrida Lap/Rob (Lap/Rob-Si group). In un altro gruppo di 29 pazienti l'intervento chirurgico è stato eseguito con tecnica totalmente robotica utilizzando il DaVinci Xi (Rob-Xi group). Entrambi i gruppi hanno caratteristiche simili per età, sesso, BMI, comorbidità. Abbiamo analizzato i dati peri-operatori, patologici e i dati funzionali a 1, 3 e 6 mesi dall'intervento del gruppo Rob-Xi.

Risultati: È stato registrato un trend in riduzione dei tempi operatori nel Rob-Xi group (229,48 vs 245,60 min.; $p=0,36$) senza evidenziare una significatività statistica. La mobilizzazione splenica è stata eseguita con tecnica totalmente robotica in tutti i casi nel gruppo Rob-Xi mentre nel gruppo Rob-Si è stata condotta con tecnica laparoscopica. Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative per i tempi di degenza media (11,83 vs 9,68 giorni; $p=0,22$) anche se tendenzialmente nel Rob-Xi group la degenza si è ridotta, e nel numero delle complicanze totali che sono risultate maggiori nel Rob-Si group (8 (26,6%) vs 5 (17,2%); $p=0,38$). Abbiamo invece osservato un dato statisticamente significativo per quanto riguarda i dati patologici, con un numero di linfonodi asportati maggiore nel Rob-Xi group (17,75 vs 10,45; $p=0,0002$) e nelle perdite ematiche che sono risultate ridotte durante l'intervento nel gruppo Rob-Xi (21,03 vs 193,33 ml; $p=0,0003$).

Conclusioni: Il DaVinci Xi offre sicuramente dei vantaggi tecnici legati al single docking e al superamento di alcuni limiti del sistema Si, che si traducono in una riduzione dei tempi operatori rispetto alla tecnica ibrida laparoscopica/robotica, con la possibilità di effettuare un intervento totalmente robotico. Il dato patologico rilevato (n. di linfonodi asportati), può rappresentare un fattore prognostico oncologicamente significativo. Nonostante i vantaggi introdotti dal DaVinci Xi con la possibilità di eseguire una procedura totalmente robotica, in atto i risultati clinici e patologici ottenuti risultano sovrapponibili all'uso del sistema Si. Una osservazione a medio-lungo termine sarà utile per valutare l'effettivo vantaggio apportato dal sistema Xi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

PRELIMINAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE WITH TATME. PRELIMINARY FINDINGS AND SHORT TERM SURGICAL RESULTS

M. Santonocito², E. Treppiedi¹, G. Zimmitti¹, A. Manzoni¹, L. Cocchi³, R. La Mendola⁴, C. Tonti¹, V. Prandini¹, R. Vaiana¹, E. Rosso¹

¹ Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero, Brescia

² Clinica Chirurgica 1 - Università degli studi di Catania

³ Clinica Chirurgica 1 - Università degli studi di Genova

⁴ Università degli studi di Verona

Introduction: Total mesorectal excision (TME) is the gold standard surgical treatment for rectal cancer. Transanal TME (TaTME) is a new surgical approach which led to solves some surgical difficulties during the mesorectal excision. We have retrospectively analysed our initial experience, reporting our results with this technique.

Materials and methods: From July 2015 to 30 April 2018, 35 selected patients underwent TaTME procedures for a malignant rectal cancer. All the patients were preoperatively discussed in a multidisciplinary meeting, data were also collected into a prospective dedicated national database.

Results: Of the 35 patients (23 M and 12 F), 31 patients (89 %) underwent a preoperative treatment with neoadjuvant chemoradiotherapy whilst 4 patients (11%) were treated with surgery upfront. Median distance of the inferior margin of the tumour from the anal verge calculated from preoperative MRI was 65 mm (28-130).

26 patients underwent TaTME performing a colo-rectal (14) or colo-anal anastomosis (12) while 9 patients were treated with TaTME without anastomosis with a definitive left sigmoidostomy. Preoperative surgical planning was respected in all the cases. Transanal approach of the mesorectum was performed firstly in all the cases. The median operative time was 385 min (210-660). No intraoperative major blood loss was detected. Laparoscopic approach was performed in 31 patients (89 %) with one laparotomic conversion. Postoperative morbidity was 29% (10 patients), postoperative mortality 3 % (1 patient) due to a multiorgan failure starting from a respiratory distress.

Incidence of anastomotic leak was 19% (5 patients). Acute urinary dysfunction was detected in 4 patients (11%). No ureteral lesions, chronic urinary dysfunction or sexual dysfunction have been detected. Postoperative median LOS was 10 days (5-41). TME specimen was considered complete in 34 patients (97 %) with a circumferential resection margin negative in 32 patients (91 %). Mean radial distance (mm) from the tumour to the lateral marge of the mesorectum was 13 ± 10 (0-30). Distal marge was negative in all the specimens, median distance (mm) was 20 ± 13 (1-50). The median number of harvested lymphnodes was 17 (7-40); 9 patients presented a nodal pathological disease.

Conclusion: The procedure is feasible and seems to be promising technique; it is a high demanding procedure and is associated with acceptable morbidity and pathological outcomes. Further studies are needed to evaluate the efficacy and safety of TaTME.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

TME: A CHALLENGING PROCEDURE FOR RECTAL CANCER. COMPARISON BETWEEN LAPAROSCOPIC APPROACH (LATME) AND TRANS-ANAL DISSECTION (TATME). PRELIMINARY REPORT

A. Agrusa, G. Di Buono, G. Geraci, S. Buscemi, V. Sorce, G. Bonventre, L. Gulotta, G. Amato, G. Romano, G. Gulotta

Department of Surgical, Oncological and Stomatological Disciplines, University of Palermo

Background: Rectal cancer is one of the most important neoplastic diseases in industrialized countries. Total Mesorectal Excision (TME) with open approach is considered the standard technique for surgical treatment of rectal cancer. Over the years, we moved to laparoscopic technique (LaTME). The literature studies show better results for laparoscopic TME in terms of short and long-term outcomes. However, laparoscopic TME has a limited role in patients with low rectal cancer because it's necessary a high surgical skill to perform a sphincter-saving treatment with an increased risk of obtaining a positive circumferential resection margin. Furthermore, local anatomy, male gender and BMI are factors that influence the success of a LaTME. All these considerations led to search an alternative technique for the surgical resection of the middle and lower rectum cancer, passing from an up-to-down approach typical of open and laparoscopic procedures to a trans.anal down-to-up technique (TaTME).

Methods: In this study we analyzed our preliminary clinical experience with trans-anal Total Mesorectal Excision (TaTME) at the General and Emergency Surgery Department of the University Hospital in Palermo. In the period between May 2017 and April 2018 we performed 13 TaTME procedures for middle and lower rectal cancer compared to similar cases treated with a totally laparoscopic approach (LaTME). We created a database for the analysis of patients' demographic data, the characteristics of the tumor, the preoperative staging, the histological examination and the complications.

Results: 13 patients undergoing TaTME (5 male and 8 female) were matched with 13 undergoing LaTME (7 male and 6 female). We excluded from this analysis patients converted to open procedures. In all cases we performed a low rectal resection with primary anastomosis and lateral ileostomy. Intra-operative complications occurred less frequently during TaTME than LaTME but this difference was not significant ($P > 0.05$). The complications of TaTME included rectal bleeding ($n = 2$). In LaTME we observed rectal and vaginal injuries ($n=2$) and bleeding ($n=1$). Length of stay and postoperative morbidities were similar between groups. Early symptomatic anastomotic leakage (AL) occurred in 0/13 TaTME and 1/13 LaTME procedures.

Conclusion: From the analysis of literature and from our preliminary experience the TaTME shows better circumferential resection margins (CRM) than LaTME, instead the distal resection margins (DRM) are overlapping in the two groups. Furthermore, the positive margins are lower in the TaTME group. On the basis of these results we can deduce that the TaTME allows an accurate definition of the distal resection margin thanks to a adequate visualization of the distal rectum so as to facilitate pelvic dissection even in the presence of particular factors (small male pelvis and/or obese patients) that make LaTME more difficult.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

RISULTATI FUNZIONALI DOPO TOTAL MESORECTAL EXCISION (TME) PER TUMORE DEL RETTO: STUDIO PROSPETTICO COMPARATIVO TRA GLI APPROCCI CHIRURGICI

G. Intini, S.M. Tierno, G. Pernazza, M.M. Lirici

Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Roma

Obiettivi: Le disfunzioni urogenitali dopo trattamento CRT e chirurgico del cancro del retto sono note; nonostante la TME abbia ridotto le recidive locali, migliorando i risultati funzionali, vi sono pochi studi che comprendano la valutazione di questi comparando i vari approcci.

Materiali e metodi: Eleggibili allo studio i 121 pazienti trattati tra Luglio 2015 e Gennaio 2018. Gli sono dati da compilare questionari all'inizio dei trattamenti, dopo l'eventuale Rt, a uno e 6 mesi dopo l'intervento. Per la funzionalità urinaria si è usato l'IPSS (International Prostate Symptom Score), per quella sessuale (pazienti fino ai 65 anni) l'International Index of Erectile Function (IIEF-5) e il Female Sexual Function Index (FSFI).

Risultati. Ha aderito allo studio il 59.5% (72 su 121, 31 F, 41 M, Me 69,5 aa, 32-89); dei restanti 49 (40.5%), 27 i non reperibili, 15 deceduti, e 7 i rifiuti. Neoplasia nel retto basso in 27 pazienti (37,5%), 20 nel medio (27.8%) e 25 nel retto alto (34.7%). La RT è stata eseguita da 23 pazienti (31,9%).

Il 25% (18 casi) è stato sottoposto a tecnica open, 21 (29.2%) a VLS, 15 (20.8%) a TaTME, 18 (25%) a tecnica robotica; 66 casi sottoposti a tecnica sphinter-saving (91.7%) e 6 (8.3%) a Miles; 48 (67.7%) sono stati sottoposti a TME e 24 a PME (33,3%). Morbilità globale del 22.1% (16 casi), il tasso di deiscenza 4.2% (3 casi).

Nei pazienti con tumore del retto basso e medio si nota un peggioramento della funzionalità urinaria media (IPSS da 1,66 a 4,81), ma la tecnica utilizzata non sembra influenzare il risultato. Per la capacità sessuale maschile la robotica porta migliori risultati (IIEF 26,63 contro 25,33 VLS, 16,83 TaTME, 10.8 Open); si nota inoltre un lieve miglioramento da 1 a 6 mesi dopo l'intervento sia in robotica (da 25 a 26,63) che nella TaTME (da 13,8 a 16,83). Trattamento e tecnica non incidono sull'eiaculazione (normale: 95,5% all'inizio; 77,3% a 6 mesi).

La riduzione media che della sessualità femminile (FSFI da 18,7 a 15,8) non risulta influenzata dalla tecnica.

RT neoadiuvante è stata somministrata al 16% dei pazienti VLS, 50% open, 63% robotica, 87,5% TaTME. La RT nel caso della TaTME potrebbe aver contribuito al risultato funzionale inferiore rispetto alle altre metodiche mininvasive.

L'analisi sui casi delle neoplasie alte (TaTME esclusa) evidenzia simili risultati: la tecnica incide sulla sessualità maschile, ma non in quella femminile e nelle disfunzioni urinarie.

Fattori predittivi per le alterazioni urinarie sono l'età e l'insorgenza di deiscenza; per quelle sessuali maschili la tecnica, per le alterazioni dell'eiaculazione lo stadio, le complicanze, deiscenza, e la RT, mentre per quelle femminili l'età.

Conclusioni: Dall'analisi effettuata notiamo come le tecniche mini-invasive incidano meno sulla funzionalità sessuale maschile, mentre età, stadio, dimensioni tumorali, complicanze, deiscenza e RT hanno più peso nell'alterare l'eiaculazione maschile, la sessualità femminile e la funzionalità urinaria globale.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

ESCISSIONE COMPLETA DEL MESORETTO ROBOTICA: RISULTATI ONCOLOGICI A LUNGO TERMINE

G. Giuliani, G. Formisano, S. Esposito, G. Calamati, A. Salaj, P.P. Bianchi

Ospedale Misericordia - Azienda Toscana Sud-Est, Grosseto

Introduzione: La sicurezza oncologica della laparoscopia nella chirurgia del cancro del retto è stata recentemente messa in discussione da due trial clinici multicentrici randomizzati sulla base di endpoint surrogati di sopravvivenza come il margine di resezione circonfrenziale, distale e l'integrità della fascia mesoretale.

La tecnologia robotica potrebbe superare i limiti della chirurgia laparoscopica, nonostante i risultati a cinque anni disponibili in letteratura siano ancora pochi. L'obiettivo del nostro studio è valutare i risultati oncologici a lungo termine in pazienti sottoposti a chirurgia del retto con tecnica robotica, in particolare nei tumori del retto extraperitoneale sottoposti a escissione mesoretale totale.

Materiali e metodi: Lo studio analizza i dati relativi ad una serie consecutiva di 118 pazienti sottoposti ad escissione mesoretale totale (84 resezioni anteriori e 34 resezioni addomino-perineali secondo Miles) inclusi in un campione di 156 pazienti sottoposti a chirurgia robotica per cancro del retto da Luglio 2009 a Dicembre 2016. L'età media della popolazione in esame è risultata di 65 anni e la distanza media dal margine anale è stata di 6.8 cm. In 59 casi su 84 resezioni anteriori è stata confezionata una ileostomia di protezione (70%). 67 pazienti hanno effettuato chemio-radioterapia neoadiuvante (56.8%) e il follow-up mediano è stato di 54 mesi. Sono state calcolate le curve di sopravvivenza per i pazienti sottoposti a chirurgia ad intento curativo con il metodo Kaplan-Meier.

Risultati: La durata media dell'intervento è stata di 265 min e il tasso di conversione è stato dello 2.5%. La degenza ospedaliera media è stata di 6.9 giorni. Le complicanze postoperatorie a 30 giorni di grado I-II sono risultate del 16.1% e di grado III-IV del 7.6% secondo la classificazione di Clavien-Dindo. I tassi di fistola anastomotica e di reintervento sono stati rispettivamente del 5.9% e del 7.6%. Il numero medio dei linfonodi asportati è stato di 20, il margine di resezione distale è stato di 2.8 cm e il margine di resezione circonfrenziale è risultato positivo nel 2.5% dei casi. La sopravvivenza libera da malattia è stata del 75.3%, mentre la sopravvivenza globale dell'85.6%. L'incidenza della recidiva locale è stata del 1.7%.

Conclusioni: Nella nostra esperienza l'escissione mesoretale totale robotica ha dimostrato essere una valida opzione terapeutica per il trattamento dei tumori del retto extraperitoneale, con un basso tasso di conversione, bassa positività del margine di resezione circonfrenziale e buoni risultati oncologici a lungo termine.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

LOWER GI: CME, TME

SALA B

QUALITY OF MESORECTAL EXCISION AFTER OPEN, LAPAROSCOPIC, ROBOTIC RECTAL RESECTION AND TATME

S.M. Tierno, G. Intini, V. Romeo, M. Giordano, C.E. Vitelli, M.M. Lirici

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma

Un adeguato margine circonfrenziale di resezione (CRM) associato ad un'asportazione integrale del mesoretto sono i presupposti per una corretta resezione chirurgica del retto. L'obiettivo di questo studio prospettico è confrontare gli outcomes di radicalità oncologica dopo resezione del retto con TME o PME ottenuti mediante chirurgia tradizionale, laparoscopica, robotica e TaTME.

Una serie consecutiva di 129 pazienti sottoposti a resezione del retto tra Luglio 2015 ed Gennaio 2018 sono stati raccolti in un database prospettico. I pazienti sono suddivisi in open (OP), laparoscopica (VLS), robotica (ROB), TaTME (Ta). I parametri considerati sono: dati anagrafici; dati relativi alla neoplasia: diametro, dimensioni del pezzo operatorio, localizzazione del tumore, TNM, trattamento neoadiuvante, regressione sec. Mandard; dati istopatologici: n. di linfonodi asportati, CRM e qualità della fascia del mesoretto. L'analisi statistica riguarda il confronto tra gruppi relativo al CRM e alla fascia del mesoretto secondo la classificazione di Quirke. I margini sono considerati positivi in caso di distanza <1mm.

Nel periodo di studio 32 (24.8%) pazienti sono stati sottoposti a RAR con tecnica open, 47 (36.4%) con tecnica VLS, 28 (21.7%) con tecnica robotica, 22 (17.1%) con TaTME. In 43 pz (34.9%) il tumore era localizzato nel retto basso, in 41 pz (31.8%) nel retto medio, in 43 pz (33.3%) nel retto alto. In 86 casi (66.7%) è stata eseguita una TME, in 43 casi (33.3%) è stata eseguita una PME. Il CRM è risultato positivo in 7 (5.4%) pz. così distribuiti 4 nel gruppo VLS, 2 nel gruppo ROB, 1 nel gruppo TaTME (p=0.4). In 85 (65.9%) pz il grado di completezza del mesoretto è stato complete, in 23 (17.8%) pz nearly complete, in 21 (16.3%) pz incomplete. L'analisi statistica non ha mostrato differenze tra gruppi (p=0.7).

Analisi per sottogruppi: Considerando pazienti con tumore del retto medio e basso sottoposti a TME (83 pz) le due tecniche che risultano essere superiori in termini di completezza del mesoretto sono la OP e la TaTME (complete nel 72.2% e 76.2% rispettivamente) rispetto alla VLS e ROB (66% e 52.2% rispettivamente) seppur in assenza di significatività statistica (p=0.08). Tali risultati vengono confermati analizzando solo pazienti con tumore del retto basso (43 pz). In questo sottogruppo escludendo la tecnica open, tra le tecniche mini-invasive la TaTME ha un tasso di completezza del 72% rispetto al 55% della VLS e 50% della ROB (p=0.06). Riguardo al CRM nei pazienti con tumore del retto basso la tecnica VLS risulta essere inferiore alle altre tecniche (p=0.048).

Conclusioni: Questo studio prospettico seppur condotto su un numero limitato di pazienti dimostra come nei casi di tumore medio-basso ed in particolare nei pazienti con tumore del retto basso la tecnica open e TaTME sono superiori. La tecnica VLS risulta essere inadeguata nei pazienti con tumore del retto basso in termini di CRM positivo (p=0.04).

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION TECHNIQUE: COULD IT BE CONSIDERED SAFE AND REALIZABLE FOR ALL PATIENTS? A SINGLE CENTER EXPERIENCE

M. Saracco¹, G. Talamo¹, A. Bianco¹, E. Francone¹, A. Caputo², A. Gennai¹, S. Berti¹

¹ Ospedale Civile Sant'Andrea, La Spezia

² AOU II Policlinico, Federico II, Napoli

Background: Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME), introduced by Sylla and Lacy in 2010, developed with the aim to simplify the TME technique. In TaTME surgical approach, it is easier to obtain clear circumferential resections margins (CRM) than in the conventional transabdominal surgery, particularly in patients who have middle and low rectal cancers and in patients with "complicated pelvis": men, narrow pelvis, fibrotic mesorectum, big tumors and obese patients. Theoretically, the access which is possible by following a bottom-up approach can provide advantages in terms of optimal outcomes after oncologic resections. The Cecil approach in TaTME involves a transabdominal team and a transanal team simultaneously. This approach seems to improve the quality of the dissection by saving the surgical time and by increasing the procedural safety.

Methods: A total of 58 patients with middle and low rectal cancer admitted to Sant'Andrea Hospital, in the city of La Spezia (Italy), between April 2014 and January 2018. 43 of these patients underwent TaTME surgical intervention with the construction of a primary anastomosis after resection. For this reason they were included in the sample of patients.

The primary outcome is given by the "anastomotic failure" which includes: early or delayed leak, anastomotic fistula, chronic sinus, pelvic abscess and anastomotic stricture. Secondary outcomes are represented by operative time, intraoperative adverse events, social function and anal pain. The quality of life at 1 month and at 6 months was compared with initial preoperative values (baseline values).

Results: In the mentioned 43 patients, anastomotic leaks were recorded in 17 cases (39,5%): 7 cases (16,3%) were identified at an early stage, while 2 cases (4,6%) were identified at a later stage (>30 days). In these patients, it was required a surgical or a radiological reintervention. The pelvic abscess was recorded in 2 patients (4,6%) subject to radiologically-guided drainage of fluid collection by pelvis. Anastomotic fistula was recorded in 6 patients (16,3%) treated in a conservatively way or with Endosponge®. The colostomy was required in 1 patient.

Discussion: In comparison with laparoscopic TME, TaTME seems to achieve a comparable technical success with acceptable oncologic outcomes. Randomized controlled multicenter trials, like COLOR III, intend to evaluate efficacy and safety of TaTME. Preliminary risk factors associated with anastomotic failure and a preoperative observed risk score were identified in the International TaTME Registry, however it is necessary to carry out further research to determinate the perioperative management and the decision making processes most appropriate for patients to reduce complications.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

COMPLETE MESOCOLIC EXCISION IN RIGHT HEMICOLECTOMY: RESULTS OF A SINGLE CENTRE BETWEEN LAPAROSCOPIC AND OPEN PROCEDURES

D. Testa, F. Selvaggi, R. Cotellese and L. Mazzola.

Division of Surgery, "Renzetti" Hospital, ASL-2 Lanciano-Vasto-Chieti, Lanciano (CH), Abruzzo, Italy.

Background: Complete mesocolic excision (CME) with central vascular ligation (CVL) should be the gold standard for surgery in colonic cancer. The complex anatomy of the right colon and the importance of a radical surgery makes open and minimally invasive CME techniques more difficult than conventional hemicolectomy.

Aim: We retrospectively collected consecutive patients who received right hemicolectomy with CME and CVL performed by the same surgeon (L.M.) as first operator. Perioperative parameters were analyzed, including local recurrence rate, distant metastasis rate and short-term survival rate.

Methods: Forty-one patients (M/F: 19/22) with TNM stages I-IV colonic adenocarcinomas were scheduled to undergo right hemicolectomy and divided into laparoscopic complete mesocolic excision (VL-CME) and open procedure (OPEN-CME) groups, according to clinical condition and preanesthetic assessment. Mean operative time, hospital stay, harvested lymphnodes, recurrence and short term survival rates were analyzed.

Results: At the admission, 12 patients presented anemia, 9 patients occlusive status, 2 patients presented both conditions, and 18 patients were admitted for other causes. Thirteen patients (31,7%) presented synchronous liver metastases. The mean age was 76 years (range: 43-94 years). Twenty-three patients underwent OPEN-CME, while 18 patients underwent VL-CME. One case was converted from laparoscopy to laparotomy. Mean operative time was 211 minutes (OPEN-CME/VL-CME: 186/257 minutes); mean harvested lymphnodes was 24 (OPEN-CME/VL-CME: 25.08/22.66); median length of stay was 11.2 days (OPEN-CME/VL-CME: 11.22/11.27). The mortality rate was 22.8%. The tumor was located at the hepatic flexure (42%) and caecum (37%). We observed: 1 case of anastomotic leak (2,4%), 1 case of haemoperitoneum (2,4%), 1 case of biliary fistula (2,4%), 1 case of postoperative occlusion (2,4%), and 2 cases of intra-abdominal collections (4,8%). Adjuvant chemotherapy was given to 13 patients. Local recurrences were observed in 4 cases (OPEN-CME/VL-CME: 2/2). Distant metastases were observed in 6 cases (OPEN-CME/VL-CME: 3/3). Survival rate at 36 months was 77% for OPEN-CME and 76% for VL-CME

Conclusions: In our experience, VL-CME with CVL is a safe and feasible surgical options for right colon adenocarcinomas. Our preliminary data demonstrated that there are no differences in terms of mortality, morbidity and survival rates between OPEN-CME and VL-CME with CVL. Since the high incidence of elderly patients, no advances of VL-CME approach was observed in our study. To clarify the benefits of VL-CME with CVL in the treatment of right adenocarcinomas, longer-term oncological follow-up is advocated.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION AND EXPOSITION OF THE SMV AND SMA. RETROSPECTIVE ANALYSIS AND IMPACT ON NODES RETRIEVAL AND ON PERIOPERATIVE COMPLICATIONS

E. Treppiedi¹, L. Cocchi², A. Manzoni¹, G. Zimmitti¹, V. Sega¹, R. La Mendola³, E. Rosso¹

¹ Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero, Brescia

² Clinica Chirurgica 1 - Università degli studi di Genova

³ Chirurgia Generale ed Esofago Stomaco - Università degli studi di Verona

Background: In 2008, Hohenberger et al. first described the Complete Mesocolic Excision (CME) with Central Vascular Ligation (CVL). CVL is the ligation of the origin of the colon tributary vessels with a high vascular tie. For a right colonic cancer localized in the caecum or in the ascending colon it means the ligation of the ileocolic vessels at its origin from superior mesenteric vessels (SMV and SMA), the origin of the right colic vessels (if present) and the origin of the right branch of the medium colic vessels. For a cancer located in the hepatic flexure, CVL needs also the ligation of the medium colic vessels at the origin, the gastrocolic trunk of Henle (GTH) and of the right gastroepiploic vessels.

Materials and methods: We have retrospectively analysed 115 consecutive patients underwent laparoscopic CME from January 2015 to December 2017 in our institution.

Our surgical approach is characterized by a medial-to-lateral sharp dissection of the embryologic mesocolic plane and a complete mobilization of the entire mesocolon detaching from the duodenum and the head of the pancreas. Then we proceed clipping the origin of the ileocolic vessels after the visualization of the underlying superior mesenteric vein; subsequent step is to identify the origin of the right branch of the medium colic vessels (MCV) and to clip it.

We have retrospectively divided all the patients into two groups depending on lymph nodes dissection technique around the superior mesenteric vessels. Group A were treated with the technique described above, Group B received a complete exposition of the anterior and of the right surface of SMV and SMA and a complete dissection of the head of the pancreas with ligation of GTH visualizing the MCV at their origin.

The aim of this retrospective analysis is to evaluate the number of nodes harvested and the impact of this lymphadenectomy on perioperative complications.

Results: Group A was composed by 74 patients, Group B by 41 patients. There was no difference between two groups in terms of tumour location and pre-operative staging of disease (cTNM).

Mean intraoperative duration of surgery was similar (Group A 189 vs Group B 199) without major intraoperative blood loss in both groups.

Mean number of total nodes retrieved in group A was 22,7 (\pm 8,6) while in Group B was 27,4 (\pm 10,2); patients with positive nodes between two groups are similar (31% and 29,2% respectively).

Major postoperative complications according Clavien Dindo classification (>III) are 9,4% and 12,1% respectively. No mortality rate. 90-days readmission rate was lower in group A (4% versus 7,3 %).

Conclusions: In our little retrospective experience we found that perform a complete exposition of the anterior and of the right surface of the superior mesenteric vessels, a complete dissection of the head of the pancreas with ligation of GTH and a visualization of the origin of MCV, could help to retrieve a major number of nodes without increasing surgical morbi-mortality.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY: COMPARISON BETWEEN TWO ANASTOMOSIS. THREE YEARS OF EXPERIENCE

V. Polenta¹, A. Maurizi², F. Falsetti², D. Mandriani², A. Cardinali², R. Gesuita¹, R. Campagnacci²

¹ Università Politecnica delle Marche, Ancona

² ASUR Regione Marche, Ospedale Carlo Urbani, Jesi

Objective: The colorectal literature demonstrates that totally laparoscopic right hemicolectomy (TLRC) is comparable to laparo-assisted right colectomy (LARC) as short-term and oncological outcomes. TLRC allows to choose the extraction site, with the possibility to reduce the incisional hernia. Furthermore, recent study shows that intracorporeal anastomosis is associated to a lower surgical stress response. However, the extracorporeal ileocolic anastomosis in right colon surgery remains a standard in many center. The aim of this study is to compare the intra- and peri-postoperative outcomes between TLRC and LARC after laparoscopic right colectomy in a district hospital.

Material and Methods: We performed a retrospective analysis of 101 patients who underwent laparoscopic right hemicolectomy for colon cancer from January 2015 to March 2018. The patients were divided in two groups: in 46 patients an intracorporeal anastomosis (IA) was performed, in 55 patients an extracorporeal anastomosis (EA). The Wilcoxon rank-test and the Fisher's exact test were used to compare two groups. A linear and logistic regression analysis were also performed.

Results: The two groups were comparable in terms of sex, body mass index (BMI), American Society of Anesthesiologists score (ASA) and preoperative staging. The patients who underwent EA had more frequently a previous laparotomy (10.9% vs 34.5%; $p=0.009$). The median operative time was similar (120 min in IA group vs 110 min in EA group, NS). Postoperatively, there was a significant difference in time to first flatus which was earlier in the IA group ($p=0.033$). Perioperative blood transfusion and also postoperative complications according to Clavien-Dindo classification were similar in both groups. No perioperative mortality and no readmission within 30 days of discharge was observed. As regards to the oncological status, no differences about postoperative staging were registered. The length of stay was comparable, but it increased with increasing of ASA score and previous laparotomy.

Conclusion: Our results demonstrate that TLRC is a good choice for the treatment of cancer of the right colon. It is associated with earlier return of bowel function, preservation of oncologic principles and low incidence of major complications. The length of postoperative stay in our country depends on social and familiar conditions and it could be optimized by an implementation of E.R.A.S. protocol in patients who underwent colorectal surgery.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS DURING LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY: EXPERIENCE IN A SINGLE CENTER

A. Agrusa, G. Di Buono, G. Geraci, S. Buscemi, V. Sorce, E. Gulotta, A. Barcellona, G. Amato, G. Romano, G. Gulotta

Department of Surgical, Oncological and Stomatological Disciplines, University of Palermo

Introduction: Laparoscopic right hemicolectomy is generally considered to be a more complex surgical procedure from a technical point of view due to the possibility of performing an ileo-transverse intra-corporeal anastomosis. In recent years several techniques have been described in the literature for the anastomosis packaging that differ for the closing of the colonic stump.

Methods: In this study we analyzed the clinical experience at the General and Emergency Surgery Department of the University Hospital in Palermo. In the period between May 2013 and April 2018 we performed 43 laparoscopic right hemicolectomies and we realized a side-to-side intra-corporeal anastomosis with subsequent closure of the enterotomy with a dual-layer continuous suture with V-loc.

Results: This study recruited 25 males and 18 females. The median age was 63.5 years, and the median body mass index (BMI) was 28 kg/m². Nine patients had experienced previous abdominal surgery. No intraoperative complications occurred. Dual-layer suture with V-loc did not show a significant increase in mean operative times compared to single-layer closure. The presence of enterotomic breccia has not been responsible for contamination of the operative field or abdominal infective complications in the post-operative period. No patient had postoperative anastomosis leakage. The intraoperative volume of blood lost was <50 ml. The median postoperative hospital stay was 7 days.

Conclusion: The packaging of intra-corporeal anastomosis for right-sided colon cancer with closure of the enterotomy with barbed suture in a double layer appears to be a safe and manageable technique. Performing a dual-layer suture does not significantly increase the operative time. In this experience we did not observe an increase in anastomotic leakage or in intra-postoperative complications.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

TRAINING STRUTTURATO IN CHIRURGIA COLORETTALE MINI-INVASIVA: LA CHIRURGICA ROBOTICA COME NUOVO MODELLO DI APPRENDIMENTO

G. Giuliani, G. Formisano, S. Esposito, L. Salvschiani, D. Sirimarco, P.P. Bianchi

Ospedale Misericordia - Azienda Toscana Sud-Est, Grosseto

Introduzione: La formazione dei giovani chirurghi, tramite un programma di apprendimento strutturato, è da sempre una delle sfide principali della chirurgia generale. È stato riportato in letteratura come la tecnologia robotica possa accorciare la curva di apprendimento per procedure complesse in ambito sia sperimentale che clinico. Gli studi finora pubblicati sul training in chirurgia robotica coloretale riguardano spesso chirurghi esperti in laparoscopia e chirurgia tradizionale. L'obiettivo di questo lavoro è valutare l'efficacia di un programma di training strutturato in chirurgia coloretale rivolto a giovani chirurghi neospécialisti senza una pregressa esperienza di chirurgia coloretale open o laparoscopica, ma autonomi nelle procedure di chirurgia minore, come colecistectomia e appendicectomia. L'intervento scelto come modello è stata l'emicolectomia destra robotica con anastomosi intracorporea.

Materiali e metodi: Tra Maggio 2016 e Dicembre 2017 due chirurghi neospécialisti hanno seguito un programma di training che comprendeva diversi step preliminari alla pratica clinica (simulatore virtuale, dry lab, wet lab e partecipazione come aiuto ad almeno 20 procedure di chirurgia robotica coloretale). L'emicolectomia destra è stata divisa in 3 diverse fasi: mobilizzazione del colon, controllo vascolare e confezionamento intracorporeo dell'anastomosi. Ognuno dei due chirurghi ha eseguito ogni fase della procedura per almeno due volte. Successivamente, hanno eseguito l'intera procedura sotto la diretta supervisione del tutor alla seconda console. Dopo le prime 4 procedure eseguite sotto tutoraggio, sono stati autorizzati ad eseguire l'intervento in totale autonomia. In totale i due chirurghi hanno eseguito 10 procedure ciascuno.

Le variabili analizzate per valutare l'efficacia di questo modello di apprendimento sono state: durata dell'intervento, tasso di conversione, complicanze intra e post operatorie, durata della degenza e numero dei linfonodi asportati.

Risultati: La durata media dell'intervento è stata 200 minuti e non sono state registrate conversioni. Non si sono verificate complicanze intra o post-operatorie e la durata media della degenza è stata di 6 giorni. Il numero medio dei linfonodi asportati è stato di 20. Non è stata osservata nessuna differenza tra i casi eseguiti sotto con il tutor alla seconda console e quelli eseguiti in completa autonomia. Nessuna differenza è stata rilevata tra i due chirurghi coinvolti nel programma in termini di durata dell'intervento, complicanze e risultati istopatologici.

Conclusioni: Un programma di training strutturato in chirurgia robotica coloretale è sicuro ed efficace. L'emicolectomia destra rappresenta un modello che permette di sviluppare diverse competenze tecniche e per il quale una pregressa esperienza in chirurgia coloretale mininvasiva e open potrebbe non essere indispensabile.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

EMICOLECTOMIA DESTRA LAPAROSCOPICA: ANASTOMOSI INTRA O EXTRACORPOREA? L'ESPERIENZA DELLA CHIRURGIA FERRARESE RISPETTO ALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

C. Bombardini, S. Giaccari, S. Rubino, F. Petrarulo, A. Schimera, S. Marino, G. Resta

Università degli Studi di Ferrara

Introduzione: Fin dai primi studi sulle colectomie laparoscopiche diversi trials randomizzati hanno evidenziato che le procedure laparoscopiche si dimostrerebbero superiori in termine di outcomes a breve termine rispetto a quelle laparotomiche, e non inferiori per quanto riguarda gli outcomes a lungo termine. Nell'intervento di emicolectomia destra laparoscopica si possono praticare due tipologie di anastomosi: l'anastomosi intracorporea e quella extracorporea. Il dibattito scientifico risulta ancora aperto su quale delle due tecniche anastomotiche risulterebbe essere migliore. Una revisione sistematica recentemente pubblicata non ha evidenziato differenze significative tra l'anastomosi intra o extracorporea riguardo ai tempi chirurgici, le complicanze intraoperatorie né il numero di linfonodi asportati, al contrario sono state ravvisate differenze per quanto riguarda i tempi postoperatori di canalizzazione ai gas e alle feci, la ripresa dell'alimentazione e la durata della degenza.

Scopo: Lo scopo del nostro studio è quello valutare i diversi outcomes dei pazienti sottoposti ad emicolectomia destra laparoscopica con anastomosi intracorporea o extracorporee.

Metodo: Si tratta di uno studio osservazionale retrospettivo nel quale abbiamo valutato tutti i pazienti affetti da carcinoma colo-rettale sottoposti ad intervento chirurgico di Emicolectomia destra laparoscopica tra gennaio 2006 e dicembre 2012 presso l'U.O. di Chirurgia generale e toracica dell'Ospedale di Cona, Ferrara. I criteri di inclusione nel nostro studio comprendevano pazienti con diagnosi di carcinoma colo-rettale sottoposti ad intervento chirurgico nel nostro centro nel contesto della medesima equipe. I pazienti sono stati divisi in due gruppi in funzione del tipo anastomosi se intra (57 pz) o extracorporea (34 pz), i dati dei due gruppi in esame sono stati confrontati mediante il Test T di Student. I dati sono stati considerati statisticamente significati con una $P < 0,05$ (IC 95%).

Risultati: Si sono delineate differenze statisticamente significative tra i due gruppi in esame per quanto riguarda le giornate post-operatorie di canalizzazione ai gas ($P=0,008$) e di ripresa dell'alimentazione ($P= 0,003$); mentre ai limiti della significatività statistica il dato sulla durata della degenza ospedaliera ($P= 0.05$).

Nel confronto tra i due gruppi in esami si sono rilevate anche differenze, seppur non statisticamente significative almeno per il momento, per quanto riguarda i tempi operatori e le giornate post-operatorie di canalizzazione alle feci.

Conclusioni: Per concludere l'anastomosi intracorporea rispetto a quella extracorporea in corso di emicolectomia destra laparoscopica migliora l'outcome generale dei pazienti provvedendo ad un recupero post-operatorio più veloce in termini di ripresa della funzionalità intestinale e di rialimentazione confermandosi quindi l'approccio chirurgico meno traumatico; ancora da indagare su campioni numericamente maggiori l'aspetto sulla radicalità oncologica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

LOWER GI: CME, TME

SALA B

CASE REPORT: NEOPLASIA MUCINOSA DI BASSO GRADO DELL'APPENDICE CIECALE (LAMN) SEC: WHO 2010, CHE MIMA INTUSSUSCEZIONE ILEO-COLICA

D. Di Martino, C. Lanci Lanci

ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti, Vasto

Una donna di 50 anni giunge al Pronto Soccorso del nostro P.O. poiché riferiva dolore addominale persistente e particolarmente localizzato in fossa iliaca destra, da circa una settimana con associati sporadici episodi di vomito ed alvo alterno caratterizzato da lunghi periodi di stipsi, alternati da abbondanti canalizzazioni con feci normocromiche e normoconformate. Veniva sottoposta ad esami ematici che non mettevano in evidenza presenza di indici di flogosi elevati; TC Addome senza e con MDC che rilevava la presenza a livello della fossa iliaca destra di intussuscezione ileo-colica.

In considerazione delle condizioni cliniche della paziente, si decideva di sottoporre la paziente a trattamento conservativo consistente in: digiuno, infusione di liquidi e.v. ed antibiotico-terapia ad ampio spettro e.v.. Il decorso clinico è stato regolare con graduale miglioramento delle condizioni cliniche generali. In quinta giornata di ricovero la paziente veniva sottoposta a colonscopia che non rilevava presenza di cellulari neoplastica. In prima giornata dopo l'esecuzione della procedura endoscopica ricompariva la febbre (T: 37,3), con andamento continuo e dopo ulteriori 48 ore di osservazione, la paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico di Laparoscopia esplorativa. All'ingresso nella cavità peritoneale si repertava appendice di volume aumentato e di consistenza dura-elastica con processo infiammatorio-neoplastico coinvolgente l'ultimo tratto di ileo e colon-cieco, colon ascendente, fino ad arrivare a livello della flessura epatica. Si decideva, quindi, di procedere con esecuzione di emicolectomia destra allargata videolaparoscopica.

L'esame istologico definitivo eseguito in urgenza metteva in evidenza a livello dell'appendice ciecale presenza di cistoadenoma mucinoso/neoplasia mucinosa dell'appendice di basso grado (LAMN) sec. WHO 2010. Si segnalano inoltre a livello della porzione sottosierosa della parete muscolare appendicolare focolai (CD10+, ER+, PgR+) riferibili ad endometriosi. Il decorso postoperatorio è stato regolare, in seconda giornata postoperatoria veniva rimosso il SNG e la paziente veniva rialimentata. Il drenaggio è stato rimosso in V giornata postoperatoria e la paziente dimessa in VI giornata postoperatoria. In post-ricovero la paziente veniva sottoposta a TC addome CMDC di controllo che non ha evidenziato persistenza della patologia neoplastica.

Il Follow-up della paziente è consistito in valutazione oncologica e valutazione ginecologica specialistiche per eventuali correlazioni con pseudo-mixoma peritonei e cistoadenoma ovarico, assenti ai successivi approfondimenti clinico-strumentali.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

STANDARDIZED LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR RIGHT-SIDED COLON CANCER. SURGICAL AND ONCOLOGICAL OUTCOMES IN A RETROSPECTIVE, LONG-TERM, SINGLE-INSTITUTION EXPERIENCE

M. Origi, C. Magistro, C.L. Bertoglio, P. Carnevali, A. Mangili, G. Ferrari

ASST GOM Niguarda Ca' Granda, Milano

Aim: The goal of the study is to verify the impact on oncological outcomes of the systematic application of laparoscopic complete mesocolic excision (CME) with central vascular ligation (CVL) in surgical treatment of right-sided colon cancers (LCME group), compared with laparoscopic conventional right colectomy (LCRC group) in a high-volume colorectal cancer unit.

Materials and methods: 399 consecutive patients underwent laparoscopic surgery for right colon cancer between 2008 and 2016. 161 patients received conventional laparoscopic right colectomy before 2011 (LCRC group), and 238 patients received laparoscopic CME from January 2012, when we systematically adopted CME + CVL (LCME group). Were analyzed lymph nodes harvesting, morbidity, mortality, overall survival (OS) stratified by stage and disease-specific survival (DSS).

Results: Postoperative surgical complications were 13 % in the LCME group (18.8% overall) and 11.8% in the LCRC group (19.8% overall), with no significant difference (NS). Postoperative ileus was present in 5% in LCME group and 4.5% in LCRC group (NS). We observed one postoperative death within 30 days from operation due to acute heart failure. The average number of harvested lymph nodes was 26.4 (12 - 67) in the LCME group and 20.2 (9 - 55) in the LCRC group ($p < 0.005$). We observed overall 14.4% of recurrence, 8.7% and 3.7% in LCRC and LCME group respectively, and was mainly systemic (9%).

Average three-year OS was 86% in the LCRC group and 91% in the LCME group (NS). Average 3-year DSS for stage II was 96% in the LCME group and 87% in the LCRC group; for stage III 88% and 65% in the LCME and in the LCRC group respectively ($p < 0.001$). On the other hand in term of DSS at 3 years Cox's regression analysis (SPSS) evidenced that TNM stage, CME and the total number of lymph nodes harvested were significant independent predictors.

Conclusion: Surgical standardization of CME with CVL for right-sided colon cancers (stage II and III), is a safe procedure in expert hands with dedicated laparoscopic skills. Is associated with better staging and prognosis and thus results confirms that laparoscopic CME with CVL is reproducible with adequate oncological outcomes.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR RIGHT-SIDED COLON CANCER. ANALYSIS OF FEASIBILITY AND SAFETY FROM A SINGLE ITALIAN CENTER

C. Pedrazzani, E. Lazzarini, G. Turri, C. Conti, F. Secci, M. Tripepi, M. Rivelli, L. Gerard, A. Guglielmi

Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare, AOUI Verona, Università degli Studi di Verona

Background: Although laparoscopic surgery is now accepted as standard treatment for right-sided colon cancer (CC), laparoscopic CME right hemicolectomy is considered a demanding procedure. Popularized by Hohenberger, it is performed routinely in few Western centers and more frequently in the Far East. The aim of the study was to analyze the safety of laparoscopic CME for right-sided colon cancer.

Methods: Prospectively collected data from 52 patients who underwent laparoscopic CME right hemicolectomy between September 2014 and March 2018 performed by a single surgeon (C.P.) were analyzed. The CME procedure was performed using a lateral-to-medial and caudal-to-cranial approach. After completing the mobilization of the cecum and ascending colon and the exposure of the duodenal C sweep and the pancreatic head, the dissection along the anterior aspect of the mesenteric vein was completed including the area at the origin of the middle colic vessels.

Results: Mean±SD age was 71±13 years and male to female ratio was 1:1. The tumor was located at the cecum in 14 cases (26.9%), ascending colon in 25 (48.2%), hepatic flexure in 8 (15.4%) and proximal transverse colon in 5 (9.6%). Mean BMI±SD was 26.1±3.7 and 17 patients had a BMI >28 (32.7%). ASA 3 score was observed in 18 patients (34.6%) and 28 (53.8%) presented two or more comorbidities. One or more previous abdominal surgeries were observed in 25 patients (48.1%). Right hemicolectomy was completed in 44 (84.8%) patients and extended right hemicolectomy in 8 (15.4%). Mean±SD time of surgery was 209±57 min, median(range) blood loss 30(20-300) ml, median(range) length of incision 5(4-15) cm. Intraoperative complications occurred in 4 patients (7.7%) and were managed laparoscopically in all the cases. In one patient conversion to open surgery was preferred due to the bulky of the tumor. Considering histopathological characteristics, 16 tumors (30.8%) were classified as pT1-2, 26 tumors (50%) as pT3, 8 (15.4%) as pT4a and 2 (3.8%) as pT4b. The majority of tumors did not have demonstration of nodal involvement (31 cases, 59.6%), 17 cases (32.7%) were pN1 and 4 pN2 (7.7%). R0-resection was obtained in all but one the cases (98.1%). The mean±SD number of retrieved nodes was 26.1±9.2 and 51 out of the 52 patients (98.1%) had a lymph node count >12. Considering short-term outcomes, post-operative complications occurred in 21 patients (41.4%), 16 patients (30.8%) had Clavien-Dindo grade 1-2, 3 patients a grade 3a (5.8%) and 2 patients a grade 3b (3.8%). RBC transfusion occurred in 5 patients (9.6%), redo surgery in 2 (3.8%) and readmission in 2 (3.8%).

Conclusions: Laparoscopic CME right hemicolectomy is feasible and safe even in a Western series in which patients have less favorable clinical characteristics. The standardization of the surgical technique makes laparoscopic CME right hemicolectomy feasible and safe and allowed to obtain good quality specimens and short-term results.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

SUBTOTAL COLECTOMY IN IBD: OPEN VS LAPAROSCOPIC APPROACH IN A CONSECUTIVE SERIES OF 111 PATIENTS FROM A SINGLE REFERRAL CENTER

F. Di Candido, M. Carvello, M. Sacchi, A. Maroli, M. Montorsi, A. Spinelli

Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

Background and aims: Subtotal colectomy is regarded as a standard intervention for patients with chronic inflammatory bowel disease (IBD) and refractory colorectal involvement. Laparoscopic approach minimizes surgical trauma, improve cosmetic results and has lower post-operative morbidity. This is particularly important for IBD patients, who might experience repeated surgeries. The aim of this study is to evaluate the outcomes of different surgical approaches in subtotal colectomy performed in IBD patients.

Patients and methods: This is an observational, retrospective, monocentric study on a consecutive series of 111 IBD patients that underwent subtotal colectomy in a single referral center between March 2011 and October 2017. Patients were divided in 3 groups according to the surgical approach: open, multiport, single-port (through the site of planned stoma). Operative details, data regarding post-operative course and 30-day complications were collected.

Results: Between 2011 and 2017, 111 patients underwent subtotal colectomy for IBD in a specialized unit (41 Crohn's Disease, CD, 70 Ulcerative Colitis, UC). Seventeen patients underwent open colectomy (10 CD, 7 UC), 83 patients underwent laparoscopic multiport colectomy (28 CD, 55 UC), 11 patients underwent single-port colectomy (3 CD, 8 UC). Surgery was performed in emergency setting in 2 cases in open (11%) and single-port approach (18%), respectively, and in 18 cases in the multiport series (21%). Median operative time was 218 minutes in the open series, 211 minutes in the multiport series, 184 minutes in the single-port series. In the multiport group, conversion to open approach was necessary in 15 cases (18%), whereas there were no conversion in the single-port group. Median length of stay (LOS) was 10 days in the open group, 6 in the multiport group and 6 in the single-port group. Ordinary One-way ANOVA revealed a statistical significant increase in hospitalization stay of patients undergoing open colectomy compared to patients undergoing multiport surgery ($p = 0.038$). One patient required reintervention in the open group, 4 in the multiport series, whereas there were no reintervention in the single-port series. Given its retrospective nature, a selection bias, pertaining the choice of surgical approach in different patients, might be considered a limitation for this study.

Conclusions/Discussion: Laparoscopic subtotal colectomy is a safe and effective technique for patients with colon involvement in IBD. Minimizing the access trauma and reducing LOS offer a potential advantage of reduced surgical site infections, especially for frequently immunosuppressed IBD patients. Single-port procedure is a promising approach and needs to be further investigated with a larger series of patients and a randomized design in order to exclude the bias introduced by primary selection.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

LOWER GI: CME, TME

SALA B

LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLON EXCISION (CME) FOR RIGHT COLON CANCER: FEASIBILITY AND SURGICAL OUTCOME IN A SINGLE CENTER

A. Agrusa, G. Di Buono, G. Geraci, S. Buscemi, V. Sorce, G. Bonventre, L. Gulotta, G. Amato, G. Romano, G. Gulotta

Department of Surgical, Oncological and Stomatological Disciplines, University of Palermo

Introduction: Surgery is the most important prognostic factor for the treatment of colon cancer. Over the years, numerous studies have demonstrated the feasibility of the laparoscopic approach, but, in these study we saw higher rates of local recurrence in the case of right-sided colon cancer. Probably this result was related to the incomplete mesocolon dissection with the laparoscopic technique. For this reason, in recent years, the embryological concept of Total Mesorectal Excision (TME) valid for tumors of the rectum has been used for right-sided colon cancer with Complete Mesocolon Excision (CME).

Methods: In this study we analyzed the clinical experience at the General and Emergency Surgery Department of the University Hospital in Palermo. In the period between May 2013 and April 2018 we performed 43 laparoscopic right hemicolectomies with Complete Mesocolon Excision (CME) and central vessel ligation with consequent extended lymph node dissection. Therefore we created a database for the analysis of patients' demographic data, the characteristics of the tumors, the preoperative staging, the histological examination and complications.

Results: This study recruited 25 males and 18 females. The median age was 63.5 years, and the median body mass index (BMI) was 28 kg/m². Nine patients had experienced previous abdominal surgery. No intraoperative complications occurred. The median number of retrieved lymph nodes was 18. The intraoperative volume of blood lost was <50 ml. The median postoperative hospital stay was 7 days. Four patient received treatments from the intensive care unit (ICU). No patient had postoperative anastomotic leakage. Five patients had a postoperative complication (Clavien-Dindo Score 2-4) diagnosed within 30 days. We had no case of recurrence.

Conclusions: Laparoscopic right hemicolectomy with CME and central vessel ligation is a feasible and safe procedure that does not increase intra-operative and postoperative complications. This procedure add an improvement of the oncological results with a greater number of removed lymph nodes.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

RENAL METASTASES IN THE THYROID GLAND: IS IT A NEW TREND?

M. Grasso¹, L. Costigliola², M. De Palma², A. Puzziello¹

¹ Università degli Studi di Salerno

² AORN A. Cardarelli, Napoli

Objective: Intra-thyroid metastases are a rare occurrence, and account for 1–3% of all thyroid malignancies. Previous research characterized melanoma and breast carcinoma as the commonest primary lesions leading to thyroid metastases, but more recent studies demonstrate that renal cell carcinoma (RCC) is now the most prevalent. From 1964 to 2007, the literature depicts RCC metastases to the thyroid gland as a rare occurrence, with only 113 documented cases. However, this disease phenomenon is emerging with increasing frequency in recent literature and warrants awareness amongst clinicians when investigating thyroid nodules. Autopsy studies of patients with known metastatic malignancy have suggested that thyroid metastases are under-diagnosed and may occur in up to 20% of patients. The aims of this study is to analyze the clinical characteristics of patients with thyroid involvement of RCC since there was a recently emergence of case reports depicting the phenomenon of RCC spreading to the thyroid gland. A common theme amongst these cases is a long lag phase between the treatment of RCC and the development of thyroid metastases – with a mean interval time of 9 years.

Materials and Methods: 68-year-old male patient who had been subjected to left nephrectomy for renal cancer in 2008, is admitted in January 2018 to undergo intervention for multinodular goiter in euthyroidism. In February 2018 he is subjected to total thyroidectomy, has no post-operative complications and is then discharged on second day. Histological examination shows thyroid metastasis from renal cell carcinoma. Immunohistochemistry shows: TTF1-, thyroglobulin-, CD10 +/-, CK8/18 +/- and CKAE1/AE3-/+ thus confirming the renal origin of the neoplasia.

Results: The thyroid gland is highly vascularised and on this basis one would expect it to be a common site for metastases. Paradoxically, however, metastases only account for 1–3% of all thyroid malignancies. Protective factors against metastatic deposits in the thyroid gland are thought to be its high concentration of oxygen and iodine, and the filtering capability of pulmonary capillaries. Autopsy studies have suggested that the commonest primary sources of thyroid metastases are melanoma (39%) and breast carcinoma (21%). However, a more recent review of clinical cases suggests that renal cell carcinoma now predominates as the leading cause of metastases from non-thyroid malignancies to the thyroid gland (48.1%). RCC displays a pattern of late metastatic spread to the thyroid gland, with a median time interval of 6–12.5 years.

Conclusions: Renal cell carcinoma (RCC) is emerging as one of the most common malignancy to metastasize to the thyroid gland. Metastatic RCC should be included in the differential of a new thyroid mass. Treatment directed at the thyroid metastasis results in prolonged survival in some cases.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

LA SURRENECTOMIA LAPAROSCOPICA: ANALISI DEI COSTI E DELLA QUALITÀ DI VITA

C.A. Pacilio, R. Casadei, C. Ricci, F. Minni

Policlinico S.Orsola-Malpighi, Università di Bologna

Introduzione: La surrenectomia laparoscopica (SVL) rappresenta il "gold standard" per il trattamento delle lesioni benigne del surrene, imponendosi su quella "open" (SO) per i vantaggi clinici, pur in assenza di studi randomizzati controllati e "cost-effectiveness" (CE).

Obiettivi: Primari: definire i costi della SVL in un centro di terzo livello ad alto volume e valutare l'adeguatezza del rimborso fornito dal Servizio Sanitario Regionale.

Secondari: descrivere la QoL dopo SVL paragonando i nostri risultati a una coorte di pazienti (pz) sani italiani ed effettuare un'analisi costo-efficacia (CEA).

Materiali e metodi: Dal database prospettico raccolto dal 2001 al 2015 sono stati estratti 112 pz sottoposti a SVL per patologia benigna, vivi al momento dello studio.

Per il calcolo dei costi "crudi" sono stati utilizzati i dati forniti dalla farmacia ospedaliera; il costo totale è stato ottenuto sommando tutti i costi sopra menzionati e aggiungendo il 15 % dei costi diretti e indiretti. Si è quindi provveduto a calcolare la differenza per ciascun caso tra il costo totale e il rimborso atteso sulla base del DRG associato alla procedura (268). Una volta ottenuta tale differenza è stata calcolata la percentuale di pazienti con differenza costo-rimborso positiva e sono stati identificati i fattori pre ed intra-operatori associati a una maggiore probabilità di intervento non adeguatamente remunerato. Relativamente all'obiettivo secondario, la qualità di vita (QoL) è stata calcolata utilizzando il questionario EQ-5D-5L ad almeno un anno dall'intervento. La QoL così registrata è stata poi paragonata alla QoL attesa per età e sesso nella popolazione sana. La CEA è stata ottenuta confrontando i QALY (Quality Adjusted Life Years), mediante una randomizzazione simulata, non avendo un gruppo di controllo per le SO, assumendo come surrogato di tale intervento la pancreasectomia distale, per la quale avevamo già eseguito tale studio. I due gruppi sono stati poi comparati secondo la "Monte Carlo Simulation" ed i dati analizzati col modello di Markov.

La valutazione della sostenibilità è stata effettuata mediante il confronto dei costi indiretti (PIL pro-capite) e la spesa sostenuta dal SSN al netto dei costi intangibili (QALY), assumendo come cost-effective un intervento inferiore a 3 volte il PIL pro-capite.

Risultati: Il costo crudo di una SVL è di 7.443 euro, a fronte di un rimborso di 8.300; l'eccesso di spesa riscontrato nel 23% dei pz è dovuto all'ASA score, alla pregressa chirurgia ed alla conversione.

La QoL dei pz sottoposti a SVL è sovrapponibile a quella della popolazione sana italiana e si riduce al crescere dell'ASA score. La SVL produce un lieve aumento della QoL (0.12 QALY); per garantire al pz 1 QALY, che corrisponde ad un PIL pro-capite di 35.925, bisogna spendere 43.274 euro, rientrando nel gruppo CE sec. la soglia stabilita dalla WHO.

La SVL può essere considerata "cost-effective" al netto dei costi diretti, indiretti e intangibili.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **12:30-13:30**
ENDOCRINO

SALA C

A RARE CASE OF PRIMARY THYROID AMYLOIDOSIS

M.A. Cannizzaro, S. Lo Bianco, D. Provenzano, F. Pennetti Pennella, S. D'Errico, M.T. Cannizzaro, A. Buffone

Università di Catania

Introduction: Amyloid goitre is presence of amyloid protein within the thyroid gland. The deposition of amyloid causes enlargement of the thyroid gland, with compressive symptoms.

Case: We present a case of a 65-year-old male patient have a big swelling in front of neck. He has kidney failure and multiple myeloma for about 10 years. He has not shown any signs of systemic amyloidosis. Ultrasound shows an increased volume thyroid reaching the mediastinum, no lateral cervical lymphadenopathy (right lobe 49x38x100 mm; left lobe 41x34x51 mm.). TC and RM show diffuse and multinodular enlargement of both lobes of the thyroid gland, no lateral cervical lymphadenopathy (right lobe reaches C2; left lobe reaches the brachio-cephalic trunk). Fine needle aspiration (FNA) shows the presence of colloid and histiocytes. The histopathological examination demonstrates thyroid amyloidosis.

Discussion: Amyloid goitre is defined as the deposition of amyloid in the glandular parenchyma, such as to determine a volumetric enlargement, clinically evident, and atrophy of thyroid follicles. This is a rare clinical condition that may be associated with the deposition of adipose tissue within the gland. From a clinical point of view, patients present with a clinically evident, painless and rapidly growing crop (months or years) that can cause progressive airway obstruction, dysphagia and dysphonia. Thyroid deposition of amyloid is very frequent, estimated between 20 and 50% of primary amyloidosis and up to 80% in secondary amyloidosis.

The origin of the adipose tissue is unclear; it's suggested that it may arise from metaplasia of stromal fibroblasts, precipitated by ischemia due to the destruction of capillaries by amyloid deposition. Patients can be clinically hypothyroid, hyperthyroid or euthyroid.

Conclusion: The treatment of choice in patients with amyloid goiter is a thyroidectomy, because the final diagnosis is determined by histological analysis of the operating piece, in addition to surgery reduces compression symptoms.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **12:30-13:30**
ENDOCRINO

SALA C

RUOLO DELLA SURRENECTOMIA OPEN NELL'ERA DELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA: REVISIONE DELLA LETTERATURA E DESCRIZIONE DELLA NOSTRA ESPERIENZA DI CHIRURGIA DEL SURRENE

C.A. Pacilio, C. Ricci, S. Selva, R. Casadei, F. Minni

Policlinico S.Orsola-Malpighi, Università di Bologna

La surrenectomia convenzionale svolge ancora un ruolo importante nella chirurgia surrenalica. È stata condotta una revisione sistematica della letteratura corrente per discutere l'indicazione principale all'esecuzione di una surrenectomia open per quanto riguarda le principali patologie surrenaliche. Gli autori hanno sottolineato il ruolo dell'adrenalectomia convenzionale sulla base dell'esperienza personale e di una revisione della letteratura. Sono state analizzate e discusse le indicazioni alla surrenectomia open per cisti surrenali, mielolipomi, feocromocitomi, metastasi, carcinomi surrenalici e recidive tumorali. L'adrenalectomia open ha ancora un ruolo importante in diverse patologie surrenaliche: è obbligatoria in alcune situazioni specifiche, come lesioni gravi, rischio di tumori maligni, situazioni di emergenza e in caso di recidiva di tumore.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30

ENDOCRINO

SALA C

LA VITAMINA D COME FATTORE PREDITTIVO DI IPOCALCEMIA TRANSITORIA DOPO TIROIDECTOMIA TOTALE

A. Bove, C. Dei Rocini, R. Di Renzo, P. Panaccio, G. Palone, G. Di Martino, M. Ricciardiello, G. Bongarzone

Università G. D'Annunzio, Chieti

L'intervento di tiroidectomia totale rappresenta il gold standard per il trattamento della patologia nodulare diffusa e per i tumori della tiroide. La più frequente complicanza post-operatoria è l'ipocalcemia transitoria. Abbiamo valutato se il deficit preoperatorio di vit.D

può essere considerato predittivo nell'insorgenza di questa complicanza.

Dal gennaio 2014 al aprile 2017 sono stati valutati 177 casi di tiroidectomia totale (141 donne, 36 uomini). I risultati dei controlli post-operatori hanno permesso di suddividere 2 gruppi di pazienti, normocalcemici e con ipocalcemia transitoria (calcemia < 8.0mg/dl).

Sono stati valutati e confrontati il sesso, l'età, se fumatori o no, il body mass index (BMI) il livello pre-operatorio del calcio, della vit D., i dosaggi degli ormoni tiroidei.

Il deficit di Vit.D. è stato definito con un dosaggio di 25-OHD < di 25ng/ml.

L'incidenza di ipocalcemia post-operatoria è stata del 15.8% (26 paz.). Il livello preoperatorio di vit.D è risultato significativamente più basso nei pazienti ipocalcemici (31.5₊ 15.0ng/mL vs 18.7₊ 9.8 ng/nL, p= 0.017.. L'analisi di regressione logistica ha rilevato che il deficit pre-operatorio di Vit.D è un significativo fattore predittivo di ipocalcemia (p= 0.0012) e specificamente aumenta il rischio di 15 volte (odds ratio [OR], 14.8). Il sesso femminile l'obesità e il fumo aumentano rispettivamente il rischio di ipocalcemia del 5, del 3 e del 3.7, risultando, comunque, non significative (p> 0.05).

L'ipocalcemia transitoria dopo tiroidectomia totale è significativamente correlata al deficit pre-operatorio di 25- OHD. Il nostro studio ha dimostrato che il deficit di Vit.D (< 25 ng/mL) è un fattore predittivo indipendente di ipocalcemia post-operatoria. Il controllo e la correzione di un eventuale deficit di Vit.D dovrebbe essere considerato necessario nel paziente da sottoporre a tiroidectomia totale al fine di ridurre l'incidenza di questa complicanza post-operatoria.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

LAPAROSCOPIC AND ROBOT-ASSISTED TRANSPERITONEAL LATERAL ADRENALECTOMY

M. Grasso¹, A. Niglio², M. De Palma², A. Puzziello¹

¹ Università degli Studi di Salerno

² AORN A. Cardarelli, Napoli

Background: Since Gagner performed the first laparoscopic adrenalectomy (LA) in 1992 laparoscopy has become the gold-standard procedure in the treatment of adrenal surgical diseases. Among all laparoscopic approaches the transperitoneal lateral adrenalectomy (TLA) is currently the most widespread procedure. The aim of this article is to analyze our experience in LTLA and robotic-LTLA for the management of surgical adrenal diseases and to value the safety and feasibility of those surgical approach

Methods: From May 2011 until August 2017 were performed 53 adrenalectomies for adrenal tumors. Out of these, 48 operations were carried out with a transperitoneal lateral approach. Open surgery was performed in 8 patients, 40 patients underwent to laparoscopic surgery (LTLA) and 5 patients were treated with a robotic approach.

Results: In the LTLA group the majority of patients were female (65%) and the mean age was 55.35 years (range: 28-78 yrs). Among the adrenal tumors 18 were left-sided and 16 were right-sided. The median tumor size was 51.24 ± 15.88 mm (range: 25.0-80.0 mm). In our series 45 tumors were no-functional lesions (84,91%) and only in 8 cases (15,09%) we treated masses with a metabolic activity.

Adrenocortical adenoma was the most frequent pathological type (50%). Out of these, two adenomas were functional lesions, in particular we have a case with an associated hyperaldosteronism (Conn's Syndrome) and a case of an adrenocortical adenoma with an excessive production of cortisol (Cushing's Syndrome). Other pathologic types included benign diseases: 7 pheochromocytoma (20.60%), 2 myelolipoma (5.88%) and 1 adrenal cyst (2.94%). Among the malignant diseases there were 4 metastases (11.76%) and 3 carcinomas (8.82%).

A median operative time of 118.50 ± 44.97 mins (45.0-225.0 mins) was recorded in LTLA. It was significantly shorter than that OA ($p = 0.024$). Moreover, the comparison between LTLA and r-LTLA showed a longer operative time for the robotic-assisted approach but with no statistical differences. A shorter hospital stay was recorded in the LTLA group.

Conclusions: LTLA and r-LTLA are safe and effective approaches which ensures successful outcomes for the treatment of adrenal gland tumors.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY FOR CUSHING'S DISEASE

M. Ortenzi¹, R. Ghiselli¹, R. Vergari¹, E. Guerrieri¹, A. Balla², A.M. Paganini², M. Guerrieri¹

¹ Università Politecnica delle Marche, Ancona

² Università La Sapienza, Roma

Aims: Minimally invasive adrenalectomy has become a preferred approach for many adrenal tumors.

In this study, we report our experience on transperitoneal laparoscopic approach for Cushing disease, evaluating the influence of obesity on intra-operative and post-operative outcomes

Methods: A retrospective analysis of a series of patients undergoing laparoscopic adrenalectomy for Cushing disease was reviewed. They were divided into three groups according to their Body Mass Index (BMI): BMI < 25 Kg/m², 25 < BMI < 30 Kg/m² and BMI > 30 Kg/m². In all cases a transperitoneal approach was used. Moreover, dissection and division of adrenal vascular pedicle were carried on with an electrothermal bipolar device. Exclusion criteria were open procedures and utilization of other energy devices. Differences were analyzed with the Fisher's exact test for categorical variables, and the Mann-Whitney test or continuous variables.

Results: A total of 202 patients, from 1994 to 2017, were included. The 54.9% of patients had a BMI > 25 kg/m², 70 (34.6 %) had a BMI >30 kg/m². Mean size of the gland was 4.3 ± 1.9 cm (p=0.753). There were 109 right, 82 left and 9 bilateral adrenalectomies (p=0.786). The commonest symptomatic manifestation was hypertension (n= 152, 66.7 %). The mean operative time was 101±50 min (p=0.958). Intra-operative blood loss was minimal. Conversion rate was 2.5 % (p=0.573). Mean length of stay was 3.8± 2 days (0.962). Post-operative minor complications were observed in 5 patients (2.5 %, p= 0.573). There was no 60-days readmission in both groups. No mortality was observed. We observed the complete resolution of hypercortisolism related symptoms in 95 % of patients, and a mean BMI reduction of 5 ± 3.2 kg/m² in a mean follow up of 6.3 ± 4.2 years.

Conclusions: Our analysis showed two main results. The first is that morbid obesity has no influence on short-term outcomes of laparoscopic transperitoneal approach. In addition, the use of an electrothermal energy device is safe regardless of the BMI.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

LA SURRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA SINISTRA CON APPROCCIO SOTTOMESOCOLICO PER LA SINDROME DI CUSHING O CONN È SICURA ED EFFICACE COME L'APPROCCIO LATERALE E ANTERIORE?

A. Balla¹, S. Quaresima¹, L. Palmieri¹, M. Ortenz², E. Sbardella¹, G. Puliani¹, A. Isidori¹, M. Guerrier², A. Paganini¹

¹ Sapienza Università di Roma

² Università Politecnica delle Marche, Ancona

Obiettivi: Lo scopo del presente studio è quello di confrontare i risultati di tre approcci chirurgici laparoscopici transperitoneali [laterale (L), anteriore (A) e anteriore sottomesocolico (AS)] per il trattamento delle sindromi di Conn e di Cushing del surrene sinistro.

Materiali e metodi: Il presente studio è un'analisi retrospettiva di dati raccolti in modo prospettico. Da gennaio 1994 a luglio 2017 sono state eseguite 535 surrenalectomie laparoscopiche (SL). Cento-sessanta-quattro pazienti con sindrome di Conn o di Cushing sono stati sottoposti a SL sinistra. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi in base al tipo di approccio: L (Gruppo A), A (Gruppo B) e AS (Gruppo C).

Risultati: Novantanove pazienti (60,4%) erano affetti da sindrome di Conn (7 pazienti del gruppo A, 32 del gruppo B, 60 del gruppo C) e 65 (39,6%) da sindrome di Cushing (6 del gruppo A, 23 del gruppo B, 36 del gruppo C). L'approccio laterale è stato utilizzato in 13 casi, quello anteriore in 55 casi e quello anteriore sottomesocolico in 96 casi. Non sono state osservate differenze statisticamente significative riguardo al sesso, all'età e al BMI dei pazienti. Il tempo operatorio medio è stato di $117,6 \pm 33,7$, $107,6 \pm 40,3$ e $96,2 \pm 47,5$ minuti rispettivamente per i gruppi A, B e C. Valutando il tempo operatorio e stratificando i pazienti in base alla dimensione della lesione (0-3 cm, 3-6 cm e > 6 cm) è stata osservata una differenza statisticamente significativa tra i gruppi A e C in caso di lesioni fino a 3 cm (Gruppo A $126,1 \pm 37,7$ minuti, gruppo C $91,7 \pm 48,8$ minuti, $p = 0,0482$). La conversione a chirurgia aperta è stata osservata in 4 pazienti del gruppo C (4,1%). Le complicanze postoperatorie sono state osservate in 2 pazienti del gruppo B (2%) e in 5 pazienti del gruppo C (5,2%). In un paziente del gruppo B e in 5 pazienti del gruppo C è stata eseguita la colecistectomia laparoscopica associata alla surrenalectomia. Non è stata osservata mortalità. All'analisi istologica definitiva sono stati riportati 125 (76,2%) adenomi surrenalici (11 nel gruppo A, 49 nel gruppo B e 65 nel gruppo C) e 39 iperplasie surrenaliche (23,8%, 2 nel gruppo A, 6 nel gruppo B e 31 nel gruppo C).

Conclusioni: La SL sinistra sottomesocolica con approccio anteriore nel caso delle sindromi di Conn o di Cushing è ugualmente sicura ed efficace rispetto agli approcci laterale e anteriore. Il controllo precoce della vena surrenale prima di qualsiasi manipolazione della ghiandola e la dissezione chirurgica limitata sono i principali vantaggi dell'approccio sottomesocolico, con un tempo operatorio inferiore statisticamente significativo nelle lesioni più piccole.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

DOES THE IMPLEMENTATION OF MOLECULAR MARKER USE IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE RESULT IN A SIGNIFICANT OVERALL BENEFIT IN HEALTH OUTCOMES IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CANCER?

M. Milazzo, R. Ciuni, A. Biondi, S. Ciuni, F. Basile

Università degli Studi di Catania

Aims: 2015 ATA Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer proposes recommendations regarding use of molecular markers, especially on potential impact of BRAFV600E and other mutations on risk estimates in PTC. In our retrospective study we clarify the correlation of BRAF mutation and clinico-pathologic features in papillary thyroid carcinoma and microcarcinoma (PTC - PTMC).

Materials and Methods: A total of 146 patients with PTC or PTMC underwent surgery over a 4-year period, 125 women (85,6%), mean age $50,40 \pm 14,45$ years (range 18-78 years). 79 patients (54,1%) underwent total thyroidectomy (TT). 67 patients (45,9%), 61 women (91%), mean age $44,31 \pm 14,24$ years (range 18-75 years), underwent TT with neck dissection (ND). The numbers of patients diagnosed with PTC (tumor size >1 cm) and PTMC (max 1 cm) were 64 (43,8%) and 82 (56,2%), respectively. IBM SPSS V20 was used for data analysis. Categorical variables was reported as number and percent, and association between mutation and clinics-pathologic features was assessed using Chi square or Fisher's exact test, whereas the mean and standard deviation was used for continuous ones. Statistical significance was specified at 0,05 levels. A P value $<0,05$ was considered statistically significant.

Results: Multifocality, encapsulated variant, capsular invasion, extra-thyroidal extension and lymphovascular invasion was found in 35 (24%), 18 (12,3%), 31 (21,2%), 15 (10,3%) and 9 patients (6,2%), respectively, with non-significant difference between BRAFV600E mutated and wilde type cancers. Lymph node (LN) metastases was found in 34 patients (23,3%) and was significantly higher in BRAF mutated cancers (p value $<0,05$).

Conclusions: The clinical utility of a molecular test should be founded in strong evidence proving that use of the marker improves patient outcomes sufficiently to justify its incorporation into routine clinical practice. In our study the only clinic-pathologic feature that was correlated with BRAF mutated status was the presence of LN metastases. The prevalence of BRAFV600E mutation in PTC and PTMC with LN metastases was significantly higher than that without LN metastases, as other studies demonstrated. PTC LN metastases are reported by some to have no clinically important effect on outcome in low risk patients, but decrease the quality of life. Moreover, the presence of a BRAFV600E mutation has a limited PPV for recurrence, so does BRAFV600E mutation status in the primary tumor should impact the decision for prophylactic central ND. The directions for future research should clarify the role of molecular markers for diagnosis, prognosis, and therapeutic targets, especially that the next-generation sequencing technologies (nGST) may allow detection of most of these alterations in a limited cell sample obtained by FNA, dramatically reducing the uncertainty of indeterminate FNA cytology and recurrence, and improving the outcome.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

CHIRURGIA PERSONALIZZATA PER IL TUMORE TRABECOLARE IALINIZZANTE DELLA TIROIDE: UNA SFIDA PER CHIRURGI ENDOCRINI E ANATOMO-PATOLOGI

L. Revelli, C. Gravina, P. Gallucci, S.E. Tempera, P. Kateta, E.D. Rossi, G. Fadda, R.D. Bellantone, M. Raffaelli, C.P. Lombardi

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: Il Tumore Trabecolare Ialinizzante della tiroide (HTT) è una neoplasia relativamente rara della tiroide. La descrizione del primo caso risale al 1905. Sebbene l'HTT sia stato inizialmente considerato una lesione benigna, sono stati riportati casi con lesioni ripetitive (polmonari) che hanno giustificato la modifica della denominazione da adenoma a tumore. L'HTT ha tipicamente un'origine follicolare e un pattern di crescita trabecolare, con marcate inclusioni ialine. Le sue caratteristiche morfologiche e la sua rarità portano spesso ad una errata interpretazione come carcinoma papillare o carcinoma midollare: per tale ragione si rischia spesso un overtreatment.

Materiali e metodi: Sono stati analizzati i dati di 25 pazienti con diagnosi istologica di HTT sottoposti a lobo-istmectomia o a tiroidectomia totale da Settembre 2001 a Maggio 2018 presso il Policlinico Universitario Fondazione Agostino Gemelli. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi: 1) riscontro accidentale di HTT ad esame istologico (7 pazienti); 2) lesione caratterizzata all'esame ecografico in pazienti con gozzo con indicazione chirurgica (6 pazienti); 3) lesione a rischio alla citologia preoperatoria (12 pazienti). Sono stati analizzati i dati anagrafici, i referti citologici ed istologici con relativa immunistochimica (IHC).

Risultati: Di tutti i pazienti con caratterizzazione citologica preoperatoria (12): 2 con diagnosi citologica di TIR5; 4 con diagnosi citologica di TIR4; 1 con diagnosi citologica di TIR3B e 5 con diagnosi citologica di TIR3A. Di tutti i pazienti con caratterizzazione citologica (12), 11 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale e un paziente con diagnosi di TIR4 è stato sottoposto ad intervento chirurgico di lobo-istmectomia. In tutti i casi l'analisi IHC ha confermato la negatività per HBME-1, calcitonina e galectina-3.

Conclusioni: I dati morfologici ed immunistochimici confermano che l'HTT è una neoplasia tiroidea autonoma, istologicamente a sé stante e non una variante delle neoplasie papillifere. Considerato l'andamento benigno (nessun segno di ripresa di malattia al follow-up) è ipotizzabile un overtreatment di pazienti che potrebbero essere trattati con chirurgia meno invasiva e personalizzata.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA C

TIR3: UNA "NEVER-ENDING STORY". TIR3A E TIR3B SONO SUFFICIENTI AD INDIRIZZARE LA SCELTA CHIRURGICA?

D. Perini¹, T. Guagni¹, N. Fagni¹, C. Genzano², T. Zalla², V. Mirasolo², R. Giudicissi², A. Coppola², A. Petrucci², A. Romano¹, A. Sarno², M. Scatizzi², F. Feroci²

¹ Università degli Studi di Firenze

² Ospedale S. Stefano, Prato

Obiettivi: 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 (TIRADS) è in grado di stratificare i noduli tiroidei a citologia indeterminata, predicendo più accuratamente il rischio di malignità.

Materiali e metodi: Questo è uno studio monocentrico realizzato raccogliendo prospetticamente in un database 92 pazienti portatori di nodulo TIR3 (A e B), sottoposti ad intervento chirurgico tra Aprile 2016 e Aprile 2018. Sono state calcolate le percentuali di malignità relative ai TIR3A, ai TIR3B e complessiva. Successivamente sono state combinate citologia e caratteristiche ecografiche dei noduli; le percentuali di malignità di queste combinazioni sono state poi calcolate. In base a questi risultati, i pazienti arruolati nello studio sono stati suddivisi in tre gruppi: basso, intermedio ed alto rischio di malignità.

Risultati: Dei 92 pazienti sottoposti a chirurgia, 71 avevano un referto di TIR3A e 21 di TIR3B. La percentuale di malignità è risultata essere 14.63% tra i TIR3A e 54.55% tra i TIR3B (malignità totale: 23.08%). Combinando citologia e caratteristiche ecografiche (TIRADS) e confrontando i gruppi così ottenuti, sono state osservate percentuali di malignità diverse: 3.23% nei noduli a basso rischio, 50.00% in quelli a rischio intermedio e 80.00% in quelli ad alto rischio, suggerendo dunque approcci terapeutici diversi per ciascuna classe.

Conclusioni: La classificazione SIAPEC-IAP 2014 ha notevolmente implementato l'accuratezza diagnostica dei noduli tiroidei a citologia indeterminata. Inoltre, la sua combinazione con il TIRADS 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 seriamente preso in considerazione in quelli a rischio intermedio; nei pazienti a basso rischio, invece, può essere adottato un approccio conservativo, in modo da ridurre la percentuale di overtreatment.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 14:30-15:30

SESSIONE AISP

AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

CHRONIC ASYMPTOMATIC PANCREATIC HYPERENZYMEMIA (CAPH): META-ANALYSIS OF PANCREATIC FINDINGS AT SECOND-LEVEL IMAGING

G. Vanella¹, G. Capurso^{1,2}

¹ Sapienza, University of Rome - Sant'Andrea Hospital, Rome

² Vita-Salute San Raffaele University - San Raffaele Scientific Institute, Milan

Background and aim: Chronic asymptomatic pancreatic hyperenzymemia (CAPH) is associated with different extrapancreatic and pancreatic abnormalities both neoplastic and not. Data estimating the prevalence of significant findings during the investigation of these patients are scanty and heterogeneous, and there is no guideline available on the topic. The diagnostic approach to this condition is therefore uncertain. The aim of this study was to provide a quantitative synthesis of data on pancreatic abnormalities detected at second-level imaging in patients with CAPH.

Methods: A search of the Pubmed database was executed in May 2018 for articles employing Magnetic Resonance Cholangiopancreatography with or without secretin (MRCP or s-MRCP) and Endoscopic Ultrasound (EUS) in the evaluation of patients with CAPH. The methodology was developed from PRISMA and MOOSE checklists. Incidence rates of pancreatic findings were calculated, with subgroup analyses according to the imaging modality. Quality of the studies, publication bias and heterogeneity were analysed.

Results: 8 articles describing 521 patients with CAPH were includible. Pooled prevalence of completely normal imaging was 56.6% [95%CI (CI) 41.9-70.2, I²=88.6%]. Prevalence of neoplastic lesions, chronic pancreatitis, pancreatic cysts and benign abnormalities was 2.2% [CI 1.2-4.1; I²=0%;], 16.2% [CI 10.2-24.8; I²=71.5%], 12.8% [CI 8.2-19.3 I²=64.7%] and 17.2% [CI 11.9-24.2; I²=71.5%] respectively. In sub-analyses according to imaging modality, EUS and s-CPRM were less frequently normal ad diagnosed chronic pancreatitis with a higher prevalence, while neoplastic lesions were still rare.

Conclusions: When dealing with patients with CAPH, even second level pancreatic imaging is normal in 57% of the cases, neoplastic lesions are detected rarely and the rate of pancreatic cysts is similar to that seen as incidental findings. More than one third of patients are diagnosed with abnormalities whose prognostic significance is uncertain. The cost-effectiveness of performing these examinations should be carefully considered. But contrast-enhanced MR plus MRCP could be considered the most appropriate procedure.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 14:30-15:30

SESSIONE AISP

AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

TYPE AND FREQUENCY OF GENETIC MUTATIONS IN PATIENTS SUFFERING FROM RECURRENT AND CHRONIC PANCREATITIS

F. Vieceli, A. Amodio, G. De Marchi, P. Campagnola, S. Crinò, L. Bernardoni, R. Ciccocioppo, A. Gabbrielli, L. Frulloni

Università di Verona

Background: Genetic tests are performed in selected patients with idiopathic pancreatitis. Idiopathic pancreatitis is diagnosed when the most common aetiologies, such as biliary disease or gallstones, alcohol abuse, autoimmune pancreatitis, tumors and anatomic anomalies are ruled out. Genetic testing should include CFTR, SPINK-1 and PRSS-1 mutations. Genetic tests should be offered to patients with early onset disease (<30 years), a positive family history or bull's eye pattern of pancreatic-duct stones. The aim of the study was to assess the accuracy of the inclusion criteria for genetic tests.

Patients and Methods: SPINK-1, PRSS-1 and CFTR were analysed from blood samples of 309 patients admitted to our Department with diagnosis of idiopathic recurrent or chronic pancreatitis with onset before age 30, a positive family history or "bull's eye" pattern of pancreatic-duct stones. Finally, clinical and radiological data from 276 patients observed between 2010 and 2015 were collected.

Results: Sixty-six of 276 (23.9%) patients with pancreatitis had the CFTR, SPINK-1 or PRSS-1 mutations. The study fully confirmed the accuracy of the inclusion criteria for genetic tests.

In fifty-three of 185 (29%) patients with idiopathic pancreatitis, genetic test results were positive.

The age at clinical onset was younger in PRSS-1 patients (23 ± 6.4 , $P=0.01$) than in other groups of patients. Furthermore, in PRSS-1 group, pancreatic calcifications, ductal dilatation and atrophy were observed more frequently than in other groups. Early radiological signs of chronicization were detected more frequently in patients with genetic mutations. On the contrary, endocrine and exocrine insufficiency develop less frequently and later in patients with genetic mutations than wild types.

Conclusions: The execution of genetic tests has allowed to define the etiology of almost one-third of previously identified idiopathic pancreatitis. The positive predictors of the genetic testing positivity in our study showed great validity, so in the event of a disease occurring at an age < 30 years of age and / or in the presence of familiarity and / or in the presence of calculations with look to bull's eye, it is necessary to investigate a possible genetic etiology.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 14:30-15:30

SESSIONE AISP

AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

IGG4-RELATED PANCREATITIS: CLINICAL AND INSTRUMENTAL FEATURES AND THERAPEUTIC OUTCOMES IN 153 PATIENTS

T.M. Rogger, G. De Marchi, A. Brandolese, P. Campagnola, A. Amodio, S. Crinò, L. Bernardoni, R. Ciccocioppo, A. Gabbrielli, L. Frulloni

Università di Verona

Background: Autoimmune pancreatitis (AIP) is classified into type 1, type 2 and type NOS. AIP type 1 is considered as an IgG4-related pancreatitis and it represents the most clinically relevant manifestation among IgG4-related diseases. The aim of this study was to compare clinical-instrumental features of AIP type 1 vs type 2 and type NOS and to evaluate the therapeutic outcomes in AIP type 1.

Patients and Methods: We retrospectively studied 259 patients diagnosed with AIP and observed between 1995 and 2017.

Results: the average age at the onset of the disease was 49 ± 18 years. 153 patients were affected from AIP type 1, 58 from AIP type 2 and 48 from AIP type NOS. Both age and BMI at the onset of the disease appeared significantly higher in patients with AIP type 1, in whom we also pointed out a higher prevalence of male sex and a lower frequency of smokers. Acute pancreatitis and abdominal pain were more frequent at the onset of AIP type 2 and type NOS, while jaundice, weight loss and diabetes were found more often in AIP type 1. The probability of relapse at 10 years was greater in patients with AIP type 1 (60%) vs type 2 and type NOS (20%). We did not identify any risk factor of relapse for AIP type 1.

Conclusions: AIP type 1 is a more severe condition than the other subtypes, but there are no specific risk factors of relapse for AIP type 1, which can be treated with a maintenance therapy (immunosuppressive or biologic drugs).

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 14:30-15:30

SESSIONE AISP

AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

RITUXIMAB FOR THE TREATMENT OF 15 PATIENTS WITH RECURRENT TYPE 1 AUTOIMMUNE PANCREATITIS

V. Davi, A. Amodio, G. De Marchi, M.C. Conti Bellocchi, S. Crinò, L. Bernardoni, P. Campagnola, R. Ciccocioppo, A. Gabbrielli, L. Frulloni

Università di Verona

Background: Autoimmune Pancreatitis (AIP) is an immune-mediated fibro-inflammatory disease of the pancreas. It frequently shows an incomplete response to glucocorticoids and immune-suppressants. B cell depletion is an effective treatment for Type 1 AIP. Rituximab (RTX) seems to be an appealing alternative to conventional therapy. The aim of the study was to assess the efficacy of RTX in type 1 AIP in a prospective panel study.

Patients and methods: 15 patients with type 1 AIP were treated with 4 doses of RTX (1000 mg each). 14 of them had extrapancreatic involvement. Disease response was measured by IgG4-Related Disease Responder Index (IgG4-RD RI) and by serum IgG4 concentration.

Results: Disease remission was achieved by 14 of subjects (93%).

The baseline IgG4-RD RI declines from a mean of 13.4 (range 7-21) to 1.5 (range 1-10) 6 months after the treatment ($p < 0.001$). Serum IgG4 levels decreased from 492 mg/dl (range 118-1260) to 92.5 mg/dl (range 37-180) ($p < 0.001$). The 36% of patients relapsed (5/15) after 28 months of follow-up (range 15-39). The follow up was significantly lower in patients in complete remission (10, range 3-20) compared with those who relapsed (36, range 17-46) ($p = 0.005$). Two mild adverse infuse reactions associate with the use of RTX were reported (13%).

Conclusions: RTX seems to be effective in type 1 AIP and in IgG4-RD. Overall, RTX treatments were well tolerated with minimal side effects. We need more trials to evaluate the long term safety profile.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 14:30-15:30

SESSIONE AISP

AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

ENDOSCOPIC ULTRASOUND FEATURES OF PARADUODENAL PANCREATITIS MIMICKING MALIGNANCY

F. Antonini¹, G. Manfredi², R. Pezilli³, G. Macarri¹, E. Buscarini²

¹ UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Fermo

² UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Crema

³ Dipartimento Medicina, Bologna

Background and aim: Paraduodenal pancreatitis (PP) is a distinct form of chronic pancreatitis that can mimic the appearance of pancreatic adenocarcinoma. We describe the clinical and endoscopic ultrasound (EUS) features of patients with PP whose presentations mimicked pancreatic cancer.

Materials and methods: EUS features of patients with final diagnosis of PP initially suspected of having pancreatic cancer based on clinico-radiological evaluation were retrospectively reviewed from a prospectively collected database during an 8-year period. Patients with known PP or radiological diagnosis of PP were excluded. All patients were followed-up for at least 1 year by CT and/or RM imaging and by laboratory tests (including tests for tumor markers) to confirm the diagnosis of PP.

Results: Sixteen patients (15 males, 1 female; mean age 58,6 years, range 45-76) presented with an initial clinico-radiological diagnosis of malignancy. All patients reported an history of alcohol abuse (100%) and/or smoking (93,7%). Thirteen of 16 patients (81,2%) presented with weight loss, 14 patients (87,5%) presented either with acute or gradually worsening abdominal pain and 5 patients (31,2%) presented with jaundice. Serum tumor markers were elevated in 4 patients (25%) and pancreatic enzymes and/or liver transaminases were elevated in 11 patients (68,7%). EUS features of PP not identified by other modalities included: duodenal wall thickening (n=16) mainly the submucosa, with (n=12, cystic form) or without (n=4, solid form) cysts into the wall, unknown signs of chronic pancreatitis (n=6) and absence of vascular encasement and/or infiltration (n=16). Five patients (31,2%) had common bile duct strictures and underwent ERCP. EUS-guided sampling excluded pancreatic cancer in all patients. Endoscopically, 11 patients (68,7%) revealed an edematous, reddish raised mucosa having a polypoid appearance with narrowing of the second portion of the duodenum and endoscopic biopsy samples were negative for malignancy in all those patients. After EUS examination, all patients underwent conservative management. None of the patients developed pancreatic malignancy and none of them had received pancreatic surgery during the follow-up period.

Conclusions: EUS is accurate in identifying PP where clinico-radiological findings could have suggested the presence of a malignancy. The knowledge of characteristic EUS findings in PP is crucial in making the correct preoperative diagnosis and can spare patients unnecessary surgery.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 14:30-15:30

SESSIONE AISP

AGGIORNAMENTI SULLE PANCREATITI NON BILIARI - Comunicazioni orali selezionate

SALA C

WHAT IS THE OPTIONAL MANAGEMENT OF GROOVE PANCREATITIS? SURGERY IS ASSOCIATED WITH HIGHER INCIDENCE OF DIABETES BUT SIMILAR QUALITY OF LIFE

A. Balduzzi, G. Marchegiani, S. Andrianello, F. Romeo, A. Amodio, N. De Pretis, G. Malleo, L. Frulloni, R. Salvia, C. Bassi

Università di Verona

Introduction: Groove pancreatitis (GP) is a focal form of chronic pancreatitis that affects the groove area between duodenum and the head of the pancreas. Consensus regarding surgical or conservative management as best treatment option is still lacking.

Methods: We retrospectively evaluate all patients who were managed after a diagnosis of groove pancreatitis at The Pancreas Institute of the University of Verona Hospital comparing outcomes of those who underwent surgery to those treated conservatively with regards to pain, quality of life (QOL) and pancreatic insufficiency. The aim of the present study was to assess the non-inferiority of the conservative approach.

Results: The final study population consisted of 75 patients; 62.6% underwent surgical treatment, 37.4% were managed conservatively. All surgical procedures carried out were pancreaticoduodenectomy. The median follow-up from the diagnosis of GP was 60 months (12-240). Those treated with surgery experienced a similar incidence of steatorrhea (44.7 vs 52.6% p 0.4), but a significant higher incidence of diabetes (59.6 vs 10.7% p<0.01). There was no difference in terms of reported chronic pain (Graded chronic pain scale, median 0 vs 1 p=0.1) and QOL (Pancreatitis QOL Instrument, median 82 vs 79, p=0.2). However, surgical patients reported a worse level of self-care activities associated with glycemic control (Diabetes self-management questionnaire, median 20 vs. 28, p=0.02).

Conclusions: In a retrospective evaluation of patients managed for GP, surgery and conservative therapy seem to obtain similar results in terms of QoL and pain control. However, the surgical approach is associated with an increased prevalence of postoperative diabetes with consequent relevant issues in the self-care management.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

INTERAZIONE NANOPARTICELLE-PLASMA: NUOVE FRONTIERE NELL'IDENTIFICAZIONE DI BIOMARCATORI PER LA DIAGNOSI DEL TUMORE DEL PANCREAS

D. Caputo¹, C. Cascone¹, M. Cartillone¹, D. Pozzi², L. Digiacomo², S. Palchetti², G. Caracciolo², R. Coppola¹

¹ *Università Campus Bio-Medico di Roma*

² *Dipartimento di Medicina Molecolare Sapienza Università, Roma*

Obiettivi: L'adenocarcinoma duttale del pancreas, a causa del suo comportamento spesso asintomatico e della mancanza di programmi di screening è spesso diagnosticato in fase avanzata. Il Ca 19.9, unico marcatore approvato in pratica clinica per questa neoplasia, presenta sensibilità e specificità troppo basse per essere utilizzato a scopo diagnostico.

La proteomica e i test immunoenzimatici come l'ELISA hanno permesso di identificare alcuni panel di biomolecole (es. miRNA e differenti proteine plasmatiche), in grado di migliorare l'accuratezza del Ca 19.9 nella diagnosi del tumore del pancreas. Purtroppo, questi metodi non possono essere applicati su ampia scala in quanto, oltre ad essere costosi, richiedono anche procedure laboriose e competenze specifiche.

Pertanto, si rendono necessari nuovi strumenti, pratici ed economici, che consentano l'identificazione di biomarcatori da utilizzare nella diagnosi precoce dell'adenocarcinoma pancreatico.

In tal senso, le nanotecnologie, già efficaci nella diagnosi e nel trattamento di alcuni tipi di tumore, potrebbero offrire nuove prospettive.

Quando le nanoparticelle (NP) entrano in contatto con fluidi biologici, come il plasma umano, si ricoprono di uno strato di proteine chiamato "corona proteica" (CP). Dato che la CP agisce come un nano-concentratore di proteine plasmatiche con elevata affinità per la superficie delle NP e considerando che le alterazioni nei pattern proteici sono difficili da rilevare con esami ematici convenzionali, abbiamo ipotizzato che la caratterizzazione della CP di pazienti affetti da adenocarcinoma del pancreas potrebbe consentire di identificare cambiamenti nella concentrazione proteica tipici della malattia.

Materiali e metodi: Per testare questa ipotesi, abbiamo fatto interagire NP lipidiche con campioni di plasma ottenuti da 20 pazienti affetti da tumore del pancreas e da 10 soggetti sani. Le CP ottenute sono state studiate in termini di dimensioni, carica elettrica ed abbondanza proteica dopo corsa elettroforetica su gel di agarosio.

Risultati: Le CP dei pazienti affetti dal tumore hanno presentato differenze significative di carica elettrica e maggiore arricchimento proteico rispetto a quelle dei soggetti sani ($p < 0,005$). Questo arricchimento è dovuto alla maggiore presenza di un sottogruppo di proteine plasmatiche con peso molecolare compreso tra 30 e 60 kDa. Inoltre, la maggiore abbondanza di queste proteine è risultata correlata ai livelli di CA 19.9. L'analisi delle componenti principali (PCA) dei dati sperimentali (dimensioni, carica e composizione della CP) ha permesso inoltre di discriminare i soggetti affetti dalla neoplasia dai sani con una sensibilità dell'85% ed una specificità del 100%.

Conclusioni: La caratterizzazione della CP accoppiata a PCA dei dati sperimentali è una tecnologia sicura, rapida ed economica e potrebbe fornire nuove opportunità per l'identificazione di biomarcatori con un potenziale impatto sulla diagnosi precoce dell'adenocarcinoma pancreatico.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

STADIAZIONE CLINICA DEL TUMORE DEL PANCREAS: UNO STUDIO PILOTA PER MIGLIORARNE L'ACCURATEZZA ATTRAVERSO L'INTERAZIONE TRA NANOPARTICELLE E PLASMA

D. Caputo¹, M. Cartillone¹, C. Cascone¹, D. Pozzi^{2,3}, L. Di Giacomo², S. Palchetti^{2,3}, G. Caracciolo¹, R. Coppola¹

¹ Policlinico universitario Campus Bio-Medico di Roma

² Università La Sapienza di Roma

³ Istituto Regina Elena, Roma

Obiettivi: L'identificazione economica e riproducibile di biomarcatori da utilizzare nella diagnosi precoce dell'adenocarcinoma del pancreas avrebbe impatto sulla cura di questa patologia.

In tal senso, le nanotecnologie, già valide nella diagnosi di altri tumori, potrebbero offrire soluzioni innovative.

Quando le nanoparticelle (NP) interagiscono con fluidi biologici, come il plasma umano, si ricoprono di proteine con elevata affinità per la superficie delle NP formando la cosiddetta corona proteica (CP). Lo studio della CP consente di identificare anche piccoli cambiamenti proteici, non rilevabili con metodiche convenzionali. La composizione della CP è influenzata da fattori ambientali (temperatura, pH), condizioni sperimentali (tempo di incubazione) e proprietà fisico-chimiche delle NP (materiali, dimensioni, forma).

L'effetto della biologia tumorale e dello stadio di malattia sulla composizione della CP è stato studiato solo marginalmente e merita ulteriori approfondimenti.

Basandoci sulle differenze nella composizione della CP abbiamo già sviluppato un test in grado di distinguere con elevata sensibilità e specificità soggetti sani da affetti da tumore del pancreas.

Per migliorare la sensibilità del test, abbiamo realizzato questo studio pilota e verificato l'effetto delle dimensioni del tumore e della presenza di metastasi a distanza sulla composizione della CP nell'adenocarcinoma pancreatico.

Materiali e metodi: Campioni di plasma di 20 pazienti affetti da adenocarcinoma del pancreas stadiati clinicamente in accordo con l'VIII edizione del sistema TNM sono stati fatti interagire con NP lipidiche.

Le CP ottenute sono state caratterizzate mediante elettroforesi su gel di agarosio; per una valutazione più accurata dei cambiamenti nella composizione della CP, i profili di intensità sono stati suddivisi in quattro gruppi in base al peso molecolare: <25, 25-50, 50-120, >120 kDa.

Risultati: Le variazioni nei profili di intensità delle CP hanno permesso di distinguere i tumori T1-T2 dai T3 e dai metastatici ($p < 0.05$). Il potere discriminante è principalmente ascrivibile a variazioni nel profilo proteico nell'intervallo di peso molecolare compreso tra 25-50 e 50-120 kDa.

Conclusioni: La composizione della CP nell'adenocarcinoma del pancreas è significativamente influenzata dalle dimensioni del tumore e dalla presenza di metastasi a distanza.

Tali risultati sono in linea con il concetto che la dimensione del tumore è il miglior surrogato della biologia dello stesso e che un sistema di stadiazione basato sulle dimensioni, come raccomandato dall'VIII edizione del sistema TNM, è valido e clinicamente rilevante.

Se altri studi confermeranno i nostri risultati, la caratterizzazione della CP potrebbe rappresentare uno strumento economico e riproducibile per migliorare l'accuratezza della stadiazione clinica del tumore del pancreas, distinguendo tra i pazienti resecabili con prognosi potenzialmente migliore (T1 e T2) quelli a maggior rischio di metastasi occulte.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

MULTICENTER STUDY ON ROBOTIC ENUCLEATION OF PANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMORS

P. Magistri¹, R. Ballarin¹, G. Tarantino¹, G.P. Guerrini¹, V. Serra¹, G. Assirati¹, T. Olivieri¹, B. Catellani¹, I. Bartolin², L. Bencini², L. Moraldi², M. Anneschiarico², F. Guerra², A. Coratti², F. Di Benedetto¹

¹ *Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Surgical Oncology and Liver Transplantation Unit, Modena*

² *Division of Surgical Oncology and Robotics, Department of Oncology Careggi University Hospital, Firenze*

Obiettivi: I tumori neuroendocrini del pancreas (PanNETs) sono neoplasie relativamente rare con un basso potenziale di malignità. Possono essere divisi in funzionanti o non funzionanti a seconda della loro attività secretiva. Sebbene la chirurgia rappresenti un approccio ottimale, è stato riportato come molti pazienti vadano incontro a prolungata ospedalizzazione e potenziali gravi complicanze dopo procedure con tecnica classica a cielo aperto. Nel nostro studio multicentrico indaghiamo il ruolo della chirurgia robotica al fine di ottimizzare il trattamento dei PanNETs.

Materiali e metodi: Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva dei pazienti inclusi nei database provenienti da due centri ad alto volume per la patologia pancreatica. Sono state riportate le caratteristiche demografiche, patologiche, perioperatorie e gli outcomes a breve e medio termine, relativamente ai pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con approccio mini-invasivo robotico di enucleazione pancreatica.

Risultati: Sono stati inclusi nello studio dodici pazienti con diagnosi istologica di PanNET. L'età media è risultata di 53.8 anni (range 25-77), e il BMI mediano di 26 (range 24-29). In 3 casi la diagnosi è stata di insulinoma secernente, mentre nei restanti casi si trattava di lesioni non secernenti. La mortalità perioperatoria e a 30 giorni è stata pari a zero, ed è stato registrato un solo caso di fistola pancreatica di tipo B. La degenza post-operatoria media è stata pari a 3.9 giorni (range 2-5).

Conclusioni: I nostri risultati dimostrano che l'enucleazione dei PanNETs inferiori a 2 cm è un approccio sicuro e riproducibile per ottenere un trattamento "parenchyma-sparing", e si associa ad un decorso post-operatorio caratterizzato da breve degenza e bassa incidenza di complicanze.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

PANCREATECTOMIA DISTALE ROBOTICA E LAPAROSCOPICA: STUDIO COMPARATIVO DEI RISULTATI CLINICI E ANALISI DEI COSTI

V. Ferri, E. Vicente, Y. Quijano, H. Duran, E. Diaz, I. Fabra, R. Caruso, L. Malave, I. Torrijo, R. Isernia

Ospedale Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid (SPAGNA)

Introduzione: Il costo della chirurgia robotica presenta un problema critico che non è stato ancora ben analizzato. Questo studio mira a confrontare gli esiti clinici e le differenze di costo della pancreatectomia distale robotica (RDP) rispetto alla pancreatectomia distale laparoscopica (LDP).

Metodi: I dati sono stati estratti in modo prospettico dal 2011 al 2017. Una società indipendente ha eseguito l'analisi finanziaria.

Risultati: Sono stati inclusi un totale di 28 RDP e 26 LDP. Il tempo chirurgico medio è risultato essere significativamente più basso nell'approccio laparoscopico (294 vs 241 min; $p = 0,02$).

I principali dati intra e post-operatori sono risultati sovrapponibili, ad eccezione del tasso di conversione, inferiore del gruppo robotico (RDP: 3,6% vs LDP: 19,2%; $p = 0,04$) e dei giorni di degenza ospedaliera, inferiori nel gruppo robotico (RDP: 8,9 vs LDP 13,1 giorni; $p = 0,04$).

L'analisi dei costi non ha riscontrato differenze statisticamente significatine nei due gruppi (RDP: 9198,64 € vs LDP: 9399,74 €; $p > 0,5$).

Conclusioni: L'approccio robotico ha mostrato un tasso di conversione più basso e una degenza ospedaliera più breve di quello laparoscopico al prezzo di un tempo operatorio più lungo. Dal punto di vista dei costi le due procedure risultano sovrapponibili.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-10:00**

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

ENUCLEAZIONE DI TUMORI PANCREATICI CON ASSISTENZA ROBOTICA

V. Ferri, O. Quijano, E. Vicente, H. Duran, E. Diaz, I. Fabra, R. Caruso, L. Malave, I. Torrijo, R. Isernia

Ospedale Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid (SPAGNA)

Introduzione: La chirurgia è l'unico trattamento potenzialmente curativo nei tumori benigni e nelle neoplasie borderline del pancreas. L'enucleazione è considerata la tecnica di scelta quando si hanno evidenze di benignità, ovvero quando si tratta di lesioni uniche, lontane dal dotto pancreatico principale di almeno 3 mm, insulinomi, gastrinomi <2 cm e tumori neuroendocrini non funzionanti <1-2 cm e con basso indice mitotico (ki67).

Obiettivi: Valutare la sicurezza, la fattibilità e la versatilità dell'enucleazioni pancreatiche con assistenza robotica.

Materiale e metodi: Vi presentiamo una serie retrospettiva di 11 pazienti sottoposti a enucleazione pancreatica con assistenza robotica nel nostro centro, da Aprile 2012 ad Aprile 2017. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a studio preoperatorio con TC, RMN, eco-endoscopia, PET e OctreoScan.

Risultati: L'età media dei pazienti era di 61 anni (48-74 anni), con un rapporto maschi / femmine 6/5, una dimensione media del tumore di 16 mm, 3 dei quali si trovavano nella testa del pancreas, 4 nel corpo, 2 nel processo uncinato e 2 nella coda. Il tempo chirurgico medio è stato di 250 minuti (range 114 - 356 minuti), senza la necessità di trasfusioni intraoperatorie e con un solo paziente sottoposto a conversione laparotomica. La degenza ospedaliera è stata di 8,4 giorni (+/- 2,8), sono riportati 5 casi di fistola pancreatica (3 di tipo A e 2 di tipo B).

Conclusioni: L'enucleazione di tumori pancreatici robot-assistita è una tecnica sicura che permette un approccio minimamente invasivo, con risparmio notevole del parenchima pancreatico, un tasso di fistola pancreatica da tener in considerazione, ma in ogni caso paragonabile all'approccio open e / o laparoscopico.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

IMPATTO DELLE MUTAZIONI KRAS E TP53 NELLA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE PANCREATICA PER ADENOCARCINOMA DUTTALE

M. Masetti¹, D. De Biase², R. Lombardi¹, C. Benini¹, G. De Sario¹, M. Zanella¹, L. Mastrangelo¹, S. Nicosia¹, M. Chisari¹, E. Jovine¹

¹ Chirurgia Generale e d'Urgenza. Ospedale Maggiore ASUL Bologna, Bologna

² Unità di Diagnostica Molecolare. AUSL Bologna e Università di Bologna

Introduzione: Gli studi in letteratura su pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per adenocarcinoma duttale del pancreas (ACDP) e con sopravvivenza superiore a 5 e 10 anni, hanno dimostrato che la positività dei margini di sezione o la presenza di metastasi linfonodali non precludono tali risultati supportando l'ipotesi che vi possano essere differenze biologiche geneticamente determinate responsabili delle diverse sopravvivenze.

L'impiego delle nuove tecnologie per il sequenziamento del DNA ha reso possibile l'identificazione delle più frequenti alterazioni genetiche come le mutazioni a carico di KRAS, CDKN2A, TP53 e SMAD4.

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è quello di valutare lo stato molecolare di KRAS, TP53, CDKN2A e SMAD4, di altri marker potenzialmente rilevanti come IDH1, l'instabilità microsatellitare (MSI) e la metilazione del promotore di MGMT (O6-metilguanin-metil transferrina) sulla sopravvivenza dei pazienti sottoposti a resezione del pancreas per adenocarcinoma. La popolazione oggetto di studio consta di 15 lungo sopravvissuti su 578 pazienti operati per ACDP con una sopravvivenza maggiore dei 5 anni dopo chirurgia (2,6%).

Materiale e metodi: Sono stati sottoposti a revisione i reperti isto-patologici dei 15 pazienti con ACDP che hanno presentato sopravvivenza a lungo termine maggiore di 60 mesi dopo intervento (LS long survival) utilizzando una metodica di sequenziamento parallelo per l'analisi dello stato mutazionale di KRAS, TP53, IDH1, NRAS e BRAF, mentre l'espressione di SMAD4 e CDKN2A/p16 sono state valutate tramite immunistochemical. È stato inoltre analizzato anche lo stato di metilazione del promotore di MGMT. Le caratteristiche molecolari riscontrate nei tumori dei pazienti con lunga sopravvivenza (LS) sono state comparate con quelle dei pazienti operati per ACDP ma con sopravvivenza inferiore ai 24 mesi (NLS – "no long survival").

Risultati: I LS comparati con i NLS presentano meno frequentemente mutazione di KRAS e TP53 e tendono a mostrare una conservata espressione di SMAD4. La sopravvivenza dei pazienti con KRAS wild-type e TP53 wild-type è due volte maggiore rispetto ai pazienti con mutazione di entrambi i geni KRAS e TP53 (90.2 vs 42.1 mesi; p=.032) I pazienti con tumori caratterizzati da KRAS wild-type ed espressione conservata di SMAD4 presentano una sopravvivenza due volte maggiore rispetto ai casi con alterazione di entrambi i geni. (89.8 vs 36.7 mesi; p=.045).

Conclusioni: I nostri dati supportano la tesi che le mutazioni di KRAS e TP53 determinino una prognosi peggiore in termini di sopravvivenza nei pazienti operati per ACDP, alla pari i pazienti con tumori privi di alterazioni genetiche di KRAS, TP53 e SMAD4 hanno presentato risultati clinici migliori in termini di prognosi. Va dunque considerata l'importanza della conoscenza biomolecolare legata al ACDP al fine di evidenziare marcatori biologici predittivi che permettano una miglior definizione prognostica ed una individualizzazione del trattamento

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

ADENOCARCINOMA PANCREATICO BORDERLINE RESEZIONE CHIRURGICA DOPO CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE

T. Piardi¹, F. Fleres², G. Ledoux¹, M. Brasseur¹, L. Teuma¹, O. Bouche¹, R. Kianmanesh¹

¹ Robert Debré University-Hospital, Reims (FRANCIA)

² Università degli Studi di Messina, AOU G. Martino Policlinico di Messina

Introduzione: La chirurgia degli adenocarcinomi del pancreas ha come principale obiettivo, la resezione R0. Tuttavia, gli adenocarcinomi pancreatici borderline (APB) hanno un'alta probabilità di avere margini positivi. La chemioterapia neoadiuvante viene adottata senza un chiaro consenso. Presentiamo i risultati preliminari della nostra esperienza con una gestione multidisciplinare che prevede una chemioterapia neoadiuvante per APB seguita da chirurgia.

Metodi: Il termine APB è stato utilizzato per tumori che presentano un contatto fino a 180° dell'asse vascolare mesenterico / portale e \pm l'arteria epatica comune (origine nel AGD (arteria gastro-duodenale)). Abbiamo considerato nello studio solo i pazienti operati che nel pre-operatorio sono stati classificati come APB. Dopo discussione collegiale questi casi sono stati sottoposti in prima istanza a chemioterapia neoadiuvante per 3 mesi secondo protocollo vigente. L'indicazione chirurgica è stata confermata dopo una valutazione di imaging entro 3 settimane dalla fine del trattamento. Il data base di questi pazienti è stato confrontato con quello dei resecati d'emblée in particolare per la sopravvivenza globale e libera da malattia.

Risultati: Tra il 2013 e il 2017, 83 pazienti sono stati sottoposti a Duodenocefalopancreasectomia (DPC) per adenocarcinoma della testa del pancreas. Di questi 19 (22,8%) sono stati classificati nel pre-operatorio come APB e quindi sottoposti a chemioterapia neoadiuvante. Il 76% ha completato la chemioterapia neo-adiuvante con FOLFIRINOX e il 24% con GEMZAR. La resezione vascolare è stata necessaria nel 41% dei casi. Una resezione R0 (margine $> 1.0\text{mm}$) è stata ottenuta nel 60% dei casi. Tra il 40% di R1, la metà aveva un margine $>0 < 1.0\text{mm}$. Una risposta anatomopatologica alla chemioterapia ($< 50\%$ delle cellule vitali) è stata osservata nel 40% dei pazienti. La fistola pancreatica (gradi B-C) è stata osservata nel 6% dei pazienti senza mortalità a 60 giorni. Nessuna differenza significativa in termini di sopravvivenza è stata osservata tra il gruppo resecabile di principio ($n = 64$) e APB ($n = 19$), con un follow-up mediano di 23 mesi per sopravvivenza globale ($p = 0.71$) e 13 mesi per sopravvivenza senza recidiva ($p = 0.32$). Una differenza statisticamente significativa è stata osservata tra le resezioni R0 e R1 (0 mm) ($p = 0,05$), e non tra R0 e R1 ($> 0 < 1.0\text{ mm}$) ($p = 0.72$).

Conclusioni: I nostri risultati supportano l'approccio multidisciplinare per il trattamento dell'adenocarcinoma pancreatico borderline senza l'incremento di morbidità. Tali risultati incoraggiano sicuramente alla partecipazione a studi controllati.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

TECNICHE E RISULTATI DELLA PANCREATECTOMIA DISTALE MINI-INVASIVA: LA LEZIONE IMPARATA DOPO 258 RESEZIONI CONSECUTIVE

G. Butturini¹, A. Giardino¹, A. Esposito², I. Frigerio¹, P. Regi¹, F. Scopelliti¹, L. Landoni², L. Casetti², R. Girelli¹, G. Malleo², G. Marchegiani², S. Paiella², I. Damoli², M. Ramera², P. Pederzoli¹, C. Bassi², R. Salvia²

¹ Ospedale Pederzoli, Presidio Ospedaliero ASL 9, Peschiera Del Garda (VR)

² Policlinico Universitario Borgo Roma, Verona

Obiettivi: Analizzare il miglioramento delle tecniche e gli accorgimenti introdotti nel corso dell'esperienza acquisita in venti anni nell'esecuzione della pancreatectomia distale mini-invasiva, con tecnica laparoscopica e robotica di un team ad alto volume di chirurgia pancreatica.

Materiali e metodi: Serie consecutiva di Pazienti sottoposti a pancreatectomia distale associata o no a splenectomia nel periodo compreso fra il 1999 e l'Aprile 2018 presso la Chirurgia Pancreatica del Policlinico Borgo Roma di Verona e dell'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda. Lo studio è un'analisi retrospettiva di dati clinici raccolti prospetticamente con particolare attenzione alle tecniche utilizzate e al loro aggiornamento nel corso del lungo periodo con riguardo ai risultati ottenuti.

Risultati: 258 Pazienti (187 femmine e 71 maschi) di età mediana 49 anni (IQR 38-62) sono stati sottoposti a pancreatectomia distale mini-invasiva con tecnica laparoscopica in 195 casi e robotica (dal 2011) in 63 (24%). La milza fu conservata in 81 Pazienti (31%) e in 10 con la tecnica di Warshaw. La transezione del parenchima fu eseguita con suturatrice meccanica in 150 (58%), con pinza ad ultrasuoni in 93 (36%) con altra metodica in 15 casi. La mortalità è 0%. Il tasso complessivo di fistola pancreatica post-operatoria fu del 42% pari a 109 casi (Grado A= 56; Grado B= 48; Grado C= 4). Nell'8% ci fu un sanguinamento maggiore con emotrasfusione, nell'8% un ascesso addominale. 22 Pazienti furono sottoposti a re-intervento (9%), 12 dei quali con tecnica mininvasiva. Gli istotipi furono: cistici 138 casi; neuroendocrini 76; Adenocarcinoma duttale 27; altro 17.

Conclusioni: Dal punto di vista della metodologia di tecnica operatoria le conclusioni sono: 1) la transezione del moncone pancreatico è stata eseguita con endostapler utilizzando all'inizio la carica blu, poi la verde infine la gold da 60 mm. In una seconda fase e in particolare con l'introduzione del Sistema Da Vinci dal 2011 si è standardizzato l'utilizzo della pinza ad ultrasuoni che presenta un vantaggio nei casi in cui è maggiore la complessità di dissezione dell'arteria splenica a livello del tripode celiaco (sezione del parenchima a vaso non isolato); sulla base di questa esperienza abbiamo predisposto uno RCT che confronterà l'utilizzo di endostapler con carica ricoperta e pinza ad ultrasuoni (inizio arruolamento 2018) 2) si è abbandonata la tecnica di Warshaw e nei casi in cui è indicata la conservazione della milza la si esegue con la tecnica di Kimura e la preservazione dei vasi splenici. Nonostante questo la preservazione della milza seppur auspicabile, espone a rischi post-operatori specifici. Nel follow up in due Pazienti nel gruppo della splenopancreatectomia si è registrato un evento di setticemia risoltosi in un caso con terapia medica e conclusosi con il decesso per shock settico repentino nel secondo caso, a distanza di 10 giorni dal morso del cane domestico con infezione da captocinetofaga canimorsus.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

VANTAGGI DEL SUPERIOR MESENTERIC ARTERY (SMA)-FIRST APPROACH DURANTE DCP OPEN E LAPAROSCOPICA

G. Zimmitti, A. Manzoni, V. Segà, M. Garatti, C. Codignola, E. Treppiedi, L. Cocchi, F. Guerini, E. Rosso

Fondazione Poliambulanza, Brescia

Introduzione: inizialmente proposta allo scopo di accertare la reseccabilità e di migliorare lo stato del margine chirurgico nei pazienti sottoposti a duodenocefalopancreasectomia (DCP) per tumore della testa del pancreas, il superior mesenteric artery (SMA)-first approach può anche aumentare la sicurezza in corso di DCP permettendo una migliore identificazione delle arterie pancreatico-duodenali all'origine dalla SMA e una più semplice identificazione/preservazione di un'arteria epatica (AE) aberrante/sostituita (AE-a/AE-s) originante dalla SMA. In questo studio descriviamo la nostra esperienza con l'SMA-first approach in corso di DCP open o laparoscopica (O-DCP and L-DCP).

Materiali e metodi: abbiamo utilizzato l'SMA-first approach in 63 pazienti consecutive (Giugno 2015-Giugno 2017), 44 sottoposti a O-DCP e 19 L-DCP. Le caratteristiche demografiche, clinico-patologiche e perioperatorie di tali pazienti sono state raccolte prospetticamente e analizzate retrospettivamente.

Risultati: L'SMA-first approach è risultato fattibile in tutti i pazienti nei quali è stato eseguito ed ha contribuito all'adeguato trattamento di un'anomalia clinicamente significativa di una AE-a/AE-s nel 14% dei pazienti. Complessivamente, le perdite di sangue mediane sono state di 150 ml, con la necessità di procedere a una trasfusione di sangue intraoperatoria nel 16% dei pazienti. I pazienti sottoposti a O-DCP hanno avuto delle perdite di sangue maggiori (200ml) e hanno avuto bisogno di una trasfusione di sangue intraoperatoria più spesso di quelli sottoposti a L-DCP (100ml e 0%, rispettivamente, $p < .05$). I pazienti sottoposti a O-DCP hanno necessitato di un intervento tecnicamente più complesso, con un maggior tasso di resezione/ricostruzione vascolare (55%) e di duodenopancreasectomia totale (43%), rispetto ai pazienti sottoposti a L-DCP (0% and 5%; $p < .005$ per entrambi i confronti). Considerando specificatamente 34 pazienti affetti da adenocarcinoma pancreatico duttale, il tasso di resezioni R0 è stato dell'85%, senza differenze significative tra i pazienti sottoposti a O-DCP e L-DCP.

Conclusioni: L'SMA-first approach è fattibile, sicuro e oncologicamente valido, si associa a basse perdite ematiche intraoperatorie e ad alto tasso di resezioni R0, e può essere di aiuto quando è necessaria una resezione/ricostruzione vascolare o durante una L-DCP.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

RISULTATI CLINICO-PATOLOGICI DELLA RADICAL ANTEGRADE MODULAR PANCREATOSPLENECTOMY (RAMPS) OPEN E LAPAROSCOPICA

G. Zimmitti, A. Manzoni, V. Segà, M. Garatti, C. Codignola, E. Treppiedi, L. Cocchi, F. Guerini, E. Rosso

Fondazione Poliambulanza, Brescia

Obiettivi: L'adenocarcinoma del pancreas (AP) è caratterizzato da un elevato potenziale maligno e da una rapida diffusione peritumorale. Nei pazienti affetti da AP del corpo-coda pancreatico, la Radical Antegrade Modular PancreatoSplenectomy (RAMPS) è stata proposta allo scopo di migliorare la radicalità oncologica. In questo studio compariamo i risultati delle RAMPS laparoscopiche (L-RAMPS) con quelli delle RAMPS open (O-RAMPS) eseguite presso il nostro centro.

Materiali e metodi: I dati demografici, clinici, perioperatori e patologici di 19 pazienti sottoposti a RAMPS (Marzo 2015-Aprile 2018) sono stati prospettivamente raccolti e retrospettivamente analizzati e confrontati tra i pazienti sottoposti a L-RAMPS (n=10) e O-RAMPS (n=9).

Risultati: Una L-RAMPS è stata pianificata in 12 pazienti, due (16%) dei quali hanno necessitato di una conversione laparotomica e sono stati quindi inclusi nel gruppo delle O-RAMPS. Le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti non sono risultate significativamente differenti tra i due gruppi. I pazienti sottoposti a O-RAMPS, paragonati a quelli sottoposti a L-RAMPS, hanno più spesso necessitato di una resezione estesa ad uno o più organi circostanti e hanno avuto perdite ematiche intraoperatorie più elevate (p=.003 and p=.01, rispettivamente). Tali risultati vanno in parallelo con un trend, tra i pazienti O-RAMPS, verso un maggior tasso di AP (100%) come diagnosi istologica finale e un maggior numero di linfonodi asportati (n=48), paragonati alle L-RAMPS (60% and n=25, rispettivamente). Nei 15 patients operati per tumore maligno (AP=14, NET=1), una resezione R0 è stata ottenuta nell'87% dei pazienti, senza significative differenze di percentuale tra le L-RAMPS e le O-RAMPS. Complessivamente, il tasso di complicanze totali, maggiori (Dindo>3a), e di mortalità a 90 giorni dall'intervento sono stati del 58%, 11% e nullo, rispettivamente, senza differenze significative tra i pazienti sottoposti a L-RAMPS e O-RAMPS. La durata mediana di degenza postoperatoria è stata minore tra le L-RAMPS (10 giorni), confrontata alle O-RAMPS (16 giorni, p=.017).

Conclusioni: questa esperienza iniziale conferma la sicurezza e fattibilità della L-RAMPS che, paragonata alla O-RAMPS, offre risultati oncologici e postoperatori simili, garantendo però un recupero postoperatorio più veloce e una degenza più breve.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

INTRAOPERATIVE PTBD PLACEMENT IN PANCREATODUODENECTOMY

F.M. Nicolosi, F. Maroso, P. Bertoli, A. Zampogna, G. Guzzardi, F. Fusaro, A. Carriero, R. Romito

AUO Maggiore della Carità, Novara

Objective: Biliary leakage is a main complication after pancreaticoduodenectomy (PD). Incidence in literature approaches 12% and may require surgical reoperation with an enhanced post-operative hospital-stay, morbidity and mortality rates. Authors debate about usefulness of pre-operative percutaneous transepatic biliary drainage (PTBD) because of the risk of major complications due to bleeding, A-V fistula or liver hematoma.

The aim of the study is to select patients eligible for intra-operative PTBD (IOPTBD) to prevent biliary and/or pancreatic anastomotic fistula according to their class of risk*. Secondary end-points are: reduction of the rate of biliary leakages (BL); reduction of main complications after PD (Dindo-Clavien type IV); recover from a biliary or pancreatic fistula (PF) in a more conservative way.

Materials And Methods: From June 2016 up to April 2018, 26 patients (pts) underwent PD and were retrospectively reviewed. Patients were stratified according to different class of anastomotic risk: A=0-1 No risk; B=2 mean risk; C=3-4 High risk. BL were classified according to IGLS 2011.

Results: Eleven pts underwent surgery for pancreatic adenocarcinoma, 4 pts for distal bile duct adenocarcinoma, 3 for chronic pancreatitis, 5 for duodenum adenocarcinoma, 2 for neuroendocrine tumor, 1 for mucinous cystic neoplasm; the rate M:F was 1.36 (15/11); median age was 71 years (range 45-82).

Sixteen pts were on class A for anastomotic risk, 5 on class B and 5 on class C; 3 patients required IOPTBD placement (11.5%), all in class C. Overall complications rate was 42.3% (11/24 pts).

Five out of 26 pts showed a BL: 4 without IOPTBD (3 grade C and 1 grade A following IGLS 2011); 1 with IOPTBD grade B. The PF was 2: one in a patient with and 1 in a patient without IOPTBD. The average of hospital stay was 47.5 day for patients without IOPTBD and 31.7 day for patients with IOPTBD. The overall survival was 96.2 % (25/26 pts).

Conclusions: The use of IOPTBD in PD, in our experience, is an applicable, simple and safety procedure. The patients with IOPTBD that anyway develops a BL were cured easier with a conservative treatment. Our results show that the IOPTBD reduce the rate of BL, but the real goal of this procedure is a best management of a BL can occurred despite the IOPTBD placement, reducing the hospital stay, surgical complication and complication related with the placement of a postoperative PTBD, in circumstances of not dilated biliary ducts.

* Bile duct <4mm; Wirsung < 3 mm; stiffness of pancreatic-remnant: 0= hard, 1=medium, 2= soft)

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-10:00

HPB: NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA PANCREATICA

SALA E

IRREVERSIBLE ELECTROPORATION FOR LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER THROUGH A MINIMALLY INVASIVE SURGERY SUPPORTED BY LAPAROSCOPIC ULTRASOUND

A. Rizzuto^{1,2}, E. Tartaglia², M. Fabozzi², A. Settembre², L. Guerriero², P. Favoriti², D. Cuccurullo², F. Corcione²

¹ Università Magna Graecia, Catanzaro

² Azienda Ospedaliera dei colli, Napoli

Introduction: Pancreatic cancer is one of the most lethal cancers worldwide, with 5-years survival rate as low as 6%. The majority of pancreatic cancer patients present locally advanced or metastatic disease at diagnosis. Typically, patients affected by locally advanced pancreatic cancer (LAPC) do not undergo radical surgery but are treated with focal ablative therapies. However, a high rate of morbidity due to the heat sink effect has limited the application of ablative techniques on a routine basis in LAPC patients. Irreversible electroporation (IRE) has proved to be a new method of LAPC ablation.

Presentation of the case A 69-year-old woman affected by LAPC with good response to systemic chemotherapy with FOLFIRINOX and residual 35 mm mass in the neck of the pancreas underwent to IRE through a minimally invasive surgical approach under laparoscopic ultrasound guide. The post-operative course was uneventful and the patient was discharged after 5 days. Six months after surgery she had no evidence of distant or recurrent disease.

Discussion: IRE has previously shown promising results in the treatment of LAPC, with relatively acceptable morbidity rates and improvement of survival. We report on the application of IRE through a minimally invasive surgical approach supported by laparoscopic ultrasound.

Conclusion: In conclusion, we propose a novel technical approach that combines the benefits of IRE on the treatment of patients affected by LAPC with the advantages of laparoscopic surgery.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

DIAGNOSI DELLE METASTASI LINFONODALI DA CARCINOMA TIROIDEO DIFFERENZIATO MEDIANTE QUANTIFICAZIONE DELL' MRNA PER LA CK-19 CON METODICA OSNA

F.M. Medas, F. Podda, C. Salaris, F. Cappellacci, G.L. Canu, E. Erdas, P.G. Calò

U.O. di Chirurgia Generale ed Endocrina - A.O.U. di Cagliari

Obiettivi: I linfonodi del comparto centrale sono la sede più frequente di secondarismi dei carcinomi differenziati della tiroide (CDT). Le ultime linee guida (ATA 2015 e NCCN 2017) propongono per i pazienti con CDT ad alto rischio la linfectomia profilattica del comparto centrale, procedura che tuttavia fatica a trovare applicazione routinaria a causa della non trascurabile incidenza di complicanze quali ipoparatiroidismo e lesioni ricorrenti. In questo contesto è opportuno lo sviluppo di tecniche diagnostiche che siano in grado di individuare i pazienti portatori di secondarismi linfonodali, nei quali è giustificata la linfectomia. La metodica OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification) consente di isolare, amplificare e quantificare l'mRNA codificante per proteine presenti elettivamente nelle cellule neoplastiche, come la Citocheratina-19 (CK-19). L'obiettivo dello studio è di valutare l'applicabilità di tale metodica alla diagnosi delle metastasi linfonodali da CDT.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi nello studio pazienti affetti da CDT e sottoposti a tiroidectomia totale e linfectomia del comparto centrale o laterocervicale presso l'U.O. di Chirurgia Generale e Endocrinologica dell'A.O.U. di Cagliari dal 2016 al 2017. Da ciascun paziente sono stati prelevati uno o più linfonodi. Ciascun linfonodo è stato misurato e pesato e successivamente suddiviso in due sezioni: la prima è stata analizzata con metodica OSNA per quantificare le copie di mRNA codificante per la CK-19, mentre la seconda è stata fissata con formaldeide ed analizzata tramite l'esame istopatologico classico in ematossilina/eosina e con indagini immunoistochimiche.

Risultati: Sono stati inclusi nello studio 12 pazienti con diagnosi di CDT dai quali sono stati prelevati complessivamente 28 linfonodi. Il confronto tra il test OSNA e l'esame istopatologico ha consentito di identificare 12 veri positivi, 14 veri negativi e 2 falsi positivi. Il test OSNA ha dimostrato accuratezza diagnostica del 92,8%, valore predittivo positivo dell'85,7%, valore predittivo negativo del 100%, sensibilità del 100% e specificità dell'87,5%.

Conclusioni: La fase preliminare del nostro studio ha confermato che il test OSNA presenta un'elevata accuratezza nella diagnosi delle metastasi linfonodali da carcinoma tiroideo differenziato. Sono necessari ulteriori studi per validare la metodica e per poterla applicare routinariamente nel trattamento dei CDT.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30

ENDOCRINO

SALA N

LA TIROIDECTOMIA TOTALE ASSOCIATA AL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO IN UN CASO DI CARCINOMA SQUAMOSO PRIMITIVO. EFFETTI SULLA SOPRAVVIVENZA

A. De Cesare¹, A.R. Di Filippo², C. Di Cristofano³, N. Salesi⁴, P. Francioni⁵, M. Spaziani³, M. Picchio⁶, E. Spaziani³

¹ Università di Roma Sapienza, Dipartimento Pietro Valdoni, Roma

² AUSL Latina, Dipartimento di Chirurgia, Latina

³ Università di Roma Sapienza, Dipartimento Scienze Medico-Chirurgiche e Biotecnologie, Latina

⁴ AUSL Latina, UOC Oncologia, Latina

⁵ AUSL Latina, UOC Radiologia, Latina

⁶ AUSL RM6, UOC Chirurgia, Velletri

Obiettivi: Il carcinoma squamoso primitivo della tiroide (PSCCT) è una rara affezione maligna a prognosi rapidamente infausta. L'esordio è generalmente caratterizzato da improvvisa linfadenopatia latero-cervicale bilaterale, talora associata a sintomi ostruttivi da infiltrazione delle strutture del collo.

Materiali e metodi: Paziente di 58 aa con linfadenopatia latero-cervicale bilaterale rapidamente ingrossante. L'US evidenziava la presenza di lesione nodulare ipoecogena del lobo tiroideo sinistro caratterizzata da vascolarizzazione peri ed intra-nodulare. La TC multistrato dimostrava diffuso coinvolgimento secondario dei linfonodi mediastinici e latero-cervicali bilaterali, senza evidenza di neoplasia primitiva polmonare o in altra sede. Il paziente veniva sottoposto a tiroidectomia totale con svuotamento del compartimento centrale. Diagnosi istologica: PSCCT con sostituzione neoplastica del parenchima linfonodale del compartimento centrale. Il pannello immunoistochimico della lesione tiroidea risultava indispensabile per la diagnosi differenziale fra PSCCT, carcinoma midollare, carcinoma anaplastico e metastasi tiroidea di neoplasia a primitività sconosciuta. Al follow-up clinico-strumentale a 8 settimane dalla tiroidectomia totale si dimostrava peggioramento della linfadenomegalia e della disfagia cervico-toracica da compressione ed infiltrazione. Il paziente veniva sottoposto a trattamento chemioterapico con Carboplatino e Paclitaxel con modesto miglioramento della sintomatologia disfagica e riduzione del 10-15% delle lesioni target. Il successivo decorso clinico era caratterizzato da progressione loco-regionale della malattia con exitus a 10 mesi dalla diagnosi.

Risultati: La sopravvivenza e la qualità di vita dopo terapia chirurgica e chemioterapia risultavano sovrapponibili a quella dei pazienti sottoposti al solo trattamento chemioterapico.

Conclusioni: Per l'estrema rarità della neoplasia, 60 casi descritti in Letteratura, non sono riportate linee guida esclusive del PSCCT. Non esiste accordo unanime sui rischi, la morbilità e la qualità di vita dopo trattamento chirurgico per PSCCT. Sono necessarie casistiche più numerose per valutare gli effetti della tiroidectomia totale con intento R0/R1 sul miglioramento della sopravvivenza.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

RARE NEOPLASTIC CONDITION: HOW TO TREAT A THYROID LYMPHOMA?

M. Grasso¹, L. Costigliola², M. De Palma², A. Puzziello¹

¹ Università degli Studi di Salerno

² AORN A. Cardarelli, Napoli

Objective: Incidental finding of a thyroid nodule with chronic thyroid inflammation warrants further investigation. Primary thyroid lymphoma (PTL), although a rare malignancy, can arise in common chronic inflammatory conditions such as Hashimoto's thyroiditis. Early detection of malignancy can play a vital role in improved outcomes. These are usually found to arise at sites of ongoing chronic inflammation with underlying autoimmune or infectious etiologies.

Materials: A 61-year-old man was referred to the emergency unit due to compressive cervical symptoms. The cervical ultrasound revealed an enlarged thyroid gland with heterogeneous echo structure, revealing a nodular lesion occupying almost the entire right lobe, migrating to the mediastinum, correlated with a substernal goiter. Enlarged lymph nodes were noticed. Fine needle aspiration cytology (FNAC) of the thyroid gland was performed, proving the presence of a dedifferentiated neoplasm (Tyr5). The vocal cords were evaluated by laryngoscopy revealing normal vocal folds movements and partial involvement of the glottic lumen by arytenoid hypertrophy.

The patient was submitted to a total thyroidectomy with intraoperative findings of a globally hardened thyroid, showing a multinodular right lobe containing an enlarged right nodule, with its inferior region located on the substernal region, strongly adherent to the trachea and esophagus with no evident cleavage plane.

The histological examination revealed partial effacement of the thyroid parenchymal architecture by a population of round-to-oval lymphoid cells, with large and pleomorphic nuclei, coarse nuclear chromatin, visible nucleoli and scarce eosinophilic cytoplasm. Infiltration of the follicular epithelium, creating lymphoepithelial lesions, was noticed.

With these morphologic and immunohistochemical findings, a diagnosis of Diffuse Large B-Cell Lymphoma (DLBCL) in a background of chronic lymphocytic thyroiditis, was made.

Results: As a rule, the thyroid gland does not contain lymphoid tissue. Under pathological conditions, the appearance of lymphocytes may occur promoting the further development of the disease. The presence of autoimmune chronic lymphocytic thyroiditis (Hashimoto's thyroiditis) is a well-established risk factor, presenting a 40–80-fold increased risk of developing PTL when compared to the general population. According to some publications, Hashimoto's disease is associated with more than 90% of the PTL. This close relationship is probably due to chronic antigenic stimulation leading to malignant transformation. In this clinical case, the previous diagnosis of Hashimoto's thyroiditis was not known, but the thyroid histological examination proved the coexistence of this autoimmune disease

Conclusions: PTL is a rare disease and the pre-operative diagnosis is not easy even though the use of immunohistochemical and molecular techniques has improved the sensitivity of the results.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30

ENDOCRINO

SALA N

ONCOCYTIC VARIANT OF MEDULLARY THYROID MICROCARCINOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

M. Cariati, N. Innaro, R. Sacco

Università Magna Graecia, Campus S. Venuta, Catanzaro

Il carcinoma midollare è una neoplasia neuroendocrina originante dalle cellule C secernenti calcitonina, si presenta in forma sporadica o eredo-familiare legato alla mutazione germinale del proto-oncogene RET. Il microcarcinoma midollare non è un'entità comune essendo la sua prevalenza nelle tiroideomie pari allo 0.3%. La sua variante oncocitaria è estremamente rara essendo fino ad oggi stati riportati solo 18 casi in letteratura. Un valore di calcitonina >100pg/ml è altamente indicativo di carcinoma midollare ma la sua concentrazione può aumentare nell' IRC, uso di PPI con ipergastrinemia, tabagismo, tumori polmonari neuroendocrini, pancreatici, prostatici.

Materiali e metodi: Nel giugno 2017 un paziente di 72 anni affetto da GMN di lunga data in eutiroidismo e tiroidite cronica autoimmune accede alla nostra U.O. di Endocrinochirurgia per il riscontro di valori di CT pari a 204 pg/ml; in anamnesi FA permanente, DM II, IPB, sindrome depressiva, IRC stadio III A, uso di PPI. Scan osseo e TcPET wb negative, nella norma i livelli di FT3, FT4, TSH; Calcitonina: 189 pg/ml. Sono state dosate le concentrazioni di CT e Tg (nella norma) in wash-out fluid from fine-needle aspiration biopsy. L'esame citologico su FNAC ha diagnosticato nodulo adenomatoso. E' stato indagato un possibile aumento dei valori di CT legato ad IRC, ipergastrinemia, PPI o ad una MEN II: nella norma i valori di gastrina, CEA, PTH ed i metaboliti urinari delle catecolamine. Il paziente è stato sottoposto a tiroidectomia totale e linfadenectomia del compartimento centrale. L'esame istologico ha refertato "rilievo incidentale nel lobo sinistro di mCMT in diametro massimo 0.5 cm, non capsulato, con aspetti infiltrativi, presenza di sostanza amiloide, senza estensione extra-tiroidea. Non evidenza di neoplasia nei linfonodi esaminati". Il dosaggio post-operatorio della CT ha mostrato un valore di 5.60 pg/ml a 5 settimane e 2.00 pg/ml a 13 settimane. Lo screening genetico nei parenti di I grado è risultato negativo per mutazioni del gene RET.

Discussione: Il CM presenta un ampio spettro di modelli istopatologici, tra questi la variante oncocitaria è eccezionale, solo 18 casi segnalati finora. Le linee guida per la cura delle forme ereditarie sono da tutti accettate; rimane controverso il trattamento chirurgico più adeguato per mCMT sporadici. Alcuni Autori ritengono curativa la sola tiroidectomia totale o addirittura la lobectomia, altri sottolineano la necessità di una linfadenectomia del comparto centrale di principio. L'incidenza di metastasi differisce nelle diverse casistiche in letteratura, con percentuali che oscillano dal 10 al 33%; tuttavia alcuni Autori affermano che anche pazienti con livelli di CT moderatamente elevati devono essere obbligatoriamente sottoposti a linfadenectomia del compartimento centrale.

Conclusioni: Il mCMT è raro ed i progressi nella immunostochimica aiutano la diagnosi definitiva. La resezione chirurgica rimane il punto cardine del trattamento primario.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

SURGICAL TREATMENT OF FOLLICULAR PROLIFERATION TIR3B: THE ROLE OF TOTAL THYROIDECTOMY CONSIDERING THE IMPACT OF CANCER DETECTION

A. Polistena, A. Sanguinetti, R. Lucchini, S. Avenia, S. Galasse, R. Farabi, M. Monacelli, N. Avenia

Azienda Ospedaliera S. Maria, Terni

Background: TIR3B thyroid nodules are considered to be at risk of malignancy (15-30%) but guidelines recommend conservative surgery with lobectomy with primary diagnostic purpose. Risk stratification mainly based on ultrasound, elastography and genetic mutations usually may influence the surgical approach.

Methods: We retrospectively analyzed 52 cases of TIR3B underwent between 2015 and 2017 total thyroidectomy (TT) and lobectomy (L), focusing mainly on the observed rate of malignancy. Chi-squared test and Fisher's exact probability test were used for analysis, considering a P values less than 0.05 as significant.

Results: Out of 52 patients 49 underwent TT and 3 L. In TT group a multinodular goiter was associated in 67.3% of patients. Malignancy rate was 81.6% and 33.3% respectively after TT and L (P 0.003). Multicentric and contralateral tumors were detected respectively in 36.7% and in 32.6% of patients underwent TT. No main post-operative complications were registered.

Conclusions: Ultrasound and elastography are useful to define within the TIR3B group those lesions at higher risk and therefore requiring a more radical approach. TT seems an appropriate approach to TIR3B lesions, especially in multinodular goiter, considering the incidence of malignancy with probably higher rate than previously reported.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

MINIMALLY INVASIVE VIDEO-ASSISTED THYROID LOBECTOMY VS MINIMALLY-INVASIVE THYROID LOBECTOMY FOR PAPILLARY THYROID CANCER: PRELIMINARY RESULTS

S. Vanella, G. Logrieco, N. Chetta

Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F.Miulli, Acquaviva Delle Fonti (BA)

Aims of the study: Thyroid lobectomy is a well accepted option as initial surgery for low-risk papillary thyroid cancer (PTC). The completeness of the operative resection achieved with video-assisted thyroidectomy seems comparable with the one reported for conventional neck surgery in PTC patients.

In patients with small papillary thyroid carcinomas (PTC) we evaluated the feasibility, safety and the preliminary oncologic results of minimally invasive video-assisted thyroid lobectomy (MIVAL) in comparison with minimally-invasive thyroid lobectomy (MIL). This study was designed to compare two minimally invasive approach to treat PTC patients.

Materials and methods: Patients admitted to the Division of General Surgery Unit 2, Miulli Hospital, Acquaviva delle fonti (BA) - Italy, between December 2016 and Decembrer 2017 who were candidates for thyroid lobectomy because of a single, small thyroid nodule (volume < 25 ml) with cytology positive or suspected for cancer were considered eligible. The two groups were matched for age ($p = NS$), sex ($p = NS$), and tumor size ($p = NS$). Minimally-invasive thyroid lobectomy was performed in 28 patients (MIL group), and 28 patients underwent video-assisted surgery (MIVAL group).

Results: Operating time is lowely inferior in MIL group ($p = 0.23$). Overall postoperative complications were similar in the two groups. Postoperative complications included 1 patients with transient recurrent nerve palsie and 1 postoperative hematoma treated conservatively in MIL group. Final histology showed the neoplasms to be 18 and 20 pT1 in MIVAL and MIL group respectively, 10 and 8 pT2 in MIVAL and MIL group respectively. At a median follow-up of $8.2 \pm 3,6$ months we did not observe any case of remnant-thyroid recurrence, regional- lymph-node involmnet, and distant-recurrence. The cosmetic outcome was evaluated by scoring patients' satisfaction with their scars. Satisfaction was higher in the MIVAL group (mean \pm SD, 9,3 \pm 0.5) than in the MIL group (mean \pm SD, 7,9 \pm 0.9) ($P = 0.05$). Postoperative pain in the first and second days after surgery and postoperative hospital lenght of stay were similar in both groups.

Conclusion: MIVAL is feasible, safe and represents a valid alternative to MIL for the treatment of PTC patients whose tumor diameter is 30 mm or less, without clinical lymph node metastasis or extrathyroidal invasion. A longer follow-up is necessary to draw definitive conclusions in terms of recurrence and survival rate.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

METASTASI LINFONODALI OCCULTE NEL CARCINOMA PAPILLIFERO DELLA TIROIDE: RISULTATI DELLA LINFOADENECTOMIA PROFILATTICA LATERO CERVICALE

A. Biondi, R. Ciuni, F. Basile, S. Ciuni

Ospedale Vittorio Emanuele di Catania, Università di Catania

Studio accettato e presentato al 87th Annual Meeting of the American Thyroid Association (October 2017, Canada)

Obiettivi: Valutare la reale incidenza di metastasi occulte nei carcinoma papillifero della tiroide e fornire delle evidenze sui fattori di rischio istologici per metastasi ai linfonodi latero-cervicali nei pazienti cN0 (cl clinicamente assenza di linfonodi)

Materiali e metodi: Lo studio prospettico (primo in Italia, è condotto nella regione Sicilia, isola vulcanica attiva, con alta incidenza del carcinoma della tiroide associata a più alta frequenza della mutazione dell'esone V600E del B-Raf).

Da maggio 2014 a maggio 2016 sono stati reclutati 122 pazienti con età media all'intervento di 46 anni \pm 10 (età compresa tra i 15 e 69 anni). I criteri d'inclusione sono: pazienti cN0; FNA TIR 5; FNA TIR 4 o 3 con diagnosi al congelatore di carcinoma papillifero della tiroide; unico operatore per ridurre i bias tecnici. Sono stati esclusi tutti i pazienti che hanno rifiutato di essere introdotti nello studio, pazienti con altri istotipi tumorali, pazienti cN1. È stata effettuata la tiroidectomia totale con linfadenectomia bilaterale e retro-ricorrente del VI livello dei livelli III-IV omolaterali al tumore in tutti i pazienti reclutati.

Risultati: La media dei linfonodi asportati per paziente al VI livello è stata di 11,13 \pm 4 (range 7-31). Il numero dei linfonodi metastatici al VI livello è stato 2 \pm 1,9 (range 0-11) nel 75,4% (92 pazienti). Il numero di linfonodi asportati ai livelli III-IV è stato 17,4 \pm 10,7 (range 10-51).

La percentuale di metastasi riscontrate al III-IV livello è stata di 34,42% (42 pazienti) di cui 22 donne e 20 maschi. La media dei linfonodi totali asportati per paziente è stata di 31,66 \pm 13,87 (range 17-71).

È stata trovata correlazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) tra metastasi al compartimento laterocervicale e : tiroidite $p=0,000$; infiltrazione della capsula della tumore (quando presente) $p=0,000$; infiltrazione della capsula della tiroide $p=0,024$; invasione vascolare $p=0,008$; invasione dei vasi linfatici $p=0,0014$; ipertiroidismo $p=0,02$; sesso femminile $p=0,03$; metastasi al VI livello $p=0,000$. Nei soggetti sottoposti alla linfadenectomia profilattica il dosaggio della tireoglobulina rimane indosabile o basso per molto più tempo rispetto ai pazienti non sottoposti alla linfadenectomia profilattica. La presenza di metastasi al VI livello (presente nel 75,4% nella nostra casistica) è inoltre un fattore di rischio indipendente associato alle metastasi laterocervicali, analizzata in analisi multivariata (IBM SPSS SOFTWARE V.20).

Conclusioni: Il nostro approccio della linfadenectomia profilattica rende i pazienti più atireoglobulinemici nei nostri endocrinologi e medici nucleari. Questa osservazione ha il potenziale di semplificare il follow-up e diminuire i trattamenti adiuvanti (RAIT). Un lungo follow-up è necessario per accertare il pieno impatto di questo approccio sulle persistenze/recidive e sulla sopravvivenza.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

CARCINOMA DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE (CDT): CHIRURGIA DI REVISIONE

S. Simioni, F. Manoochehri, M.R. Pelizzo

Casa di Cura Abano Terme, Abano Terme

Obiettivo: illustrare criteri condivisibili per re-interventi "di principio", per persistenza, e per recidiva di CDT anche alla luce della letteratura.

Materiali e metodi: sono state analizzate cause di re-intervento su tiroide e linfonodi cervicali, centrali e laterali, desumendo mezzi di prevenzione, strategie e tecnica chirurgica. È stato confrontato il rischio da chirurgia secondaria con i benefici in termini di remissione strutturale e biochimica (B- e S-TG) anche sulla base di una nostra serie di re-interventi.

Risultati: in chirurgia tiroidea non sono ammesse deroghe alla lobectomia quale approccio di minima per evitare un re-intervento anche omolaterale a maggior rischio di complicanze; fondamentale è la diagnosi preoperatoria di carcinoma e la successiva stadiazione ecografica di N. La scelta fra re-intervento e monitoraggio si basa su dati relativi al primo intervento, a dimensioni, numero, PET e 131 I-positività delle recidive, a sede (coinvolgimento di strutture funzionali, terreno vergine o esplorato), ma soprattutto a progressione di malattia e rilievo di paralisi cordale controlaterale.

Monitoraggio Reintervento

Dimensioni <1 cm >1cm

Evoluzione nel tempo stabile Progressione

PET - +

131 I + -

BRAF - +

Paralisi CV controlaterale + -

Strutture limitrofe vitali + -

Prima recidiva - +

Conclusioni: la chirurgia di revisione può essere complessa e rischiosa e, benché estesa, sembra garantire tassi relativi di radicalità biochimica; nella decisione un attento bilancio deve tener conto della generalmente lenta progressione del CDT e dell'elevata sopravvivenza (> 90% a 20 anni).

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

TRATTAMENTO COMPASSIONEVOLLE PER MASSA COMPRESSIVA DEL COLLO

M.G. Esposito, G. Antonelli, E. D'Ambrosio, G. Mercorelli, E. Spiniello, S. Spiezia

ASL Napoli1 Centro, Ospedale del Mare, Napoli

Paziente donna di 81 anni giunge in area di emergenza per insufficienza respiratoria dopo ago aspirato effettuato su massa sospetta al collo comparsa circa 20 giorni prima. Risolto l'episodio acuto con terapia medica viene trasferita presso Reparto di Chirurgia Endocrina ed eco guidata per il prosieguo delle indagini e delle cure.

Obiettivi: Riduzione della sintomatologia compressiva.

Materiali e metodi: L'ago aspirato evidenziava sospetto linfoma della Tiroide da definire con esame istologico. Si asporta linfonodo in regione laterocervicale a sinistra. Pratica work up diagnostico strumentale. La paziente presenta importante disfagia per i cibi liquidi e solidi ed insufficienza respiratoria acuta da richiedere assistenza principalmente in decubito supino durante la notte. Previo consulto oncologico viene somministrata terapia parenterale endovenosa e cortisonici e in attesa della definizione istologica. Si decide di sottoporre la Paziente a terapia compassionevole con Termoablazione con Radiofrequenza per ridurre la massa e quindi la compressione. Viene sottoposta quindi a 2 cicli di termoablazione radiofrequenza indotta ciascuna di due sessioni con infissione di ago TALON (Rita medycal Systema) a quattro uncini a 105 gradi con apertura 4 cm per 9 minuti con un tempo di latenza fra i due cicli di sette giorni.

Risultati: La paziente nel tempo che intercorre fra le due sedute comincia ad assumere parti semisolidi e si riducono notevolmente gli episodi di insufficienza respiratoria. Dopo il secondo trattamento la remissione dei sintomi è evidente. Nei tre gg successivi viene dimessa con indicazione a follow up ambulatoriale.

Conclusioni: Il trattamento con termoablazione non indicato e non utilizzato ai fini terapeutici specifici per la patologia di cui è ben conosciuto l'iter e la dfs ha certamente ridotto la sintomatologia compressiva migliorando la qualità di vita della paziente ed evitando inoltre che venisse sottoposta a terapia chirurgica e/o trattamenti invasivi per ripristinare la pervietà esofagea e tracheale.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 12:30-13:30
ENDOCRINO

SALA N

A POSSIBLE ROLE FOR SELENOPROTEIN GLUTATHIONE PEROXIDASE (GPX1) AND THIOREDOXIN REDUCTASES (TRXR1) IN THYROID CANCER: OUR EXPERIENCE IN THYROID SURGERY

A. Metere¹, F. Frezzotti¹, C. Graves², L. Giacomelli¹

¹ Sapienza Università di Roma

² Columbia University Medical Center, New York (USA)

Background: Oxidative stress is responsible for some alterations in the chemical structure and, consequently, in the function of proteins, lipids, and DNA. Recent studies have linked oxidative stress to cancers, particularly thyroid cancer, but the mechanisms remain unclear. Here, we further characterize the role of oxidative stress in thyroid cancer by analysing the expression of two selenium antioxidant molecules, glutathione peroxidase (GPx1) and thioredoxin reductase (TrxR1) in thyroid cancer cells.

Materials and Methods: Samples of both healthy thyroid tissue and thyroid tumor were taken for analysis after total thyroidectomy. The expression of GPx1 and TrxR1 was revealed by Western blot analysis and quantified by densitometric analyses, while the evaluation of free radicals was performed by Electron Paramagnetic Resonance (EPR)-spin trapping technique.

Results: Our results show a decrease in the expression of GPx1 and TrxR1 (-45.7% and -43.2% respectively, $p < 0.01$) in the thyroid cancer cells compared to the healthy cells. In addition, the EPR technique shows an increase of free radicals in tumor tissue, significantly higher than that found in healthy thyroid tissue (+116.3%, $p < 0.01$).

Conclusions: Our findings underscore the relationship between thyroid cancer and oxidative stress, showing the imbalance of the oxidant/antioxidant system in thyroid cancer tissue. These results suggest that either the inability to produce adequate antioxidant defence or an increased consumption of antioxidants, due to the hyper-production of free radicals, may play a crucial role in thyroid cancer.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

LA SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA NEI PAZIENTI CON OBESITÀ GRAVE DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI: RISULTATI A BREVE TERMINE

C. Dammaro¹, P. Lainas², M. Gaillard², G. Donatelli², H. Tranchart², I. Dagher²

¹ Service de Chirurgie Digestive Minimale Invasive - Hopital Antoine Béclère, Clamart (FRANCIA)

² Service d'Endoscopie - Hopital Privé des Peupliers, Paris (FRANCIA)

Obiettivi: La sleeve gastrectomy laparoscopica (SGL) ad oggi rappresenta uno degli interventi di chirurgia bariatrica più diffusi al mondo ma, nonostante i notevoli vantaggi che presenta, i dati sui pazienti anziani sono ancora scarsi. Lo scopo di questo studio è dimostrare che la SGL è sicura ed efficace anche nei pazienti con obesità grave di età superiore a 65 anni.

Materiali e metodi: Tutti i dati, raccolti prospettivamente, di pazienti sottoposti a SGL per obesità grave (BMI >40 kg/m² o BMI tra 35 e 40 kg/m² con comorbidità legate al sovrappeso) e con età superiore a 65 anni sono stati analizzati ed inclusi nello studio. I pazienti con le stesse caratteristiche ma con elevato rischio anestesiológico (ASA 4) sono stati esclusi. Tutti i pazienti, prima di essere sottoposti a intervento chirurgico, sono stati valutati da un team multidisciplinare formato da endocrinologo, gastroenterologo, psichiatra, nutrizionista, anestesista e chirurgo. A check-points di 6, 12 e 24 mesi sono stati valutati l'EWL%, le comorbidità legate all'obesità (OSAS, atralgie, dislipidemia, diabete e ipertensione) e la qualità della vita (SF-36).

Risultati: Da maggio 2012 a maggio 2016, cinquantaquattro pazienti (F/M ratio=2) con età superiore a 65 anni (range 65-75) sono stati sottoposti a SGL per il trattamento dell'obesità grave. Il peso medio preoperatorio era di 119 Kg (87.5-172), la mediana del BMI è stata di 43 kg/m² (35.1-59). La durata media dell'intervento è stata di 86 minuti. Due pazienti (3.7%) hanno riportato una fistola gastrica precoce (<15 gg), trattati rispettivamente mediante drenaggio endoscopico e con drenaggio chirurgico e successivo drenaggio endoscopico. La mortalità postoperatoria precoce e tardiva è stata zero. La durata media del ricovero è stata di 5 giorni. 6, 12 e 24 mesi dopo la SGL, la mediana del BMI è stata rispettivamente di 35, 32.9 e 30.7 kg/m², (p <0,0001), con EWL% medio a 76.3% a 24 mesi. Le comorbidità associate all'obesità sono regredite in maniera statisticamente significativa a 12 mesi. Allo stesso check-point temporale, 6 punteggi (6/8) della scala di valutazione SF-36 sono migliorati (p<0.0001) in maniera significativa.

Conclusioni: Questo studio dimostra che la SGL è sicura ed efficace anche nei pazienti con obesità grave di età superiore a 65 anni. L'attenta selezione del paziente dopo un'adeguata valutazione del rapporto rischio/beneficio da parte di un team multidisciplinare esperto è essenziale per la sicurezza del paziente e per il raggiungimento di risultati ottimali.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

OBESITÀ E TRAPIANTI: QUANDO SOTTOPORSI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA BARIATRICA? CASO CLINICO DI PAZIENTE TRAPIANTATA SOTTOPOSTA A SLEEVE GASTRECTOMY

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

PO Garibaldi Centro, Catania

Obiettivi: Lo scopo dello studio è di dimostrare i rischi ed i benefici della chirurgia bariatrica in pazienti sottoposti, o che ancora devono essere sottoposti, a trapianto di organo solido. Particolare attenzione va posta sul timing dell'intervento, ovvero, chirurgia bariatrica prima o dopo il trapianto?

Materiali e metodi: È stata eseguita una metanalisi di precedenti studi retrospettivi su pazienti selezionati affetti da obesità e candidati o già sottoposti a trapianto di organo solido, nel caso particolare fegato o rene. Il caso clinico tratta di una paziente trapiantata di rene, che presso il nostro Centro si è sottoposta a intervento di Sleeve Gastrectomy (SG). I dati post-operatori raccolti in modo prospettico comprendono: dati demografici, dettagli operativi, complicazioni, percentuale di perdita di peso in eccesso e BMI, esami di laboratorio sul monitoraggio della funzionalità renale.

Risultati: La nostra esperienza si è mostrata in linea con i dati della letteratura, la paziente ha beneficiato del calo ponderale susseguitosi all'intervento di SG, con mantenimento della funzionalità renale e risoluzione di altre comorbidità.

Conclusioni: Il numero di pazienti obesi che necessitano di trapianto è in aumento e la chirurgia bariatrica potrebbe svolgere in futuro un ruolo importante. Per ottenere i massimi risultati da questa associazione di chirurgie nuovi studi prospettici dovrebbero essere realizzati per stabilire quali saranno gli effettivi benefici ed i rischi e quale intervento sarà più adatto a questi particolari pazienti.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

LAPAROSCOPIC ONE ANASTOMOSIS GASTRIC BYPASS (OAGB) AS REVISIONAL SURGERY FOR FAILED SLEEVE GASTRECTOMY – EARLY EXPERIENCE

U. Rivolta, G. Sarro, A. Cattaneo, G.I. Gamal Soliman, D. Bella

ASST Ovest-Milano, presidio Magenta, Magenta

Obiettivo: La sleeve gastrectomy (SG) è attualmente l'intervento più eseguito in Italia e nel mondo tra le procedure di chirurgia bariatrica. Nonostante un follow up caratterizzato da ottimo calo ponderale e risoluzione delle comorbidità, non sono infrequenti i casi di insuccesso o ripresa del peso.

La chirurgia revisionale costituisce una valida opzione per i pazienti con recupero ponderale dopo procedura primaria, tuttavia essa è gravata da maggior tasso di complicanze e minore percentuale di successo.

La chirurgia revisionale dopo sleeve gastrectomy può essere rappresentata da diverse procedure di tipo restrittivo, metabolico o malassorbitivo. Tra questa la OAGB costituisce una alternativa.

Pazienti e metodi: Nel centro di chirurgia bariatrica della ASST-Ovest Milano sono stati eseguiti dal primo gennaio 2016 al 31 marzo 2018, 15 interventi (12 F e 3 M) di OAGB come procedura revisionale per ripresa di peso dopo sleeve gastrectomy primitiva. La mediana del tempo trascorso tra la SG primaria e l'OAGB è stato di 25,3 mesi. Il bmi medio di 44,8 kg/m². La tecnica chirurgica è stata standard con sezione gastrica al di sotto della 'zampa d'oca', confezionamento di anastomosi latero-laterale meccanica antecolica isoperistaltica a 200 cm dal Treitz, previa misurazione in toto della matassa digiuno ileale (sempre maggior ed 400 cm) Nei 30 giorni post-operatori non si sono osservate complicanze maggiori. Una paziente ha avuto nausea e vomito post-operatori con rallentata ripresa della canalizzazione e dimissione in settima giornata post-operatoria, una paziente ha presentato una infezione delle vie urinarie con dimissione in sesta giornata post-operatoria. La dimissione è avvenuta per 13/15 pazienti in quinta giornata post-operatoria con regolare alimentazione per os con dieta liquida.

A tutti i pazienti è stata prescritta una supplementazione vitaminica e proteica per 90 gg post-operatori con controllo multiparametrico per la diagnosi precoce di deficit di calcio, vit. D, ipe PTH, deficit vit B12.

Il calo ponderale medio a 3, 6 e 12 mesi è stato rispettivamente di 27, 42 e 60 espresso in %EWL (Excess of Weight Loss).

Conclusioni: L'OAGB come procedura revisionale in caso di fallimento o ripresa del peso dopo sleeve gastrectomy appare una procedura sicura ed efficace. Pochi studi in letteratura confrontano tale procedura a scopo revisionale con altri interventi codificati. Il calo ponderale registrato nel follow up è buono e il tasso di complicanze accettabile. Tale procedura dovrebbe al momento essere eseguita in centri ad alto flusso con esperienza in chirurgia bariatrica primitiva e revisionale e tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a stretto e continuo follow-up.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

MANAGEMENT DELLE COMPLICANZE DELLA SLEEVE GASTRECTOMY VL IN UN CENTRO D'ECCELLENZA: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA FLESSIBILE

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

ARNAS Garibaldi, PO Garibaldi Centro, Catania

Obiettivi: Lo scopo del lavoro è quello di analizzare retrospettivamente, nella nostra esperienza, il timing, il ruolo e i risultati dell'endoscopia flessibile nel management del leakage post-Sleeve Gastrectomy VL.

Materiali e metodi: Tra il mese di gennaio 2011 e il mese di dicembre 2016, presso il nostro centro, sono state eseguite 348 Sleeve Gastrectomy. Tutte le procedure sono state eseguite laparoscopicamente. I pazienti inclusi erano per il 70.11% femmine (n=244) e per il 29,9% maschi (n=104). L'età media era di 40.37 anni (19-70). Il peso medio preoperatorio era 118.39 kg (78-180). Il BMI medio preoperatorio era 43.05 kg/m². Il 23.56% (n=82) era affetto da ipertensione arteriosa, il 6.9% (n=24) da O.S.A.S., il 8.04% (n=28) da dislipidemia ed il 12.64% (n=44) da D.M. II (Diabete Mellito tipo II).

Risultati: Il tempo medio operatorio è stato 65±15 minuti. Il tempo medio di degenza è stato 5.67 giorni (2-303). Non si sono verificati decessi nella nostra casistica. Tutti i pazienti hanno eseguito RX transito esofago-stomaco-duodeno con m.d.c. idrosolubile di controllo postoperatorio per spandimenti in II (pazienti 1, 5, 7), III (pazienti 3, 4, 6) ed in V (paziente 2) giornata postoperatoria, tutte negative. Si sono verificati n.7 leakage gastrici (2.01%): n.2 dei quali precoci (pazienti 5 e 7), n.2 intermedi (pazienti 1 e 2), n.3 tardivi (pazienti 3, 4 e 6). Il posizionamento di clip Ovesco® non è stato possibile nella paziente 6; nella paziente 2 si è effettuata la procedura n.2 volte, senza ottenere un efficace controllo del leak. Tutti i pazienti, in tempi ed in sequenze differenti, sono stati sottoposti a posizionamento di endoprotesi esofagea autoespansibile metallica fully-covered, con risultati variabili. Il controllo post-rimozione protesica è stato effettuato mediante EGDS (esofago-gastro-duodenoscopia). I pazienti 5 e 7 sono stati sottoposti a dilatazione endoscopica di stenosi esofagea post-protesica, ed il primo, inoltre, ad exeresi endoscopica di polipo iperplastico da verosimile decubito della protesica.

Conclusioni: Il ruolo dell'endoscopia flessibile, nella nostra casistica, si è dimostrato fondamentale nel controllo post-rimozione delle protesie esofagee autoespansibili e nella gestione delle eventuali complicanze correlate al posizionamento delle stesse.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

IL PROTOCOLLO ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) IN CHIRURGIA BARIATRICA. ANALISI SU OLTRE 250 PAZIENTI CONSECUTIVAMENTE TRATTATI

I.F. Gallo, R. D'Alessio, C. Magistri, R. Giorgino, I. Nunziata, A. Custurone, P. Chieppa, D. Borzomati, V. Bruni

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Obiettivi: Dimostrare come l'utilizzo del protocollo ERAS in Chirurgia Bariatrica comporti significativi vantaggi in termini di outcome clinico, qualità di vita e riduzione dei costi. Riportiamo l'analisi preliminare di uno studio riguardante l'uso di ERAS presso un centro di chirurgia bariatrica ad alto volume.

Materiali e metodi: Da Settembre 2017 presso la chirurgia bariatrica del Campus Bio-Medico è stato avviato il protocollo ERAS. Per tutti i pazienti è stata programmata sensibilizzazione circa i vantaggi, ricovero il giorno dell'intervento e gestione anestesiológica secondo le linee guida ERAS. Non è stato previsto il posizionamento del catetere vescicale, del drenaggio addominale e del sondino naso-gastrico. La mobilizzazione, l'assunzione di liquidi e la dimissione sono state programmate entro 3 e 5 e 48 ore dall'intervento. Ai pazienti è stato fornito un contatto telefonico in caso di necessità.

Risultati: Da Settembre 2017 ad Aprile 2018, 272 pazienti (età media: 44 aa; range: 19-67; M: 67; F: 205; BMI medio: 42; range: 34-60) sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica presso il nostro centro con utilizzo del protocollo ERAS. Tutti i pazienti sono stati sensibilizzati circa i vantaggi. Nel 94% dei casi il ricovero è avvenuto il giorno dell'intervento; nel 74% dei casi la restrizione dall'assunzione di liquidi non è stata superiore a 6 ore. L'anestesista ha sempre attuato i protocolli ERAS. L'intervento chirurgico è stato la sleeve gastrectomy in 171 pazienti (durata m. 72 min.), il bypass gastrico in 62 (durata m. 94 min.), il mini-bypass gastrico in 18 (durata m. 92 min.) e il bendaggio gastrico in 21 (durata m. 39 min.). Il controllo intraoperatorio di tenuta delle anastomosi o della trancia gastrica mediante infusione di blu di metilene e aria, sempre effettuato, è risultato positivo in due casi (0,8%). Un drenaggio addominale è stato posizionato in 9 (3.3 %) casi, sempre per indicazione clinica intraoperatoria. In un caso (0.4 %) è stata necessaria la conversione laparotomica. Per 234 (86%) pazienti è stata effettuata la mobilizzazione entro 3 ore. L'assunzione precoce di liquidi (2h) è avvenuta in 250 (92%) pazienti. Il reintervento si è reso necessario in 4 (1.5 %) casi. La dimissione è avvenuta entro 48 ore in 218 (80%) casi. La durata media della degenza è stata di 76.8 ore. 5 (1.8%) pazienti hanno mostrato una complicanza (Clavien Dindo III/IV). La mortalità è stata assente.

Conclusione: Studi comparativi mostrano che il protocollo ERAS in chirurgia addominale determina riduzione di morbilità e mortalità, miglioramento della qualità di vita e riduzione dei costi. Tali risultati sembrano potersi ottenere anche in chirurgia bariatrica. I nostri risultati confermano che il protocollo ERAS in un centro di chirurgia bariatrica ad alto volume contiene il tasso di complicanze permettendo al paziente un precocissimo ritorno alle proprie attività.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA CON ASSOCIATA FUNDUPPLICATIO SEC. ROSSETTI NEL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO NEL PAZIENTE OBESO

M. Uccelli, G. Cesana, R. Giorgi, R. Villa, F. Ciccarese, A. Oldani, S. De Carli, A. Zanoni, G. Poli, G. David, S. Olmi

Policlinico San Marco IOB-GSD, Zingonia, Osio Sotto (BG)

Obiettivi: La malattia di reflusso gastro-esofageo (MRGE) nel paziente obeso presenta caratteristiche differenti dal normopeso: pazienti asintomatici nei quali si riscontrano segni endoscopici di esofagite di vari gradi e pazienti fortemente sintomatici per RGE in assenza di riscontri strumentali. Stante l'incidenza di RGE de novo dopo chirurgia bariatrica - in particolare dopo sleeve gastrectomy (SG) - e gli scarsi risultati nel paziente obeso dei classici interventi antireflussogeni in assenza di calo ponderale, è stato ideato un intervento misto, atto a correggere sia l'obesità che il RGE. Scopo di questa analisi retrospettiva è verificare la fattibilità, la sicurezza ed i risultati a breve e medio termine di questo intervento chirurgico modificato derivato dalla SG per obesità.

Materiali e metodi: Da 02/2016 a 05/2018, 138 pazienti affetti da obesità patologica e MRGE sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di sleeve gastrectomy modificata con associata funduplicatio sec. Rossetti (R-Sleeve), previo consenso informato. M/F 38/100. Età: 43.5±9.9 anni. BMI: 42.0±5.6 kg/m² (range 32.4-59.0 kg/m²). Esofagite grado A 34/138 (24.6%); B 6/138 (4.3%); C 3/138 (2.2%); Barrett 4/138 (2.9%); ernia jatale 55/138 (39.9%); DM 15/138 (10.9%); IPA 54/138 (39.1%); OSAS 57/138 (41.3%). Tutti i pazienti facevano utilizzo preoperatorio di PPI. Follow-up: 1-3-6-12-18-24 mesi.

Risultati: Tempo operatorio: 51±20 min (range 25-120 min). Durata ricovero: 4.2±2.5 giorni (range 3-21 giorni). In tutti e 138 pazienti è stata eseguita R-Sleeve, in assenza di complicanze intraoperatorie o conversioni. Contestuale jato plastica: 4/138 (2.9%). Decorso regolare in 125/138 pazienti (92.8%). 11 complicanze (7.9%) di natura chirurgica. In 8 casi (5.8%) si è proceduto a reintervento laparoscopico. Fistola gastrica alta: 5.1%. Tale fistola, differente dalla classica fistola conseguente a SG, è sempre originata a livello della funduplicatio. Si è proceduto a resezione gastrica a tale livello e conversione a normale SG con risoluzione della complicanza e decorsi regolari. Follow-up completo a 12 mesi del 90.14%: BMI 28.4±3.7 kg/m²; DM 2/138 (1.9%); IPA 6/138 (5.6%); OSAS 1/138 (0.9%). MRGE clinico 0.9% (1/138); utilizzo PPI 5/138 pazienti (4.7%). Non abbiamo registrato disfagia o vomito. Il follow-up endoscopico è in corso ma registriamo un miglioramento delle lesioni presenti nel preoperatorio.

Conclusioni: Si conferma la fattibilità e la sicurezza dell'intervento. Le complicanze postoperatorie sono paragonabili a SG, ma il decorso postoperatorio in caso di complicanza e successivo re-intervento è risultato migliore rispetto al decorso postoperatorio conseguente a fistola gastrica dopo SG. Calo ponderale e remissione delle comorbidità compatibili a SG, con notevole miglioramento clinico del MRGE. Sono in corso due studi prospettici (osservazionale e randomizzato) per confermare i risultati ottenuti.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 16:50-18:00

SESSIONE SICOB

PREMIO FONDAZIONE SICOB 2018 - Podium presentation delle migliori comunicazioni selezionate

SALA N

CONFRONTO FRA SLEEVE GASTRECTOMY, SLEEVE GASTRECTOMY CON INTERPOSIZIONE ILEALE O SINGOLA ANASTOMOSI DUODENO-ILEALE NEL TRATTAMENTO DEL DMT2 DELL'OBESO

I. Tubazio, A. Rizzi, L. Sorrentino, L. Pennacchi, D. Foschi

Ospedale Luigi Sacco, Milano

Obiettivi: Valutare l'efficacia di tre procedure bariatriche quali la Sleeve Gastrectomy (SG), la SG con interposizione ileale (SG-II) e la SG con singola anastomosi duodeno-ileale (SADI-S) nel trattamento del diabete mellito di tipo 2 associato ad obesità.

Materiali e metodi: Dal 2008 al 2018 sono stati trattati presso il Nostro centro 76 pazienti affetti da DMT2 associato ad obesità (BMI > 30), di cui 20 maschi e 56 femmine, di età media di 50 +/- 11.6 anni. Il peso medio era di 115.4 +/- 18.2 Kg ed il BMI medio di 42.3 +/- 4.7 Kg/m². La glicemia basale era di 146.1 +/- 32.4 mg/dl e l'emoglobina glicata di 7.3 +/- 0.9 %. I pazienti sono stati quindi sottoposti a SG (n° 16), a SG-II (n° 52) e SADI-S (n° 8). I pazienti sono stati quindi rivisti a distanza di 3,6,9,12 mesi nel primo anno e quindi annualmente nei tempi successivi.

Oltre alle valutazioni antropometriche (peso, BMI), sono stati determinati e valutati gli andamenti della glicemia basale, della glicemia a 2 ore dopo carico con glucosio e l'HbA1c.

I valori sono stati quindi confrontati con test ANOVA, con differenza statisticamente significativa fra i gruppi se $p < 0.05$.

Risultati: A distanza di 3 mesi dall'intervento, la SG-II ha avuto il più alto tasso di remissioni dal DMT2 secondo i criteri dell'ADA.

A distanza di 1 anno non abbiamo evidenziato differenze statisticamente significative nei tassi di recidiva del DMT2 nei tre gruppi di studio. A distanza di 2 anni persiste l'equivalenza fra i tre interventi chirurgici.

Il follow-up a 5 anni è disponibile solo per SG e SG-II, risultando favorevole a quest'ultima in termini di recidiva di malattia.

Conclusioni: I nostri risultati suggeriscono come l'utilizzo dell'intestino intermedio-distale in associazione alla SG possa essere vantaggioso nel controllo a lungo termine del DMT2 nel paziente obeso.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

HPB 1

SALA O

COLECISTITE ACUTA: LA NOTTE PORTA CONSIGLIO?

G. Del Zotto, S. Fracon, G. Bellio, D. Cosola, S. Contessi, A. Biloslavo, N. De Manzini

Chirurgia Generale Ospedale di Cattinara, Trieste

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è valutare se l'intervento di colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta litiasica eseguito in urgenza durante l'orario notturno presenti un outcome peggiore rispetto allo stesso eseguito nell'orario diurno.

Materiali e metodi: Lo studio prende in esame, retrospettivamente, i pazienti con colecistite acuta litiasica di grado lieve e moderato (secondo le linee guida di Tokyo 2018) operati in regime d'urgenza tra gennaio 2017 e febbraio 2018 presso l'U.O. Chirurgia Generale dell'Ospedale di Cattinara, Trieste. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi sulla base dell'ora di inizio dell'intervento (8-20 vs. 20-8)

Le variabili prese in considerazione sono state: sesso, età, comorbidità (Charlson Comorbidity Index), grado di severità della colecistite, intervallo tra ricovero ed intervento, inizio di trattamento medico pre-operatorio.

Sono stati valutati i seguenti endpoints: tempo operatorio, complicanze intraoperatorie, tasso di conversione, posizionamento di drenaggio, complicanze postoperatorie (secondo Dindo-Clavien) e durata della degenza. Per l'analisi statistica sono stati utilizzati il Test di Fisher e il Test di Mann-Whitney.

Risultati: Abbiamo preso in esame 74 pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica in urgenza; 36 interventi sono stati eseguiti tra le 20 e le 8 e 38 tra le 8 e le 20. Gli interventi notturni sono stati caratterizzati globalmente da una durata minore [95 (21-180) vs 120 (32-225); $p=0.62$], minori complicanze intraoperatorie [0% vs 5%; $p=0.5$], maggior tasso di conversione [25% vs 18%; $p=0.58$], maggior tasso di complicanze post-operatorie [28% vs 16%; $p=0.26$], maggior frequenza di posizionamento di drenaggio [86% vs 82%; $p=0.76$] e maggior durata della degenza [7 (3-34) giorni vs 6 (2-37); $p=0.67$]; tuttavia all'analisi statistica non sono state riscontrate differenze significative.

Conclusioni: I dati emersi dal nostro studio dimostrerebbero come l'intervento di colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta litiasica si possa eseguire con sicurezza anche durante le ore notturne senza un aumento significativo delle complicanze chirurgiche e della degenza. I nostri risultati trovano riscontro in Letteratura dove comunque non si evidenzia ancora una concordanza assoluta sull'argomento. Tali risultati necessitano pertanto di un ampliamento del campione in esame per valorizzare le conclusioni raggiunte.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA 0

CREAZIONE DI UN NUOVO SCORE CLINICO-ECOGRAFICO PREDITTIVO DI VIDEOLAPAROCOLECISTECTOMIA DIFFICILE: STUDIO PROSPETTICO

G. Carbotta¹, A. Panebianco¹, R. Laforgia¹, B. Pascazio², G. Balducci¹, M. Minafra¹, N. Palasciano¹

¹ Policlinico Universitario Aldo Moro, Bari

² P.O. San Paolo, Bari

Obiettivi: Il trattamento gold standard della litiasi sintomatica della colecisti è la colecistectomia videolaparoscopica (VLC). Attualmente il tasso di conversione risulta fra 4.8 e 8%, 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.

Materiali e 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 con refertazione strutturata alla valutazione delle caratteristiche della colecisti. Tutti i dati ecografici sono stati raccolti in un database per ottenere uno score ecografico preoperatorio (è stato attribuito un punteggio da 0 a 12 considerando 4 il cut off per distinguere una colecisti potenzialmente difficile) 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%.

Conclusioni: 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. Inoltre ci consente di redigere un consenso informato molto più accurato e specifico, ottimizzare le liste operatorie e scegliere il chirurgo con l'adeguata esperienza laparoscopica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

COLECISTITE ACUTA: RISULTATI DEGLI ULTIMI 10 ANNI

I.A. Muttillio¹, G. Salsasso¹, S. Rossi¹, E.M. Muttillio², F. Giacobazzo¹, A. Giofrè¹, G. Folliero¹

¹ Ospedale San Filippo Neri, Roma

² Università degli Studi La Sapienza, Roma

Nel periodo 2007-2017, presso l'unità operativa complessa di chirurgia d'urgenza sono stati effettuati 1037 interventi di colecistectomia con approccio laparoscopico, di seguito saranno valutati: le indicazioni, il tipo di approccio chirurgico ed i risultati.

Pazienti e Metodi: Nel decennio 2007-2017, 1037 pazienti, 742 femmine (71,5%) e 295 maschi (28,5%). Di questo gruppo di pazienti, 672 presentavano un quadro clinico di colecistite acuta 465 episodi di colica biliare o poliposi colecistica. Tutti i pazienti sono stati operati con colonna 2D. Nel periodo 2007-2012, 205 pazienti con colecistite acuta, sono stati inizialmente trattati con terapia antibiotica e dopo circa 2 mesi sono stati sottoposti a colecistectomia, mentre nel secondo quinquennio 467 pz. sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di preferenza entro le prime 48-72h dall'accesso al pronto soccorso. Il gruppo di pazienti con coliche biliari o polipi della colecisti, sono stati avviati alla preospedalizzazione chirurgica e successivamente inseriti in un programma operatorio elettivo.

Risultati: La mortalità operatoria è stata nulla in entrambi i gruppi di pazienti.

Le conversioni sono state di 27 pz. (6%) nel gruppo elettivo e di 105 pz. (16%) nei casi con colecistite acuta. Negli anni le conversioni sono progressivamente diminuite.

Le complicanze: lesioni vie biliari nel gruppo elettivo sono state 9 casi (0.2%), di cui 3 della VBP e 5 lesioni minori. Tutte risolte con procedure endoscopiche, in due casi è stato necessario effettuare una anastomosi T.T. del coledoco in corso di colecistectomia nell'altro caso una epatico digiunostomia per riconoscimento tardivo della lesione. In 5 pazienti abbiamo avuto sanguinamento post operatorio, in un caso è stato necessario un reintervento.

Il gruppo di pazienti con quadro acuto, nel primo quinquennio hanno necessitato di una degenza media di 8 giorni ed hanno presentato 11 casi di lesioni biliari (0.5%), di cui 2 della VBP e 9 lesioni minori, tutte risolte mediante endoscopia. Nel secondo periodo abbiamo avuto una degenza media di 4 giorni e 14 casi di lesioni biliari (0.3%), di cui 3 della VBP e 11 lesioni minori, tutte risolte con endoscopia. In 2 pazienti abbiamo avuto sanguinamento post operatorio, tutti risolti in modo conservativo.

Discussione e conclusioni: Da una attenta valutazione dei risultati, si evidenziano alcuni aspetti fondamentali: le complicanze biliari o emorragiche sono pressochè simile nei due gruppi. La degenza media ed i costi sono nettamente maggiore nel gruppo di pazienti con colecistite acuta in cui l'intervento veniva procrastinato. Il riconoscimento intra operatorio di una eventuale lesione biliare, facilita il trattamento e ne riduce le complicanze.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

HPB 1

SALA O

RISCONTRO INTRAOPERATORIO DI AGENESIA DELLA COLECISTI: UN PROBLEMA DI ITER DIAGNOSTICO?

A. Azzinnaro, M. Pezza, E. Ratto, M. Prati, N. Maroni, F. Millo, M.G. Pacquola, F. Pasquali, P. Tava

Ospedale Civile SS Antonio E Margherita, Tortona (AL)

La paziente M.M. (04/03/1978) era nota al reparto per un pregresso ricovero per colica biliare complicata da leucocitosi ed iperpiressia.

Un'ecografia addominale eseguita in data 29/12/2017 documentava una colecisti non evidenziabile nella sua abituale conformazione perché occupata da un cono d'ombra tipo colecisti scleroatrofica ed una dilatazione della via biliare principale fino a 10 mm con presenza nel suo tratto medio di sabbia biliare.

Il quadro è stato approfondito mediante una Colangiо-RMN eseguita in data 03/01/2018 che evidenziava una mancata visualizzazione della colecisti quale organo cavo, in verosimile quadro di colecistite scleroatrofica. Inoltre dimostrava non dilatazione delle vie biliari intraepatiche, aspetto ipototonico del dotto epatico comune (calibro massimo 12 mm) che si continuava nel coledoco (di calibre regolare) con aspetto angolato, per verosimile impronte esterna (vascolare). L'esame concludeva che i reperti potrebbero essere ascrivibili alla presenza di sabbia biliare frammista a bile densa in sede coledocica iuxta-papillare. Stante il quadro di imaging e la sintomatologia, la paziente veniva candidata ad intervento chirurgico di colecistectomia videolaparoscopica con colangiografia intraoperatoria.

In data 06/04/2018 la paziente è stata sottoposta ad intervento di colecistectomia vl con colangiografia IO.

Durante l'intervento, dopo accurata ricerca, non è stata evidenziata la colecisti segnalata dagli esami radiologici eseguiti dalla paziente.

È stata praticata una incisione della via biliare principale a livello dell'epatico comune con fuoriuscita di bile densa e sludge biliare. È stata incannulata la via biliare ed è stata eseguita una colangiografia che ha dimostrato l'assenza della colecisti e del dotto cistico.

Il decorso postoperatorio è stato caratterizzato dalla comparsa di tracce di materiale biliare nel drenaggio in prima giornata postoperatoria. Tale quadro si è risolto rapidamente ed il drenaggio è stato rimosso in IV giornata postoperatoria con output sieroso.

All'epicrisi del caso clinico si è posto la problematica di un iter diagnostico che ha presentato qualche lacuna.

Cosa si può fare per evitare che capitino eventi simili?

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

SVILUPPO DI UN NOMOGRAMMA PER LA DIAGNOSI DI COLECISTITE ACUTA SEVERA

M. Portinari¹, M. Scagliarini², G. Valpiani¹, S. Bianconcini², D. Andreotti¹, R. Stano¹, S. Occhionorelli¹, P. Carcoforo¹

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

² Università di Bologna

Introduzione: Alcuni autori hanno proposto diversi fattori predittivi di colecistite acuta severa, ma generalmente i risultati sono espressi come odds ratio, per cui la loro applicazione nella pratica clinica diventa difficile. La forma severa della colecistite acuta dovrebbe includere sia la colecistite gangrenosa sia la colecistite flemmonosa, alla luce del loro decorso clinico severo, e in questi casi la colecistectomia non dovrebbe essere rimandata. Lo scopo di questo studio era di creare un nomogramma per ottenere uno strumento grafico per calcolare la probabilità di avere una colecistite acuta severa.

Metodi: Questo è uno studio retrospettivo su 393 pazienti sottoposti a colecistectomia d'urgenza tra gennaio 2010 e dicembre 2015 nel reparto di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. I pazienti sono stati divisi in due gruppi in base al referto istologico definitivo: colecistite acuta severa (gangrenosa e flemmonosa) e colecistite acuta non severa. Le caratteristiche di base dei pazienti, i segni clinici preoperatori e le variabili ecografiche preoperatorie sono stati valutati con una regressione logistica multivariata con tecnica "stepwise" per predire il rischio di colecistite acuta severa, e il nomogramma è stato creato.

Risultati: L'età del paziente come variabile continua, una conta dei globuli bianchi $\geq 12.4 \times 10^3/\mu\text{l}$, una proteina C reattiva ≥ 9.9 mg/dl, e la presenza di ispessimento delle pareti della colecisti alla valutazione ecografica erano significativamente associati al riscontro di colecistite acuta severa nel referto istologico definitivo. Inoltre, è stata riscontrata una interazione significativa tra età del paziente e proteina C reattiva. Sono state identificate quattro classi di rischio in base al punteggio totale del nomogramma.

Conclusioni: Pazienti con un punteggio del nomogramma ≥ 74 dovrebbero essere considerati ad alto rischio per la presenza di una colecistite acuta severa (punteggio totale 74: sensibilità =78.5%; specificità =78.2%; accuratezza =78.3%). Questi risultati potrebbero essere utili per la valutazione del paziente e la programmazione dell'intervento chirurgico una volta confermati in uno studio prospettico che compara le classi di rischio identificate con il nomogramma e i risultati clinici (approccio chirurgico laparoscopico versus laparotomico, complicanze e mortalità post-operatorie, durata della degenza).

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA «SINGLE-PORT» VERSUS MULTI-PORT TRADIZIONALE. STUDIO COMPARATIVO SUI COSTI E SULL'OUTCOME CLINICO

M. Casaccia, D. Palombo, R. Fornaro, A. Razzore, F. Gallo, D. Soriero, M. Frascio

Università degli Studi di Genova

Background: Scopo dello studio era confrontare i risultati clinici e i costi ospedalieri per la colecistectomia laparoscopica tradizionale con 4 ports (4PLC) e la colecistectomia laparoscopica (SPLC) a singola porta eseguita presso la nostra struttura.

Materiali e metodi: Una serie di 40 pazienti SPLC operati da ottobre 2016 a maggio 2017 sono stati confrontati con una serie storica di 40 pazienti 4PLC. Per i pazienti SPLC è stato utilizzato un dispositivo monouso a quattro canali (Single Port, Unimax Medical Systems Inc., Taipei, Taiwan). Gli "endpoint" primari sono stati il tempo operatorio, la perdita di sangue, il dolore postoperatorio, il fabbisogno di analgesia, la durata del soggiorno e la morbilità. Gli "endpoint" secondari sono stati i costi di sala operatoria, di degenza e i costi totali dell'ospedalizzazione. È stata utilizzata un'analisi univariata e multivariata per confrontare i risultati.

Risultati: In entrambi i gruppi nessun paziente ha richiesto la conversione chirurgica. La durata dell'intervento è stata significativamente più lunga nel gruppo SPLC ($86,8 \pm 32,9$ vs $64,5 \pm 22,2$ min; $P < 0,001$). La durata del ricovero è stata più breve per i pazienti operati mediante SPLC ($1,9 \pm 0,9$ vs $2,2 \pm 1,2$ giorni; $p = 0,104$). Secondo la valutazione VAS, il profilo del dolore era simile, ma il gruppo SPLC era associato a un maggior numero di analgesici. Nel 12,5% del gruppo SPLC e nel 2,5% nel gruppo 4PLC ($p = 0,200$) vi sono state complicanze postoperatorie minori. I costi totali di ospedalizzazione associati alla procedura SPLC sono stati inferiori rispetto alla procedura standard 4PLC (1811,76 rispetto a 1989,87 euro, $p=0,204$). Per quanto riguarda i costi del materiale di sala operatoria monouso, è stata rilevata una differenza statisticamente significativa a favore della tecnica SPLC.

Conclusioni: La SPLC ha mostrato di essere una procedura fattibile con buoni risultati sia intra che postoperatori rispetto alla 4PLC tradizionale. Si è dimostrata promettente anche nei casi di colecistite acuta, considerata fino ad oggi una controindicazione relativa. Sono necessari ulteriori studi per confermare la sua sicurezza e fattibilità in questo contesto. In contrasto con l'attuale evidenza di maggiori costi per la tecnica single-port, nel nostro studio è stata riscontrata una riduzione dei costi di materiale e di ospedalizzazione rispetto alla 4PLC tradizionale.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

LA LAPAROSCOPIA NEL TRATTAMENTO DELLA COLECISTITE ACUTA DELL'ANZIANO: PIÙ COMPLESSA MA EGUALMENTE SICURA ED EFFICACE

D. Tartaglia, R. Aglietti, V. Coli, C. Corsini, R. Fantacci, A. Bertolucci, I. Cengeli, L. Cobuccio, M. Pucciarelli, G. Zocco, C. Galatioto, M. Chiarugi

U.O. Chirurgia D'Urgenza Universitaria, Università di Pisa

Obiettivi: La colecistite acuta litiasica è una delle patologie più frequenti nell'anziano. La laparoscopia rappresenta il gold standard per il trattamento di questa patologia, indipendentemente dall'età. L'obiettivo di questo studio è confrontare due gruppi di pazienti, under ed over 70 anni, affetti da colecistite acuta litiasica, con lo scopo di valutare se la laparoscopia può essere offerta ai più anziani con gli stessi criteri di sicurezza ed efficacia dei più giovani.

Materiali e metodi: Abbiamo valutato prospetticamente i pazienti operati per colecistite acuta litiasica nel periodo 2010-2018. Sono stati identificati due gruppi sulla base dell'età: G1: meno 70 aa e G2: uguale o più 70 aa. Nelle urgenze, eseguiamo di routine la colangiografia intraoperatoria. Il grado di severità delle complicanze post-operatorie è stato definito secondo la Classificazione di Clavien-Dindo. Le complicanze post-operatorie maggiori sono state intese come grado superiore III secondo la stessa Classificazione. Sono state quindi confrontate le caratteristiche cliniche demografiche e gli outcome intra e post-operatori.

Risultati: Sono stati considerati 752 pazienti: 481 (63,9%) in G1 e 271 (36,1%) in G2. L'età media era 52,16 (DS \pm 12,04) aa in G1 e 78,2 (DS \pm 6,03) aa in G2. Il rapporto M:F è stato 264:217 negli under 70 e 169:102 negli over 70 ($p=0,06$). L'American Society of Anesthesiologists (ASA) score maggiore di 3 è risultato più frequente in G2 (14,93% vs 63,04%; $p=0,0001$). Nel 10% di G1, la colecistite acuta si presentava gangrenosa, rispetto al 22,9% di G2 ($p=0,0001$). Il tasso di calcolosi della via biliare principale (VBP) è risultato significativamente maggiore in G2 (13% vs 25%; $p=0,0001$). Non vi sono state significative differenze per il tipo di bonifica della VBP ($p=0,36$). Nel 26,3% di G2, è stato necessario posizionare un tutore nella VBP rispetto all' 11,8% di G1 ($p=0,05$). Il tasso di conversione ad open è risultato significativamente più elevato in G2 (1,3% vs 4,8%; $p=0,005$). Abbiamo identificato significative differenze in termini di tempo operatorio medio (118,91 \pm 56,31 vs 132,16 \pm 51,50 min; $p=0,0026$) e morbilità (8,3% vs 21,4%; $p=0,0001$). Non vi sono significative differenze per quanto riguarda il tasso di complicanze maggiori (1,6% vs 2,6%; $p=0,43$) e mortalità (0 vs 1,1%; $p=0,08$). La durata media di degenza postoperatoria è stata significativamente più lunga in G2 (2,44 \pm 3,29 vs 3,9 \pm 4,85 giorni; $p=0,0001$).

Conclusioni: Nei soggetti anziani con colecistite acuta litiasica è maggiore l'incidenza di forme acute gangrenose e di calcolosi della VBP. Di conseguenza la laparoscopia può diventare tecnicamente più complessa, time-consuming, a rischio di conversione, e seguita da una degenza postoperatoria più lunga. Tuttavia la laparoscopia resta sicura ed efficace anche nei pazienti più anziani, non registrandosi valori significativamente superiori di complicanze maggiori e di mortalità.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

HPB 1

SALA O

COMPLICANZE NELLA COLELITIASI: CASI CLINICI

D. Scrocco, F. Pacifico, L. Fiorito, F. Biondo

Ospedale Fatebenefratelli, Benevento

Obiettivi: Gli Autori vogliono dimostrare che, se vi sono complicanze in corso di trattamento chirurgico per litiasi biliare, è importante agire in modo urgente per ottenere la risoluzione delle lesioni sopraggiunte.

Materiali e metodi: Presentiamo 3 casi clinici. 1° CASO: E.L., maschio, 58 anni. Anamnesi: dolore, febbre ed ittero da Pancreatite acuta biliare. Esegue ERCP ed in VI giornata presenta dolore come da peritonismo ed indici di colestasi aumentati. In VIII giornata post operatoria (g. p.o.) esegue Video-laparo-colecistectomia(VLC) convertita in open+ drenaggio della VBP con Kehr. In X g. p.o. si esegue emostasi endoscopica della papilla di Vater. 2° CASO: S.M., femmina, 74 anni sottoposta a VLC, in II g. p.o.: dolore, febbre, ittero. In V g.p.o. si esegue ERCP e si applica sondino naso-biliare, in X g. p.o. si pratica videolaparoscopia con rimozione di clip. 3° CASO: V.D., femmina, 39 anni, sottoposta a VLC, esplorata in laparoscopia in VI g. p.o., in XV g.p.o. è stata operata in open ed è stata drenata con Kehr a causa di lesione del dotto epatico comune da danno termico.

Risultati: Nel 1° caso il paziente è stato dimesso clinicamente guarito dopo 12 giorni dal reintervento. Nel 2° caso la paziente è stata dimessa in buone condizioni di salute dopo 5 giorni dal reintervento. Nel 3° caso la paziente è stata dimessa con il Kehr dopo 30 giorni dal reintervento e dopo 60 giorni ha rimosso il Kehr ed attualmente è in buone condizioni di salute.

Conclusioni: Dai risultati ottenuti nei 3 casi clinici trattati per complicanze avvenute in corso di trattamento per litiasi biliare si sottolinea che nel terzo caso descritto vi è stato un ritardo nel riconoscimento della complicanza sopraggiunta. Tale ritardo diagnostico ha condizionato la lunga degenza della paziente, causata da una serie di eventi accaduti a causa di un non preciso approccio diagnostico della complicanza post-operatoria del primo intervento chirurgico.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

FATTORI DI CONVERSIONE DELLA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER COLECISTITE ACUTA, IMPATTO DELLE COMORBIDITÀ CARDIOVASCOLARI E DIABETE. STUDIO MULTICENTRICO SULL'APPROCCIO PRECOCE VS TARDIVO

A. Ussia¹, A. Lauro¹, M. Cervellera¹, S. Vaccari¹, M.C. Ripoli¹, G. Casella², V. D'Andrea², F.M. Di Matteo², A. Santoro², A. Panarese², R. Cirocchi³, S. Bianchini¹, A. Leone¹, B. Dalla Via¹, V. Tonini¹

¹ Chirurgia d'Urgenza/Cervellera-Dip.di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna

² Dipartimento delle Scienze Chirurgiche-Università La Sapienza, Roma

³ Ospedale Universitario Santa Maria, Terni

Obiettivi: L'impatto del diabete e delle comorbilità cardiovascolari, riconosciuti come fattori di rischio di conversione della colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta, è ancora oggetto di ampia discussione. In questa categoria di pazienti in terapia anticoagulante/antiaggregante e/o diabetici (fattore di rischio di colecistite gangrenosa), la colecistectomia precoce entro i primi 3 giorni (come suggerito dalle linee guida di Tokyo del 2013) può essere confrontata con la colecistectomia tardiva oltre le 6 settimane.

Materiali e metodi: 240 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di colecistite acuta per via laparoscopica negli ultimi 5 anni presso la Chirurgia d'urgenza del Policlinico universitario Sant Orsola di Bologna e il Dipartimento di Scienze Chirurgiche del Policlinico universitario Umberto I di Roma. Sono stati messi a confronto 98 pazienti diabetici/con malattie cardiovascolari con 142 pazienti senza queste comorbilità. Sono stati identificati due sottogruppi in base al timing operatorio, 'precoce' entro 3 giorni - 73 pazienti e tardivo dopo 6 settimane - 167 pazienti.

Risultati: Nel sottogruppo precoce non vi era alcuna differenza tra i pazienti diabetici/con malattie cardiovascolari (31) rispetto al gruppo di controllo (42) mentre nel sottogruppo tardivo è stata evidenziata una significativa predominanza di pazienti di sesso maschile, con punteggio ASA III/IV e imaging più indicativo di colecistite nei pazienti diabetici/cardiovascolari (67) rispetto al gruppo di controllo (100). In entrambi i sottogruppi, il tasso di conversione a colecistectomia laparotomica era risultato significativamente più elevato nei pazienti diabetici/con malattie cardiovascolari (precoce = 25,8% e tardivo = 8,95%) rispetto ai gruppi di controllo (precoce = 4,76% e tardivo = 1%), mostrando una tendenza verso un tasso di conversione aumentato nell'approccio precoce tra pazienti diabetici/cardiovascolari ($p = 0,058$).

Conclusioni: Il nostro studio ha mostrato un tasso di conversione laparotomica aumentato per pazienti diabetici/con malattie cardiovascolari affetti da colecistite, in particolare se l'intervento viene eseguito entro 3 giorni dall'episodio acuto.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

APPROCCIO CHIRURGICO PRECOCE VS APPROCCIO CHIRURGICO TARDIVO NEI PAZIENTI AFFETTI DA COLECISTITE ACUTA. STUDIO MULTICENTRICO RETROSPETTIVO

M. Brighi¹, S. Vaccari¹, M. Cervellera¹, A. Lauro¹, S. Bianchini¹, A. Ussia¹, G. Casella², V. D'Andrea², F.M. Di Matteo², A. Santoro², A. Panarese², E. Gullotta³, R. Cirocchi⁴, V. Tonini¹

¹ Chirurgia d'Urgenza/Cervellera-Dip. di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna

² Dipartimento delle Scienze Chirurgiche-Università La Sapienza, Roma

³ U.O.C. Chirurgia Plastica e Terapia delle Ustioni Arnas Civico, Palermo

⁴ Ospedale Universitario Santa Maria, Terni

Introduzione: L'adeguatezza del timing chirurgico nei pazienti ricoverati in regime di urgenza per colecistite acuta è ancora un argomento fortemente dibattuto. Questo studio ha come obiettivo quello di valutare gli outcomes dei pazienti affetti da colecistite acuta sottoposti ad intervento chirurgico presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna e presso il Policlinico Umberto I di Roma.

Materiali e metodi: Abbiamo analizzato retrospettivamente 464 pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia per colecistite acuta. Abbiamo diviso i pazienti in tre gruppi valutando il tempo intercorso tra l'insorgenza dei sintomi e la procedura chirurgica: entro 72 ore (Gruppo A), tra 72 ore e 6 settimane (Gruppo B) e dopo 6 settimane (Gruppo C). Sulla base dei dati raccolti, abbiamo elaborato un'analisi statistica univariata e multivariata.

Risultati: I risultati migliori in termini di outcomes dei pazienti sono stati ottenuti nel Gruppo C, presentando differenze statisticamente significative con i risultati ottenuti dall'analisi degli altri due gruppi: tassi più elevati di interventi condotti in laparoscopia (93 % dei casi), assenza di mortalità, una morbilità inferiore ed una riduzione dei giorni di ricovero. Al contrario non sono state ottenute differenze statisticamente significative comparando i risultati ottenuti nei pazienti del Gruppo A con quelli del Gruppo B: il tasso di interventi condotti in laparoscopia risultava pari al 67% nei pazienti di Gruppo A vs il 66% nei pazienti di Gruppo B, la morbilità (Clavien-Dindo III-IV) appariva sovrapponibile in entrambi i gruppi (5%), la mortalità pari al 2% nei pazienti di Gruppo A vs l'1% nei pazienti di Gruppo B, i giorni di ospedalizzazione pari a 6,6 vs 5,6 giorni. Il tasso di conversione in intervento laparotomico risultava pari all'11% nel Gruppo A, al 18% nel Gruppo B e al 4% nel Gruppo C.

Conclusioni: Il nostro studio ha ottenuto risultati migliori nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico dopo 6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, al contrario le colecistectomie eseguite precocemente hanno condotto a risultati peggiori indipendentemente se effettuate prima o dopo delle 72 ore dall'insorgenza dei sintomi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

SPONTANEOUS CHOLECYSTOCUTANEOUS FISTULA: REPORT OF A RARE SURGICAL EMERGENCY AND REVIEW OF THE LITERATURE

D. Giacomo, A. Borsano, L. Ravizzini, C. Magaton, A. Alberti, C. Naturale, H. Nikaj, L. Petrelli, L. Gatti, G. D'Aloisio, S. Gentilli

Clinica Chirurgica, AOU Maggiore della Carità, Novara

Introduction: Uncommon manifestation of gallbladder disease is spontaneous cholecystocutaneous fistulae due to chronic perforation of the gallbladder presenting with a large subcutaneous phlegmon. Few cases are described in literature and the surgical procedure is still a matter of debate. The aim of the study was to present two cases that have occurred in the last 30 years at our University Hospital addressing the problems in the management of this pathology and discussing their course using the available English literature.

Methods: A systematic review was performed via PUBMED research using the terms 'Spontaneous cholecystocutaneous fistula', 'Cholecystoparietal Fistula' and 'Subcutaneous abscess', from January 1989 and December 2017. Patients history, operative strategy and their outcome is elucidated and a review of the recent literature is given.

Results: A total of 90 articles involving 92 patients treated in the last 30 years were included, with a mean age of 72 years. Spontaneous cholecystocutaneous fistula typically presents in elderly women. Seven cases were excluded from the study because they underwent previous surgery. The most common site for fistula is the right upper quadrant. Abdominal computed tomography are the best diagnostic tools for this complication (two thirds of the patients performed CT). Cholecystocutaneous fistula has always been treated by two different strategies.

1)The first includes a medical approach with percutaneous drainage and broad-spectrum antibiotic therapy performed for up to 20% of all population (over 80 years and/or with two or more comorbidities, like ischemic heart disease, IRC, heart failure and dementia).

2)The second directly involves cholecystectomy execution with fistulectomy (80%). In 2/3 of cases, especially with concomitant cholangitis, cholecystitis and septic shock, primary drainage of the abscess alone is advisable and only after the active infection has subsided should definitive cholecystectomy and excision of the fistulous tract be carried out. In 1/3 of cases, with a low degree of cholecystitis, operative strategy was a one-stage procedure including cholecystectomy and en block external biliary fistula excision.

Both conventional and laparoscopic (only two cases are described in the literature) approaches have been described. Midline laparotomy is preferred because it reduces surgical site infection caused by bacterial contamination due to biliary leakage after fistula closure.

Histological examination is mandatory because cholecystocutaneous fistula can be a primary manifestation of advanced stage gallbladder carcinoma.

Conclusions: Spontaneous cholecystocutaneous abscesses or fistulae are uncommon complications of gallbladder disease affecting a predominantly elderly population.

The surgical procedure, in absence of patients severe comorbidities, consists of cholecystectomy, as well as fistulous tract resection once the purulent drainage of the subcutaneous abscess has been resolved (two-stage).

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA COME TRATTAMENTO DELLA COLECISTIITE ACUTA: L'APPROCCIO CHIRURGICO, IL TIMING E GLI OUTCOMES POSSONO ESSERE INFLUENZATI DAL BMI? UNO STUDIO MULTICENTRICO RETROSPETTIVO

M. Brighi¹, A. Lauro¹, M. Cervellera¹, S. Vaccari¹, G. Casella², V. D'Andrea², F.M. Di Matteo², A. Santoro², A. Panarese², R. Cirocchi², M. Del Governatore², A. Caira³, G. Gozzi¹, V. Tonini¹

¹ Chirurgia d Urgenza/Cervellera-Dip.di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant Orsola-Malpighi, Università di Bologna

² Dipartimento delle Scienze Chirurgiche-Università La Sapienza, Roma

³ Ospedale Universitario Santa Maria, Terni

Introduzione: La colecistectomia laparoscopica rappresenta il gold-standard nel trattamento della colecistite acuta, nei pazienti obesi però l'argomento è ancora fonte di dibattito.

Materiale e metodi: Abbiamo analizzato retrospettivamente 464 pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia negli ultimi cinque anni presso la Chirurgia d'urgenza del Policlinico universitario Sant'Orsola di Bologna e il Dipartimento di Scienze Chirurgiche del Policlinico universitario Umberto I-Roma. In 59 pazienti la procedura è stata eseguita con tecnica laparotomica, nei restanti 405 laparoscopica. Abbiamo comparato pazienti con BMI <30 (397) con pazienti con BMI >30 (67) e pazienti con BMI <25 (207) con pazienti con BMI > 25 (257).

Risultati: Nel primo gruppo di pazienti, gli obesi hanno presentato maggiori comorbidità cardiovascolari (61.1% vs 44.5 %, p=0.002), una sintomatologia più spiccata (Segno di Murphy positivo nel 92.5% dei pazienti vs 80.8%, p=0.02%; febbre >38.5 in 88% dei pazienti vs 76%, p=0.02 e segni radiologici patognomici di colecistite acuta nell' 95.5 % vs 85.1%, p=0.01. La laparoscopia è stata eseguita nel 83.6% dei pazienti obesi, vs l'87.9% dei pazienti non obesi in assenza di differenze statisticamente significative. I tempi operatori ed il tasso di conversione sono risultati sovrapponibili. In accordo con le linee guida di Tokyo del 2013, il numero dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico entro 3 giorni o dopo 6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, era simile in entrambi i gruppi, in assenza di differenze statisticamente significative. I giorni di ospedalizzazione, la morbilità e la mortalità sono risultati sovrapponibili in entrambi i gruppi. È emerso un tasso di complicanze lievemente superiore nei pazienti obesi (25.4 % vs 15.9, p=0.03), rappresentato maggiormente dalle infezioni di ferita. Nel secondo gruppo di pazienti comparati (BMI >25 vs BMI <25), non si sono registrate differenze.

Conclusioni: Nel nostro studio retrospettivo multicentrico il BMI non ha dimostrato di influenzare l'approccio chirurgico, il timing e i risultati operatori.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PER VIA ANTEROGREDA: LA NOSTRA ESPERIENZA E LO STATO DELL'ARTE

L. Sorrentino, A.A. Ricciardolo, F. Serra, F. Cabry, R. Gelmini

Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Obiettivi: L'approccio laparoscopico alla colecistectomia è oggi il gold standard per il trattamento delle patologie benigne della colecisti sia in regime d'urgenza che in elezione. E' pur vero che nel caso di una colecistite acuta, quando i tessuti sono infiammati e l'anatomia può essere difficile da riconoscere, la tecnica di colecistectomia laparoscopica per via retrograda può portare a complicanze postoperatorie come lesioni vascolari o dell'albero biliare. La colecistectomia anterograda o "Dome down laparoscopic cholecystectomy" (DDLC) può essere un utile metodo per evitare le conversioni alla chirurgia open e diminuire le complicanze chirurgiche.

Materiali e metodi: Abbiamo esaminato retrospettivamente la casistica di colecistectomie eseguite dalla nostra unità operativa da Gennaio 2009 a Maggio 2018. I casi sono stati suddivisi in base alla tecnica chirurgica utilizzata: Colecistectomia open, tecnica laparoscopica classica, Dome down LC e i casi iniziati in laparoscopia e convertiti in chirurgia open. Abbiamo poi eseguito una ricerca sistematica della letteratura usando i database di PubMed e Embase. La ricerca è stata limitata agli studi eseguiti su persone scritti in lingua inglese tra gennaio 2009 e dicembre 2016.

Risultati: Nell'arco temporale stabilito sono state eseguite 305 colecistectomie, di queste 251 con tecnica laparoscopica. Circa il 3% delle colecistectomie eseguite in tecnica laparoscopica sono state portate a termine come Dome down LC. Il tempo medio di ospedalizzazione dei 7 pazienti sottoposti a DDLC è stato 5 giorni (2-11). 1 dei 7 pazienti è stato sottoposto ad ERCP postoperatoria per posizionamento di protesi endobiliare, rimossa poi a 30 giorni senza ulteriori complicazioni. Gli altri 6 pazienti sono stati rivalutati a circa 7 giorni dalla dimissione senza evidenza di complicanze postoperatorie.

Conclusioni: La colecistectomia Dome down è una tecnica sicura e riproducibile, limita l'incidenza di lesioni vascolari o delle vie biliari nei casi di colecistiti acute, complesse o con abbondante tessuto infiammatorio. L'utilizzo di manipoli ad ultrasuoni o di nuove tecniche chirurgico come la Single-incision LC possono migliorare la DDLC e abbattere del tutto i rischi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

LE LESIONI BILIARI IN CORSO DI COLECISTECTOMIA. L'APPROCCIO OPEN D'EMBLÉE E LA CONVERSIONE LAPAROTOMICA SONO UTILI NEL RIDURRE L'INCIDENZA DI LESIONI DELLE VIE BILIARI NELLE COLECISTECTOMIE DIFFICILI?

G.L. Canu, F. Medas, M.G. Podda, B. Sanna, S. Sanna, L. Gordini, P.G. Calo', E. Erdas

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Cagliari

Obiettivi: Malgrado i notevoli progressi tecnologici e la standardizzazione della tecnica, l'incidenza delle lesioni delle vie biliari (LVB) in corso di colecistectomia laparoscopica (CL) continua a restare al di sopra dei valori registrati in passato per la colecistectomia open (CO) (0,4-0,6% vs 0,02-0,2%). Il ricorso alla CO o la conversione laparotomica viene quindi suggerito nei casi più a rischio, ma le evidenze sull'efficacia di tale strategia appaiono scarse. Scopo del nostro studio è stato quello di analizzare e confrontare, a ormai più di 30 anni dalla prima colecistectomia laparoscopica, l'incidenza, il tipo, i fattori di rischio e i meccanismi patogenetici delle LVB nella CL e CO e di valutare le indicazioni attuali e i risultati della CO eseguita d'emblée e come conversione della CL.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio retrospettivo su 885 pazienti sottoposti consecutivamente a colecistectomia per patologie benigne della colecisti nel periodo 2009-2017 presso la nostra Unità Operativa. Attraverso il database ospedaliero SISaR sono stati estratti ed analizzati i seguenti dati: età, sesso, comorbidità, indicazione chirurgica, regime di ricovero (elezione, urgenza), indicazione chirurgica, approccio (CL, CO d'emblée, conversione in CO), complicanze post-operatorie, durata dell'intervento e della degenza post-operatoria. La cartella clinica e la descrizione degli interventi complicati da LVB è stata esaminata allo scopo di stabilire il tipo (secondo la Classificazione di Strasberg), il meccanismo patogenetico ed il timing di riconoscimento e trattamento. I meccanismi della lesione sono stati distinti in: errata interpretazione dell'anatomia, trauma da dissezione, errore tecnico, ipertensione duttale.

Risultati: 37 pazienti (4,1%) sono stati sottoposti a CO e 848 (95,5%) a CL. 48 CL (5,7%) sono state convertite in CO per un totale di 85 CO (9,6%) e 800 CL (90,4%). L'incidenza di lesioni delle vie biliari è stata complessivamente dello 0,67% (6/885) di cui 0,37% durante la CL (3/800) e 3,6 (3/85) durante la CO. La colecistite acuta è risultata il principale fattore di rischio per LVB (OR: 8,3, 95%CI: 1,6-41,5, p=0,01). Il meccanismo della lesione è stata l'errata interpretazione dell'anatomia in 4 casi (3 CO, 1 CL), l'ipertensione duttale in 1 caso (CL) e un errore di dissezione in 1 caso (CL). Le lesioni osservate sono state di tipo E2, E1, E2 nella CO ed E4, A e D nella CL.

Conclusioni: La CO d'emblée e la conversione in CO nei casi complessi non riducono il rischio di LVB. Il tipo di LVB non dipende dal tipo di approccio scelto ma dai fattori di rischio. Il principale meccanismo patogenetico delle LVB è il medesimo nella CO e CL.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

INTRAOPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY DURING CHOLECYSTECTOMY IN SEQUENTIAL TREATMENT OF CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITHIASIS: TO BE, OR NOT TO BE, THAT IS THE QUESTION

A. Rizzuto^{1,2}, M. Fabozzi², A. Settembre², S. Reggio², E. Tartaglia², S. Di Saverio³, P. Angelini², V. Silvestri^{2,4}, C. Mignogna¹, R. Serra¹, S. De Franciscis¹, L. De Luca², D. Cuccurullo², F. Corcione²

¹ Università Magna Graecia, Catanzaro

² Azienda ospedaliera dei Colli, Napoli

³ University of Cambridge, Cambridge (REGNO UNITO)

⁴ Università degli studi di Palermo

Background: Choledocholithiasis occurs in 15% of patients with cholecystolithiasis. Despite the existence of many therapeutic options for the treatment of cholecystocholedocholithiasis, a sequential treatment in which preoperative ERCP is combined with intraoperative cholangiography (IOC) and laparoscopic cholecystectomy (LC), is the most commonly accepted strategy. However, use of IOC in the splitting treatment of cholecystocholedocholithiasis is controversial. The aim of the present study is to investigate the utility of IOC in detecting residual stones in patients undergoing LC in the sequential treatment of common biliary duct or gallbladder stones.

Methods: Patients were recruited retrospectively among those who underwent IOC during LC, performed as second stage in the sequential treatment for cholecystocholedocholithiasis between 2010 and 2016. Demographic and clinical data were obtained from CPT codes at Ospedale Monaldi A.O.R.N dei Colli Naples, Italy. Data obtained from all preoperative ERCP analyses were recorded, including cholangiogram findings and performance of sphincterotomy. Statistical analysis was carried out using the IBM SPSS Statistic 19.0 software package.

Results: Between January 2010 and December 2016, 575 patients (343 males, 242 females) underwent IOC during LC for symptomatic cholecystitis due to cholelithiasis. Among patients accrued for the study, 143 underwent preoperative ERCP for suspicion of common biliary duct stones. At the time of preoperative ERCP, 123 were found to have common biliary duct stones while 20 (15%) presented negative ERCP. Complete removal of stones was accomplished in 119 patients. Among these patients, 13 had residual common biliary duct stones diagnosed by IOC (11%). Two patients underwent laparoscopic bile duct revision and, last, two patients were referred for ERCP at a later point. It is of note that all patients who presented residual stones by IOC had undergone preoperative sphincterotomy.

Conclusion: This study demonstrates that IOC is particularly effective in detecting residual stones in patients undergoing LC in sequential treatment of common biliary duct or gallbladder stones, and may be used on a routine basis in the sequential treatment of cholecystocholedocholithiasis.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

THE UNWANTED THIRD WHEEL IN THE CALOT'S TRIANGLE: INCIDENCE AND SURGICAL SIGNIFICANCE OF CATERPILLAR HUMP OF RIGHT HEPATIC ARTERY

L. Marano, A. Bartoli, R. Bellochi, D. Conti, L. Di Zitti, V. Poponesi, A.O. Spaziani, E. Basile, G. Castagnoli

Ospedale San Matteo degli Infermi - AUSL Umbria 2, Spoleto (PG)

Background: Caterpillar hump of the right hepatic artery is a rare variation increasing the risk of vascular and biliary injuries during hepatobiliary surgery. The aim of this study is to record the cases of the right hepatic artery forming caterpillar hump in a cohort of patients underwent laparoscopic cholecystectomy and to report a review of the literature systematically conducted.

Methods: We reviewed clinical and surgical video data of 230 patients with symptomatic cholelithiasis treated with laparoscopic cholecystectomy between January 2016 and August 2017. A systematic literature search in PubMed, Medline, Cochrane and Ovid databases until 30th June 2017 was also performed in accordance with the PRISMA statement.

Results: Our institutional data indicated that 1.3% of 230 patients presented caterpillar hump right hepatic artery. The systematic review included 16 studies reporting data from a total of 498 human cadavers and 579 patients submitted to cholecystectomy. The overall proportion of surgical patients with the caterpillar hump right hepatic artery was 6.9%.

Conclusions: Variations of the cystic artery are not just an anatomical dissertation, assuming a very crucial role in surgical strategies to avoid uncontrolled vascular lesions. A meticulous knowledge of the hepatobiliary triangle in association with all elements of 'Culture of Safety in Cholecystectomy' is mandatory for surgeons facing more than two structures within Calot's triangle.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB 1

SALA O

MINILAPAROSCOPIA IN REGIME DI ELEZIONE E D'URGENZA: ANALISI DI 120 CASI

M. Masutti, A. Malagnino, C. Gianotti, M. Montuori, R. Pirovano, M. Gianmaria, C.V. Michele, M. Zago

UO Chirurgia Mininvasiva Policlinico San Pietro, Ponte San Pietro (BG)

Obiettivi: Gli strumenti minilaparoscopici hanno oggi qualità del tutto comparabile a quelli per laparoscopia tradizionale. Scopo dello studio è valutare la possibilità di impiego della minilaparoscopia, anche definita "reduced-port laparoscopy", sia in regime di elezione che d'urgenza.

Materiali e metodi: Centoventi (120) pazienti (56 M, 64 F – età media 54 aa, range 11-91), sono stati sottoposti a minilaparoscopia o a minilaparoscopia ibrida da settembre 2012 a maggio 2018. È stata definita come minilaparoscopia ibrida ogni intervento nel quale uno o più trocar operativi avevano calibro > 3,5 mm. Sono stati utilizzati trocar e strumenti minilaparoscopici da 3,5 mm (Abmedica®), trocar da 5-12 mm (minilaparoscopia ibrida) e un primo trocar convenzionale (Hasson o trocar ottico), per lo più utilizzato per la telecamera. Tutti sono stati inseriti rispettando le posizioni standard usate in laparoscopia tradizionale. Sono state utilizzate ottiche da 3,5, 5 o 10 mm, talora nel corso del medesimo intervento. Sette chirurghi, con formazione ed esperienza laparoscopica eterogenea, hanno svolto il ruolo di primo operatore.

Risultati: Sono stati eseguiti 75 interventi minilaparoscopici elettivi (51 ibridi, 68%): 37 colecistectomie, 25 resezioni di colon, 3 resezioni epatiche, 2 fenestrazioni di cisti epatiche, 2 coledocolitomie, 1 termoablazione di epatocarcinoma con microonde ecolaparoguidata, 1 appendicectomia, 1 gastroenterostomia, 1 digiunostomia, 1 colostomia, 1 orchietomia, 1 adesiolisi, 1 biopsia linfonodale e 1 laparoscopia esplorativa. In urgenza, la tecnica minilaparoscopica è stata utilizzata in 45 casi (25 ibridi, 55%): 20 appendicectomie, 16 colecistectomie, 6 adesiolisi, 2 resezioni di colon, 1 resezione di diverticolo di Meckel, 1 digiunostomia, 1 enterolitomia, 1 splenectomia laparoscopica e 1 laparoscopia esplorativa. In 7 pazienti sono state eseguite più di una procedura nel corso del medesimo intervento. Non si è verificata alcuna complicanza intra- o post-operatoria direttamente correlata al mini-trocar. Un caso (colecistite acuta gangrenosa) è stato convertito a chirurgia open per ragioni anatomiche; in 2 casi (neoplasie ileali), la minilaparoscopia esplorativa, è stata seguita da mini-laparotomia mirata ("tailored laparotomy"). Non si sono registrate differenze statisticamente significative nella durata degli interventi e della degenza post-operatoria rispetto alla laparoscopia tradizionale. Escluso il primo trocar, i trocar minilaparoscopici hanno rappresentato il 75% dei trocar operativi utilizzati.

Conclusioni: L'approccio minilaparoscopico rappresenta un'opzione efficace e sicura sia in elezione che in urgenza. Permette di ridurre il danno tessutale, con benefici sul dolore postoperatorio, sul tempo di guarigione delle ferite e sul rischio di complicanze di parete immediate e tardive, con un risultato a estetico più gradito dal paziente. La chirurgia minilaparoscopica è caratterizzata da una curva di apprendimento trascurabile.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

HPB 1

SALA O

LA PANCREASECTOMIA TOTALE COME TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE AMPOLLARI NEL PAZIENTE GERIATRICO: CASE REPORT

G.A. Arroyo Murillo, F. Della Pietra, E. Choppin De Janvry, F. Giovanardi, M. Garofalo, Z. Larghi Laureiro, P. Berloco

Dipartimento di Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo 'Paride Stefanini', Roma

Obiettivi: La duodenocefalopancreasectomia è considerata il trattamento gold standard per l'adenocarcinoma della papilla di Vater. Il nostro obiettivo è dimostrare in casi particolari si deve dare indicazione a pancreasectomia totale.

Materiali e metodi: Presentiamo il caso di un paziente maschio di 74 anni, giunto alla nostra osservazione per comparsa di ittero ostruttivo, dolore addominale, nausea, feci ipocoliche, urine ipercromiche, calo ponderale. In anamnesi presentava ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale cronica e OSAS. Agli esami ematochimici si evidenziava aumento degli indici di colestasi e delle transaminasi [bilirubina totale (20.5 mg/dL), bilirubina diretta (18 mg/dL), gamma-GT(143 U/l), fosfatasi alcalina (427 U/l), AST (86 U/L), ALT (79 U/L)]. Le amilasi e le lipasi risultavano ridotte rispetto ai valori normali. Il CA 19.9, la cromogranina e l'enolasi neuro-specifiche risultavano nella norma. La glicemia a digiuno risultava alterata (104 mg/dL). Presso un altro centro il paziente era già stato sottoposto a TC addome con mdc e colangio-RMN che evidenziavano un totale sovertimento del parenchima pancreatico con presenza di voluminose formazioni cistiche di cui la maggiore misurava 19x8 cm di diametro, presenza di dilatazione delle vie biliari intraepatiche. Quindi veniva sottoposto a CPRE e papiloplastica con posizionamento di endoprotesi biliare metallica senza beneficio.

Risultati: In seguito a valutazione clinico-strumentale completa del paziente si decideva di effettuare intervento open di splenopancreasectomia totale e linfoadenectomia. Sebbene non fosse presente un chiaro piano di clivaggio e i piani del mesocolon trasverso risultassero sovertiti, dopo un'accurata dissezione si riusciva ad accedere alla loggia pancreatico e splenica e ad effettuare tale resezione.

L'esame istologico evidenziava adenocarcinoma del dotto ampollare, moderatamente differenziato, senza aspetti di significativa reazione desmoplastica intra e peri-tumorale con pattern di crescita ghiandolare su esiti di pancreatite cronica. Non si osservavano figure di invasione vascolare o perineurale. La lesione si estendeva nella quasi totalità dell'organo, causando dilatazione cistica dei dotti pancreatici principali e secondari e non vi era infiltrazione della tonaca muscolare del duodeno.

La neoplasia mostrava un immunofenotipo caratterizzato da CK7+, CK19+, CDX2+, beta-catenina+(membranosa), e-caderina+, p53 (sporadica). L'indice di proliferazione della popolazione neoplastica, valutato mediante anticorpo anti-Ki-67 risultava pari al 40% (TNM pT2 pN0 G2).

A distanza di un mese dall'intervento il paziente presentava buone condizioni cliniche generali; il controllo glicemico veniva raggiunto mediante terapia insulinica e l'insufficienza pancreatico trattata con somministrazione di pancrelipasi.

Conclusioni: La pancreasectomia totale può risultare un trattamento efficace nei pazienti geriatrici affetti da adenocarcinoma della papilla di Vater.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **08:30-11:00**

HPB 1

SALA O

LE TECNOLOGIE EMERGENTI (VISIONE 3D) RIDUCONO LE LESIONI IATROGENE DELLA VB DURANTE LA COLECISTECTOMIA?

S. Mattacchione, D. Caporilli, F. De Pasquale, N. Apice

Ospedale F. Spaziani, Frosinone

Nonostante la diffusione della laparoscopia, il maggiore tasso di incidenza, per certi versi paradossale, delle lesioni iatrogene delle vie biliari rispetto alla chirurgia open della colecisti, ha indotto la tecnologia a migliorarsi progressivamente, permettendo nello stesso tempo elevate performance per il chirurgo e piena sicurezza del malato. Rispetto alla chirurgia mininvasiva tradizionale, la laparoscopia 3D ha come prerogativa la percezione della terza dimensione, ovvero la profondità. Applicata nei più svariati campi della chirurgia, dalla oncologica a quella dei trapianti fino alla pediatria, è stato dimostrato come sia superiore alla tecnologia 2D in termini di agevolezza dei movimenti in spazi ristretti, percezione della profondità, visione stereoscopica e di outcomes oncologici, e alla robotica riguardo ai costi di gestione. Sebbene l'approccio possa essere a più alto impatto per i chirurghi meno esperti (dizziness, discomfort visivo temporaneo), migliori risultati, quali tempi operatori ridotti, esecuzione più armoniosa del gesto chirurgico dovuta alla più agevole coordinazione occhio-mano, migliore gestione degli hot points e delle complicanze intraoperatorie, sono stati riscontrati tra i chirurghi più esperti. Pur rimanendo imprescindibili i capisaldi espressi nel Consenso di Delphi per l'esecuzione di un corretto intervento chirurgico di colecistectomia, la visione 3D è associata a una riduzione del tasso di errori e del discomfort dell'operatore, a un più agevolato riconoscimento delle strutture anatomiche e relativa minore incidenza di lesioni iatrogene delle vie biliari. Nella nostra casistica, dal Febbraio 2017 a Maggio 2018 sono state eseguite 164 colecistectomie laparoscopiche in 3D; in nessun caso ci sono state complicanze perioperatorie; in 7 casi sono state agevolmente riconosciute e gestite anomalie anatomiche, quali 4 casi di dotto cistico corto e 3 casi di arteria epatica destra decorrente anteriormente al dotto epatico comune, potendo procedere così ad una "safe cholecistectomy". I costi contenuti e addirittura favorevoli in termini di previsione di bilancio, fanno sì che la tecnologia 3D possa essere contemplata non solo per i centri di eccellenza, ma anche per realtà pubbliche e private decentralizzate.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA 0

L'IMPATTO DELLE DIVERSE TECNICHE CHIRURGICHE SULL'INCIDENZA DELLE FISTOLE PANCREATICHE POST-OPERATORIE NELLA DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA

C. Nistri, T. Stecca, B. Pauletti, G. Marte, C. Ruffolo, N. Bassi, M. Massani

Chirurgia 4[^] - Ospedale Regionale di Treviso

Obiettivi: Nonostante la mortalità dopo duodenocefalopancreasectomia (DCP) si sia ridotta negli anni, la morbilità rimane elevata (20-70%) e la fistola pancreatica post-operatoria (POPF) rimane una delle complicanze più gravi che possono insorgere. Questo studio valuta l'impatto della tecnica chirurgica sull'insorgenza di fistole pancreatiche post-operatorie.

Materiali e metodi: È uno studio retrospettivo comprendente tutti i pazienti sottoposti a DCP tra il Gennaio 2007 e il Dicembre 2017 presso il Reparto di IV Chirurgia dell'Ospedale Regionale di Treviso. Abbiamo confrontato l'outcome a breve termine in termini di morbilità e mortalità, dividendo i pazienti sulla base della tecnica chirurgica utilizzata per l'anastomosi pancreatico-digiunale. Le complicanze post-operatorie e le fistole pancreatiche sono state definite secondo la Classificazione di Clavien-Dindo e la classificazione dell'International Study Group on Pancreatic Fistula (ISGPF).

Risultati: 160 pazienti sono stati sottoposti a DCP dalla stessa equipe chirurgica nel periodo compreso nello studio. Fino al dicembre 2013 la tecnica chirurgica di scelta adottata per l'anastomosi pancreatico-digiunale era la tecnica invaginante termino-terminale, mentre dal Gennaio 2014 si è utilizzata la tecnica con Wirsung-digiunoanastomosi termino-laterale secondo Blumgart. L'incidenza complessiva delle fistole pancreatiche post-operatorie, indipendentemente dall'impatto clinico, si è ridotta dal 33,3 % al 12,5 %.

Conclusioni: Il nostro studio suggerisce che la tecnica di ricostruzione secondo Blumgart riduce il numero di fistole post-operatorie nei pazienti sottoposti a DCP.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

IMPATTO DELL'AUMENTO DELLA AMILASI SIERICHE POST DCP SUL TASSO DI COMPLICANZE POSTOPERATORIE

G. Zimmitti¹, S. Langella², V. Segal¹, F. Guerini¹, A. Manzoni¹, N. Russolillo², A. Ferrero², E. Rosso¹

¹ Fondazione Poliambulanza, Brescia

² Mauriziano Umberto I, Torino

Introduzione: Dati recenti suggeriscono che l'incremento dell'amilasemia, conseguente la resezione pancreatica, possa essere un indicatore indiretto della pancreatite acuta postoperatoria (Post operative Acute Pancreatitis, PAP) e possa avere un valore predittivo di fistola pancreatica postoperatoria (post operative pancreatic fistula, POPF) quando essa è rilevante dal punto di vista clinico (clinically relevant, -cr-). Un'evidenza sempre maggiore suggerisce, tuttavia, che cr-POPF possa non essere attendibile nella maggior parte delle complicanze, in quegli interventi in cui la continuità tra pancreas e tubo digerente sia stata ripristinata mediante un'anastomosi pancreaticogastrica. Il nostro obiettivo è stato valutare, nei pazienti sottoposti a duodeno-pancreasectomia con pancreaticogastroanastomosi, frequenza e tipologia delle complicanze postoperatorie, delle alterazioni radiologiche, e la loro correlazione con il verificarsi di PAP.

Metodi: Abbiamo analizzato retrospettivamente le caratteristiche perioperatorie di 102 pazienti sottoposti a duodeno-pancreasectomia con pancreaticogastroanastomosi in due ospedali italiani (da gennaio 2015 a gennaio 2013). PAP è stata definita quale incremento maggiore a tre volte il valore normale dell'amilasemia, misurata in 1 giornata postoperatoria. È stata eseguita di routine una TC addominale postoperatoria, riesaminata quindi retrospettivamente per accertamenti coerenti con PAP.

Risultati: Nei 102 pazienti studiati, il tasso di complicanze totali, il tasso delle maggiori tra di esse, ed il tasso di mortalità sono stati del 68%, 24% e 3% dei casi rispettivamente. POPF ed emorragia pancreatica postoperatoria (post operative pancreatic haemorrhage, PPH) si sono evidenziate nel 27% e nel 28% dei pazienti, e sono state clinicamente rilevanti nell'8% e nel 22% dei pazienti rispettivamente. È interessante notare che cr-PPH, nel 15% dei pazienti, si è verificata in assenza di cr-POPF. PAP si è verificata in 38 pazienti, i quali, se comparati con i 62 pazienti non-PAP, hanno mostrato più frequentemente reperti-TAC coerenti con la flogosi del moncone pancreatico ($p = 0,002$). PAP è risultata associata, in maniera indipendente, alla comparsa di complicanze maggiori, cr-POPF e cr-PPH (Hazard Ratio (HR): 3.27, $p = .032$, HR: 3.94, $p = .012$, HR: 12.26, $p = .002$, rispettivamente).

Discussione: L'evento PAP è notevolmente associato ad un maggiore tasso di complicanze postoperatorie. Strategie finalizzate a ridurre al minimo il verificarsi di PAP potrebbero migliorare l'andamento postoperatorio della duodeno-pancreasectomia con pancreaticogastroanastomosi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

RISULTATI DELL'ANASTOMOSI PANCREATODIGIUNALE SU ANSA DIGIUNALE ISOLATA E DELL'ANASTOMOSI PANCREATOGASTRICA DOPO DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA IN PAZIENTI CON PANCREAS SOFFICE: UN'ANALISI MULTICENTRICA

G. Zimmitti¹, A. Coppola², F. Ardito², R. Meniconi³, G.M. Ettorre³, E. Rosso¹, A. Manzoni¹, M. Colasanti², G. Clemente², F. Giuliani²

¹ Fondazione Poliambulanza, Brescia

² Università Cattolica, Policlinico Gemelli, Roma

³ Ospedale San Camillo Forlanini Spallanzani, Roma

Introduzione: Anche se sia la PancreatoGastrostomia (PG) che la PancreatoDigiunostomia su ansa Digiunale Isolata (PDaDI) sembrano associate a un riduzione del rischio e della gravità di postoperative pancreatic fistula (POPF), la scelta della migliore tra queste due tecniche di ricostruzione della continuità pancreatico-intestinale dopo duodenocefalopancreasectomia (DCP) è tuttora materia di discussione. In questo studio abbiamo confrontato i risultati postoperatori della PG con quelli della PDaDI nei pazienti ad alto rischio per POPF.

Materiali e metodi: Due gruppi di 48 pazienti sono stati ottenuti da tre Dipartimenti di Chirurgia Epatobiliopancreatica, due dei quali specializzati nel confezionamento di PG e il rimanente nel confezionamento di PDaDI come tecnica preferita di ricostruzione della continuità pancreatico-intestinale dopo DCP. Solo i pazienti con un pancreas soffice e un Callery risk-score > 6 sono stati inclusi in questo studio. L'outcome principale è rappresentato dal tasso di complicanze totali e maggiori (Dindo > 2) e di mortalità postoperatoria e di POPF clinicamente rilevante (gradi B-C secondo la classificazione dell'ISGPS), di postoperative pancreatic hemorrhage (PPH), e di delayed gastric emptying (DGE).

Risultati: Il tasso di complicanze totali e maggiori e di mortalità postoperatoria è stato dell'84%, del 26% e dell' 1%, rispettivamente, senza differenze significative tra i due gruppi di pazienti, eccetto per le complicanze totali, meno frequenti dopo PG (73%), paragonate alla PDaDI (96%, p=.002). Globalmente, le POPF, PPH, e DGE clinicamente rilevanti si sono verificate nel 22%, 11%, e 24% dei pazienti, senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Abbiamo osservato un trend verso una rimozione più rapida dei drenaggi addominali tra le PDaDI, con conseguente riduzione della degenza ospedaliera postoperatoria (durata median: 18 giorni versus 24 giorni nel gruppo delle PG, p=.012).

Conclusioni: Le PG e le PDaDI, quando eseguite da chirurghi specializzati nella tecnica di ricostruzione in questione, hanno risultati postoperatori simili sia riguardo alle complicanze generali che a quelle specifiche della DCP.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

CARCINOMA DELLA COLECISTI INSORTO 40 ANNI DOPO DCP PER ADENOMA

A. Gagliano, A. Beneduce, G. Burutlo, M. Carlucci

IRCCS San Raffaele, UO Chirurgia generale e Pronto Soccorso, Milano

Introduzione: Il carcinoma della colecisti ha dei tassi di incidenza annuale che variano da 1/100.000 a 1/4.350 tra i diversi gruppi etnici e nelle diverse regioni geografiche. È raro nei paesi sviluppati dell'Occidente, anche se ha un'incidenza elevata in Giappone (1/19.000), nell'India settentrionale, nel Cile e in alcune regioni dell'Est Europa. Aumenta nei casi di infiammazioni ricorrenti a carico della colecisti. Ed ha una prevalenza nel sesso femminile 4-5:1.

Materiali e metodi: Proponiamo il caso di una donna di 71 anni sottoposta 40 anni fa a DCP per massa della testa pancreatica risultata poi essere un adenoma.

La paziente negli ultimi 12 mesi ha presentato episodi di febbre e dolore tipo colico imputati a colangiti ricorrenti. Ha quindi effettuato indagini esami di laboratorio che hanno evidenziato aumento degli indici di colestasi. Eseguiva quindi ecografia con evidenza di dilatazione delle VBI e della VBP dove sembra esser presente materiale anecogeno. La colangiogramma ha mostrato calcolo presente nella vbp e dilatazione e dismorfismo della stessa. La paziente in relazione al precedente intervento è stata quindi candidata a PTC e posizionamento di drenaggio biliare, al momento dello studio colangiografico si evidenziava cul de sac e mancata progressione del filo guida lungo l'anastomosi bilio-digestiva. Rivalutate le immagini della colangiogramma il dato della dilatazione della VBP corrispondeva al cul de sac colangiografico ma si dimostrava esser la colecisti ancora in sede. La paziente è quindi stata candidata a intervento di derivazione biliodigestiva.

Intraoperatoriamente si è osservato anastomosi latero-laterale colecisto-digiunale con evidenza di tessuto duro perlaceo a livello dell'anastomosi. La paziente è quindi stata sottoposta a colecistectomia, resezione del letto epatico, linfoadenectomia e confezionamento di anastomosi biliodigestiva.

Risultati: L'esame istologico evidenziava un carcinoma delle vie biliari extraepatiche insorto sull'anastomosi di più probabile natura colecistica pT3, N1.

Conclusioni: La paziente è attualmente viva a 6 mesi dall'intervento in corso di chemioterapia adiuvante, non accessi in PS per acuzie addominali.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA 0

IS THE OUTCOME AFTER HEPATECTOMY FOR MIXED TYPE HEPATOCELLULAR-CHOLANGIOCELLULAR CARCINOMA DIFFERENT FROM THAT OF CLASSIC HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND MASS-FORMING CHOLANGIOCARCINOMA?

D. Gentile, L. Samà, M. Donadon, A. Palmisano, L. Di Tommaso, M. Roncalli, G. Torzilli

Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

Background: Mixed type hepatocellular cholangiocellular carcinoma (mHCC-CCC) is a rare tumor. The aim of this study was the analysis of the outcome comparing such tumor with classic hepatocellular carcinoma (HCC) and mass-forming cholangiocarcinoma (MFCCC).

Methods: Our prospectively maintained database was queried, and 20 patients with mHCC-CCC were identified. A 2:1 match was performed with 40 patients operated in the same period for HCC, and with 40 operated for MFCCC. Only T1 or T2 patients N0 M0 were considered. Primary endpoint was the overall survival (OS) and disease-free survival (DFS).

Results: Median tumor diameter of mHCC-CCC group was 3.8 cm (range 1.3-5), and single tumor was detected in 13. After a median follow-up of 26 months (range 6-77), the 1-, 3-, and 5-year OS rates were 95%, 71%, and 71% respectively. The 1-, 3-, and 5-year DFS rates were 70%, 46%, and 35% respectively. Both OS and DFS did not differ significantly among the three histotypes.

Conclusions: Patients with mHCC-CCC showed similar rates of OS and DFS to those patients with classic HCC and MFCCC. Further evaluations of differences in tumor features and biology are necessary to better characterize the prognosis of patients with mHCC-CCC.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

HOW IS THE MORTALITY AFTER HEPATIC RESECTION IN ITALY? RESULTS FROM THE ITALIVER REGISTRY

M.D. Donadon¹, E. Opocher², S. Gruttadauria³, G. Ettorre⁴, M. Massani⁵, A. Ferrero⁶, U. Cillo⁷, A. Guglielmi⁸, G. Grazi⁹, L. De Carlis¹⁰, M. Salizzoni¹¹, A. Pinna¹², M. Filauro¹³, F. Giuliante¹⁴, F. Di Benedetto¹⁵, L. Aldrighetti¹⁶, F. Calise¹⁷, N. Portolani¹⁸, G. Belli¹⁹, G. Torzilliⁱ

¹ Department of Hepatobiliary and General Surgery, Humanitas University, Humanitas Clinical and Research Center, Milano

² Department of General Surgery, Ospedale San Paolo, Milano

³ Department of Abdominal Surgery and Transplantation, ISMETT, Palermo

⁴ Department of General of Surgery and Transplantation, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

⁵ Department of General Surgery, Ospedale S. Maria di Cà Foncello, Treviso

⁶ Department of General and Oncological Surgery, Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano Umberto I, Torino

⁷ Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation Unit, Azienda Ospedaliera Universitaria, Padova

⁸ Department of Surgery, Policlinico Borgo Roma, Verona

⁹ Department of General and Hepatobiliary Surgery, Istituto Nazionale dei Tumori Regina Elena, Roma

¹⁰ Department of General Surgery and Organ Transplantation, Ospedale Niguarda, Milano

¹¹ Department of General Surgery and Transplantation, Ospedale Molinette, Torino

¹² Department of General Surgery and Transplantation, Policlinico S.Orsola, Bologna

¹³ Department of General and Hepatobiliary Surgery, Ospedali Galliera, Genova

¹⁴ Department of General and Hepatobiliary Surgery, Ospedale Universitario A. Gemelli, Roma

¹⁵ Department of Surgery and Transplantation, Azienda Ospedaliera Universitaria, Modena

¹⁶ Hepatobiliary Surgery Division, San Raffaele Hospital, Milano

¹⁷ Department of Hepatobiliary Surgery, Ospedale Cardarelli, Napoli

¹⁸ Department of Surgery, Spedali Civili, Brescia, Italy

¹⁹ Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Ospedale S. Maria di Loreto Nuovo, Napoli

Background: Many improvements have been introduced in the perioperative management of patients requiring hepatectomy for liver tumors, and recently the indications have also been extended. The aim of this study was to assess the actual mortality rates after hepatectomy performed in some of the main Italian tertiary-referral centers.

Methods: The ITALIVER registry, which is the prospective registry of the Italian Chapter of the IHPBA was queried. Multivariate analysis was conducted to determine the prognostic factors associated with mortality.

Results: Among the 635 collected patients between 2013 and 2016, 444 (70%) were resected for hepatocellular carcinoma (HCC), 142 (22%) for mass-forming cholangiocarcinoma (MFCCC), and 49 (8%) for hilar bile duct cholangiocarcinoma (HBDCa). Major resections were performed in 219 (34.4%) patients. Overall 90-day mortality was 3% (20/635), while it was 2% in HCC, 2.8% in MFCCC and 14% in HBDCa patients. On multivariate analysis, only major resections (OR=3.66; 95% CI=1.719–5.781; P<0.00) and associated vascular resections (OR=6.01; 95% CI 3.621–9.416; P<0.001) were independently associated with increased mortality.

Conclusions: High complex procedures are still associated with not negligible rates of mortality even in tertiary-referral centers. More efforts should be done to refine patients' selection and indications with special reference to the volume of resected liver and associated vascular procedures.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

PERIOPERATIVE AND LONG-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN LYMPHADENECTOMY FOR BILIARY TUMORS: A PROPENSITY-SCORE BASED CASE-MATCHED ANALYSIS

F. Ratti, G. Fiorentini, F. Cipriani, M. Catena, M. Paganelli, L. Aldrighetti

Unità di Chirurgia Generale Epatobiliare, Ospedale San Raffaele, Milano

Background: Despite the widespread diffusion of laparoscopic approach for the treatment of liver lesions given its well-recognized advantages over open surgery, the incidence of biliary cancers in laparoscopic series is still poor and the topic of lymphadenectomy has never been specifically addressed. The aim of this study was to compare patients undergoing MILS and open liver resection with associated lymphadenectomy for biliary tumors (intrahepatic cholangiocarcinoma and gallbladder cancer) in a case-matched analysis using propensity scores.

Methods: 95 consecutive patients underwent liver resection with associated locoregional lymphadenectomy by laparoscopic approach (2005-2017) constituted the study group (MILS group). The MILS group was matched in a ratio of 1:2 with patients who had undergone open resection for primary biliary cancers (Open group, constituting the control group). Short and long term outcomes were evaluated and compared, with specific focus on specific details of lymphadenectomy.

Results: Preoperative characteristics of patients and disease were comparable between MILS and Open Group. Laparoscopic series resulted in a statistically significant lower blood loss (200 vs 350, $p=0.03$), minor intraoperative blood transfusions (3.2% vs 7.9%, $p=0.04$) and postoperative blood transfusions (10.5% vs 15.8%), other than shorter length of stay (4 vs 6 days, $p=0.04$). Number of retrieved nodes was 8 vs 7 ($p=ns$); particularly, percentage of patients who achieved the recommended AJCC cutoff of six lymph nodes harvested were 93.7% vs 85.8% ($p=0.05$). Morbidity was lower in MILS group (16.8% vs 22.1%, $p=0.02$). Median disease free survival was 33 vs 36 months and disease recurrence occurred in 45.3% vs 55.3% of patients in MILS and Open Groups respectively.

Conclusion: Laparoscopic approach for lymphadenectomy is a valid option in patients with biliary cancers since it allows to maintain the advantages of minimally invasive approach, without compromising the accuracy and the outcomes of nodal dissection.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA AS THE NEW FIELD OF IMPLEMENTATION OF LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION PROGRAMS. A COMPARATIVE PROPENSITY SCORE BASED ANALYSIS OF OPEN AND LAPAROSCOPIC LIVER RESECTIONS

F. Ratti¹, A. Rawashdeh², F. Cipriani¹, J. Primrose², G. Fiorentini¹, M. Abu Hila², L. Aldrighetti¹

¹ *Unità Di Chirurgia Generale Epatobiliare, Ospedale San Raffaele, Milano*

² *Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, University Hospital Southampton, NHS Foundation Trust, Southampton (REGNO UNITO)*

Objective: Initial restraint to adoption of laparoscopic approach in the treatment of Intrahepatic cholangiocarcinoma has been recently overcome. This is thanks to the great development in surgical techniques, technology and many studies demonstrating the oncological efficiency of the laparoscopic approach. Aim of the present study is to analyze and compare the outcomes of laparoscopic and open liver resections for ICC in the modern era of minimally invasive liver surgery.

Methods: Patients undergoing laparoscopic and open liver resections for ICC in two European tertiary referral centers were included. Finally, 104 patients from the open group and 104 patients from the laparoscopic group were compared after propensity scores matching according to seven covariates representative of patients and disease characteristics. Indications to surgery, short- and long- terms outcomes were analyzed and compared.

Results: Operative time, median number of retrieved nodes, rate of negative resection margins, and depth of surgical margins were comparable between the two groups. Blood loss was lower in the MILS (150 ± 100 mL, mean \pm SD) compared with the Open group (350 ± 250 mL, $p=0.030$). Postoperative complications occurred in 14.4% of patients in the MILS and in the 24% of patients in the Open group ($p=0.02$). There was no significant differences in long term outcomes between the two groups.

Conclusions: Our results confirm feasibility, safety and oncological efficiency of the laparoscopic approach in the management of ICC. However, this surgery is often complex and should be only considered in centers with large experience in laparoscopic liver surgery.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA 0

LA GESTIONE CHIRURGICA DELLE PATOLOGIE CISTICHE DELL'ALBERO BILIARE

C. Ferrari¹, O. Ghazouani¹, M. Ceriotti¹, G. Caristo¹, A. Franceschi¹, A. Percivale², G. Griseri¹

¹ Ospedale S. Paolo - SC Chirurgia generale, Savona

² Ospedale S. Corona - SC Chirurgia generale, Pietra Ligure

Obiettivi: Le patologie cistiche dell'albero biliare sono perlopiù rare, multifattoriali e genetiche. L'incidenza nel mondo occidentale varia da 1:100.000 ad 1:150.000 nati vivi. La classificazione di Todani è quella accettata e basata su sede e morfologia delle cisti. La colangite acuta ricorrente risulta la modalità di presentazione principale. L'incidenza di cancro associato è stata riportata tra il 2,5 e il 16%. Obiettivo di questo lavoro è di presentare la nostra esperienza, sottolineando come spesso queste patologie siano sottovalutate nella loro potenzialità evolutiva.

Materiali e metodi: Dal 2008 al 2018, presso la nostra divisione, sono stati osservati sei casi di cisti dell'albero biliare suscettibili d'intervento chirurgico. Esponiamo di seguito la sintesi clinica dei singoli pazienti:

1: uomo di 63 anni con pregressa storia di pancreatite acuta biliare che si presenta con dolore addominale e dilatazione della via biliare sinistra; viene sottoposto ad epatectomia sinistra con confezionamento di anastomosi duttocoledocica.

2: donna di 72 anni giunta per dolore epigastrico e febbre. In anamnesi intervento chirurgico di derivazione bilio-digestiva per colangiti ricorrenti. Alla TC lesione colluquata di S2-S3 ed S4a. Viene eseguita biopsia con sospetta diagnosi di fibrosarcoma. Si procede quindi ad epatectomia sinistra. L'esame istologico rivela una malattia di Caroli.

3: uomo di 53 anni ricoverato per colelitiasi e dilatazione della via biliare di S3; sottoposto a resezione laparoscopica di S3 e colecistectomia.

4: donna di 68 anni ricoverata per addominalgie e dilatazione delle via biliare di S2-S3 alla TC. La paziente viene sottoposta a resezione di S2 ed S3 e colecistectomia.

5: donna di 66 anni, si reca per dolore in ipocondrio destro associato a calo ponderale. Alla TC il lobo sinistro si presenta disomogeneo con dilatazione della via biliare intraepatica. Viene sottoposta a epatectomia sinistra con confezionamento di anastomosi epatico-digiunale. L'esame istologico conferma la diagnosi di colangiocarcinoma.

6: donna di 30 anni ricoverata per addominalgia. Alla TC: malattia di Todani di tipo II-III. La paziente viene trattata con resezione laparoscopica della via biliare extraepatica ed anastomosi bilio-digestiva.

Risultati: Complicanze a 30 giorni in 4 pazienti (67 %): una di grado I, 2 di grado IIIA ed una di grado IV sec. scala di Clavien-Dindo. La mortalità operatoria a 90 giorni è stata dello 0%. Ad un follow-up medio di 2 anni 5 pazienti risultano vivi ed in buone condizioni. La paziente con colangiocarcinoma è deceduta a 12 mesi dall'intervento chirurgico per progressione di malattia.

Conclusioni: Nel caso di malattia di Caroli localizzata o unilobare il trattamento di scelta rimane la resezione chirurgica, mentre nei casi di malattia bilaterale il trapianto di fegato sembra essere l'opzione migliore. La malattia cistica extra-epatica si giova di trattamento chirurgico di resezione della via biliare principale con ricostruzione bilio-digestiva.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

SINDROME DI MIRIZZI E CANCRO DELLA COLECISTI: CASE REPORT E NOSTRA ESPERIENZA

R. Cardone, F. Mangani, N. Polverino, A. Gargiulo, R. Ponzo, E. Gnarra, B. Iacone, R. Tramontano, C. De Werra

AOU Federico II, Napoli

Obiettivi: Lo scopo del nostro studio è stato validare l'algoritmo diagnostico-terapeutico indicato in caso di sindrome di Mirizzi, considerata la sottostante non trascurabile probabilità di insorgenza di cancro della colecisti associato.

Materiali e metodi: Una donna di 62 anni è giunta alla nostra osservazione per dolori addominali tipo colica biliare. Il dolore era continuo, di intensità moderata, non accompagnato né da febbre né da vomito. All'anamnesi remota la paziente riferiva ripetute coliche biliari ed epigastralgia. All'esame obiettivo la paziente era in buone condizioni generali con presenza di ittero. Il laboratorio evidenziava un quadro di colestasi conclamata, con bilirubina quasi raddoppiata rispetto ai valori di riferimento. L'esame ecografico addominale mostrava una colecisti non ben identificabile, con presenza di formazione iperecogena con relativo cono d'ombra posteriore, come da calcolo di dimensioni superiori ai 2,5 cm. La colangio-rm dimostrava la presenza del calcolo strettamente adeso alla parete della colecisti in corrispondenza della via biliare principale (Mirizzi tipo I).

Si procedeva quindi a intervento chirurgico, iniziato in laparoscopia e successivamente convertito in laparotomia visto il concreto dubbio di neoplasia insorta su sindrome di Mirizzi. L'esame istologico sul pezzo operatorio evidenziava un adenocarcinoma ben differenziato infiltrante tutta la parete della colecisti (T2NxMx).

È stato effettuato un second look con resezione IV-V segmento (letto della colecisti), linfadenectomia del legamento epatoduodenale e asportazione a tutto spessore del tramite del trocar.

Risultati: Partendo da un case report, abbiamo condotto una ricerca sulla nostra casistica di carcinomi della colecisti e abbiamo valutato l'incidenza della sindrome di Mirizzi ad essi associati.

Dal 1973 al 2017 dei 109 pazienti presentatisi alla nostra osservazione per cancro della colecisti, in 7 casi (6,4%) era associata sindrome di Mirizzi tipo I (calcolo incuneato nell'infundibolo senza fistola).

Il dato in nostro possesso è stato poi confrontato con la casistica internazionale, confermando una evidente correlazione tra la suddetta sindrome e il cancro della colecisti, probabilmente dovuto ai continui insulti infiammatori.

Conclusioni: Considerata la concreta possibilità di associazione tra sindrome di Mirizzi e cancro della colecisti, rimarchiamo la necessità di un'attenta valutazione diagnostica e un precoce trattamento chirurgico della patologia litiasica in caso di calcoli di grosse dimensioni.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

ABLAZIONE LASER DELLE VIE BILIARI COME POTENZIALE TRATTAMENTO DEL COLANGIOCARCINOMA NON RESECABILE: PRIMA IN VIVO PROOF OF CONCEPT

G. Quero¹, P. Saccomandi², R. Gassino³, F.M. Di Matteo⁴, A. Lapergola⁵, L. Guerriero⁶, A. Vallan³, G. Perrone³, E. Schena⁴, S. Alfieri¹, G. Costamagna¹

¹ Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Roma

² Politecnico di Milano

³ Politecnico di Torino

⁴ Università Campus Biomedico di Roma

⁵ Ospedale di Chieti

⁶ Ospedale Monaldi, Napoli

Obiettivi: La prima linea di trattamento palliativo del colangiocarcinoma si basa sul posizionamento di stent biliari, gravata da potenziali complicanze procedura-relata. A tal merito, tecniche energy-based sono state proposte sebbene con controversi risultati. Scopo di tale studio è dimostrare, per la prima volta in letteratura, la sicurezza ed efficacia dell'ablazione laser (LA) delle vie biliari come potenziale trattamento del colangiocarcinoma non resecabile.

Materiali e metodi: Gli outcomes di sicurezza ed efficacia sono stati valutati in termini di: 1. Assenza macro e microscopica di perforazione; 2. Incremento di temperatura; 3. Quantificazione del danno indotto. Un totale di due maiali sono stati inclusi nello studio. In entrambi si è proceduto a LA della via biliare principale e del dotto cistico con il diode laser ad irradiazione circolare per 6 e 3 minuti a 7W. Tali impostazioni sono state selezionate in relazione a precedenti studi ex-vivo basati sulla visualizzazione macroscopica di perforazione ad impostazioni superiori. Il monitoraggio della temperatura locale è stato eseguito tramite sensori fiber Bragg grating (FBG) posizionati in corrispondenza dell'estremità distale del laser. L'analisi istologica del danno indotto è stata eseguita real-time con l'endomicroscopia (Cellvizio) e successivamente mediante colorazione con ematossillina ed eosina (H&E) ed NADH.

Risultati: La temperatura massima raggiunta è stata di 53°C indipendentemente dal sito di applicazione e dai settings utilizzati. All'analisi macroscopica e microscopica non vi è stata evidenza di perforazione. Alla colorazione H&E, l'integrità di parete è stata conservata in tutti i casi. La colorazione NADH ha permesso di valutare l'estensione del danno indotto. La profondità del danno è risultata dipendente sia dal tempo di applicazione che dal diametro della via biliare. L'endomicroscopia ha permesso una distinzione real-time intraprocedurale dell'estensione dell'ablazione riportando una correlazione con i reperti istologici.

Conclusioni: L'ablazione laser si è dimostrata sicura ed efficace nell'indurre la necrosi coagulativa intraduttale delle vie biliari senza danni perforativi relati. Tali risultati rappresentano un passo preliminare per ulteriori studi in vivo tumor-bearing.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

IL RUOLO CHIAVE DELLO STAGING ECOGRAFICO INTRAOPERATORIO NEI PAZIENTI CON COLANGIOCARCINOMA INTRAEPATICO

S. Langella, N. Russolillo, B. De Zolt Ponte, M. Miotto, F. Fazio, A. Ferrero

Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

Obiettivi: L'ecografia intraoperatoria (IOUS) rappresenta un accurato metodo di stadiazione per le patologie epatiche maligne, ma il suo ruolo nei pazienti con colangiocarcinoma intraepatico (CCI) non è ancora stato adeguatamente studiato. Obiettivo dello studio è di valutare l'impatto della IOUS sulla stadiazione nei pazienti candidati a resezione per CCI.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi tutti i pazienti affetti da CCI per cui sia stata programmata una resezione epatica dal Giugno 2001 al Maggio 2018. Sono stati analizzati retrospettivamente i dati raccolti in un database prospettico al fine di valutare l'impatto dell'utilizzo della IOUS (sia open che laparoscopica) sullo staging della malattia.

Risultati: Sono stati candidati a resezione epatica 146 pazienti affetti da CCI. Tra questi, 11 (7.5%) sono stati considerati non resecabili al momento dello staging laparoscopico: 7 a causa di carcinosi peritoneale e 4 grazie ai reperti della IOUS. In totale sono state eseguite 135 epatectomie. Complessivamente sono state individuate all'imaging preoperatorio 150 lesioni sospette per CCI. Tutti i pazienti sono stati stadiati con TC Torace-Addome, mentre la RM e la PET-TC sono state utilizzate in 78 (57.7%) e 35 (25.9%) casi rispettivamente. In 21 pazienti l'imaging preoperatorio ha fornito una diagnosi errata di CCI, mentre la IOUS ha fallito in 11 casi. Il tasso di concordanza tra la diagnosi preoperatoria e quella effettuata con la IOUS è stata del 92.6%. Due pazienti con sospetto preoperatorio di litiasi intraepatica sono invece stati identificati ecograficamente come CCI. All'esplorazione chirurgica 33 nuovi nodi sono stati individuate dalla IOUS in 20 pazienti (14.8%), il diametro mediano era di 5 mm (4-8); tra essi 30 sono stati confermati CCI all'esame istologico definitivo. La IOUS ha inoltre evidenziato nodi satelliti in 17 pazienti (12.6%). I rapporti vascolari tra tumore e strutture vascolari si sono dimostrati diversi alla IOUS rispetto alle indagini preoperatorie in 10 pazienti. Complessivamente la strategia chirurgica è stata modificata in seguito ai reperti della IOUS, open o laparoscopica, in 29 casi (21.5%).

Conclusioni: L'ecografia intraoperatoria, permettendo la definizione di importanti fattori prognostici, è uno strumento indispensabile per una stadiazione corretta nei pazienti candidati a resezione epatica per CCI.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

VALORI DI BENCHMARK PER IL RISCHIO DI POST-HEPATECTOMY LIVER FAILURE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE CHIRURGICA

F. Bagante¹, A. Ruzzenente¹, T. Campagnaro¹, S. Conci¹, S. Valcanover¹, A. Sartori¹, M. De Bellis¹, G. Isa¹, T. Pawlik², A. Guglielmi¹, C. Iacono¹

¹ Chirurgia Generale ed Epatobiliare, Verona

² Department of Surgery, Columbus (USA)

Introduzione: L'insufficienza epatica post epatectomia (post-hepatectomy liver failure, PHLF) rimane una delle più frequenti complicanze post-operatoria ed è stata associata a un aumentato rischio di morte. Recentemente, una incidenza di PHLF del 5% è stata indicata come il valore di riferimento ("benchmark value") a cui i chirurghi dovrebbero attenersi nelle loro serie chirurgiche.

Un database di popolazione è stato utilizzato per validare il valore di benchmark proposto e per identificare i fattori associati all'insorgenza di PHLF.

Metodo: Il National Surgery Quality Improvement Program (NSQIP) è stato utilizzato per sviluppare un modello statistico Bayesiano in grado di stimare il rischio di sviluppare una PHLF in base alle caratteristiche del paziente sottoposto a chirurgia. Il valore di benchmark è stato calcolato come il 75° percentile della distribuzione del rischio di PHLF calcolato con il modello Bayesiano.

Risultati: Un totale di 6,918 pazienti è stato sottoposto a resezione epatica minore (64.5%), destra (right hepatectomy, RH:18.2%), sinistra (left hepatectomy, LH:9.0%) o estesa (extended hepatectomy, EH:8.3%). Mentre un piccolo gruppo di pazienti è stato sottoposto al drenaggio della via biliare preoperatorio (5.3%), 30.9% dei pazienti è stato sottoposto a terapia neoadiuvante e il 18.9% dei pazienti presentava cirrosi. L'indicazione all'intervento chirurgico comprendeva una malattia metastatica secondaria nel 49.3% dei casi, un tumore primitivo epato-biliare nel 29.0% dei casi, e una malattia benigna nei rimanenti 21.8% dei pazienti. Tra i pazienti con una diagnosi di malattia benigna, i pazienti sottoposti a LH, RH e EH hanno presentato un valore di benchmark per PHLF rispettivamente di 1.1%, 4.3%, e 4.1%. Al contrario, tra i pazienti neoplastici, i valori di benchmark per PHLF hanno presentato una forte variazione tra il 2.2% per i pazienti sottoposti a LH per una neoplasia secondaria e il 28.3% per i pazienti sottoposti a RH per una neoplasia primitiva epatobiliare richiedente il drenaggio preoperatorio della via biliare (Figura).

Conclusione: Sebbene il valore di benchmark per PHLF proposto in letteratura (5%) potrebbe essere adeguato per identificare l'incidenza massima di PHLF per pazienti senza comorbidità sottoposti a resezioni epatiche maggiori, il valore benchmark per PHLF dovrebbe tenere conto delle caratteristiche clinico-patologiche del paziente che comprendono l'indicazione all'intervento chirurgico, l'essere stato sottoposto a chemioterapia neoadiuvante e al drenaggio preoperatorio della via biliare.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

PATTERNS DI MUTAZIONE DEI GENI NEI TUMORI DELLE VIE BILIARI: È TEMPO DI SUPERARE LA CLASSIFICAZIONE ANATOMICA?

F. Bagante¹, A. Ruzzenente¹, S. Conci¹, P. Capelli¹, T. Campagnaro¹, T. Pawlik², C. Luchini³, G. Lazzari¹, E. Lombardo¹, A. Ciangherotti¹, L. Alaimo¹, C. Iacono¹, A. Scarpa³, A. Guglielmi¹

¹ Chirurgia Generale ed Epatobiliare, Verona

² Department of Surgery, Columbus (USA)

³ Patologia Generale, Verona

Introduzione: Due studi basati su analisi molecolari integranti diversi approcci (multi-omics data analysis) hanno identificato dei gruppi distinti di tumori delle vie biliari (bile duct cancers, BDC) introducendo una classificazione che potrebbe avere importanti ripercussioni in termini di stadiazione e definizione della prognosi verso una personalizzazione del trattamento di queste malattie.

Metodi: Utilizzando una serie consecutiva di pazienti sottoposti a resezione chirurgica per BDC, sono stati identificati due gruppi di pazienti. I pazienti con mutazioni dei geni KRAS, NRAS, TP53, e ARID1A sono stati inclusi nel gruppo KRAS/TP53 mentre i pazienti con mutazioni IDH1/2, BAP1, e PBRM1 nel gruppo BRM1/IDH1/BAP1.

Risultati: Tra i 72 pazienti inclusi nell'analisi, 23 (31.9%) pazienti sono stati classificati nel gruppo BRM1/IDH1/BAP1 mentre 49 (68.1%) pazienti nel gruppo KRAS/TP53. Nel gruppo BRM1/IDH1/BAP1, 4.3% (n=1) dei pazienti aveva un cancro della colecisti (gallbladder cancer, GB), 60.9% (n=14) un colangiocarcinoma intraepatico (intrahepatic cholangiocarcinoma, IHCC), e 34.7% (n=8) pazienti un colangiocarcinoma perilare (perihilar cholangiocarcinoma, PHCC). In confronto, nel gruppo KRAS/TP53, l'incidenza di pazienti con GB, IHCC, e PHCC è stata rispettivamente del 18.4% (n=9), 20.4% (n=10), e 61.2% (n=30) (p=0.003). I pazienti nel gruppo PBRM1/IDH1/BAP1 hanno presentato una sopravvivenza globale (overall survival, OS) a 5 anni del 40% rispetto al 13% dei pazienti nel gruppo KRAS/TP53 (p=0.01)(Figura). Nel modello multivariato, i margini chirurgici (R1 vs. R0, HR 2.57, p=0.008), il grado di differenziazione tumorale (scarsamente/in- differenziato vs. ben/moderatamente differenziato, HR 2.54, p=0.009), l'invazione microscopica (presente vs. assente, HR 1.93, p=0.095), e lo status dei linfonodi (N1 vs. N0, HR 2.29, p=0.027) sono risultati fortemente associati con la prognosi dei pazienti. In aggiunta, i pazienti nel gruppo KRAS/TP53 hanno presentato un aumento del rischio di morte di circa 2.5 volte rispetto ai pazienti nel gruppo BRM1/IDH1/BAP1 (HR 2.56, p=0.010). Infine il modello multivariate ha dimostrato una buona capacità di predire la prognosi dei pazienti (c-index:0.743).

Conclusioni: Il pattern di mutazione genetica può aumentare la nostra capacità di predire la prognosi dei pazienti con BDC sottoposti a chirurgia curativa.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

RESULTS OF EXTENDED HEPATECTOMIES IN THE MANAGEMENT OF CHOLANGIOCARCINOMA: A SINGLE CENTER COMPARATIVE STUDY WITH MAJOR HEPATECTOMIES

G. Di Filippo, T. Campagnaro, A. Ruzzenente, S. Conci, F. Bagante, M. Piccino, A. Ciangherotti, C. Iacono, A. Guglielmi

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Policlinico G.B. Rossi, Verona

Background: Extended hepatectomies (EH) are becoming an increasingly common approach to obtaining a clear margin of resection (R0) in perihilar and intrahepatic cholangiocarcinomas (CC); however, data comparing the outcomes of major hepatectomies (MH) to those of EH are limited.

Methods: Data regarding CC patients who underwent MH (> 2 Couinaud's segments) or EH (> 4 Couinaud's segments) from January 1990 to December 2016 was retrieved from a single institution's prospective database and retrospectively reviewed and analysed. Patients who underwent MH were compared to patients who underwent EH in terms of demographic, clinicopathological characteristics and postoperative outcomes.

Results: Among 250 patients submitted to surgical resection with radical intent a total of 159 patients were included in this study and divided in 2 groups: MH (n = 130) and EH (n = 29). The two groups were homogeneous in terms of demographic characteristics;

There were no significant differences among the two groups in terms of R0 rate (75.4% vs 75.9%; P = 0.96), postoperative complications (47.7% vs 41.4%; P = 0.54), mortality (5.4% vs 6.9%; P = 0.75), recurrence rate (72% vs 59.3%; P = 0.19), median overall survival (30 vs 23 months; P = 0.19), disease-free survival (20 vs 18 months; P = 0.74). Median postoperative stay was 20 days in the EH group vs 15 in the MH group; P = 0.2.

Conclusion: EH are safe and efficient techniques showing outcomes comparable to those of MH, even when an extensive disease is present, thus requiring a more aggressive approach to obtain an R0 resection. Improvements in perioperative optimization and postoperative management are needed to reduce postoperative stay in this subset of patients.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

LA PANCREASECTOMIA TOTALE PUÒ RAPPRESENTARE UNA VALIDA ALTERNATIVA ALLA DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA IN CASI BEN SELEZIONATI

F. Della Pietra, G. Arroyo Murillo, E. Choppin De Janvry, A. Lanzafame, P. Berloco

Dipartimento di Chirurgia Generale Trapianti d'organo 'Paride Stefanini', Roma

Metodi: Presso l'Unità Operativa Complessa del Policlinico Umberto I di Roma, da gennaio 2000 a febbraio 2018, sono state effettuate oltre 350 procedure biliopancreatiche, di cui 161 interventi di resezione pancreatica. Sono stati oggetto di questo studio adenocarcinomi duttali (73,15%), tumori della papilla di Vater (18,63%), tumori neuroendocrini (2,48%), IPMN (1,86%), adenocarcinoma mucinoso (1,86%), adenocarcinoma della via biliare intrapancreatica (1,4%), metastasi da neoplasie extrapancreatiche (0,62%).

Le variabili valutate sono state età, sesso, BMI, estensione della lesione, funzionalità renale ed epatica, coinvolgimento vascolare, ASA score, trattamenti preoperatori con drenaggio biliare percutaneo (PTBD) o posizionamento di endoprotesi o altre comorbidità.

Abbiamo effettuato 121 (75%) Duodenocefalopancreasectomie (DCP) e 40 (25%) Pancreasectomie Totali (PT). La totalizzazione della resezione nelle DCP si è resa necessaria in 9 casi, per la presenza di fistola dell'anastomosi pancreatico-digiunale nel precoce post-operatorio.

Nei restanti casi è stata un'indicazione di prima scelta. In 6 dei casi sottoposti a totalizzazione della resezione sono state riscontrate sul parenchima residuo asportato, all'esame istologico noduli neoplastici non evidenziati all'imaging preoperatoria. L'indicazione che abbiamo posto alla Pancreasectomia Totale è stata correlata alla valutazione dello stato clinico del paziente, all'età, alla presenza di diabete mellito, alla presenza di pancreatiti ricorrenti, nel paziente HIV positivo.

È stata posta come prima scelta formale nel paziente uremico con insufficienza renale in fase dialitica, nel paziente già sottoposto a trapianto d'organo, e nell'esigenza di ottenere una radicalità oncologica.

Risultati: La sopravvivenza nelle DCP e nelle PT è stata valutata a 3 mesi, 6 mesi, 1 anno, 3 anni, 5 anni. Nelle DCP a 3 mesi era del 95%, a 6 mesi era dell'83,47%, a 1 anno del 62%, a 3 anni del 37,19%, a 5 anni del 20,66%. Nelle TP a 3 mesi era del 92,5%, a 6 mesi dell'80%, a 1 anno del 49,9%, a 3 anni del 45%, a 5 anni del 20%.

Le complicanze perioperatorie sono state: nelle PT 1 fistola biliare della trancia di resezione epatica per asportazione di una lesione sincrona del segmento IVa, 1 perforazione gastrica nel paziente HIV positivo; mentre nelle DCP 9 casi di fistole dall'anastomosi pancreatico-digiunale hanno necessitato di intervento di totalizzazione.

Conclusioni: Esaminando i dati personali e quelli della recente letteratura abbiamo evidenziato che non esistono differenze sostanziali nella sopravvivenza tra le due tecniche. La PT rappresenta però la procedura chirurgica più idonea in pazienti ben selezionati quali pazienti sottoposti a trapianto d'organo, quelli affetti da pancreatiti ricorrenti, diabete mellito, pazienti con ASA score III, e in quelli in cui vi è sospetto di una multifocalità della lesione.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

PROGNOSTIC ROLE OF THE PARENCHYMAL FROZEN TRANSECTION MARGIN DURING PANCREATODUODENECTOMY FOR DUCTAL PANCREATIC ADENOCARCINOMA

G.D. Guarneri¹, S. Crippa¹, D. Tamburrino¹, S. Partelli¹, G. Maggi¹, G. Balzano¹, C. Doglioni¹, C. Rubini², G. Zamboni³, M. Pagnanelli¹, M. Palucci¹, M. Mazza¹, G. Gasparini¹, M. Falconi¹

¹ IRCCS San Raffaele, Milano

² Università Politecnica delle Marche, Ospedali Riuniti, Torrette, Ancona

³ Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar

Context: During pancreatectomy for ductal adenocarcinoma (PDAC) an intra-operative frozen section analysis of the transection margin is usually performed to achieve an R0 resection. An extension of the resection is required for positive margins until a total pancreatectomy (TP). However, it is unclear whether an extended resection up to TP leads to a survival advantage.

Objective: To evaluate disease-specific (DSS) and disease-free survival (DFS) in patients who underwent TP for PDAC compared to standard or extended pancreaticoduodenectomy (PD).

Materials and methods: Patients with head PDAC were divided into three groups per type of resection: standard PD (SPD), extended PD (EPD) or TP because positive transection margin(s). Patients with IPMN associated PDAC were excluded. Survival analysis as well as evaluation of pathological data and postop morbidity/mortality were performed.

Results: Between 2009 and 2016, 313 patients underwent SPD, 22 EPD group and in 36 TP was performed because of repeated positive margins.

The three groups were homogenous for age, sex, BMI, ASA score and intra-operative variables. No differences were observed among the three groups regarding N+ rate, number of positive nodes and lymph node-ratio, perineural and microvascular invasion.

In the TP group a statistically significant increase in peri-operative mortality (O.R. 2.1, IC95% 0.03-0.5, p=0.04) was observed. Moreover, in TP group the rate of R1 resections was significantly higher than in SPD and EPD groups (chi-square: 4.52, p=0.033). Compared to SPD and EPD patients, those who underwent TP had a significant decrease of DFS (median: 11 months in TP, 12 in EPD and 20 in SPD, p=0.002) and DSS (median: 16 months in TP, 17 in EPD and 27 in SPD, p= 0.001).

Conclusions: In patients with head PDAC, TP performed to achieve a negative pancreatic resection margin is still associated with a significant rate of R1 resection (retroperitoneal margin), with higher postoperative mortality and worse both DFS and DSS, when compared to SPD or EPD. Therefore, in this setting, once after PD the transection margin is positive TP does not seem useful.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

RESEZIONE VASCOLARE PER CARCINOMA DEL PANCREAS LOCALMENTE AVANZATO: ANALISI DEI RISULTATI DI 100 PANCREATECTOMIE CONSECUTIVE IN UN CENTRO AD ALTO VOLUME DI CHIRURGIA EPATOBILIARE

R. Caruso¹, E. Vicente¹, Y. Quijano¹, H. Duran¹, V. Ferri¹, L. Malave¹, I. Fabra¹, E. Diaz¹, R. Isernia¹, I. Torrijo¹, G.M. De Luca²

¹ Hospital Sanchinarro, Madrid (SPAGNA)

² Policlinico di Bari

Introduzione: Il coinvolgimento delle principali strutture vascolari è stato considerato un fattore limitante per la resezione delle neoplasie pancreatiche. Lo scopo di questo studio è di analizzare i risultati clinici di pazienti con tumori pancreatici localmente avanzati con resezione vascolare (RV) e di identificare quelle variabili statisticamente significative che influiscono sulla sopravvivenza.

Materiale e metodi: È stata effettuata un'analisi retrospettiva delle resezioni pancreatiche con RV, eseguita dallo stesso gruppo chirurgico ma in diversi ospedali (Madrid, Spagna) dal 2004 a marzo 2018.

Risultati: In un totale di 100 pazienti con carcinoma pancreatico localmente avanzato, è stata eseguita la RV. L'età media era di 60 anni e il tempo medio operatorio era di 497 minuti (range 400-900). Abbiamo eseguito 38 duodenocefalopancreasectomie (DCP), 20 pancreatectomie distali (PD), 42 pancreatectomie totali (PT). Inoltre, i pazienti sono stati classificati in base al tipo di RV: resezione vascolare venosa (72 pazienti); resezione vascolare arteriosa (16 pazienti); resezione vascolare arteriosa e venosa (12 pazienti). La degenza ospedaliera media era di 16 giorni nel gruppo DCP, 12 giorni nel gruppo PD e 15 giorni nel gruppo PT. La principale ricostruzione vascolare è stata eseguita con protesi in Goretex® (n = 17), anastomosi termino-terminale (n = 61) e raffia tangenziale (n = 22). Nel 30%, il risultato anatomopatologico rivelava l'invasione vascolare del tumore, mentre il resto presentava un'inflammatione peritumorale estesa alla parete del vaso. Il tasso di sopravvivenza a due anni era del 22%.

Conclusione: La resezione vascolare per ottenere l'asportazione macroscopica del tumore può essere eseguita in sicurezza con una morbilità e una mortalità accettabili. Tuttavia, essa è giustificata solo in casi selezionati.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB 2

SALA O

LA DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA PER NEOPLASIE PERIAMPOLLARI NEL PAZIENTE ANZIANO: RISULTATI A BREVE E LUNGO TERMINE

M. Gruppo¹, F. Tolin¹, G. Mattara¹, P. Pilati¹, Y.C. Spolverato², F. Zingales², R. Bordini²

¹ Istituto Oncologico Veneto - IOV IRCCS, Padova

² Azienda Ospedaliera - Università di Padova

Obiettivi: Nonostante il significativo miglioramento dei tassi di mortalità e morbidità dopo duodenocefalopancreasectomia (DCP) nel corso degli ultimi anni, il ruolo dell'età nei pazienti sottoposti a DCP è ancora dibattuto. Scopo del presente studio è valutare l'impatto dell'età sui risultati, a breve e lungo termine, con particolare riferimento all'incidenza di complicanze, alla sopravvivenza globale ed all'accesso a terapie mediche adjuvanti.

Metodi: Tra il 2012 ed il 2017, 124 pazienti sono stati sottoposti a DCP per neoplasie periampollari. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: gruppo I (< 70 anni), gruppo 2 (>= 70 anni). Sono stati raccolti ed analizzati i dati demografici, intraoperatori ed i parametri clinico-patologici dei due gruppi. Gli endpoints primari sono stati la morbidità e la mortalità perioperatorie; le complicanze sono state definite secondo la classificazione di Clavien-Dindo. I tassi di sopravvivenza globale e di accesso a trattamenti medici adjuvanti sono stati definiti come endpoints secondari.

Risultati: 106 pazienti sono stati inclusi nel presente studio, 64 (60,4%) nel Gruppo I e 42 (39,6%) nel Gruppo II. I decessi perioperatori sono stati 4 (3,6%), le fistole post-operatorie clinicamente rilevanti sono state 34 (32,1%). Non sono state rilevate differenze significative tra i 2 gruppi in merito ai tempi operatori, alla radicalità, allo stadio di malattia, alla degenza media, alla mortalità perioperatoria ed all'incidenza di complicanze postoperatorie. Differenze significative sono state evidenziate per l'ASA score ($p < 0,01$), la consistenza pancreatica ($p = 0,03$), il performance status (indice di Karnofsky) ($p < 0,01$) e la bilirubinemia preoperatoria ($p = 0,03$). Il 68,7% dei soggetti del Gruppo I è stato sottoposto a trattamento chemioterapico adjuvante a fronte del 40,6% dei pazienti più anziani ($p = 0,012$). La sopravvivenza globale media è stata di 26 mesi nel Gruppo I e 21,1 mesi nel Gruppo II.

Conclusioni: La DCP è una procedura chirurgica che può essere effettuata con sicurezza nei pazienti anziani e l'età avanzata non deve essere considerata una controindicazione assoluta; l'outcome chirurgico a breve e lungo termine dei pazienti anziani è simile a quello dei pazienti più giovani, senza significative differenze in termini di complicanze intra- e postoperatorie. La sopravvivenza globale simile ai due gruppi, a fronte di un significativo minor accesso ai trattamenti adjuvanti dei pazienti più anziani, dimostra come il trattamento chirurgico rimanga ancora l'opzione terapeutica migliore nei pazienti affetti da neoplasie periampollari.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

IL LINFOMA DELLA MAMMELLA: CHIRURGIA O TERAPIA?

A.M. Conte, F. Boccaccini, E. Nanni

San Carlo di Nancy, Roma

L'osservazione clinica ed il trattamento chirurgico di una paziente affetta da linfoma primitivo mammario ci hanno indotto ad alcune riflessioni per definire meglio non solo le possibilità diagnostiche ma anche e soprattutto le indicazioni, i limiti ed il ruolo della terapia chirurgica in questa malattia.

Una paziente di 84 aa è giunta alla nostra osservazione per la comparsa da circa 6 settimane di prurito generalizzato, eosinofilia agli esami ematici e mastodinia destra. Al ricovero risultava evidente un aumento volumetrico della mammella destra rispetto al controlato, cute iperemica, aspetto a "buccia di arancia" in prossimità del margine areolare. Linfadenopatia del cavo ascellare e laterocervicale omolaterale. Lesioni da grattamento generalizzate soprattutto agli arti inferiori.

Eseguiva mammografia, ecografia mammaria e cavi ascellari che mostravano ispessimento della cute sovrastante la mammella in assenza di lesioni evidenziabili con le metodiche e linfadenopatia ascellare e QSE, quest'ultima sottoposta ad agoaspirato. L'esame citologico negativo per la ricerca di cellule neoplastiche orientava verso una malattia di tipo linfoproliferativo. In seguito eseguiva TC Total Body e RMN mammaria.

Eseguita una biopsia escissionale dei linfonodi ascellari e laterocervicali veniva confermato e diagnosticato un linfoma primitivo non- Hodgkin di tipo B extranodale. Decorso post-operatorio regolare la paziente veniva inviata al servizio di oncoematologia per la terapia successiva.

Nonostante il notevole aumento dei linfomi, il 5% di tutte le neoplasie, la localizzazione primitiva mammaria rimane tuttora particolarmente rara e di difficile diagnosi, meritevole di attenzione nella stadiazione clinica e nel trattamento chirurgico. La localizzazione primitiva a livello mammario è considerata rara, il 2% di tutti i linfomi extralinfonodali con un'incidenza che varia dallo 0,04 allo 0,53%.

Il numero esiguo riportato in letteratura rende difficile l'analisi e la comparazione dei dati. Inoltre la diagnosi differenziale con il carcinoma della mammella non è assolutamente facile e l'orientamento chirurgico non è sempre univoco. Anche gli indici di sopravvivenza a 5 anni sono estremamente variabili, variando tra il 19% e l'85%.

Allo stato attuale non esiste ancora un approccio uniforme di trattamento. Ad eccezione dei rarissimi casi riconosciuti ad uno stadio iniziale in cui il trattamento chirurgico potrebbe avere un ruolo curativo, la guarigione definitiva è più spesso affidata a successivi trattamenti radio-chemioterapici.

Il ruolo del chirurgo è limitato all'asportazione del tumore o alla linfectomia senza alcun significato curativo ma a scopo di stadiazione.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

LA CHIRURGIA PROFILATTICA MAMMARIA NELLE PAZIENTI PORTATRICI DI MUTAZIONE GERMINALE BRCA 1 E 2

L. Ciuffreda¹, F. Giacobbe^{1,2}, R. Murgò¹

¹ Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

² Università degli Studi di Foggia

Obiettivi: La mastectomia profilattica rappresenta un'alternativa alla sorveglianza periodica nelle Pazienti che, in conseguenza di una mutazione BRCA, hanno una elevata probabilità di sviluppare il carcinoma mammario (oltre che ovarico) nel corso della loro vita e, grazie alle tecniche conservative che consentono una ricostruzione immediata, impatta favorevolmente sulla psiche, sull'immagine del proprio corpo e sulla sopravvivenza.

Materiale e metodi: Da maggio 2015 a maggio 2018 abbiamo sottoposto a mastectomia profilattica 30 Pazienti portatrici di mutazione BRCA1 in 25 casi e BRCA2 in 5 casi:

- 10 casi di mastectomia profilattica bilaterale in Pazienti già sottoposte a QUART per carcinoma: 2 mastectomie skin sparing (MSS) con espansore e TiLoop BRA (TLB), 3 mastectomie N.A.C. sparing (MNS) con espansore e TLB e 5 MNS con protesi e TLB;
 - 5 casi di mastectomia profilattica monolaterale in Pazienti già mastectomizzate controlateralmente per carcinoma: 1 MSS con espansore e TLB e 4 MNS con protesi e TLB;
 - 15 casi di mastectomia profilattica bilaterale in Pazienti sane: 1 mastectomia semplice senza impianto, 6 MNS con espansore e TLB, 6 MNS con protesi e TLB, 1 MNS con espansore e free abdominal dermal flap (FADF), 1 MNS con protesi e FADF.
- L'età media delle Pazienti era di 30,7 anni (range 22-55).

Risultati: In 1 dei 2 casi di mastectomia profilattica monolaterale c'è stata evidenza di una nuova neoplasia, non rilevata con le tecniche di imaging preoperatorio, mentre, nel resto dei casi trattati, non c'è stato alcun riscontro di neoplasia all'inclusione. Abbiamo registrato 3 complicanze maggiori (10%), seguite da reintervento:

PRECOCI:

- deiscenza di ferita chirurgica su ischemia in 1 dei 15 casi del terzo gruppo (MNS con espansore e FADF), trattata con recentazione dei margini;

TARDIVE:

- rottura di espansore in 1 dei 10 casi del primo gruppo (MNS con espansore e TLB), occorsa al termine dell'espansione e trattata con la sostituzione degli espansori con le protesi definitive;
- esposizione di espansore su ischemia in 1 dei 15 casi del terzo gruppo (MNS con espansore e TLB).

4 complicanze minori (13.3%) sono state trattate conservativamente: emorragia in 1 dei 10 casi del primo gruppo (MNS con espansore e TLB), infezione in 1 dei 5 casi del secondo gruppo (MSS con espansore e TLB), infezione su secrezione sierosa persistente in 2 dei 15 casi del terzo gruppo (1 MNS con espansore e TLB e 1 MNS con protesi e TLB).

Tutte le pazienti operate, ad oggi, sono libere da malattia.

Conclusioni: Nell'ambito di una strategia di riduzione del rischio, allo stato attuale, la chirurgia profilattica rappresenta la più efficace procedura di prevenzione del carcinoma mammario, che può avere un pattern biologico particolarmente aggressivo fin dal suo esordio, come accade nelle neoplasie triple-negative, che, frequentemente, insorgono in Pazienti portatrici di mutazione BRCA1.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

ANGIOSARCOMA MAMMARIO IN ESITI DI CARCINOMA MAMMARIO CONTROLATERALE TRATTATO CONSERVATIVAMENTE: UN CASE REPORT

V. Errico, P. Novellis, A. Testori, C. Tinteri, M. Alloisio

Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

Obiettivi: L'angiosarcoma della mammella è un tumore estremamente raro che costituisce meno dell'1% delle neoplasie mesenchimali maligne. Ha una prevalenza di 1/1.25 milioni di soggetti che aumenta in caso di pregressa esposizione a radiazioni ionizzanti (1/1400 soggetti), per tale motivo è considerato un tumore radio-indotto. La prognosi è sostanzialmente sfavorevole e non ci sono trattamenti standardizzati. Qui presentiamo il caso di un angiosarcoma mammario insorto in una paziente precedentemente sottoposta a chirurgia mammaria controlaterale e successiva radioterapia.

Materiali e metodi: Una paziente di 52 anni giungeva alla nostra attenzione per il riscontro di un'opacità centimetrica evidenziata durante follow-up senologico. La paziente era stata sottoposta nel 2009 ad intervento di quadrantectomia mammaria superiore esterna destra per un carcinoma mucinoso ER+, Pgr+, HER2 0, ki67: 8%, pT1a(is)N0(0/3) e successivamente trattata con ormonoterapia e radioterapia sul letto operatorio. Nel dicembre 2017 si osservava la comparsa di una lesione retroareolare della mammella di sinistra di circa 17 mm confermata ad una successiva risonanza magnetica. La biopsia mostrava la presenza di proliferazione vascolare atipica non conclusiva di malignità. Una FDG PET confermava l'area di captazione mammaria sinistra in assenza di ulteriori aree di captazione. La paziente è stata sottoposta a resezione mammaria sinistra con diagnosi di angiosarcoma della mammella e in un secondo tempo a mastectomia nipple sparing sinistra.

Risultati: L'esame istologico sul pezzo operatorio ha evidenziato una proliferazione vascolare costituita da cellule endoteliali con atipie citologiche di grado lieve ed occasionali mitosi. La lesione presentava un atteggiamento infiltrativo a carico dei tessuti circostanti. L'indice mitotico era pari a 1 mitosi/10HF e una frazione di crescita (Ki67) del 10%. Il reperto era riferibile ad angiosarcoma. Il decorso post operatorio è stato scevro da complicanze, la paziente è stata dimessa in II giornata post-operatoria e non è stata candidata a trattamenti adiuvanti.

Conclusioni: L'angiosarcoma mammario è una neoplasia estremamente rara e aggressiva. Solitamente si presenta nella sede della pregressa radioterapia dopo un intervallo di tempo superiore ai 70 mesi. La particolarità di questo caso risiede nella localizzazione dell'angiosarcoma controlaterale al radio-trattamento, per cui non è chiaro il nesso di correlazione diretta tra radioterapia e insorgenza di angiosarcoma. Alla luce di questo caso confermiamo che il follow up senologico nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa e successiva radioterapia non abbia solo lo scopo di identificare nuovi tumori epiteliali mammari, ma anche quello di diagnosticare entità neoplastiche più rare in uno stadio precoce. Ulteriori dati sono inoltre necessari per chiarire se la lateralità dell'angiosarcoma sia indipendente dal precedente trattamento radiante.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

CARCINOMA DELLA MAMMELLA ECTOPICA. REPORT DI DUE CASI

F. Combi¹, A. Andreotti², A. Gambin², S. Pap², E. Palma², M. Ferrucci², C. Depietri¹, G. Tazzioli²

¹ Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

² Azienda ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena

Obiettivi: Riportiamo due casi di tumore maligno della mammella insorto su ghiandola ectopica (GE). Il tessuto mammario ectopico è di solito posizionato lungo la "linea mammaria", che si estende dall'ascella all'inguine, ed è soggetto allo stesso tipo di alterazioni fisio-patologiche che potenzialmente interessano la mammella ortotopica.

Materiali e metodi: Caso clinico 1: Donna di 47 anni con familiarità per neoplasia mammaria, asintomatica, alla quale veniva riscontrata all'esame clinico di screening, una neoformazione ascellare sinistra di 30 mm. L'esame eco-mammografico confermava una massa sospetta per neoplasia su GE, sottoposta ad agobiopsia con diagnosi istologica di carcinoma lobulare infiltrante triplo negativo, MIB-1:12%. Alla stadiazione sistemica venivano diagnosticate metastasi ossee diffuse, per cui intraprendeva chemioterapia (CT) associata a radioterapia (RT) sulla regione acetabolo-femorale e sulla branca ischio-pubica. Caso clinico 2: Donna di 73 anni con familiarità per neoplasia mammaria e storia personale di mastectomia destra, ricostruzione e dissezione ascellare per carcinoma duttale infiltrante triplo negativo, seguita da CT adiuvante.

In corso di follow up si riscontrava una lesione nodulare di 9mm in cavità ascellare sinistra sottoposta ad agoaspirato, con esito C5 senza evidenza di cellule linfatiche, sospetta per neoplasia su GE. La ristadiatione sistemica risultava negativa, per cui la paziente veniva sottoposta ad ampia exeresi e asportazione del linfonodo sentinella, analizzato con tecnica OSNA (negativo).

Risultati: Caso clinico 1: Al termine del trattamento, la ristadiatione mostrava una riduzione dimensionale della massa ascellare e a livello sistemico una riduzione dimensionale delle metastasi ossee.

Alcuni giorni dopo il termine della CT la paziente presentava nausea e obnubilamento del sensorio. Veniva sottoposta a TC, RM encefalo ed esame del liquido cerebro-spinale, con diagnosi di metastasi leptomeningee. Dopo un mese di supporto con terapia sintomatica, la paziente è deceduta.

Caso clinico 2: L'esame istologico definitivo mostrava un carcinoma papillare della mammella G1 ormonoresponsivo, Her-2 negativo, MIB-1: 4%. La paziente iniziava quindi ormonoterapia adiuvante associata a RT della mammella residua e della regione ascellare omolaterale. Il follow up è attualmente negativo.

Conclusioni: L'incidenza del tessuto mammario ectopico oscilla tra lo 0,6% e il 6%. La diagnosi clinica di degenerazione maligna è spesso tardiva. Raccomandiamo di includere sempre i possibili siti di localizzazione della mammella ectopica nell'esame clinico senologico e di considerare l'entità clinica della neoplasia maligna su GE in diagnosi differenziale di una massa ascellare. La gestione del tumore su GE è analoga a quella su ghiandola ortotopica ma è auspicabile, specialmente in casi clinici atipici come quelli descritti, una collaborazione nel contesto di un team multidisciplinare.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

PREDICTIVE FACTORS OF RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER

E. Agostinetti, R. De Sanctis, G. Masci, A. Losurdo, M. Zuradelli, E. Bissolotti, C. Tinterri, A. Sagona, V. Errico, A. Testori, R. Torrisi, A. Santoro

Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

Aim: Nowadays, neoadjuvant chemotherapy is a standard treatment for triple-negative breast cancer (TNBC) at early stage of disease. TNBC is a BC subset associated with poor prognosis in the advanced setting of disease and pathological complete response (pCR) to neoadjuvant chemotherapy is a strong predictor for long-term outcome. Furthermore, neoadjuvant treatments improve the rate of breast conserving surgery for patients (pts) who have, otherwise, required a mastectomy. We aimed to evaluate possible predictive factors, easy to be measured in clinical practice, of response to neoadjuvant chemotherapy in TNBC.

Material and methods: We retrospectively analyzed all pts with TNBC who received neoadjuvant chemotherapy and underwent breast surgery at Humanitas Research Hospital between May 2009 and March 2018. Data regarding age at diagnosis, body mass index (BMI), stage at diagnosis and before surgery, nodal status, tumor proliferation index (ki67) at diagnosis, treatment received and pathological response were extracted from medical records. Pearson chi-squared or Fisher exact test were used to evaluate possible association of the above mentioned factors with pCR (achieved or not) and down-staging (from stage 3 to 2 or from 2 to 1). Predictive factors were identified by regression analysis. Significance of p value was set at 0.05.

Results: 44 TNBC pts treated with neoadjuvant chemotherapy were analyzed. Median age was 50.5 years old (range 32-74), median proliferation index (ki67) was 47.5% (range, 14-90). 10 pts (22,22%) received carboplatin in the chemotherapy regimen. 17 pts (38,64%) underwent breast conserving surgery, 27 pts (61,36%) received a mastectomy. Globally, 13 (29,5%) pts achieved a pCR and 19 (43,18%) a down-staging. At univariable analysis, an age younger than 50 years old, the use of carboplatin in the chemotherapy regimen and a proliferation index (ki67) higher than 30% were associated with a higher rate of pCR ($p=0.021$, $p=0.019$ and $p=0.029$, respectively). An age < 50 years old was also associated with down-staging after treatment ($p=0.006$). Multivariate regression analysis did not confirm the independent role of the analyzed variables, but a predictive model including age, use of carboplatin and baseline ki67 could explain the variation in the achievement of a pCR by 20% ($p= 0.03$)

Conclusions: Our preliminary data show that younger age (<50 years old), use of carboplatin in the neoadjuvant chemotherapy regimen and high proliferation index ($Ki67>30\%$) seem to be predictive factors associated with a higher pCR rate. Multivariate analysis suggests a non-independent role of such variables, indicating a possible role of other predictive factors which should be evaluated in further studies (gene signature analysis, for instance). The larger sample size of our final data analysis would provide more accurate data.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

RICOSTRUZIONE MAMMARIA MUSCLE-SPARING IN II TEMPI

F. Lo Torto¹, D. Casella², M. Marcasciano¹, L. Barellini², P. Parisi¹, D. Ribuffo¹

¹ *Università La Sapienza, Roma*

² *Spedali Riuniti, Livorno*

Obiettivi: La grande innovazione in chirurgia ricostruttiva della mammella è stata l'introduzione della ricostruzione prepettorale. Molti lavori sono stati pubblicati riguardante la ricostruzione in un tempo unico con protesi, il nostro obiettivo è di riportare la nostra esperienza nella ricostruzione prepettorale in due tempi.

Materiali e metodi: Dal 5 dicembre 2016 al 30 Dicembre 2017 sono state operate 258 pazienti per carcinoma della mammella, di cui 77 sono state sottoposte a mastectomia. Quattro pazienti non sono state candidate a ricostruzione immediata, mentre in 6 casi è stata effettuata la ricostruzione autologa immediata. In 12 casi le pazienti sono state sottoposte a ricostruzione immediata prepettorale con protesi mentre in 45 casi sono state ricostruite in due tempi utilizzando una rete al polipropilene titanizzato e pertanto sono state inserite nello studio. Il follow up minimo è stato di sei mesi e sono state valutate le complicanze postoperatorie (sieromi, infezioni, ematomi, reinterventi, deiscenze ferite e fallimenti ricostruttivi).

Risultati: Si sono verificate le seguenti complicanze: sieroma in 2 casi, infezione in 2 casi di cui 1 ha portato alla rimozione dell'espansore ed al fallimento ricostruttivo, 1 deiscenza, 0 ematomi.

Conclusioni: La ricostruzione prepettorale in due tempi è una tecnica sicura ed affidabile che consente la ricostruzione prepettorale in pazienti in cui in alternativa si opterebbe per la ricostruzione retropettorale.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

BREAST-CONSERVING SURGERY AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

M. Caldana, D. Lombardi, F. Pellini, S. Mirandola, A. Invento, G.P. Pollini

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

Aim: The aim of our study was to determine how many and what subtypes of breast cancer could be treated with BCS after NACT.

Materials and methods: In our study we have included 82 patients subjected to surgery after NACT at the UOC Breast Unit of the Integrated University Hospital in Verona between July 2015 and June 2017.

2 patients had bilateral breast cancer.

In total 84 malignancies were treated: 29 multicentric, 44 unifocal, 11 multifocal.

In one case for the contralateral neoplasia only a cytological examination was performed. Among the remaining 83 cases: 26 were Luminal A (31.33%), 28 Luminal B HER2- (33.73%), 15 Luminal B HER2+ (18.07%), 4 HER2 (4.82%) and 10 Triple Negatives (12.05%).

All patients received AC/EC/FEC scheme for 3-4 cycles every 21 days followed by weekly Paclitaxel for 12 cycles. In HER2+ cases Trastuzumab was initiated prior to surgical intervention.

The response to NACT were evaluated by breast MRI.

3 patients were subject to BCS and 79 to mastectomy, bilateral for cancer in 2 cases and for prophylaxis in 4 ones.

We reviewed the histological examinations of performed mastectomies according to the indications to BCS after NACT to understand which and how many patients could be candidates.

The data were analysed using Student's t-test. A value of $p < 0.05$ was statistically significant.

Results: 16/84 (19.04%) cancers reached pCR, other 2 cases reaches only pT0.

pT0 was statistically different between ER- groups (HER2- ER- and HER+ ER-) and ER+ group (HER- ER+ and HER+ ER+) 61.11% vs 10.61% $p = 0.0026$ and between HER2+ER+ and HER2-ER+ groups (38.46% vs 3.77% $p = 0.0038$), not between HER2+ER- and HER2-ER- groups (57.14% vs 63.64% $p = 0.7980$).

We reviewed the histological examinations of performed mastectomies according to the indications to BCS after NACT. In 32 cases BCS could be performed, in the remaining 52 cases there was no indication.

In some cases, the contraindication to BCS was already present before NACT: multicentricity in 29 cases, T4d in 3 cases, BRCA1/2 mutation in 2 cases, recurrence after lumpectomy followed by adjuvant RT in 2 cases. In other 15 cases, the contraindication was related to the extension of the disease after NACT (diameter over 3 cm).

The BCS rate would increase by 34.53%, from 3.57% (3/84) to 38.1% (32/84).

The BCS rate in the different subtypes was: HER2-ER- (Triple Negative): 63.64% (7/11), HER2-ER+: 30.19% (16/53), HER2+ER+: 53.85% (7/13), HER2+ER-: 71.43% (5/7).

ER- groups (HER2- ER- and HER+ ER-) and ER+ groups (HER- ER+ and HER+ ER+) showed different rates of BCS 66.67% vs 37.50% $p = 0.0942$ but without statistically significance.

Conclusions: A good or complete pathological response is most likely associated with BCS in patients candidate for mastectomy before NACT. Triple-negative and HER2+ breast cancers have the highest rates of pCR after NACT; these subtypes are most likely to be candidates for less invasive surgical approaches after chemotherapy.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

TREATMENT OF BREAST FLAT EPITHELIAL ATYPIA (FEA): RESECTION OR SURVEILLANCE?

A. Sanguinetti, N. Avenia, S. Chiummariello, S. Avenia, R. Lucchini, S. Galasse, L. Fioriti, R. Farabi, F. Loreti, A. Polistena

Azienda Ospedaliera S. Maria, Terni

Background: The optimal treatment of flat epithelial atypia (FEA) found on breast core needle biopsy (CNB) is controversial. We performed a retrospective analysis of our institutional experience with FEA, to determine the necessity of prompt surgical resection vs surveillance.

Patients and Methods: Surgical records of patients with FEA were reviewed since 2011 to 2016. After exclusion for concomitant lesions, CNBs of pure FEA were classified according the histological feature of "focal" versus "prominent" atypia. Data was analyzed with the Fisher's Exact and Student-t test as appropriate.

Results: Pure FEA was identified in 233 out of 613 CNBs. Final excisional biopsy was benign in 208 out of 233 cases (89%), ductal carcinoma in-situ (DCIS) was associated in 25 cases (11%). One hundred fifty six (67%) CNBs were classified as focal while 77 (33%) were described as prominent. None of the 156 focal FEA patients had a malignancy compared to 26 of in the prominent group (0% vs 33%, $p=0.02$). Out of 233 pure FEA at CNB, 139 patients had a personal history of breast carcinoma, 115 had DCIS and 24 invasive ductal carcinoma. No malignancies were found in the 94 patients without a personal history of breast carcinoma versus three in the patients with a positive anamnesis (0/21 vs 3/6, $p=0.007$).

Conclusions: Our data suggests that those women who have adequate sampling and sectioning of CNBs, with focal, pure FEA on pathology without a personal history of breast cancer may undergo a period of imaging surveillance. Conversely, patients with a history of breast cancer or pure, prominent FEA on CNB disease should proceed to excisional biopsy.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

IL MANAGEMENT DEI TUMORI MAMMARI LARGE OPERABLE DEI QUADRANTI INFERIORI CON TECNICA ONCOPLASTICA SECONDO LEJOUR

R. Tortoriello, A. Fucito, E. Esposito

Istituto Nazionale Tumori Napoli - IRCCS - Fondazione G. Pascale, Napoli

Obiettivi: Con il diffondersi della chirurgia oncoplastica mammaria sono state riapplicate in chirurgia oncologica alcune delle tecniche utilizzate in chirurgia estetica. La chirurgia oncoplastica consente l'asportazione di voluminosi tumori della mammella con ampio margine di tessuto sano, e garantisce un ottimo risultato estetico, evitando i re-interventi per coinvolgimento neoplastico dei margini, frequenti, nella chirurgia conservativa classica. La mastoplastica verticale secondo Lejour, è una variante della mastoplastica riduttiva caratterizzata dalla assenza di incisione al solco sottomammario. Presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli abbiamo utilizzato la tecnica sopradescritta per il trattamento di un carcinoma mammario dei quadranti inferiori.

Materiali e metodi: Paziente con diagnosi di carcinoma mammario monofocale di 3 cm e comorbidità cardio-respiratorie e, pertanto, non suscettibile di trattamento chemioterapico neo-adjuvante. La neoformazione era localizzata ad ore 6 dell'emisfero inferiore della mammella sinistra nel contesto di una mammella ptosica. Staging preoperatorio T2N0M0. Microbiopsia mammaria: Carcinoma duttale infiltrante. Previa marcatura preoperatoria si è proceduto ad incisione periareolare di tipo round block allargata al peduncolo superiore detto a "moschea" seguita da due incisioni lineari a V di circa 5 cm che suturate risultano in una cicatrice lineare estesa dalle ore 6 in periareolare verso il solco sotto mammario fermandosi a circa 2 cm da esso. È seguita la disepitelizzazione del peduncolo superiore e della V in basso; asportazione del tessuto mammario con la neoplasia circondata da tessuto sano.

Biopsia del linfonodo sentinella con blu dye e tecnica radioguidata con piccola incisione differita di 3 cm al cavo ascellare omolaterale.

Risultati: La degenza è stata di 48h. Nel post-operatorio non si sono verificate complicanze locali. All'esame istologico definitivo i margini di resezione indenni. Il risultato cosmetico a 60 giorni è stato più che soddisfacente; la simmetria con la mammella controlaterale è stata preservata; la procedura ben tollerata dalla paziente.

Conclusioni: Nel management dei tumori large operable della mammella in pazienti con ptosi e non suscettibili di chemio/ormonoterapia neoadjuvante la chirurgia conservativa associata a mastopessi secondo Lejour è da considerarsi una valida opzione terapeutica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

STUDIO DELL'ANDAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA PRESSO LA BREAST UNIT DELL' AOUI VERONA

F. Pellini, S. Tardivo, S. Mirandola, A. Invento, D. Lombardi, M. Caldana, A. Carli, C. Bovo, S. Montemezzi, G.P. Pollini

AOUI Verona

Il monitoraggio degli indicatori PDTA tumore della mammella nel 2017 in Breast Unit AOUI Verona ha consentito di valutare, in termini di processo e outcome, performance assistenziale e appropriatezza di prestazioni erogate e processo organizzativo. Il monitoraggio si è avvalso, per dati e calcolo di indicatori, di Datawarehouse Regione Veneto, di confronto con standard definiti da linee guida nazionali e internazionali, di Piano Nazionale Esiti (PNE). Si è analizzato l'indicatore PNE 605 "Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella".

I casi (93% discussi in multidisciplinare) sottoposti ad intervento sono passati da 705 (prima diagnosi 501 casi) nel 2016 a 770 nel 2017 (prima diagnosi 527 casi) aumentando del 8,4%. 50% delle pz. ha eseguito RMN preoperatoria. Il 10,7% è stato sottoposto a chemioterapia neoadiuvante (NACT). L'indicatore "PNE 605" per il 2017 ha mostrato un aumento inatteso, passando da 8,24% del 2016 a 12,8% e collocandosi in area critica. È emerso che il 2,5% reinterventi era errore di codifica del primo intervento generando distorsione nella tracciabilità dell'intervento ripetuto entro 120 giorni. La correzione ha permesso un riallineamento nel range di normalità (10,3%). Per le pz. con reinterventi si è analizzata la relazione con età, stadio, tipo di trattamento medico e/o chirurgico. Timing e diagnostica delle pz. sottoposte a NACT ha pesato nel 3% dei casi. In previsione di una chirurgia conservativa, la definizione di risposta patologica vede RMN associata a FDG PET/TAC in alcuni sottotipi di neoplasia (ER positivi/Her negativi), dove la sola RMN ha meno sensibilità. In studio prospettico osservazionale multicentrico internazionale, si sono confrontate pz. sottoposte e non a RMN preoperatoria, rispetto ai vantaggi forniti dalla metodica in termini di reintervento per margini positivi e multifocalità (7%).

I risultati mostrano associazione tra volume di attività e reintervento a 120 giorni: il numero diminuisce all'aumentare del numero degli interventi. Emerge l'importanza di appropriata diagnostica preoperatoria, riconoscendo nella RMN, talvolta associata a PET/TAC l'esame per corretta definizione di estensione di malattia e più sicura strategia chirurgica. Tematica aperta è timing linfonodo sentinella in pz. candidate a NACT e tipizzazione preoperatoria linfonodale.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DELLA FERITA CHIRURGICA IN CHIRURGIA DELLA MAMMELLA NEI PAZIENTI A RISCHIO UTILIZZANDO MEDICAZIONE A PRESSIONE NEGATIVA MONOUSO PICO: PROTOCOLLO MARIPI

T. Fogacci, F. Cattin, G. Frisoni, L. Fabiocchi, G. Semprini, D. Samorani

Ospedale Franchini AUSL Romagna, Santarcangelo Di Romagna (RN)

Obiettivi: La chirurgia della mammella è per definizione una chirurgia pulita e con minimo rischio di complicanze soprattutto per quanto riguarda la ferita chirurgica, vi sono però casi particolari legati alle condizioni dei pazienti, in cui questo rischio aumenta tanto fino arrivare a essere superiore al 30%. Lo scopo del nostro studio è dimostrare che la medicazione a pressione negativa monouso (PICO Smith&Nephew) può ridurre questo tasso di complicanze.

Materiali e metodi: 116 pazienti consecutivi che dovevano essere sottoposti a chirurgia della mammella nel nostro reparto, considerati a rischio in quanto obesi o forti fumatori o diabetici o con pregressa radio o chemioterapia, o portatori gravi patologie generali, o una combinazione di questi, sono stati randomizzati in due gruppi (Protocollo MaRiPi). Nel gruppo controllo: la medicazione dopo l'intervento chirurgico è stata effettuata con il comune cerotto di tessuto non tessuto, nel gruppo PICO la medicazione dopo l'intervento chirurgico è stata eseguita con il dispositivo a pressione negativa monouso PICO e mantenuta per 7 giorni.

Si è osservato a distanza in quanti di questi si è sviluppata una complicanza della ferita intesa come ischemia, deiscenza o infezione.

Risultati: I due gruppi sono risultati essere omogenei per età delle pazienti distribuzione dei fattori di rischio e tipo di intervento chirurgico. Le complicanze in generale, sono state più frequenti nel gruppo di controllo 19 contro 5 ($p < 0,01$), per quanto riguarda le sole infezioni della ferita: 7 nel gruppo controllo contro 1 nel gruppo PICO. ($p < 0,05$).

Si è avuta anche una riduzione statisticamente significativa anche del tempo medio di guarigione della ferita. (34 gg vs 28 gg) in favore del gruppo PICO.

Conclusioni: Dalla nostra esperienza possiamo affermare che la medicazione PICO in chirurgia della mammella previene le complicanze legate alla ferita chirurgica in particolare nei pazienti a rischio e a nostro parere il suo uso è raccomandato in tutte le pazienti a rischio in particolare in quelle che presentano due o più fattori di rischio tra quelli analizzati.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

RUOLO DEI MARGINI SULL'OUTCOME ONCOLOGICO DELLE PAZIENTI TRATTATE CON CHIRURGIA MAMMARIA CONSERVATIVA

R. Di Vora, S. Bertozzi, L. Seriau, M. Andretta, B. Baita, L. La Verghetta, A. Londero, C. Cedolini

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Udine

Obiettivi: L'evoluzione della chirurgia mammaria in senso sempre più conservativo ha originato numerose controversie, specialmente per quanto riguarda il ruolo e l'adeguatezza dei margini di resezione. Le linee guida più recenti definiscono adeguato un margine dove la china non arrivi al tumore nel caso del carcinoma invasivo e un margine di almeno 2mm nel carcinoma in situ. L'obiettivo del nostro studio è valutare la prevalenza di margini infiltrati o "close" dopo chirurgia mammaria conservativa e la loro influenza sull'outcome oncologico.

Materiali e metodi: Abbiamo raccolto dati clinici relativi a tutte le donne operate per carcinoma mammario nella nostra Breast Unit tra gennaio 2002 e dicembre 2017. Abbiamo valutato le caratteristiche delle pazienti e del tumore, la sua distanza dai margini, le eventuali terapie non chirurgiche, e l'outcome delle pazienti, in termini di sopravvivenza globale e recidive loco-regionali. Data l'eterogeneità della definizione di margine "close" in letteratura e l'eterogeneità delle indicazioni a radicalizzazione dei margini nelle ultime decadi, abbiamo deciso di considerare in questo studio come margini "close" tutti quelli inferiori ai 5mm dal tumore. I dati sono stati analizzati mediante R (versione 2.14.2), considerando significativa una $p < 0.05$ ed effettuando anche analisi multivariate.

Risultati: Abbiamo preso in considerazione 2445 donne con dati clinici completi, che abbiano ricevuto un intervento chirurgico conservativo al seno. Di queste, 264 sono state prese in considerazione per un eventuale allargamento, 111 per margini infiltrati e 153 per margini "close" entro 5 mm dal tumore. Abbiamo eseguito un allargamento in regime di Day Surgery nel 38% (99/264) dei casi, mentre nel 27% (70/264) abbiamo effettuato una mastectomia di radicalizzazione in regime di Ricovero Ordinario, indicata in presenza di volume mammario insufficiente o scelta personale della paziente. Il 36% (95/264) dei casi, invece, è stato inviato a follow up clinico-strumentale, per lo più per età avanzata, controindicazioni alla chirurgia, o scelta personale della paziente. L'analisi multivariata ha escluso qualsiasi influenza significativa da parte dei margini sulla sopravvivenza globale o libera da malattia. L'incidenza delle recidive locali risultava, invece, significativamente correlate con la multifocalità del tumore, l'alto Mib-1/Ki-67, la necrosi comedonica ed il coinvolgimento linfonodale ($p < 0,05$).

Conclusioni: Lo stato dei margini di resezione e la gestione dei margini infiltrati o "close" non risulta influenzare significativamente il tasso di recidive loco-regionali o la sopravvivenza delle pazienti, mentre fattori associati all'aggressività biologica del tumore svolgono il ruolo più importante nella prognosi del carcinoma mammario, indipendentemente dalla radicalità chirurgica. Pertanto, il concetto di "no ink on tumor" nel carcinoma invasivo sembra essere più che sufficiente per garantire l'adeguatezza della chirurgia.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

INCIDENZA E FATTORI DI RISCHIO PER REINTERVENTO IN CHIRURGIA SENOLOGICA

L. Seriau, S. Bertozzi, R. Di Vora, M. Andretta, B. Baita, L. La Verghetta, A. Londero, C. Cedolini

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Udine

Obiettivi: Nelle ultime due decadi abbiamo assistito ad una progressiva riduzione degli interventi senologici demolitivi, con lo sviluppo di una chirurgia sempre più conservativa sia a carico della mammella che dell'ascella. Tuttavia, nonostante la chirurgia senologica non comporti generalmente un'incidenza di complicanze paragonabile ad altri distretti, la complessità degli interventi oncoplastici e ricostruttivi ha determinato un aumento dell'incidenza di complicanze che richiedono un reintervento. In questo studio abbiamo valutato l'incidenza ed i fattori di rischio per reintervento in chirurgia senologica.

Materiali e metodi: Abbiamo raccolto dati clinici retrospettivi relativi a circa 4346 pazienti operate al seno tra gennaio 2002 e dicembre 2017, includendo le caratteristiche della paziente, del tumore e dei trattamenti. Abbiamo quindi diviso le pazienti in base all'esecuzione di un reintervento, ed analizzato i dati mediante R (v3.1), considerando significativa una $p < 0.05$.

Risultati: Nel periodo considerato, l'11% delle pazienti operate al seno ha manifestato un sanguinamento nel post-operatorio, che nella maggior parte dei casi si è risolto spontaneamente ed è stato trattato con drenaggio percutaneo in regime ambulatoriale. Solamente lo 0,8% delle pazienti ha subito un secondo intervento di toilette ed emostasi, nella maggior parte dei casi per ragioni estetico-ricostruttive, e solo in una piccola minoranza per una compromissione della stabilità emodinamica. Nessuna paziente operata per patologia benigna o borderline ha subito un reintervento per complicanze. Selezionando, quindi, le pazienti sottoposte a mastectomia nipple-sparing con ricostruzione immediata, l'incidenza dei reinterventi è salita oltre il 30%, prevalentemente in seguito a ematoma (19%), necrosi di lembo cutaneo o del CAC con esposizione dell'impianto protesico o meno (10%) ed infezione della protesi (3%). I principali fattori di rischio per reintervento in questo gruppo sono stati la complessità della ricostruzione, il volume della protesi (>370cc), il tipo di incisione (key hole), l'utilizzo di ADM, il fumo, il diabete, e l'obesità.

Conclusioni: L'incidenza di reinterventi in seguito a chirurgia senologica è piuttosto bassa (0,8%), è nulla nelle pazienti operate per patologia benigna o borderline, ed è maggiore nelle pazienti sottoposte a mastectomia con ricostruzione (30%). In ogni caso, il principale fattore di rischio per reintervento è la complessità della ricostruzione che rappresenta un indice della durata e dell'estensione dell'intervento.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

LESIONI NON PALPABILI DELLA MAMMELLA: LOCALIZZAZIONE CON CLIP ECOVISIBILE VS. LOCALIZZAZIONE RADIOGUIDATA

L. Sorrentino¹, F. Combi², A. Sartani³, D. Bossi², L. Regolo², D. Foschi^{1,3}, F. Corsi^{1,2}

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi di Milano

² Breast Unit - Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa SB, Pavia

³ Cattedra di Chirurgia Generale II - ASST Fatebenefratelli-Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano

Obiettivi: Elemento qualificante nella chirurgia conservativa del carcinoma mammario è ottenere margini indenni da neoplasia contestualmente a volumi di resezione adeguati. Questa sfida risulta complessa nel caso delle lesioni non palpabili, sempre più numerose grazie anche allo screening mammografico. La localizzazione preoperatoria delle lesioni risulta elemento imprescindibile nella pianificazione della strategia chirurgica. Ad oggi nessuna metodica si è dimostrata migliore rispetto alle altre ed il tasso di re-interventi per margini infiltrati è ancora elevato, attestandosi al 20-50%. Lo scopo del presente studio è di confrontare la localizzazione ecografica di una clip ecovisibile di titanio ricoperta di collagene (TCC) con la localizzazione radioguidata (ROLL) in termini di tasso di margini indenni, re-interventi e adeguatezza dei volumi di resezione.

Materiali e metodi: Il presente studio multicentrico ha incluso 494 pazienti affette da carcinoma mammario non palpabile con indicazione a chirurgia conservativa, trattate dal 2016 al 2018 in due Breast Unit coinvolte nei programmi di screening mammografico (ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano e Istituti Clinici Scientifici Maugeri di Pavia). In 241 pazienti (48.8%) la localizzazione della lesione è stata effettuata ricercando la TCC in ecografia, e marcadone la proiezione cutanea per guidare la successiva chirurgia. Nelle rimanenti 253 pazienti (51.2%) si è proceduto a ROLL. Le due metodiche di localizzazione sono state confrontate in termini di tasso di margini indenni, di re-interventi e di volumi di resezione, stratificando le analisi per tipo di lesione (microcalcificazioni vs. noduli/distorsioni).

Risultati: Il tasso di margini indenni è risultato dell'86.7% con TCC vs. 88.5% con ROLL (OR 0.85, p=0.54): i tassi erano rispettivamente dell'85.9% vs. 77.3% nelle microcalcificazioni (p=0.171), e dell'89.1% vs. 90.9% nei noduli (p=0.632). Si è reso necessario un re-intervento nell'11.3% dei casi ROLL vs. il 7.4% dei casi TCC (p=0.627) per le microcalcificazioni, e rispettivamente nel 6.7% vs. 1.6% dei casi per i noduli (p=0.529). Non si sono osservate differenze nei volumi di resezione tra le due metodiche nelle pazienti con microcalcificazioni. Per i noduli, la tecnica ROLL ha consentito resezioni meno estese (volume di resezione 43.9 cm³ vs. 56.8 cm³, p=0.021) e più calibrate (rapporto di resezione 2.8 vs. 3.7, p=0.016) rispetto alla metodica con TCC. Inoltre, ROLL si è associata a resezioni più standardizzate con minore dispersione dei rapporti di resezione rispetto alla TCC (p=0.0002). Infine, la metodica ROLL ha comportato un minore tempo operatorio rispetto al gruppo TCC (69.6 min vs. 52.7 min, p<0.0001) nelle microcalcificazioni, ma non nei noduli.

Conclusioni: I tassi di margini indenni e di reinterventi sono equivalenti tra ROLL e TCC, indipendentemente dal tipo di lesione; la ROLL consente resezioni più calibrate e riproducibili nei noduli, e più rapide nelle microcalcificazioni.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

TECNICA "MAGSEED" DI POSIZIONAMENTO DI CLIP MAGNETICA PER LA LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI MAMMARIE NON PALPABILI

S. Calderoni, V. Galluzzo, R. Ferrarini, M. Cuoghi, A. Tafà, G. Saguatti, M.C. Cucchi

Ospedale Bellaria, Bologna

Obiettivi: Le principali tecniche attualmente utilizzate per la localizzazione di lesioni mammarie (filo di repere, carbone. ROLL) sono ampiamente validate, ma evidenziano dei limiti come lo spostamento, l'impossibilità di verificare la precisione del posizionamento del repere, lo spandimento di tracciante. Nel contempo, il miglioramento della diagnostica senologica, pone diagnosi su lesioni di pochi millimetri con l'eventuale scomparsa della lesione dopo la biopsia.

L'importanza di una tecnica che localizzi con precisione le lesioni non palpabili è fondamentale per garantire l'asportazione della lesione e ridurre l'incidenza di margini close. Una non perfetta centratura porta il chirurgo ad eseguire resezioni più ampie. Nella nostra Breast Unit utilizziamo il filo di repere "Arianna", che riduce l'eventualità dello spostamento. Il limite, maggiore con centrature stereotassiche, è la necessità di seguire il filo di repere dalla cute, cosa che può condizionare l'accesso chirurgico. La tecnologia Magseed, prevede l'inserimento di una clip magnetica posizionata sotto guida ecografia o stereotassica. In sala operatoria, attraverso la sonda Sentimag, il Chirurgo può individuare precisamente la sede del tumore riconoscendo la sede della clip magnetica. Si avrà quindi una libera scelta dell'approccio chirurgico, dimensioni seno, migliore risultato oncologico ed estetico. Un ulteriore vantaggio è la possibilità di posizionare il seme magnetico fino a 30 giorni prima dell'intervento, non rendendo più necessario il posizionamento del repere in fase preoperatoria.

Materiale e metodi: Febbraio-Aprile 2018 sono stati eseguiti 20 casi di centratura con tecnica Magseed. L'età delle pazienti è compresa tra i 47-72 anni, con BMI tra 19.5-37.5, portatrici di carcinoma infiltrante o in situ, centrate preoperatoriamente sottoguida ecografica e sottoposte ad intervento chirurgico conservativo.

Risultati: In tutte le 20 pazienti la clip è stata posizionata il giorno prima dell'intervento, il posizionamento è stato agevole da parte dei senologi radiologi ed il controllo mammografico successivo ne ha mostrato il corretto posizionamento.

Il rilevamento della clip con sonda Sentimag è stato agevole da parte di tutti gli operatori, portando ad una diminuzione del tempo operatorio.

L'anatomoradiografia del pezzo operatorio non ha mostrato migrazione della clip ed ha confermato la completa escissione della lesione con buoni margini di resezione: in nessuna paziente è stato necessario eseguire un secondo intervento chirurgico di allargamento o radicalizzazione. Possono essere arruolate pazienti con tutte le taglie di seno.

Conclusioni: Il seme magnetico rappresenta una tecnica fattibile e sicura per la localizzazione delle lesioni mammarie infracliniche. È una procedura agevole sia in fase radiologica che chirurgica, che si prospetta come una delle migliori tecniche di localizzazione che potranno essere utilizzate in un prossimo futuro.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA 0

MARGINI NELLA CHIRURGIA CONSERVATIVA DELLA MAMMELLA: CONTROLLO RADIOLOGICO INTRAOPERATORIO

V. Vitale, A. Lombardi, S. Maggi, G. Stanzani, G. Caraceni, A. Rampini, F. Foglio, C. Amanti

Ospedale Sant'Andrea Università La Sapienza, Roma

Nonostante le mastectomie siano in aumento la chirurgia conservativa (CC) rimane lo standard nel trattamento del tumore della mammella. Lo scopo essenziale della CC è mantenere la radicalità oncologica associandola ad un'accettabile cosmesi. La CC pone maggiori problemi di recidiva locale. Altro fattore di rischio è la negatività istologica dei margini di sezione chirurgica. Lo scopo di questo studio prospettico è valutare l'utilità della Radiografia Intraoperatorio del pezzo (Rxl) per ottenere una resezione margin free in caso di lesioni localizzate non multicentriche. Si considera inoltre la diminuzione dei reinterventi in pazienti (pz) R1. In prospettiva possiamo prevedere una diminuzione della mortalità specifica diminuendo il tasso di recidive locali.

Sono state arruolate 86 pazienti consecutive sottoposte a CC della mammella in un periodo di 6 mesi di tempo presso la Breast Unit dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Università di Roma La Sapienza.

Criteri di inclusione sono stati: pz di qualsiasi età sottoposte a CC con lesioni mammarie non palpabili sottoposte a centraggio della lesione. I criteri di esclusione: pz sottoposte a mastectomia. Sul pezzo chirurgico sono stati applicati fili di sutura e clip metalliche per identificare i margini di resezione e consentirne un corretto orientamento spaziale. L'Rxl è stato effettuato in sala operatoria con il macchinario Kubtec; consiste in una cabina a raggi x che permette di acquisire, processare, stampare e mandare le immagini al PACS ed anche l'elaborazione post-imaging.

Il nostro studio dimostra che l'Rxl è stata utile nell'identificare la lesione nel 90% dei casi; in 5 casi è stato impossibile identificare la lesione (densità della ghiandola, elaborazione del software, problemi tecnici od esperienza nell'uso del macchinario).

Abbiamo dimostrato una correlazione nella misurazione istologica e radiologica delle dimensioni tumorali e della distanza dai margini. L'altra conclusione è stata l'utilità dell'Rxl in termini di percentuale di R1: in 6 casi l'Rxl ha permesso di fare un allargamento sul pezzo ed è ragionevole pensare che in questi 6 casi potremmo aver ottenuto un tasso di positività R1 maggiore se non fosse stato effettuato lo studio radiologico dei margini.

Il problema del margine libero permane un problema cruciale e non risolto nella chirurgia conservativa della mammella. Tale lavoro mostra una correlazione tra i margini valutati istologicamente e quelli sul mammografo. Si è dimostrato come l'associazione della radiologia intraoperatoria con il cavity shaving, l'invio in istologia di allargamenti dei margini di sezione chirurgica del quadrante, porti ad una diminuzione dei reinterventi.

Sarebbe auspicabile portare avanti studi con casistica maggiore per definire meglio la sensibilità e specificità della radiologia intraoperatoria.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

CHIRURGIA CONSERVATIVA ASSOCIATA A RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA ESCLUSIVA COME ALTERNATIVA ALLA MASTECTOMIA NEI TUMORI METACRONI DELLA MAMMELLA GIÀ SOTTOPOSTI A RADIOTERAPIA CONVENZIONALE

M. Cuoghi, R. Ferrarini, V. Galluzzo, S. Calderoni, A. Baldissera, M.C. Cucchi

Ospedale Bellaria USL Bologna

Obiettivi: Il trattamento standard delle pazienti con recidiva o tumore metacrono mammario è ancora considerata la mastectomia, in ragione del fatto che non è proponibile un secondo trattamento radiante esterno. L'accuratezza diagnostica del follow-up di queste pazienti porta sempre più spesso al riscontro di questi tumori in uno stadio precoce. Una delle alternative proponibili è la quadrantectomia associata a radioterapia intraoperatoria esclusiva (IORT) che permette di fornire alte dosi di radiazioni ad un'area limitata.

Materiali e metodi: La nostra analisi riguarda 5 pazienti affette da tumore mammario metacrono dopo chirurgia conservativa associata a radioterapia (RT) per carcinoma. Di queste 4 avevano hanno presentato una neoplasia in quadrante diverso da quello già trattato, mentre una paziente presentava il tumore allo stesso ma insorto a distanza di più di 5 anni. Tutte le pazienti sono state trattate con quadrantectomia mammaria e IORT esclusiva con dose erogata tra 12-19Gy. Il trattamento con IORT è stato indicato nei tumori cT1cN0 M0, ed è stata sempre effettuata risonanza magnetica pre-operatoria. Tutti i casi sono stati trattati presso la Chirurgia Senologica della Breast Unit EUSOMA dell'Ospedale Bellaria di Bologna, da aprile 2011 a maggio 2018.

Risultati: La media dell'età delle pazienti al momento del nuovo evento era di 55,6 anni (range 43-68 anni) mentre la media degli anni interposti tra il primo ed il secondo evento tumorale era di 12,6 (range 2-24 anni). L'istotipo del primo tumore mammario era in 4 casi un carcinoma infiltrante mentre in un caso si trattava di carcinoma in situ. L'istotipo del secondo tumore mammario trattato era in 4 casi carcinoma infiltrante, mentre in un caso si trattava di carcinoma in situ (DIN3) insorto su cluster di microcalcificazioni. Il follow-up post-chirurgico oscilla da 1 mese a 6 anni durante il quale non si sono riscontrate recidive loco-regionali. Una sola paziente è deceduta in seguito a secondarismi epatici e polmonari. Non si sono verificati casi di tossicità acuta da radioterapia e come solo effetto tardivo è stata riscontrata fibrosi moderata (G1) in un solo caso.

Conclusioni: Lo studio va a convalidare le evidenze scientifiche già consolidate che nelle pazienti con tumore mammario cT1cN0, già sottoposte a quadrantectomia della mammella seguita da RT, può essere proponibile un secondo trattamento conservativo con IORT esclusiva in alternativa alla mastectomia, se le condizioni anatomiche consentono. Questo atteggiamento terapeutico può avere sia il vantaggio di evitare la completa demolizione mammaria, sia il vantaggio di evitare molte delle problematiche che seguono l'intervento chirurgico di mastectomia con ricostruzione plastica immediata dopo RT, che in alcuni casi porta alla decisione di effettuare una ricostruzione differita.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

PIODERMA GANGRENOSO DELLA MAMMELLA

G. Tazzioli¹, A. Andreotti¹, A. Gambini¹, S. Papi¹, E. Palma¹, M. Ferrucci¹, C. Depietri², F. Combì²

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena

² Scuola Di Specializzazione In Chirurgia Generale, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Obiettivi: Il Pioderma Gangrenoso (PG) è una rara dermatosi neutrofila infiammatoria caratterizzata da pustole sterili che evolvono in ulcere cutanee, può interessare qualunque sede cutanea ed è spesso associato a patologie autoimmuni, infiammatorie croniche, ematologiche o neoplastiche. Si suppone sia legato ad un'alterata risposta infiammatoria su base genetica. Può anche insorgere in sedi sottoposte ad intervento chirurgico, tipicamente dopo 2-3 settimane.

Riportiamo un peculiare caso di PG post-chirurgico per illustrare come la diagnosi sia spesso difficile ed effettuata per esclusione dopo il fallimento delle terapie antibiotiche e chirurgiche.

Materiali e metodi: Una donna di 46 anni è stata sottoposta a febbraio 2016 ad intervento di quadrantectomia mammaria destra con asportazione del linfonodo sentinella e simmetrizzazione controlaterale per un carcinoma misto duttale-lobulare di 18 mm, ormonosensibile, HER2 negativo, non angioinvasivo, pT1cN0 G2.

La paziente è stata dimessa regolarmente in seconda giornata. Dopo 20 giorni si è ripresentata per la comparsa di un'area di flogosi eritematosa sulla cicatrice periareolare destra. Nonostante la terapia antibiotica prescritta la lesione è evoluta rapidamente in un'ampia ulcera non suppurativa coinvolgente tutta la mammella destra. Gli esami microbiologici eseguiti non hanno permesso di isolare alcun patogeno. La paziente è stata sottoposta per due volte consecutive a toilette chirurgica, con ulteriore peggioramento del quadro locale e progressivo interessamento della mammella controlaterale. Anche il posizionamento di una V.A.C.® ha portato ad un peggioramento delle lesioni ulcerative. Gli esami clinici e biumorali hanno mostrato un quadro di sepsi, non responsiva ad alcuna terapia antibiotica eseguita, che ha richiesto il ricovero in Terapia Intensiva. L'esame istologico delle lesioni ulcerate ha invece descritto una flogosi suppurativa acuta e cronica ampiamente necrotizzante, compatibile con pioderma gangrenoso.

Risultati: La paziente ha quindi iniziato una terapia con metilprednisolone (1g/kg/die) associata ad ossigenoterapia iperbarica, con lento e progressivo miglioramento del quadro clinico.

Come terapia oncologica adiuvante è stato prescritto tamoxifene, mentre non è stata eseguita la RT complementare.

Dopo 6 mesi di terapia corticosteroidica la paziente non presentava più alcun segno di malattia attiva, pur residuando ampie cicatrici ipertrofiche bilateralmente.

Conclusioni: In letteratura sono riportati vari casi di PG in seguito ad interventi di mastoplastica. La diagnosi differenziale con un'infezione postoperatoria è spesso difficile e la necrosectomia chirurgica ha indicazioni controverse, in quanto è spesso causa di peggioramento della malattia e di incremento della sua estensione.

Di fronte alla comparsa di ulcere post-chirurgiche rapidamente evolutive, in assenza di isolamenti batterici, va sempre sospettato un PG, e nel dubbio intrapresa precocemente una terapia corticosteroidica specifica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

RE-INTERVENTI PER ALLARGAMENTO IN PREGRESSA CHIRURGIA CONSERVATIVA DELLA MAMMELLA

C. Iacuzzo¹, L. Bonadio¹, S. Scomers³, M. Fezzi³, M. Tonutti², F. Zanconati³, F. Giudici², M. Bortul¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute-Università degli Studi di Trieste

² Breast Unit Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste-ASUITS, Trieste

³ Breast Unit Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste-ASUITS; DUC Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, Trieste

Obiettivi: La chirurgia conservativa, laddove possibile, costituisce il trattamento chirurgico di scelta per il carcinoma mammario. La quadrantectomia seguita da radioterapia garantisce, infatti, sopravvivenze del tutto sovrapponibili a quelle delle pazienti sottoposte a mastectomia. In caso di coinvolgimento neoplastico dei margini di exeresi risulta necessario procedere a revisione chirurgica mediante procedure di allargamento o mastectomia poiché la positività dei margini è il più importante fattore predittivo di recidiva locale, indipendentemente dalla biologia tumorale e dalle eventuali terapie adiuvanti. Scopo del lavoro è la valutazione retrospettiva della casistica di pazienti sottoposte a chirurgia conservativa presso la Breast Unit di Trieste nelle quali si è reso necessario un secondo intervento per coinvolgimento dei margini di exeresi.

Materiali e metodi: Popolazione - È stata presa in considerazione una serie consecutiva di pazienti (n=724) sottoposte a intervento di chirurgia conservativa (quadrantectomia o ampia exeresi) presso la Breast Unit di Trieste tra Gennaio 2013 e Dicembre 2017. Sono state selezionate le pazienti con diagnosi citologica/microistologica preoperatoria di malignità. Sul totale di 724 casi, 36 pazienti sono state sottoposte a un secondo intervento per il riscontro istologico post-operatorio di positività dei margini, ovvero presenza di carcinoma invasivo a livello di margine di resezione o di carcinoma in situ entro 2 millimetri dal margine (linee guida SSO/ASTRO).

Risultati: Su un totale di 724 interventi di chirurgia conservativa abbiamo registrato il 4.97% (36/724) di re-interventi per allargamento dei margini. All'esame istologico definitivo del 55.5% degli allargamenti (20/36) non sono stati riscontrati ulteriori residui di carcinoma invasivo o in situ.

Conclusioni: Obiettivo della terapia chirurgica del carcinoma mammario è l'ottenimento dell'exeresi della lesione con adeguato margine, allo scopo di ridurre la possibilità di recidiva locale. In caso di coinvolgimento dei margini di exeresi è necessario procedere a re-intervento allo scopo di migliorare il controllo della malattia e la prognosi delle pazienti. In letteratura la percentuale media di reintervento per allargamento dopo chirurgia conservativa è molto variabile e compresa fra 20 e il 40%. Le attuali linee guida EUSOMA raccomandano il mantenimento di un tasso di re-interventi per allargamento inferiore al 20%. L'analisi della nostra esperienza ha dimostrato tassi molto bassi di reintervento per allargamento dei margini. Possiamo, quindi, concludere che l'abitudine a procedere in ogni caso a marcatura preoperatoria delle lesioni (carbonte vegetale o clip amagnetica) e l'analisi intraoperatoria routinaria radiologica (mammografia od ecografia del pezzo operatorio) associata all'analisi estemporanea dei margini sembrano essere metodi adeguati per evitare i re-interventi, senza nel contempo avere impatto negativo sui tempi operatori.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

CARCINOMA MAMMARIO IN GRAVIDANZA E MUTAZIONE GERMINALE BRCA1: CASO CLINICO

R. Murgo¹, F. Giacobbe^{1,2}, L. Ciuffreda¹

¹ Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

² Università degli Studi di Foggia

Obiettivi: La "Pregnancy Associated Breast Cancer" è il tumore più frequentemente diagnosticato durante la gravidanza, si caratterizza per un'istologia spesso indifferenziata e tende a colpire giovani donne con meno di 40 anni e storia familiare positiva, pertanto esposte a rischio eredo-familiare.

Materiali e metodi: Paziente donna, 29 anni, alla 21° settimana di gestazione con biometria corrispondente all'epoca di amenorrea, giunge alla nostra attenzione per riscontro palpatorio ed ecografico di lesione sospetta per eteroplasia di circa 3cm, al QSI della mammella destra. Esegue agobiopsia ecoguidata il cui esame istologico depone per Ca infiltrante NST GIII, Ki67 60%, triple negative. In anamnesi familiare profilo di rischio tipo 3, secondo le linee guida NICE e test genetico positivo per mutazione BRCA 1.

Ricovero presso la nostra U.O.C di Chirurgia Senologica ove esegue ulteriori accertamenti: ecografia ostetrica, ETG addome, RX Torace (con schermatura dell'addome), visita anestesiológica e counseling psicologico. Alla 23° settimana, in anestesia generale, Mastectomia destra NAC Sparing, impianto di espansore (ALLERGAN 500cc) su Ti-Loop + B.L.S. Esame istologico definitivo: Ca duttale infiltrante GIII, pT2N0, Ki67 70%, triple negative

Dopo discussione multidisciplinare, indicazione a chemioterapia adiuvante secondo schema ECx4 (90+600mg/mq) da effettuarsi entro la 34° settimana di gestazione, come da linee guida AIOM. Pertanto la paziente si è sottoposta a 2 cicli di tale trattamento, dalla 29° alla 31°, in assenza di eventi avversi, con monitoraggio fetale e ultrasuonografia dell'arteria ombelicale nei limiti. Alla 37° settimana, parto eutocico a termine con neonato sano. Dopo il parto, TC total body di stadiazione oncologicamente negativa, ulteriori di 2 cicli di EC e successivo Taxolo settimanale x 12 somministrazioni.

Risultati: Attualmente, il neonato ha 8 mesi, segue le curve di crescita in assenza di deficit cognitivi, sensitivi, motori e a carico degli organi interni. La paziente è libera da malattia e 10 a mesi dal primo intervento, è stata sottoposta, in unico tempo chirurgico e previa RMN mammaria, a sostituzione di espansore con protesi a destra e mastectomia NAC sparing controlaterale profilattica con impianto, a sinistra.

Conclusioni: Pur essendo la chirurgia conservativa una strategia praticata durante la gravidanza con RT complementare al termine della stessa, la presenza di una mutazione germinale BRCA 1, ci ha condotti ad optare per una mastectomia conservativa con ricostruzione e risk reducing surgery controlaterale, al completamento delle terapie oncologiche. Alla luce delle recenti evidenze scientifiche, possiamo non solo proporre la chirurgia profilattica come potente strumento di prevenzione oncologica primaria ma al contempo usufruire di linee guida di gestione del carcinoma mammario in gravidanza che garantiscono sicurezza per la madre e il feto, senza dover imporre l'aborto terapeutico come unica scelta praticabile.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

LOCALIZZAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA CON VERDE INDOCIANINA IN DONNA GRAVIDA

G. Tazzioli¹, A. Andreotti¹, A. Gambini¹, S. Papi¹, E. Palma¹, M. Ferrucci¹, F. Combi², C. Depietri²

¹ Azienda Policlinico Universitaria di Modena

² Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduzione: Il trattamento chemioterapico sistemico in corso di gravidanza è considerata un'opzione terapeutica valida in quanto il rischio di malformazioni fetali a partire dal secondo trimestre è basso. Anche la biopsia del linfonodo sentinella (LS) dopo trattamento neoadiuvante è ritenuta una procedura sicura ed universalmente accettata.

Materiali e metodi: Presentiamo il caso di una donna di 37 anni con diagnosi di neoplasia mammaria bilaterale alla XI settimana gestazionale. La biopsia mammaria bilaterale evidenziava a destra un carcinoma duttale infiltrante (ER 96% Pg 30% Mib 45% c-erbB2 1+) ed a sinistra un carcinoma duttale infiltrante (ER: 99% Pg: 65% Mib: 14% c-erbB2: 1+). Data la volontà della paziente di proseguire la gravidanza, l'epoca gestazionale di insorgenza della neoplasia e l'assenza di localizzazioni secondarie agli esami di staging, si è collegialmente deciso di avviare la Paziente a trattamento Chemioterapico Neoadiuvante. Al termine si è eseguito intervento chirurgico di Quadrantectomia bilaterale e asportazione di LS bilaterale. I LS sono stati localizzati mediante iniezione di verde indocianina in sede retroareolare, seguita da un massaggio locale per circa 5 minuti al fine di favorire il drenaggio linfatico del colorante verso l'ascella. Dopo circa 10 minuti dall'iniezione, si è identificata la via linfatica mediante fluorescenza in "real time" permettendo di identificare il sito ideale di incisione ascellare. Sono così stati asportati due LS a sinistra e uno a destra.

Risultati: L'esame istologico definitivo ha evidenziato micrometastasi in un linfonodo sentinella a sinistra, presenza di carcinoma duttale infiltrante (ER: 35% PgR 45% mib-1:18% c-erb B2: 0) con associata componente in situ di circa 14 mm a sinistra ed un focolaio residuo di carcinoma duttale infiltrante di 7 mm (ER: 20% PgR 30% mib- 1: 11% c-erb B2: 0) con associata componente in situ nella mammella destra.

La paziente ha portato regolarmente a termine la gravidanza, il parto è avvenuto alla 34° settimana con taglio cesareo programmato senza complicanze. Il neonato non ha mostrato segni di sofferenza perinatale. La paziente ha iniziato il trattamento chemioterapico adiuvante circa 10 giorni dopo il parto, tutt'ora in corso, cui seguirà radioterapia bilaterale.

Conclusione: Nonostante l'impiego del Tecnezio-99m in gravidanza per l'identificazione del LS sia considerato sicuro in quanto la dose assorbita dal feto è inferiore alla dose di rischio di 0,1- 0,2 Gy anche nelle condizioni più avverse, l'utilizzo alternativo del verde indocianina si configura come una valida e promettente alternativa, in quanto la placenta è una barriera di protezione efficace alla diffusione del colorante. Inoltre ha un 98% di accuratezza nell'individuazione del LS, può essere gestita interamente in sede intra operatoria, consente una visione "real time" del sistema linfatico e non necessita l'invio preventivo della paziente in Medicina Nucleare per la Linfoscintigrafia.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

CARCINOMA DELLA MAMMELLA E GRAVIDANZA, NOSTRA ESPERIENZA

G. Militello, P. De Marco, K. Kerengi, L.B. Antonella, R. Giovanna, V. Maria Paola, C. Giorgia, A. Trapani, A. Agrusa, G. Gulotta

Chirurgia generale e d'urgenza AOUP Paolo Giaccone, Palermo

Obiettivi: In gravidanza il tumore più frequentemente diagnosticato è il carcinoma della mammella (PABC: Pregnancy associated breast cancer); circa 1 gravidanza su 3000 si complica con un tumore mammario. Vari studi hanno dimostrato che non c'è differenza dal punto di vista prognostico tra un PABC e un carcinoma mammario non insorto in gravidanza a parità di stadio e dimensione, spesso i PABC vengono diagnosticati in fase avanzata e spesso si presentano in forme indifferenziate. Il trattamento primario è chirurgico nelle forme operabili in qualsiasi fase della gravidanza.

Materiali e metodi: Nel corso della nostra attività sono giunti alla nostra attenzione presso l'ambulatorio di senologia responsabile dott.ssa G. Militello del reparto di chirurgia generale e d'urgenza dell'AOUP Paolo Giaccone Palermo diretto dal prof. G. Gulotta n° 2 casi di PABC. Nel 2013 una paziente di 24 anni giungeva alla nostra osservazione alla 25 settimana di gestazione per la comparsa di nodulo palpabile al QSE di sinistra di nodulo di circa 2,5 cm con linfadenopatia omolaterale, sottoposta a core biopsy per via ecoguidata viene diagnosticato un carcinoma duttale infiltrante (CDI) grado 3, ER 0%, PgR 0%; Ki67 90%, Her-2 0 (0 asco cap 2013), e FNAC linfonodi omolaterali positivi per atipia. Si propone alla paziente di eseguire una mastectomia che la paziente rifiuta. Si ricovererà dopo circa 15 mesi per stato cachettico ed ittero ostruttivo da carcinoma mammario metastatizzato al fegato, si posiziona endoprotesi biliare avendo già abortito. Nel 03/2018 paziente di 36 anni alla 28 settimana con comparsa al QSC/retroareolare di destra di nodulo di 2 cm palpabile, si esegue etg e core biopsy con diagnosi di carcinoma duttale infiltrante, si esegue una mastectomia radicale con posizionamento di espansore. L'esame del linfonodo sentinella eseguito con tecnica a fluorescenza si è rivelato negativo. L'esame istologico definitivo ha confermato la diagnosi di CDI grado 3, ER 0%, PgR 0%; Ki67 50%, Her-2 (0 asco cap 2013) in atto in trattamento chemioterapico. Il parto è stato eutocico, in assenza di complicanze per il nascituro che sta seguendo le normali curve di crescita fisiologiche. La paziente ha iniziato la chemio-terapia entro la 34ª settimana come da linee guida Aiom che sta proseguendo.

Risultati: Il primo approccio nelle PABC risulta essere chirurgico nelle forme operabili, la gravidanza non cambia indicazione al tipo di chirurgia radicale o conservativa, tuttavia se la paziente deve essere sottoposta a chemioterapia è preferibile la chirurgia radicale, la radioterapia rappresenta una controindicazione assoluta.

Conclusioni: La PABC rappresenta la neoplasia più frequente in gravidanza, la cui gestione clinica deve tenere conto delle varie fasi della gravidanza, al fine di operare in piena sicurezza per la paziente e per il nascituro, il trattamento chirurgico ove indicato rappresenta la migliore opzione terapeutica dal punto di vista prognostico.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00
CANCRO DELLA MAMMELLA

SALA O

TRATTAMENTO DEL CARCINOMA MAMMARIO IN GRAVIDANZA: ESPERIENZA MULTICENTRICA. È POSSIBILE UN TRATTAMENTO STANDARDIZZATO?

C. Amanti², F. Centanini¹, V. Vitale², M. Montesano¹, P. Frittelli¹

¹ Ospedale San Giovanni Calibita -Fatebenefratelli-, Roma

² Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant' Andrea, Roma

Obiettivi: Scopo di questo lavoro è valutare quali trattamenti sono stati effettuati, in tre diversi centri del Lazio, per pazienti con diagnosi di tumore mammario in gravidanza, individuare le maggiori difficoltà riscontrate e in che modo sia stato necessario cambiare l'usuale orientamento terapeutico.

Materiali e metodi: Sono state studiate in maniera retrospettiva tutte le pazienti con diagnosi di tumore mammario in gravidanza diagnosticate dal 2012 al 2017 presso l'Azienda Ospedaliera Sant' Andrea di Roma, Ospedale Fatebenefratelli -San Giovanni Calibita- Roma e Ospedale Belcolle di Viterbo. Sono state escluse tutte le donne con diagnosi di neoplasia post parto o con patologia benigna. I dati raccolti riguardavano: età gestazionale ed età della donna alla diagnosi, procedure effettuate per la diagnosi, lo stadio, lo stato recettoriale, i trattamenti effettuati durante la gravidanza e quelli dopo il parto, eventuale riscontro di mutazione BRCA1 e 2, eventuali complicanze, eventuali stimolazioni ormonali effettuate pre-gravidanza.

Risultati: Sono state registrate 9 pazienti che rientravano nei criteri di inclusione. Tra queste, tutte di origine caucasica, l'età media alla diagnosi era 37,5 anni (range 27-50). L'età gestazionale media alla diagnosi era 26,7 settimane (da 16 a 33). Tutte le pazienti hanno iniziato il loro percorso diagnostico per riscontro di una massa palpabile a carico della mammella. Le indagini preoperatorie comprendevano in tutti i casi ecografia, mammografia con schermatura e biopsia. L'istotipo più frequentemente riscontrato è stato il duttale infiltrante. Abbiamo registrato due tripli negativi che in due casi erano associati a mutazione BRCA1. Un caso di mutazione BRCA2 era associato ad un tumore luminal B. La chirurgia è stato il trattamento più frequentemente effettuato durante la gravidanza (4 pazienti), con tre mastectomie e un solo caso di quadrantectomia e biopsia del linfonodo sentinella (effettuato con tecnica radioguidata). Sono state sottoposte a chemioterapia con antracicline due pazienti. In quattro casi è stato effettuato un parto pretermine e la motivazione era legata alla neoplasia mammaria.

Conclusioni: Per fornire il miglior percorso diagnostico-terapeutico alle donne con tumore mammario in gravidanza appare fondamentale creare una collaborazione tra le Breast Unit presenti sul territorio. Sarebbe auspicabile indirizzare le pazienti in strutture che hanno acquisito una particolare attitudine nel trattamento di questa patologia. In particolare sarebbero da preferire centri ad alto volume ostetrico ove sia presente anche una terapia intensiva neonatale e in cui ci possa essere una stretta collaborazione con specifiche figure professionali come il ginecologo e il neonatologo. A livello nazionale sarebbe opportuno istituire un registro a cui far afferire tutti i dati delle pazienti trattate.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

LONG-TERM OUTCOMES AFTER SURGICAL RESECTION FOR SYNCHRONOUS OR METACHRONOUS PULMONARY AND HEPATIC COLORECTAL METASTASES

M. Zizzo¹, F. Lococo¹, L. Ugoletti¹, C. Galeone¹, L. Braglia¹, D. Nachira², A. Sicilian², S. Margaritora², M. Paci¹, C. Pedrazzoli¹

¹ AUSL IRCCS di Reggio Emilia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

² Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Background: Surgical resection of isolated hepatic or pulmonary metastases from colorectal cancer prolongs survival in selected patients. On the contrary, benefits of surgical resection and appropriate selection criteria in patients who develop both hepatic and pulmonary metastases from colorectal cancer are still debated. We analyzed a large surgical series of this subset of patients with the final aim of identifying potential prognostic factors.

Material and methods: Of 489 patients who underwent operation for hepatic or pulmonary colorectal metastases in 2 Institutions (Oncologic Research Institute of Reggio Emilia and Catholic University of Rome) between January 1993 to June 2015, we retrospectively reviewed clinical information, surgical notes and pathological features of 85 patients with colorectal cancer who underwent resection of both hepatic and pulmonary metastases. Median follow-up was 8.1 years from the time of colorectal resection. Patient, treatment, and outcomes variables were analyzed using log-rank, Cox regression, and Kaplan-Meier methods.

Results: A total of 218 operations were performed (mean 2.56 for patient). The site of first metastasis was liver in 75.29% of the patients, lung in 12.94%, and both sites in 11.77%. Multiple hepatic metastases or pulmonary metastases were present in 67.07% and 30.59% of patients, respectively. There were no in-hospital deaths. Overall Survival rate at 1-, 3-, 5-, and 10-years calculated from resection of the primary colorectal cancer was 100% (95% CI), 94% (95% CI, 89%-99%), 79% (95% CI, 70%-89%) and 38% (95%CI, 26%-56%), respectively, with a median survival of 8.31 (range 7.18 to 12.35) years. Overall Disease-Free Survival rate at 1-,3- and 5-years was 66%,18%, and 4%, respectively. Survival was significantly longer when the Disease-Free Interval between the first metastasectomy and the diagnosis of the second metastases exceeded 1 year ($p=0.002$, HR: 3.02) and in patients with metachronous pulmonary metastases ($p=0.023$, HR: 13,64).

Conclusions: Surgical resection of both hepatic and pulmonary metastases from colorectal cancer is a safe and effective treatment that may achieve rewarding long-term survival results in highly selected patients. Patients with a shorter disease-free interval between the first metastasectomy and the diagnosis of the second metastases, and synchronous pulmonary metastases have a worse prognosis.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

ROBOT-ASSISTED ONE-STAGE RESECTION OF COLORECTAL CANCER AND SYNCHRONOUS LIVER METASTASES: PRELIMINARY EXPERIENCE, TECHNIQUE AND LITERATURE REVIEW

M. De Rosa¹, F. Rondelli¹, A. Fontani², E. Andolfi², G. Maringola³, V. Ferraro⁴, F. Ermili¹, G. Ceccarelli¹

¹ Ospedale San Giovanni Battista - Dipt. Chirurgia Generale e Robotica, Foligno

² Ospedale San Donato - Dipt. Chirurgia Generale e Robotica, Arezzo

³ Università degli Studi di Perugia - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Perugia

⁴ Università degli Studi di Bari Aldo Moro - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipt. Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Bari

Introduction: Up to 25% of newly diagnosed patients with colorectal cancer (CRC) have liver metastases (LM). Simultaneous colorectal and hepatic resection has been proven to be a safe and effective approach in dealing with metastatic colorectal cancer.

The aim of this paper is to analyse perioperative and oncological outcomes of minimally invasive (laparoscopic and robotic) one-stage simultaneous resection of liver metastases and colorectal tumor in selected patients affected by colorectal cancer and synchronous liver metastases.

Materials and methods: From October 2012 to March 2018 a minimally invasive one-stage resection was offered to selected patients referred to our institution with a diagnosis of CRC and synchronous LM.

Demographic, histopathological, surgical morbidity/mortality and short term peri-operative clinical outcome in all patients were prospectively evaluated.

Results: Out of a total of 22 patients affected by synchronous CRC and LM, 15 patients underwent a fully-robotic liver and colorectal operation, while a robot-assisted liver resection and laparoscopic colorectal resection was carried out in the remaining 7 patients.

From a total of 34 hepatic lesions, robotic liver surgery included 32 wedge/segmental resections, 1 left hepatectomy and 1 minimally invasive RFA, associated to wedge resection. Posterior lesions were 10/34 (29%). The median surgical time for patients with hybrid robotic and laparoscopic approach was 290 minutes (180-410), with fully-robotic operation was 380 minutes (250-510).

Hepatic pedicle control was performed in 15 out 22 patients, whereas Pringle maneuver was used in 10/15 (66.6%). No intraoperative (>150ml) were reported, no intraoperative transfusions and 1 postoperative transfusions were recorded.

One conversion to open approach (4.5%) and one post-operative complication (4.5%) were observed. The median hospital stay was 9.8 days (range 5-34).

Conclusions: Minimally invasive surgery for one-stage colo-rectal and liver resection is a promising approach resulting in an improvement of short-term surgical outcomes as hospital stay and intra-operative blood loss. Robotic one-stage liver and colorectal surgery appears a safe and feasible technique, even for major hepatectomy, requiring a short learning curve and showing interesting results mainly concerning the conversion rate. Larger cohorts of patients and longer follow-up are necessary to demonstrate its advantages over conventional surgery, with increased operative time and cost regarded as potential limitations.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

FEASIBILITY AND SAFETY OF LAPAROSCOPIC HEPATECTOMY FOR METACHRONOUS COLORECTAL LIVER METASTASES AFTER OPEN PRIMARY TUMOR RESECTION

R. Lombardi, M. Masetti, M. Chisari, C. Benini, G. De Sario, M. Sacco, S. Nicosia, M. Zanello, L. Mastrangelo, E. Jovine

Chirurgia Generale A - Ospedale Maggiore, Bologna

Background: Over the last decade, laparoscopic liver resection (LLR) has been a growing option in the field of liver cancer surgery. Traditionally, surgeons were discouraged from performing laparoscopic approach in patients with a history of previous major abdominal operations because of increased risk of organs injury during trocar insertion as well as complications consequent to adhesiolysis. By definition, patients with metachronous colorectal liver metastases (CLM) are included in this category.

Objective: To evaluate feasibility and safety of LLR for metachronous CLM after open primary tumor resection.

Methods: Sixty-one consecutive patients who underwent LLR for CLM from January 2009 to December 2017 were selected from a prospectively maintained database. Intraoperative and postoperative outcomes were retrieved. The impact of surgical treatment of primary tumor on the operative time, conversion and major complications after LLR was specifically investigated. Statistical significance was defined as two-tailed P value < 0.05.

Results: After excluding patients with synchronous CLM (n.35) and those who underwent laparoscopic primary tumor resection (n.5), the study population comprised 21 patients (male/female, 11/10) with a median age of 71 years (IQR, 65-77). Resections of primary tumor included 14 left-sided colectomies (7 rectal resections) and 7 right-sided colectomies. Mean maximum liver tumor size (\pm SD) was 35 mm (\pm 24.5). An open-entry technique was used in all cases without complication. One (5%) left hepatectomy and 9 (43%) minor resections in non-laparoscopic segments (i.e. Sg1, Sg4a, Sg7 and Sg8) were performed. Median operative time was 135 min (IQR, 115-170 min). Four patients (19%) required conversion to open surgery because of intraoperative bleeding (n.1), poor exposure (n.2) and close proximity of the lesion to a major vascular structure (n.1). Median hospital stay was 5 days (IQR, 5-8 days). One male patient who underwent previous right colectomy with simultaneous left adrenalectomy experienced a grade IVb postoperative complication (bowel perforation). This patient was re-operated and had a total hospital stay of 110 days (ICU stay = 17 days). He is alive and free of disease at 27 months of follow up. No other major complication occurred in the remaining 20 patients. The 90-day mortality was zero. Mean operative time for LLR was longer in patients who underwent previous left-sided colectomy (154 vs. 125 min) but the difference is not significant (p= 0.2043). Although all converted patients underwent previous left-sided colectomy, none of the conversions were related to primary tumor surgery.

Conclusions: In selected cases, LLR for metachronous CLM is feasible and safe even after open primary tumor resection which, therefore, should not be considered an absolute contraindication to laparoscopic approach. Conversion to open surgery is mainly related to liver procedure rather than to previous surgery for primary tumor.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

SINGLE CENTRE EXPERIENCE OF ROBOT-ASSISTED SURGERY FOR COLORECTAL LIVER METASTASES

G. Di Franco¹, N. Furbetta¹, M. Palmeri¹, S. Guadagni¹, D. Gianardi¹, M. Bianchini¹, G. Stefanini¹, L. Rossi¹, M. Guadagnucci¹, F. Mosca², L. Morelli^{1,2}

¹ General Surgery, University of Pisa

² EndoCAS (Centre for Computer Assisted Surgery), University of Pisa

Objectives: Minimally invasive surgery of the liver is increasingly spreading, but its role in the treatment of colorectal liver metastases (CRLM) still remains controversial. The most frequently reported limits in terms of feasibility and oncological safety of minimally invasive surgery for CRLM are multiple localization, limitations of the intra-operative laparoscopic probes in performing a complete study of the liver, synchronous presence of primary tumor to be resected or previous abdominal surgery. In this setting, the role of robot-assisted surgery (RAS) has not been evaluated in literature yet. The aim of this study is to report our experience with RAS for treatment of CRLM.

Methods: Surgical and oncological outcomes of robot-assisted liver resections for CRLM performed at our centre between May 2012 and July 2017 were retrieved from a prospectively-collected Institutional database, and retrospectively analyzed. All the procedures were performed using the da Vinci platform (Si version since 2012, and Xi version since 2015 for multiple organs resections). The liver resection was performed using bipolar Maryland forceps or Gyrus PK SuperPulse Generator in the left hand and monopolar scissors in the right one. Intra-operative US scan was obtained with a dedicated robotic probe using the TilePro™ function.

Results: Sixteen patients underwent robot-assisted resection of CRLM in the study period. Four patients (25%) underwent multiple synchronous CRLM resections (median = 2; range 2 – 3). The tumor size averaged 3.1 +/- 1.6 cm. All the lesions were removed following a parenchymal sparing approach, with R0 resection margins. In two cases a synchronous colon resection was performed using the Xi platform, whereas in the remaining cases the primary cancer had already been removed (8/14 - 57% with minimally invasive technique and 6/14 - 43% with laparotomic approach). No conversions to open surgery and no intraoperative complications were observed. Mean hospital stay was 4.5 days. Mean follow up was 27.3 ± 19 months. During the study period no local recurrences were found, while 7 patients (43%) developed new systemic metastases. All patients were still alive at the end of the study period, with a 1 and 3 years disease-free survival of 77.5% and 36.3% respectively.

Conclusions: In our experience, RAS for CRLM surgical treatment resulted to be feasible even in patients with multiple localizations and previous or synchronous abdominal surgery. The availability of a dedicated US scan intra-operative probe directly controlled by the dominant hand of the operating surgeon similarly to the open approach, could improve the management of multiple localizations. The da Vinci Xi platform could improve the ability to perform a multi-quadrant surgery, particularly useful in presence of synchronous primary tumor to be resected. RAS seems to be oncologically safe in this setting, as no patients experienced local recurrence in the treated area.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

TIMING OF PERIOPERATIVE CHEMOTHERAPY DOES NOT INFLUENCE LONG-TERM OUTCOME OF PATIENTS UNDERGOING COMBINED COLORECTAL AND LIVER RESECTION IN BIOLOGICALLY FAVORABLE TUMORS

F. Ratti¹, D. Fuks², F. Cipriani¹, B. Gayet², L. Aldrighetti¹

¹ Unità di Chirurgia Generale Epatobiliare, Ospedale San Raffaele, Milano

² Department of Digestive Disease, Institut Mutualiste Montsouris, Parigi (FRANCIA)

Background: Despite preoperative chemotherapy is generally considered advisable in the setting of synchronous colorectal liver metastases (SCRLM) even when hepatic tumor burden is limited, no high levels of evidence are currently available to support this recommendation. The aim of this study was to compare patients undergoing combined colorectal and hepatic surgery with an without neoadjuvant chemotherapy to clarify the prognostic advantage of preoperative oncological treatment in a case-matched analysis using propensity scores and to identify factors predictive of good prognosis in a selected population of SCRLM.

Methods: 73 patients who underwent upfront elective combined surgery without preoperative CT for SCRLM in two European tertiary referral centers were selected and constituted the study group (NoNACT Group). The NoNACT group was matched in a ratio of 1:1 with patients who were operated after chemotherapy with neoadjuvant intent (NACT group, constituting the control group). The matching was achieved based on 6 covariates representative of patients and disease characteristics. Short and long term outcomes were evaluated and compared and uni- and multivariate analyses for predictors of recurrence were performed.

Results: Preoperative characteristics of patients and disease were comparable between NoNACT and NACT Group. In particular, median Fong score was 2 (1-3) both in NoNACT and NACT group. In the NACT group the median number of CT courses was 5. While the characteristics of both colorectal and hepatic procedures were similar, the NoNACT Group, as compared to the NACT Group, had lower blood loss (450 mL versus 600 mL) with $p=0.04$ while the rate of intra- and postoperative transfusions was comparable between the two groups. Postoperative stay (8 versus 9 days) and morbidity rate (26% versus 30.1%) were comparable in the NoNACT and NACT groups respectively. Mid- and long-term outcomes were comparable too: in particular, 1 and 3-years disease free survival were respectively 83.6% and 69.9% in the NoNACT and 84.9% and 71.2% in the NACT group. At multivariable analysis, predictors of recurrence were: right colonic neoplasms, positive nodal status of the primary tumor, number of liver lesions, RAS mutational status, Fong score >3 .

Conclusion: Preoperative neoadjuvant chemotherapy in patients with colorectal cancer and synchronous resectable liver metastases does not influence the risk of recurrence in patients with favorable tumor biology (Fong <3), while it was associated with increased intraoperative blood loss. There is no strong evidence, presently, to strongly recommend upfront chemotherapy in the absence of negative prognostic factors.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

PRINGLE MANEUVER AND RISK OF COLONIC LEAKAGE IN COMBINED COLORECTAL AND HEPATIC RESECTIONS: MYTH OR REALITY?

F. Ratti¹, D. Fuks², F. Cipriani¹, B. Gayet², L. Aldrighetti¹

¹ *Unità di Chirurgia Generale Epatobiliare, Ospedale San Raffaele, Milano*

² *Department of Digestive Disease, Institut Mutualiste Montsouris, Parigi (FRANCIA)*

Background: The portal clamping has been advocated as a risk factor for an increased rate of colonic or rectal anastomotic leakage, due to the portal venous hypertension and the intestinal edema, although transient. The aim of the present study was to compare the outcome of combined colorectal and hepatic resections with and without pringle maneuver and to analyse the possible effect of liver-related factors on colonic anastomosis leakage.

Methods: 250 Combined colorectal and hepatic resections performed in two european tertiary referral centers were analysed and stratified according to intraoperative use of Pringle maneuver. 71 procedures with Pringle (Pringle group) were matched with 71 procedures without pringle (NoPringle group) using propensity scores in a 1:1 ratio according to 6 covariates representative of patients and disease characteristics. Short term outcome was evaluated focusing on intraoperative blood loss and rate of transfusion, morbidity and incidence of anastomotic leakage. Uni- and multivariate analysis for liver surgery related factors affecting the risk of colonic leakage was performed.

Results: The two groups resulted similar in terms of preoperative characteristics (in particular in terms of distribution of rectal tumors and need and type of neoadjuvant treatments). Intraoperative blood loss was reduced in the Pringle Group (150 ±100 mL) compared with the noPringle group (250 ± 200 mL, p=0.05), while postoperative morbidity (29.5% and 32.4% respectively) and incidence (9.9% in both groups) and severity of colonic fistula. At uni- and multivariate analysis for liver-related factors potentially affecting the risk of colonic fistula, a preoperative albumin level <3.5 g/dL resulted significantly associated with postoperative leakage. Extension of liver resection, Pringle maneuver and length of Pringle maneuver did not show a significant correlation with anastomotic leakage.

Conclusion: The use of Pringle maneuver in the setting of combined hepatic and colorectal resections allows to maintain a potential advantage in terms of reduction of intraoperative bleeding, without negatively affecting the risk of anastomotic leakage. On the contrary, an impaired synthesis of protein (resulting in a low preoperative level of albumin) seems to affect the risk of leakage, as a result of an ineffective wounds healing.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

ENHANCED BENEFIT OF THE LAPAROSCOPIC APPROACH FOR LIVER RESECTIONS IN THE POSTEROSUPERIOR VERSUS ANTEROLATERAL SEGMENTS. ANALYSIS OF THE DELTA OF ADVANTAGE WITH THE OPEN APPROACH

F. Cipriani, F. Ratti, M. Paganelli, M. Catena, L. Aldrighetti

Chirurgia Epatobiliare, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Introduction: Advantages over the open technique are demonstrated for both resections in the anterolateral (ALr) and posterosuperior liver segments (PSr) when performed minimally-invasively. However, it is unexplored if the magnitude of benefit conferred by laparoscopy is similar for ALr and PSr, or whether it is enhanced for any of the two procedures. Consequently, aim of this study is to investigate possible differences between ALr and PSr in the delta of advantage provided by laparoscopy.

Methods: Laparoscopic procedures (AL-LLR and PS-LLR) in the ERAS period (2011-'17) were paired with open counterparts (AL-OLR and PS-OLR) after propensity score matching. Mean/median differences (for appropriate parameters) were calculated to quantify the delta of advantage between ALr and PSr.

Results: 239 AL-LLR were compared with 239 AL-OLR, and 176 PS-LLR with 176 PS-OLR. Liver metastases were the prevalent indication in both open groups, while HCC was the more frequent in the laparoscopic groups. Compared to AL-OLR, AL-LLR reduced blood loss (155vs225mL,p0.036), morbidity (8.8vs14.6%,p0.038), time to orally-controlled pain (2vs3days,p0.021), time to independent mobilization (1vs2days,p0.035) and total stay (3vs4days,p0.043). Compared to PS-OLR, PS-LLR showed reduced blood loss (295vs465mL,p0.008), transfusions (4.5vs14.8%,p0.003), morbidity (10.8vs22.7%,p0.006), time to orally-controlled pain (2vs4days,p0.009), to independent mobilization (1vs2days,p0.042), functional recovery (4vs5day,p0.015) and total stay (5vs6days,p0.017). Delta of advantage of PS-LLR resulted significantly greater than AL-LLR for blood loss (-78vs-161mL,p0.021), transfusions (-1.6vs-10.3%,p0.004), morbidity (-5.8vs-11.9%,p0.035), time to orally-controlled pain (-1vs-2days,p0.028) and functional recovery (0vs-1day,p0.037).

Conclusions: While both resulting beneficial, the advantage of laparoscopy appears greater for PSr than ALr. Despite the inherent technical challenges, training programs should aim to develop adequate proficiency to allow the expansion of candidates to LLR to encompass those complex procedures.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

PERFORMANCE DIAGNOSTICA DELLA PET/TC-FDG NEI PAZIENTI CON METASTASI EPATICHE DA TUMORE MUCINOSO COLO-RETTALE

N. Russolillo, A. Borello, S. Langella, R. Lo Tesoriere, F. Forchino, A. Ferrero

Ospedale Mauriziano Umberto I, Dipartimento di Chirurgia Generale ed Oncologica, Torino

Background: La Tomografia ad emissione di positroni con 18-F fluorodesossiglucosio (PET/TC-FDG) è largamente utilizzata nella stadiazione dei tumori. Alcuni Autori hanno riportato una ridotta sensibilità nella diagnostica di tumori mucinosi, principalmente di origine gastrica e polmonare. Pochi dati sono disponibili sulla performance diagnostica della PET/TC-FDG nei pazienti affetti da metastasi epatiche mucinose (mucCRLM) da tumore colo-rettale

Pazienti e Metodi: È stata eseguita un'analisi retrospettiva di tutti i pazienti sottoposti nel nostro centro tra il 2004 e il 2017 a PET/TC-FDG preoperatoria e successiva resezione epatica per mucCRLM. Per l'analisi è stata utilizzata l'originale interpretazione clinica delle PET/TC-FDG. Lo standard di riferimento è stato fornito dall'esame anatomo-patologico e/o dal follow-up. Sono state definite mucinose le metastasi epatiche contenenti almeno il 50% di mucina. La performance diagnostica è stata calcolata sia in un'analisi per organo che per lesione.

Risultati: 831 pazienti sono stati sottoposti a resezione epatica per metastasi colo-rettali nel periodo in esame, di cui 131 sono risultate mucCRLM (15.7%). La PET/TC-FDG è stata eseguita in 58 (44.2%) pazienti. Sulla base dei dati anatomo-patologici e/o del follow-up, sono state diagnosticate 171 lesioni epatiche. La PET/TC-FDG ne ha confermato 71 in 51 pazienti. Un paziente con PET/TC-FDG negativa ha presentato una risposta patologica completa. 12 (20.6%) pazienti presentavano un totale di 13 depositi tumorali extra-epatici. Nell'analisi per organo la sensibilità e la specificità della PET/TC-FDG era del 89.4% e 100% per le metastasi epatiche, 66.7% e 95.6% per le metastasi polmonari e 62.5% e 97.8% per le metastasi linfonodali. Nell'analisi per lesione la sensibilità e specificità della PET/TC-FDG per le metastasi epatiche era del 60.7% e 93.4%, rispettivamente.

Conclusioni: Il limitato valore diagnostico della PET/TC-FDG nei tumori mucinosi è confermato anche nei pazienti con metastasi epatiche ed extraepatiche da tumore colo-rettale mucinoso.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

IMPATTO DELLA LOCALIZZAZIONE DEL TUMORE PRIMITIVO SUL PATTERN DI RECIDIVA E SULLA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE EPATICA PER METASTASI DA CARCINOMA DEL COLON

N. Russolillo¹, E. Sperti¹, F. Menonna¹, A. Allieta¹, M. Di Maio^{1,2}, A. Ferrero¹

¹ Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

² Università di Torino

Introduzione: Negli ultimi anni alcuni studi hanno riportato una prognosi peggiore per i tumori del colon destro (TCD) rispetto a quelli del colon sinistro (TCS). Tuttavia risultati conflittuali sono descritti nei diversi stadi di malattia. L'obiettivo di questo studio era di confrontare il pattern di recidiva e la sopravvivenza dei pazienti sottoposti a resezione epatica per metastasi epatiche da TCD e TCS.

Pazienti e metodi: Sono stati analizzati in maniera retrospettiva i dati raccolti in maniera prospettica di pazienti sottoposti a prima resezione epatica per metastasi epatiche da carcinoma coloretale tra il 2000 e il 2017. I tumori localizzati nel cieco, nel colon ascendente e nel colon trasverso sono stati definiti tumori del colon destro; i tumori localizzati nella flessura splenica, nel colon discendente e nel colon sigmoideo sono stati definiti tumori del colon sinistro. Sono stati esclusi dall'analisi i tumori del retto, i tumori primitivi multipli e i tumori a localizzazione sconosciuta. È stato analizzato il pattern di diffusione metastatica e la sopravvivenza dopo resezione epatica curativa. Le curve di sopravvivenza sono state calcolate secondo il metodo di Kaplan-Meier e confrontate con il test di log-rank.

Risultati: Dei 995 operati, 686 rientravano nei criteri di inclusione (TCD = 332, 46.9%; TCS=364, 53.1%). Per i tumori del colon destro, la prevalenza di linfonodi metastatici è stata più elevata (67.4% vs. 57.5%; p=0.008). Le metastasi epatiche da carcinoma del TCD erano più frequentemente mucinose (16.8% vs. 8.4%, p=0.005) e scarsamente differenziate (66.4% vs. 56%, p=0.009). La percentuale di risposta alla chemioterapia neoadiuvante è apparsa essere inferiore per i pazienti con TCD (45.9% vs. 54.1%), benché la differenza non è risultata statisticamente significativa (p=0.058). Dopo un follow-up mediano di 81 mesi, 451 (65.7%) pazienti hanno sviluppato una recidiva di malattia (TCD 68.9% vs. TCS 62.9%, p=0.097). Nei pazienti con TCD, si è verificata più frequentemente recidiva encefalica (2.3% vs. 0%; p=0.029) e recidiva in siti multipli (25.5% vs. 17.3%; p=0.037). Il tasso di ri-resezione è apparso essere significativamente inferiore nei pazienti con TCD (28.3% vs. 38.4%; p=0.024). L'analisi della sopravvivenza ha dimostrato che i TCD hanno percentuali inferiori di sopravvivenza libera da recidiva a 5 anni (20.5% vs. 30.8%; p=0.007) e di sopravvivenza globale (OS 5 anni: 35.8% vs 47.3%; OS a 10 anni: 3.7% vs. 18.3%; p<0,001). 345 pazienti sono stati sottoposti ad un follow-up di 10 anni. Di questi, 69 (20%) sono risultati essere liberi da malattia con una percentuale significativamente maggiore nel gruppo di pazienti con TCS (26.8% vs. 13.8%, p<0.001).

Conclusioni: Le metastasi epatiche da TCD sono più frequentemente mucinose e scarsamente differenziate rispetto a metastasi da TCS. Il TCD è associato a recidive aggressive e raramente ri-resecabili e ad una sopravvivenza inferiore.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

MORFOLOGIA E CARATTERISTICHE BIOLOGICHE DELLA MALATTIA SONO ASSOCIATE CON LA PROGNOSI DEI PAZIENTI CON METASTASI EPATICHE COLORETTALI SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE

F. Bagante¹, A. Ruzzenente¹, T. Campagnaro¹, S. Conci¹, M. Piccino¹, M. De Angelis¹, R. Ziello¹, A. Guglielmi¹, M. Weiss², T. Pawlik³, C. Iacono¹

¹ Chirurgia Generale ed Epatobiliare, Verona

² Department of Surgery, Baltimore (USA)

³ Department of Surgery, Columbus (USA)

Introduzione: Utilizzando un metodo simile al "metro-ticket" proposto per valutare il vantaggio in termini di prognosi dei pazienti sottoposti a trapianto epatico per carcinoma epatocellulare, il "tumor burden score" (TBS) si è dimostrato in grado di stimare l'impatto delle caratteristiche morfologiche del tumore (numero e dimensioni) sulla prognosi dei pazienti sottoposti a resezione chirurgica per metastasi epatiche da colon-retto (CRLM). Con il presente lavoro, è stato valutato l'impatto della biologia del tumore - determinata come il grado di risposta alla chemioterapia preoperatoria (pChemo) sulla morfologia tumorale (TBS)- sulla prognosi dei pazienti sottoposti ad epatectomia per CRLM.

Metodi: Un totale di 669 pazienti sottoposti a chirurgia per CRLM hanno ricevuto pChemo tra il 2000 e il 2015 e sono stati inclusi nel presente studio. TBS è stato calcolato in base al numero e alle dimensioni massime delle metastasi identificate all'imaging preoperatorio. La sopravvivenza globale (overall survival, OS) è stata valutata in base alla risposta preoperatoria confrontando pre- versus post-pChemo TBS.

Risultati: Prima della pChemo la dimensione mediana del tumore e il numero medio di metastasi sono risultati rispettivamente 2.7 cm (range interquartile, IQR, 1.8-4.1) e 2 (IQR, 1-4) con un pre-pChemo TBS mediano di 3.8 (IQR, 2.7-5.6). Successivamente alla pChemo, il TBS è risultato in media 4.1 (IQR, 2.8-6.3), in 188 (28.1%) pazienti il TBS post-pChemo è aumentato con un incremento medio di +55.2% (IQR, +35.3-+85.8). Al contrario, il TBS post-pChemo è diminuito o rimasto invariato in 463 (69.2%) pazienti con un TBS mediano dello 0% (IQR, -17.8 -+3.6). I pazienti con un TBS post-pChemo aumentato hanno presentato una OS a 5 anni del 37.3% (IQR, 29.3-47.5) in confronto a una OS a 5 anni del 52.9% (IQR, 46.9-59.6) per i pazienti con una TBS diminuito o invariato (p=0.004). Nell'analisi multivariata, mentre un alto pre-pChemo TBS (HR 1.11, 95% CI 1.06-1.16) è risultato associato con un alto rischio di morte, i pazienti che hanno presentato un diminuito TBS dopo pChemo hanno presentato un diminuito rischio di morte (HR 0.65, 95% CI 0.52-0.80)(entrambi p<0.001)(Figura).

Conclusioni: Sia le caratteristiche morfologiche (pre-pChemo TBS) che il comportamento biologico della malattia (diminuzione del TBS post-pChemo) sono risultati fortemente associati alla prognosi dei pazienti sottoposti a resezione epatica per CRLM.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

TECNICHE DI TRATTAMENTO LOCOREGIONALI DELLE METASTASI EPATICHE RESECABILI DA CANCRO COLORETTALE: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

G. Rompianesi¹, M. Di Martino², I. Mora Guzan², E. Martin Perez²

¹ Royal Free Hospital NHS Foundation Trust, Londra (REGNO UNITO)

² Hospital Universitario de La Princesa, Madrid (SPAGNA)

Obiettivi: Diversi trattamenti locoregionali (TLR) quali radiofrequenza (RFA), ablazione con microonde (MWA), elettroporazione (IRE) e crioablazione (CA) sono stati descritti come potenziali opzioni terapeutiche alternative alla chirurgia per il trattamento delle metastasi epatiche da carcinoma coloretale (CRLM). I dati relativi ai risultati di questi trattamenti sono eterogenei e mancano analisi che comparano i diversi TLR al fine di identificare quale offra l'outcome migliore, anche rispetto alla chirurgia, o quali criteri debbano essere usati per scegliere una specifica TLR.

Materiali e metodi: Sono stati selezionati studi prospettici, retrospettivi o randomizzati controllati che includono pazienti adulti con CRLM resecabili chirurgicamente e sottoposti a trattamento con RFA, MWA, IRE e CA esclusivamente con intento curativo e non in combinazione con chirurgia. Sono stati analizzati gli eventi avversi (AE), la disease free survival (DFS) e la overall survival (OS) ed è stata eseguita una meta-analisi comparando i TLR con la chirurgia e calcolando il rischio relativo (RR) e l'intervallo di confidenza al 95% (CI95%).

Risultati: La qualità dei 21 studi selezionati è risultata con una mediana di 12 (range 6-14) secondo i criteri MINORS modificati. La proporzione di AE è risultata 1.5% (0-13): 1.5% per RFA (0-5), 0% per MWA (0-13) e 4% per CA. L'incidenza di local tumor progression (LTP) è risultata 14% (0-37): 14% per RFA (0-37), 4.5% per MWA (1-8) e 21% per CA.

La DFS a 1, 3 e 5 anni è risultata 75% (40-95), 34% (15-70) e 34% (5-39): 72% (40-82), 28% (15-58) e 25% per RFA e 87.5% (80-95), 60% (50-70) e 38.5% per MWA. La OS a 1, 3 e 5 anni è risultata 87% (71-100), 58% (14-81) e 46.5% (14-58): 90% (83-100) e 59% (38-81) e 46.5% (14-56) per RFA; 80% (71-88), 70% (14-70) e 55% (52-58) per MWA e 82% (80-84), 34% (31-37) e 20% per CA.

Negli 11 studi che comparano TLR e chirurgia la LTP mediana dei pazienti sottoposti a chirurgia è risultata 6% (4-19); la DFS a 1, 3 e 5 anni 88% (60-100), 53% (36-88) e 35% (12-74), la OS a 1, 3 e 5 anni 94% (69-100), 63.5% (23-81), e 57% (31-65).

La meta-analisi non ha mostrato differenze tra TLR e chirurgia nella mortalità (RR 0.549, CI95% 0.228-1.324) e LTP (RR 3.060, CI95% 0.838-11.168), mentre gli AE sono risultati superiori nei pazienti sottoposti a chirurgia (RR 0.001, CI95% -1.989-0.047). La DFS ad 1 anno (RR 0.799, CI95% 0.682-0.937), 3 anni (RR 0.559, CI95% 0.410-0.763), 5 anni (RR 0.645, CI95% 0.490-0.849) e la OS ad 1 anno (RR 0.962, CI95% 0.926-0.999), 3 anni (RR 0.886, CI95% 0.789-0.994) e 5 anni (RR 0.708, CI95% 0.582-0.860) sono risultate inferiori per i TLR comparati alla chirurgia.

Conclusioni: Tutti i TLR per il trattamento di CRLM resecabili sono risultati sicuri e associati ad un basso tasso di AE, che risultano simili tra RFA, MWA e CA. MWA è la tecnica associata ad una minor LTP ed una superiore DFS e OS. La chirurgia, nonostante l'incidenza più alta di AE, sembra permettere una migliore DFS e OS.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

RAS MUTATION STATUS IS RELATED WITH PRIMARY LOCATION AND SURVIVAL IN PATIENTS UNDERGOING LIVER RESECTION FOR COLORECTAL LIVER METASTASES

S. Conci, A. Ruzzenente, R. Ziello, M. Renso, C. Pedrazzani, T. Campagnaro, F. Bagante, M. Piccino, P. Capelli, A. Scarpa, C. Iacono, A. Guglielmi

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Policlinico G.B. Rossi, Verona

Background: There is a growing amount of data supporting the concept that cancers originating from the right-side and left-side colon are distinct clinicopathological entities. Data on RAS mutation status between right-side and left-side colon cancers are still controversial in particular in patients with metastatic disease. RAS mutation has been reported to be associated with aggressive tumor biology and recently, also has been proposed as a prognostic marker in patients undergoing liver resection for colorectal liver metastases (CRLM).

Aims: We aim to investigate the differences in RAS mutation according with the site of primary tumors and the impact of RAS mutation status on survival in patients undergoing curative resection of CRLM.

Methods: a retrospective analysis of a single institutional series of 314 patients submitted to curative surgery for CRLM for 2006 to 2016 was carried out. Somatic mutations were analyzed using mass spectroscopy and data were available in 151 patients. The relationship between RAS mutation status, clinicopathological characteristics and survival outcomes were investigated using univariate and multivariate analysis.

Results: A total of 110 (72.8%) patients had synchronous disease, 90 (59.6%) patients had 3 or more liver metastases, 46 (30.5%) patients had lesion size > 50mm. Primary site was right colon in 33 (21.9%) patients, transverse colon in 11 (7.3%) patients, left colon and sigma in 71 (47.0%), and rectum in 36 (23.8%) patients. RAS mutation was identified in 66 (43.7%) patients.

The frequency of RAS mutation varied significantly according to the site of primary tumor: in patients with right and transverse colon cancers the rates of RAS mutation were 69.7% and 72.7%, respectively, conversely in patients with left colon and rectal cancers the rates were 35.2% and 27.8%, respectively, $p < 0.001$. The 5-years overall survival (OS) rates were 56% in KRAS wild-type and 37% in KRAS mutated tumors ($p = 0.005$). Synchronous disease ($p = 0.023$), number of liver lesion > 3 ($p = 0.011$), bilobar disease ($p = 0.034$) and size > 50mm ($p = 0.025$) were other factors related with OS.

At the multivariate analysis KRAS status (HR 3.088, 95% C.I. 1.593-5.987, $p = 0.001$) and number of liver lesion > 3 (HR 2.514, 95% C.I. 1.173-5.391, $p = 0.018$) were identified as independent prognostic factors.

Conclusion: The frequency of RAS mutations is higher in right-side colon cancers. Moreover, RAS mutation predicts worse survival after curative resection of CRLM. These data indicate that the genetic profile of CRLM should be used to improve the treatment strategy of patients with CRLM.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

FATTORI PROGNOSTICI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE EPATICA PER METASTASI SINCRONE O METACRONE DA ADENOCARCINOMA COLORETTALE

A. Taddei, I. Bartolini, M.N. Ringressi, F. Melli, M. Risaliti, M. Brugia, E. Mini, G. Batignani, P. Bechi, L. Boni

AOU Careggi, Firenze

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è identificare fattori clinici e istopatologici (sia del tumore primitivo che della metastasi) che correlino con la sopravvivenza libera da malattia e con la sopravvivenza globale, in pazienti sottoposti a resezione epatica per metastasi da cancro coloretale (CCR) ad intento curativo.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi tutti i pazienti sottoposti a resezione epatica per metastasi da adenocarcinoma coloretale sincrone o metacrone senza ulteriore diffusione di malattia da febbraio 2006 a febbraio 2018. Sono stati valutati nell'analisi univariata numerosi fattori correlati al paziente, al tumore primitivo e alla metastasi. I fattori risultati correlati in maniera statisticamente significativa alla sopravvivenza globale e/o libera da malattia sono stati quindi testati nell'analisi multivariata.

Risultati: Sono stati inclusi nello studio 70 pazienti. La mediana di follow-up è 37 mesi (range 1-119). La sopravvivenza mediana libera da malattia e globale sono, rispettivamente, 15.2 e 62.7 mesi ed i tassi di sopravvivenza libera da malattia e globale a 5 anni sono rispettivamente 16% e 53%. Nell'analisi univariata, correlano con la sopravvivenza libera da malattia in maniera statisticamente significativa i seguenti fattori: l'esordio di malattia (sincrono/metacrono) e le modalità di trattamento in caso di lesione sincrone (approccio combinato/intervento in due tempi) ($p < .0001$), ASA score ($p = 0.003$), il trattamento chemioterapico dopo la resezione epatica ($p = 0.028$), stadio T del primitivo ($p = 0.021$), numero di metastasi epatiche resecate ($p < .0001$) e stato dei margini epatici ($p = 0.032$). Correlano con la sopravvivenza globale in maniera statisticamente significativa i seguenti fattori: resezione peritoneale in corso di chirurgia sul primitivo ($p = 0.026$), estensione della resezione epatica ($p = 0.024$), trattamento chemioterapico dopo chirurgia epatica ($p = 0.047$) e stadio N ($p = 0.018$). Nell'analisi multivariata, correlano significativamente con la sopravvivenza libera da malattia l'esordio/trattamento di malattia, ASA score e l'aver eseguito un trattamento chemioterapico, mentre correlano con la sopravvivenza globale l'esordio/trattamento di malattia, stadio N del primitivo, l'aver eseguito una resezione peritoneale in corso di chirurgia coloretale e la tecnica utilizzata nelle resezioni del tumore primitivo.

Conclusioni: La chirurgia è uno dei capisaldi nel trattamento del CCR. La selezione del paziente da candidare a chirurgia, all'interno di un percorso multidisciplinare, potrebbe migliorare tenendo in considerazione i fattori prognostici identificati.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

IMPATTO DELLA SEDE DEL TUMORE PRIMITIVO SULLA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE EPATICA PER METASTASI COLORETTALI

E. Panettieri¹, G. Zimmitti², F. Ardito¹, M. Vellone¹, F. Giuliani¹

¹ Università Cattolica-Fondazione Policlinico A. Gemelli, Roma

² Fondazione Poliambulanza, Brescia

Background: Nonostante numerosi studi abbiano sottolineato come la sede del tumore primitivo (colon destro vs. colon sinistro) abbia un impatto sulla sopravvivenza dopo resezione per metastasi epatiche coloretali (MECR), i risultati sono ancora contrastanti.

Obiettivo dello studio: Valutare le sopravvivenze globale (SG) e libera da malattia (SLM) dopo resezione epatica per MECR da colon destro (DMECR) vs. colon sinistro (SMECR) in pazienti sottoposti a chemioterapia preoperatoria.

Materiali e metodi: Dei 727 pazienti resecati per MECR (1992-2016), ne sono stati considerati 297 (escludendo quelli con tumore primitivo del trasverso o del retto). Tra questi, 81 resecati per DMECR sono stati confrontati 1:1 con pazienti con SMECR, in relazione a numero e dimensione delle MECR, intervallo libero da malattia (ILM) tra diagnosi del tumore primitivo e delle MECR, stato linfonodale del tumore primitivo e concomitanza di malattia extraepatica.

Risultati: Complessivamente, il 66.7% dei pazienti aveva MECR multiple, il 21% MECR>5 cm, l'82.7% ILM<12 mesi, il 67.9% linfonodi positivi e l'11.1% malattia extraepatica al momento della resezione. I pazienti con DMECR erano simili a quelli con SMECR in termini di caratteristiche demografiche, cliniche, perioperatorie e patologiche. I pazienti resecati per DMECR, rispetto a quelli con SMECR, presentavano una SLM e una SG a 5 anni significativamente inferiori (rispettivamente 18% vs. 39% e 38% vs. 65%). All'analisi multivariata, la resezione per DMECR, rispetto a SMECR, si è rivelata il fattore predittivo più affidabile di recidiva (Hazard Ratio: 2.265, p<.001) e morte (HR: 2.234, p=.001). In presenza di recidiva la ri-resezione era meno frequente tra i pazienti con DMECR (26%) rispetto a quelli con SMECR (44%, p=.05) ed era associata con una SG a 5 anni più lunga (64% vs 17%; p<.001).

Conclusioni: I pazienti con DMECR, a confronto con quelli con SMECR, hanno sopravvivenze peggiori, probabilmente in relazione ad un differente pattern di recidiva che è associato ad una minore incidenza di ri-resezione.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

CONTA PIASTRINICA ELEVATA COME FATTORE PROGNOSTICO NEI PAZIENTI CON CANCRO COLORETTALE E METASTASI EPATICHE SINCRONE

G. Turri, C. Pedrazzani, G. Mantovani, C. Conti, E. Lazzarini, F. Secci, M. Tripepi, M. Rivelli, R. Ziello, G. Lazzari, S. Conci, A. Ruzzenente, A. Guglielmi

Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare, AOUI Verona, Università degli Studi di Verona

Obiettivi: Il cancro del colon retto (CCR) rappresenta uno dei più frequenti tumori, e nonostante i progressi nella tecnica chirurgica e le nuove linee di chemioterapia rimane una causa importante di morte per cancro. Un numero non indifferente di pazienti (15-20%) presenta metastasi epatiche sincrone alla diagnosi, mentre il 10-15% le svilupperà. Per i pazienti in stadio IV la prognosi viene fortemente influenzata dalla possibilità di eseguire una resezione curativa. Negli ultimi anni si è investigato il rapporto tra le piastrine e i mediatori da loro liberati e le cellule tumorali. Alcuni studi suggeriscono infatti un coinvolgimento delle piastrine sia nella crescita tumorale che nello sviluppo di metastasi a distanza. L'obiettivo primario di questo studio retrospettivo è di valutare il ruolo prognostico della conta piastrinica (PC) nei pazienti con CCR e metastasi epatiche sincrone.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi i pazienti sottoposti a chirurgia per CCR con metastasi epatiche sincrone presso la nostra UOC da gennaio 2005 a novembre 2016 (197 pazienti). Sono stati esclusi i pazienti per i quali non era disponibile PC alla diagnosi, o mancavano informazioni clinico-patologiche ed un adeguato follow-up. Quando possibile, è stato eseguito un intervento simultaneo su primitivo e metastasi con intento radicale. Nei casi presentatisi in urgenza si è spesso preferito l'approccio "colon-first" e la resezione epatica è stata eseguita in un secondo momento. Se presenti, anche le metastasi extraepatiche sono state apprezzate con intento curativo. Il cut-off ottimale di PC è stato fissato a $350 \cdot 10^9/L$.

Risultati: Tra i pazienti inclusi il 32% presentava una PC elevata alla diagnosi (H-PC). H-PC correlava con la presenza di metastasi epatiche bilobarie ($p=0.008$) e con diametro maggiore di 5 cm ($p<0.001$), così come con la presenza di metastasi extraepatiche ($p<0.001$) e un intervento chirurgico non radicale ($p<0.001$). All'analisi univariata, H-PC risultava correlato ad una minor sopravvivenza globale ($p<0.001$), in modo particolare nei pazienti sottoposti a resezione curativa. Considerando invece i pazienti R2, la prognosi risultava infausta indipendentemente da PC. All'analisi multivariata, prendendo in considerazione solo i pazienti sottoposti a resezione curativa, H-PC risultava essere l'unico fattore prognostico indipendente ($HR=2.66$, $p=0.008$).

Conclusioni: Nei pazienti con CCR e metastasi epatiche sincrone la presenza di H-PC alla diagnosi sembrerebbe rappresentare un buon fattore prognostico negativo per la sopravvivenza globale a 5 anni, in modo particolare nei pazienti sottoposti a resezione curativa.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

ROBOTIC LIVER RESECTION: RESULTS OF FIRST 40 CONSECUTIVE CASES

A. Brolese¹, F.A. Ciarleglio¹, G. Viel¹, P. Valduga¹, S. Marcucci¹, C. Prezzi¹, P. Beltempo¹, P. Bondioli¹, G. Berlanda¹, S. Valcanover²

¹ General Surgery Unit II and HBP Surgical Center Santa Chiara Hospital, Trento

² Residency Program School University of Verona

Background: Minimally invasive liver resection is feasible for selected patients. Robotic liver resection has emerged as a new modality in the field of minimally invasive surgery. Since the introduction of Da Vinci robotic surgery, more and more complicated surgeries can now be performed robotically, yet there have been very few on robotic hepatectomy. The aim of this report is analyze results of our first 40 cases treated by robotic liver resection.

Materials and methods: 284 Liver resections were performed between Jan 2010 and May 2018 (45% with mini invasive approach). From 2013 we introduced Robotic assisted surgery. Over a 60-month period, all consecutive patients who underwent robotic-assisted hepatic resection for a liver mass were included. We accumulated 40 patients who underwent robotic-assisted minimally invasive liver resection. The patients' characteristics, surgical procedures, and perioperative parameters were described in this group.

Results: In the period Jan 2013- May 2018, we performed 40 robotic liver resections. The mean age of the patients was 56.8 y.o. (range 9 – 86) and 19 were male. Clinical Indication were: HCC/liver Mts/Cholangiocarcinoma/benign lesions in 18/12/2/8 cases respectively. Surgical Procedures were 6 Left Lateral Sectionectomy, 2 Right Lateral Sectionectomy, 8 Segmentectomy, 22 Wedge/ Sub-Segmentectomy, 1 Left and 1 right hepatectomy. Eight patients (16.3%) had tumours located in the difficult posterosuperior segments and they underwent right posterior wedge resection or sectionectomies. The median operating console time was 200 min. The average estimated blood loss was <150 and patients do not received perioperative transfusions. Conversions Rate to open surgery was 5% (2/40). The overall complication rate was 17.9%. Mortality rate was 0%. Liver resection-related complication (bile leakage) occurred in six patients (15%). The median p.o. length of hospital stay was 6 days (range 2-14). All procedures were R0 resection.

Conclusion: Robotic surgery can enhance a surgeon's laparoscopic skills through a magnified three-dimensional view and instruments with seven degrees of freedom compared to conventional laparoscopy. Robotic assistance increased the percentage of minimally invasive liver resections and the percentage of major minimally invasive liver resections with comparable perioperative results. Robotic-assisted minimally invasive liver resection is feasible, but its role needs more accumulated experiences to clarify. Robotic liver resection is safe and feasible for experienced surgeons with advanced laparoscopic skills. Long-term oncologic outcomes are unclear, but short-term perioperative results seem comparable to those of conventional laparoscopic liver resection.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

REAPPRAISAL OF THE ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION FOR HCC IN AND OUT OF BCLC CRITERIA: PROPENSITY SCORE BASED ANALYSIS

F. Ratti, F. Cipriani, G. Fiorentini, M. Catena, M. Paganelli, L. Aldrighetti

Unità di Chirurgia Generale Epatobiliare, Ospedale San Raffaele, Milano

Background: Despite the BCLC staging system is the most widely used tool to guide treatment choices in HCC, most hepatobiliary centers offer surgery as an option with acceptable morbidity and adequate long-term outcomes even out of these criteria. With the widespread diffusion of laparoscopic approach, associated with reduced blood loss, transfusion rate, postoperative ascites, and liver failure (most studies indicate laparoscopy as the only independent factor to reduce the complication rate in minor resections), minimally invasive treatment has been offered even to patients with BCLC-out disease. The aim of the present study was to analyse the outcome benefit of laparoscopic approach specifically in patients with BCLC-out patients.

Material and methods: 209 consecutive patients who underwent laparoscopic liver resection for HCC between 2005 and 2017 were stratified according to the characteristics of their liver disease in BCLC-inLap Group (including 109 patients) and BCLC-outLap Group (including 142 patients). Each group was then matched in a 1:1 ratio with patients operated by open approach using propensity scores based on 7 covariates representative of patients and disease features, after stratification of the open Group according to BCLC. Short term outcomes were evaluated and compared, with specific focus on liver related postoperative complications. The delta of benefit associated with minimally invasive technique was evaluated between BCLC-in and BCLC-out patients taking into account blood loss and morbidity rate as outcome indicators.

Results: Preoperative characteristics of patients and disease were comparable between laparoscopic and open Groups both in BCLC-in and BCLC-out patients. Laparoscopic series resulted in a statistically significant lower blood loss (150 vs 200, $p=0.03$; 200 vs 400, $p=0.01$), reduced morbidity (9.2% vs 14.7%, $p=0.04$; 13.4% vs 22.5%, $p=0.02$), reduced incidence of hepatic decompensation (4.6% vs 11%, $p=0.01$; 6.3% vs 14.1%, $p=0.01$) and shorter length of stay (3 vs 5 days, $p=0.04$; 4 vs 7 days, $p=0.03$) respectively in BCLC-in and BCLC-out patients. The delta of benefit associated with laparoscopic approach was significantly wider in BCLC-out compared with BCLC-in patients both in terms of blood loss (delta50 vs delta200 mL, $p=0.03$) and morbidity rate (delta5.5% vs delta9.1%, $p=0.04$).

Conclusion: The favourable biological scenario associated with laparoscopic approach allows to obtain enhanced benefits in the setting of more oncologically advanced liver disease (i.e. BCLC-out patients), constituting the prerequisite for an adequate surgical outcome. The push towards minimally invasiveness should not change surgical indication but create the basis for a safer approach.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 08:30-11:00

HPB: METASTASI DA CCR 1

SALA P

A COMPLEXITY-BASED AND STEPWISE LEARNING CURVE IN 607 LAPAROSCOPIC LIVER RESECTIONS: A SINGLE SURGEON ANALYSIS TO DEFINE A STANDARD FOR TECHNICAL IMPROVEMENT

L. Aldrighetti, F. Cipriani, G. Fiorentini, F. Ratti

Unità di Chirurgia Generale Epatobiliare, Ospedale San Raffaele, Milano

Importance: The standard educational path to complete the learning curve in laparoscopic liver resections (LLR) should be defined taking into account the degree of surgical complexity, to maintain an adequate profile of safety until its completion.

Objective: To define a single surgeon learning curve in a series of procedures grouped according to their complexity calculated by difficulty index to define a standard for technical improvement.

Design: 607 LLR performed by a single surgeon (2005-2017) were stratified by difficulty scores: Low-Difficulty (LD, n=227); Intermediate-Difficulty (ID, n=197) and High-Difficulty (HD, n=183). The learning curve effect was analyzed in the three Groups using the Cumulative Sum (CUSUM) method taking into consideration the expected risk of conversion.

Results: Along with increasing numerosity and complexity of cases, the ratio laparoscopic/total liver resections increased from 5.8% (2005) to 72.8% (2017). The CUSUM analysis per group showed that the average value of the conversion rate was reached at the 50th case in the LD Group and at the 15th in the ID and HD groups. The evolution from LD to ID and HD procedures occurred only when learning curve in LD resections was concluded. Reflecting different degree of complexity, procedures showed significantly different blood loss, morbidity and conversions among groups.

Conclusion: A standard educational model – stepwise and progressive - is mandatory to allow surgeons to define the technical and technological background to deal with a specific degree of difficulty, providing an help in the definition of indications to laparoscopic approach in each phase of training.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

PURE LAPAROSCOPIC RIGHT HEPATECTOMY: A RISK SCORE FOR CONVERSION FOR THE PARADIGM OF DIFFICULT LAPAROSCOPIC LIVER RESECTIONS

F. Cipriani, F. Ratti, M. Catena, M. Paganelli, L. Aldrighetti

Chirurgia Epatobiliare, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Aims: Converted laparoscopic liver resection (LLR) are known to lose some advantages of the minimally invasiveness, and factors have already been identified to better manage patients at risk for conversion. Given the peculiarities of laparoscopic right hepatectomy (LRH), and its technical differences with other complex hepatectomies, more specific evidence for this procedure is expected of utmost usefulness in clinical practice.

Methods: The dataset of patients receiving LRH at a high-volume centre (2007-2017) was analysed. Risk factors for conversion were identified by uni- and multivariable analysis. A conversion risk score (CRS) was built assigning each factor 1 point, and comparing the score for each patient with the conversion status. The accuracy of the system was assessed by calculating the area under the receiver-operator characteristic (ROC) curve. The outcomes of converted and completed LRH were compared after Propensity Score matching (PSM) with risk factors for conversion identified at the multivariable analysis used as covariates.

Results: HCC was the prevalent indication among 100 LRH (39%). Conversion was required in 18 patients (18%), and the reasons were: oncologic radicality in 8 (44.4%), bleeding in 6 (33.3%), adhesions in 2 (11.1%), anaesthesiological in 1 (5.5%), biliostasis in 1 (5.5%). At multivariable analysis, risk factors for conversion were: previous liver surgery (HR4.5 p=0.013), preoperative chemotherapy (HR6.7 p = 0.023), malignant diagnosis (HR3.8 p=0.018), closeness (< 1cm) to hepatocaval confluence (HR4.2 p = 0.038), tumour volume (HR3.4 p=0.010). Conversion rates correlated with the CRS, raising from 0 to 100% when CRS increased from 0 to 5 (Spearman p=0.020). The CRS showed accuracy with an area under the ROC curve of 0.86. After PSM, converted patients exhibited longer operative time (376vs340 min p=0.045), greater blood loss (619vs364 ml p=0.002), higher transfusion (27vs13% p=0.028) and morbidity rates (55vs19% p=0.003), and longer hospital stay (8.5vs6.5 days p=0.026).

Conclusions: Specific risk factors for conversion are identified for LRH. The outcomes of patients experiencing conversion during LRH are less favourable than those completed laparoscopically. The CRS here produced may help in defining preoperatively the best strategy for patients at particular risk for conversion during such a challenging procedure.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

IL METILPREDNISOLONE PREOPERATORIO IN CORSO DI CHIRURGIA EPATICA. QUALE VANTAGGIO? STUDIO RETROSPETTIVO MULTICENTRICO

G. Palini¹, F. Paratore¹, M. Ravaioli², L. Veneroni¹, M. Giordano¹, N. Zanini¹, G. Ercolani², G. Garulli¹

¹ Ospedale Infermi, Rimini

² Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì

³ Ospedale Sant' Orsola, Bologna

Obiettivi: In chirurgia epatica è noto il rapporto tra clampaggio ilare e danno da ischemia-riperfusion. Diverse alterazioni immunologiche, metaboliche e microvascolari sono alla base della conseguente sofferenza epatocellulare.

Il metilprednisolone ha un noto effetto antinfiammatorio e immunosoppressivo e può avere un ruolo terapeutico nel ridurre i successivi processi infiammatori conseguenti al danno da ischemia-riperfusion in corso di chirurgia epatica.

Studi pubblicati fino ad ora mostrano tuttavia risultati controversi sulla sua efficacia terapeutica.

Materiali e metodi: Tra il 2006 e il 2014 i pazienti sottoposti a resezioni epatica presso l'Ospedale Infermi (Rimini) e l'Università di Bologna sono stati inseriti in un database prospettico. Il database è stato interrogato per selezionare i pazienti in due gruppi: pazienti non sottoposti (gruppo A) e sottoposti (gruppo B) a infusione preoperatoria endovena di metilprednisolone 500mg all'induzione della anestesia generale. Questi due gruppi sono stati resi omogenei per patologia e comorbidità e suddivisi per tipo di procedura chirurgica maggiore o minore. End-point dello studio sono stati mortalità post-operatoria a 90 giorni e morbilità post-operatoria.

Risultati: 924 pazienti sono stati raccolti prospetticamente. 610 non sottoposti ad infusione di steroide e 314 sottoposti ad infusione di steroide. Dopo aver corretto i gruppi e averli resi omogenei per patologia e comorbidità (rispettivamente 509 e 202 pazienti) sono stati confrontati gli outcome stratificati per chirurgia maggiore e minore.

	Gruppo A	Gruppo B
Chir minore	340	165
Chir Maggiore	169	37
Totale	509	202

Non vi sono differenze sulle curve di mortalità a 90 giorni.

La morbilità globale si mostra nettamente minore nei pazienti sottoposti ad infusione di steroide (Gruppo chirurgia minore Acm 35,6% vs. Bcm 19,4%, $p < 0.001$; Gruppo Chirurgia maggiore ACM 47,9% vs. BCM 21,6%, $p = 0.003$)

Se si analizzano le complicanze maggiori Clavien-Dindo maggiori o uguali al grado 3a, sia nella chirurgia maggiore che nella chirurgia minore lo steroide ha un impatto positivo, raggiungendo in quest'ultimo gruppo anche una significatività statistica (Gruppo chirurgia minore Acm 11,1% vs. Bcm 5,4%, $p = 0.038$; Gruppo Chirurgia maggiore ACM 20,1% vs. BCM 13,5%, $p = 0.353$).

Conclusioni: L'impiego di steroide preoperatorio endovena ha un impatto favorevole sull'outcome postoperatorio dopo resezioni epatiche, modulando la risposta infiammatoria. Ulteriori studi sono necessari per valutare le curve di andamento degli indici di funzionalità epatica in risposta alla somministrazione steroidea.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

VANTAGGI DELLA TECNICA LAPAROSCOPICA NELLA RESEZIONE EPATICA MINORE DELL'EPATOCARCINOMA SU CIRROSI: ANALISI DI 514 CASI TRATTATI

S. Di Sandro¹, M. Danieli¹, R. De Carlis¹, A. Lauterio¹, L. Benuzzi¹, F. Botta², F. Ferla¹, L. Centonze¹, V. Buscemi¹, V. Bagnardi², L. De Carlis¹

¹ ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

² Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

Obiettivi: Negli ultimi anni il numero di resezioni epatiche eseguite con tecnica laparoscopica sta aumentando esponenzialmente. Rispetto alla tecnica open, la laparoscopia sembra ridurre le complicanze intra e post-operatorie e la durata dell'ospedalizzazione, garantendo gli stessi risultati in termini di sopravvivenza globale (OS) e libera da malattia (DFS). L'obiettivo dello studio è confrontare la tecnica laparoscopica vs open nell'ambito delle resezioni minori per HCC su cirrosi epatica, valutandone i risultati in termini di morbilità, mortalità e sopravvivenza a lungo termine (OS e DFS).

Materiali e metodi: Da gennaio 2005 a marzo 2017 il nostro centro ha svolto 514 interventi consecutivi di resezione epatica in pazienti con diagnosi di HCC su cirrosi, 79 di questi sono stati eseguiti con tecnica laparoscopica (gruppo LLR) e i restanti 429 con tecnica open (gruppo OLR). I dati relativi sono stati raccolti in un database prospettico e analizzati retrospettivamente in questo studio. La localizzazione del tumore, l'anamnesi per pregressi interventi chirurgici a livello addominale e la preferenza del paziente sono stati i principali elementi tenuti in considerazione nella scelta della tecnica chirurgica (laparoscopica vs open). Il tipo di resezione e l'indicazione chirurgica non sono correlate al tipo di tecnica utilizzata. Per identificare due gruppi di pazienti con le stesse caratteristiche è stato sviluppato un modello di propensity score matching (PSM) con rapporto 1:1 sulla base di variabili pre-operatorie e della conferma istologica della cirrosi. Sono stati inclusi nelle analisi 75 pazienti nel gruppo LLR e 75 pazienti nel gruppo OLR. L'analisi statistica ha stimato i risultati in termini di mortalità e di sopravvivenza (OS e DFS).

Risultati: Dopo il PSM, la quasi totalità dei pazienti è stata sottoposta a resezione epatica minore (< 3 segmenti adiacenti). Il gruppo LLR ha mostrato migliori risultati perioperatori: un tasso di complicanze inferiore (50.7% nei OLR vs 29.3% nei LLR, $p=0.0035$), un volume di sanguinamento intraoperatorio significativamente minore (200 ml nei OLR vs 150 ml nei LLR, $p=0.007$) e un ridotto tempo di ospedalizzazione (mediana: 9 giorni nei OLR vs 7 giorni nei LLR, $p=0.0018$). Inoltre, tra i due gruppi non vi è differenza significativa relativamente alla sopravvivenza a 3 anni sia globale (76%, CI: 60%-86% nei LLR vs 68%, CI: 55%-79% nei OLR, $p=0.32$) che libera da malattia (44%, CI: 28%-58%, vs 44%, CI: 31%-57%, $p=0.94$).

Conclusioni: Nell'ambito della resezione epatica minore per HCC la tecnica laparoscopica sembra essere più sicura rispetto alla tecnica open. Il tasso di complicanze post-operatorie, il sanguinamento e la durata dell'ospedalizzazione, infatti, sono risultati significativamente inferiori nel gruppo LLR rispetto al gruppo OLR. Inoltre non vi sono differenze tra i due gruppi per quanto riguarda sopravvivenza, sia globale che libera da malattia.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

MODELLO PREDITTIVO DI MORBILITÀ E MORTALITÀ PER CARCINOMA EPATOCELLULARE DI STADIO INTERMEDIO (BCLC-B) SOTTOPOSTO A RESEZIONE CHIRURGICA: ANALISI MULTICENTRICA SU 444 PAZIENTI

S. Di Sandro¹, L. Benuzzi¹, R. De Carlis¹, A. Lauterio¹, M. Danieli¹, T. Cena², E. Pinotti², F. Romano², V. Bagnardi², L. Gianotti², L. De Carlis¹

¹ ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

² Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

Obiettivi: L'algoritmo Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) è comunemente utilizzato per la gestione e la scelta terapeutica del paziente con epatocarcinoma (HCC). La resezione epatica è raccomandata per i tumori diagnosticati in stadio precoce o molto precoce, BCLC A/0, mentre la chemioembolizzazione transarteriosa (TACE) è suggerita per lo stadio intermedio, BCLC-B. Tuttavia, nei centri ad alto volume il tasso di aderenza a queste linee guida non supera il 50%. Lo scopo dello studio è analizzare la fattibilità della resezione epatica per HCC nei pazienti con BCLC-B confrontando la sopravvivenza globale (OS), la sopravvivenza libera da recidiva (RFS) e le complicanze postoperatorie con i pazienti BCLC-A e successivamente analizzare il gruppo di pazienti BCLC-B al fine di valutare quali caratteristiche sono associate ad un risultato più favorevole dopo l'intervento chirurgico.

Materiali e metodi: I pazienti sottoposti a resezione chirurgica per HCC tra gennaio 2003 e dicembre 2016 presso due centri epatobiliari di terzo livello sono stati considerati per lo studio osservazionale retrospettivo. Dopo la classificazione secondo BCLC, sono stati esclusi dall'analisi i casi BCLC-C.

Risultati: Nell'analisi sono stati inclusi 444 pazienti: 308 pazienti classificati come BCLC-A/0 e 136 come BCLC-B. Dopo l'intervento chirurgico la percentuale di complicanze gravi è risultata essere pari al doppio nei pazienti con BCLC-B (19,1% vs 9,7%). Il tasso di sopravvivenza globale da 1, 3 e 5 anni era dell'89%, 69% e 52% per i pazienti con BCLC-A/0 e del 76%, 50% e 44% per i pazienti con BCLC-B ($p = 0,003$). La sopravvivenza libera da recidiva da 1, 3 e 5 anni era del 73%, 43% e 31% per i pazienti con BCLC-A e del 60%, 37% e 33% per i pazienti con BCLC-B ($p = 0,150$). Considerando solo i pazienti con BCLC-B, la presenza di più di due lesioni è stata associata ad un più alto rischio di recidiva (HR 2,89; $p = 0,005$). L'HR per recidiva nei pazienti Child-Pugh classe B vs classe A era 2,40 ($p = 0,004$) e in presenza di margini di resezione positivi (R1 vs R0) l'HR per recidiva era 2,58 ($p = 0,002$). La sopravvivenza globale era associata al numero di lesioni ($p = 0,005$), ma non alla loro dimensione ($p = 0,059$).

Conclusione: In conclusione, la resezione epatica per HCC in stadio intermedio dovrebbe essere presa in considerazione in pazienti selezionati, in particolare per i pazienti con meno di tre lesioni.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **11:00-13:30**

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

CONFRONTO TRA RESEZIONE EPATICA MINI-INVASIVA E LAPAROTOMICA CONVENZIONALE NEL CARCINOMA EPATOCELLULARE: RISULTATI CHIRURGICI ED ONCOLOGICI A MEDIO TERMINE

B. Pesi, I. Urciuoli, C. Paolini, F. Tofani, M. Farsi, L. Moraldi, L. Bencini, G. Batignani, M. Annecchiarico, A. Coratti

AOU Careggi, Firenze

Introduzione: il carcinoma epatocellulare (HCC) è il tumore epatico primitivo più frequente e rappresenta la terza causa di morte per cancro. L'approccio mini invasivo si sta diffondendo in tutti i campi della chirurgia, anche nella chirurgia epatica. Tuttavia, gli studi che hanno confrontato l'epatectomia mini invasiva con l'approccio open convenzionale riguardante i risultati oncologici per HCC sono limitati. Scopo dello studio è confrontare i risultati chirurgici e oncologici tra chirurgia epatica mini-invasiva e convenzionale open.

Metodo: Abbiamo eseguito un'analisi retrospettiva sulle caratteristiche demografiche, isto-patologiche e sui risultati chirurgici ed oncologici dei pazienti sottoposti a resezione epatica per HCC con tecnica open e mini-invasiva.

Risultati: Non sono state riscontrate differenze significative nelle caratteristiche demografiche, nella dimensione del tumore, nella localizzazione del tumore e nel tipo di resezione epatica effettuata nei due gruppi. Il tasso di morbilità era simile (classificato secondo lo score Clavien-Dindo), con una percentuale di complicanze del 23% per il gruppo open rispetto al 17% del gruppo mini-invasivo ($p = 0.605$). L'analisi dei dati perioperatori ha mostrato una maggiore perdita di sangue stimata in pazienti sottoposti a resezione aperta (364 ml, range 0-1000) rispetto al gruppo mini-invasivo (186 ml, range 0-400; $p = 0,003$). In tutti i pazienti è stato possibile eseguire una resezione R0. Il tasso di conversione è stato 0%. La sopravvivenza a 3 anni libera da malattia del gruppo mini-invasivo era paragonabile a quella del gruppo open (54% vs 37%; $p = 0,592$), così come la sopravvivenza globale a 3 anni (87% vs 78%; $p = 0,203$).

Conclusioni: I risultati chirurgici e oncologici tra chirurgia epatica mini-invasiva e open sono comparabili. Quindi l'approccio mini-invasivo risulta essere sicuro, non compromette il risultato oncologico ed è un'alternativa valida rispetto all'approccio open. Di conseguenza un centro epatobiliare dovrebbe offrire la possibilità di eseguire interventi con tecnica sia open che mini-invasiva per fornire il miglior livello assistenziale ad ogni paziente.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

MODELLO PROGNOSTICO DI RISCHIO DI MORTE DOPO RESEZIONE EPATICA PER HCC IN PAZIENTI CANDIDABILI A TRAPIANTO DI FEGATO: ANALISI BI-CENTRICA SU 927 CASI TRATTATI

S. Di Sandro¹, M. Danieli¹, C. Sposito², A. Lauterio¹, M. Droz Dit Busset², R. De Carlis¹, L. Benuzzi¹, M. Flores Reyes², V. Mazzaferro², L. De Carlis¹

¹ ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

² Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Obiettivi: Il trapianto di fegato (LT) rappresenta il gold standard per il trattamento dell'epatocarcinoma (HCC) precoce. Tuttavia nella pratica clinica i pazienti con HCC trapiantabile sono indirizzati anche ad altri trattamenti, soprattutto quando il centro di riferimento non offre l'opportunità del trapianto. La resezione epatica (LR) costituisce la principale alternativa terapeutica per HCC precoce. Ad oggi non vi è unanimità nella scelta di indirizzare un paziente con HCC candidabile sia a LT che a LR all'uno o all'altro trattamento. L'obiettivo dello studio è quello di sviluppare un modello prognostico per la stratificazione del rischio dei pazienti sottoposti a LR e di identificare i pazienti che, se trattati con la sola LR, verrebbero significativamente svantaggiati rispetto agli stessi pazienti trattati con LT.

Materiali e metodi: I dati relativi a 927 pazienti consecutivi sottoposti a resezione epatica per HCC da gennaio 2000 a dicembre 2012 presso l'Ospedale Niguarda e l'Istituto Nazionale dei Tumori sono stati raccolti in un database prospettico. I 524 pazienti potenzialmente candidabili a LT sono stati inclusi in questo studio. Due modelli di regressione sono stati utilizzati per stratificare i pazienti in classi di rischio in relazione alla mortalità. Il Modello 1, basato su variabili pre-operatorie, divide i pazienti in pre-low risk e pre-high risk. Il Modello 2, basato anche su variabili peri- e post-operatorie, è stato applicato per re-stratificare i pazienti pre-low risk in post-low risk e post-high risk. I pazienti pre-high risk sono stati comparati ad una coorte di pazienti con caratteristiche simili sottoposti a LT per HCC.

Risultati: L'applicazione dei due modelli ha individuato le seguenti variabili indipendentemente correlate alla mortalità, sulla base delle quali sono stati stratificati i pazienti: cirrosi, AST, alfafetoproteina, MELD, numero dei noduli e diametro del nodulo maggiore per il Modello 1 (CI: 0.67, 95% CI) e invasione microvascolare e satellitosi per il Modello 2 (CI: 0.65, 95% CI). La sopravvivenza globale (OS) dei pazienti pre-low risk e pre-high risk è rispettivamente del 63% e del 43% a 5 anni. La OS dei pazienti post-low risk e post-high risk è rispettivamente del 75% e del 48% a 5 anni. Tra i pazienti resecati, i pre-low risk hanno una OS significativamente superiore rispetto ai pazienti pre-high risk ($p < 0.0001$). I pazienti pre-high risk hanno una OS significativamente inferiore a quella dei pazienti trapiantati pre-high risk ($p = 0.003$).

Conclusioni: I pazienti pre-high risk andrebbero indirizzati a LT anziché LR dato il notevole beneficio di sopravvivenza ottenibile dal LT. I pazienti pre-low risk possono essere sottoposti a LR con risultati di sopravvivenza sovrapponibili a LT qualora identificati come post-low risk. I pazienti pre-low risk riclassificati come post-high risk ottengono una sopravvivenza significativamente inferiore e devono essere considerati per stretta sorveglianza o trapianto ab initio.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

ANALISI COMPETITIVA MONOCENTRICA DI SICUREZZA E SOPRAVVIVENZA IN 734 PAZIENTI CONSECUTIVI SOTTOPOSTI A RESEZIONE CHIRURGICA O TERMOABLAZIONE PER EPATOCARCINOMA

S. Di Sandro¹, L. Benuzzi¹, A. Lauterio¹, R. De Carli¹s, M. Danieli¹, F. Botta², F. Ferla¹, L. Centonze¹, V. Bagnardi², A. Rampoldi¹, L. De Carlis¹

¹ ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

² Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

Obiettivi: Il carcinoma epatocellulare (HCC) rappresenta una delle più comuni neoplasie maligne al mondo e la seconda causa di morte per cancro. Secondo l'algoritmo Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), i pazienti con HCC in stadio precoce o molto precoce possono essere gestiti mediante resezione chirurgica (LR) o termoablazione (RFA), con tassi di sopravvivenza simili. Lo scopo di questo studio è stato valutare la sicurezza e la sopravvivenza globale (OS) a breve e lungo termine di LR e RFA in pazienti con singolo nodulo di HCC. Inoltre, sono state analizzate la sopravvivenza libera da malattia (DFS) e l'incidenza cumulativa di recidiva locale.

Materiali e metodi: I dati relativi a tutti i pazienti con HCC sottoposti presso il nostro centro a resezione chirurgica o termoablazione da gennaio 2006 a dicembre 2016 sono stati raccolti in un database prospettico. Lo studio è stato condotto sui pazienti con singolo nodulo di HCC alla diagnosi mediante analisi retrospettiva. Con lo scopo di ottenere due popolazioni con le stesse caratteristiche si è utilizzato un modello di propensity score matching (PSM) 1:1 basato su diametro del nodulo, età, infezione da virus dell'epatite C, conta piastrinica, alfafetoproteina alla diagnosi, punteggio MELD e ALBI. Il gruppo sottoposto a RFA è stato confrontato prima con tutto il gruppo dei resecati e successivamente solo con il sottogruppo dei resecati per via laparoscopica o robotica (LLR).

Risultati: Dei 734 pazienti selezionati nel periodo, 484 sono stati trattati per singolo nodulo di HCC, di cui 143 con RFA e 341 con LR. Dopo il PSM, una coorte di 182 pazienti (91 RFA vs 91 LR) è risultata equiparabile e con diametro del nodulo < 3 cm. Il tasso di complicanze è risultato significativamente ridotto nei pazienti sottoposti a RFA (RFA 14%: versus LR: 30% $p < 0.001$, log-rank) e non si è registrata differenza significativa di OS ($p = 0.666$, log-rank). Tuttavia, la DFS a 1, 3 e 5 anni è risultata del 51%, 30% e 21% per le RFA e del 75%, 41% e 36% per le LR ($p < 0.001$, log-rank) con un'incidenza cumulativa di recidiva locale a 5 anni del 53% per le RFA e del 9% per le LR ($p < 0.001$, log-rank). Applicando il modello PSM tra RFA e LLR si è ottenuta una coorte di 100 pazienti (50 RFA vs 50 LLR). Tra i due gruppi non è apparsa una differenza significativa relativa al tasso di complicanze ($p = 0.43$, log-rank) e a OS ($p = 0.22$, log-rank), mentre è rimasta una DFS a 1, 3 e 5 anni maggiore nel gruppo dei resecati con una ridotta incidenza cumulativa di recidiva locale ($p < 0.001$, log-rank).

Conclusioni: Sulla base di questo studio, la LLR risulta associata a migliori risultati oncologici a lungo termine e stessa morbilità rispetto alla RFA. La RFA è giustificata nei casi in cui il rischio di morbilità del paziente risulta aumentato o nei casi di noduli < 3 cm non resecabili con tecnica LLR. La LR, pur dimostrando maggiore efficacia di cura rispetto alla RFA, si associa ad un'incidenza di complicanze significativamente superiore.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

L'RDW ELEVATO PUÒ ESSERE UN FATTORE PROGNOSTICO PER LA SOPRAVVIVENZA DOPO RESEZIONE EPATICA PER EPATOCARCINOMA?

T. Campagnaro, M. De Angelis, A. Ruzzenente, G. Lazzari, S. Conci, F. Bagante, M. Piccino, A. Dore, S. Manfreda, G. Di Filippo, C. Iacono, A. Guglielmi

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Policlinico GB Rossi, Chirurgia Generale ed epatobiliare, Verona

Introduzione: RDW (Red blood cell Distribution Width) è espressione dell'anisocitosi ed è un biomarker di infiammazione che è stato utilizzato come fattore prognostico correlate alla sopravvivenza in differenti tipi di tumori.

Scopo dello studio è di valutare il valore di RDW preoperatorio come fattore prognostico di sopravvivenza dopo resezione epatica radicale per epatocarcinoma (HCC).

Metodi: La correlazione tra valori preoperatori di RDW e caratteristiche cliniche e patologiche è stata analizzata in uno studio retrospettivo su 223 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ad intento radicale tra il 2006 e 2016 presso la Chirurgia Generale ed Epatobiliare dell'Ospedale Universitario di Verona.

Risultati: I pazienti sono stati divisi in due gruppi secondo il valore preoperatorio di RDW: 121 con RDW $\leq 14.5\%$ e 102 con RDW $> 14.5\%$.

I due gruppi non presentavano differenze significative riguardo alle caratteristiche cliniche pre-operatorie (eziologia della cirrosi, classe di Child-Pugh, stadio di BCLC, alfa-fetoproteina) e alle caratteristiche patologiche (diametro del tumore, invasione vascolare, Grading) ($p > 0.05$); l'unica differenza era nella presenza di maggior numero di pazienti con HCC multifocale nel gruppo con RDW elevato (23.7% vs 9.3%; $p = 0.007$).

La sopravvivenza mediana è stata più lunga nei pazienti con RDW $\leq 14.5\%$ (75 vs 42 mesi, $p = 0.008$).

Valori di RDW ($p = 0.008$), aspartato aminotransferasi (AST) ($p = 0.001$), gamma glutamiltransferasi (GGT) ($p = 0.001$), piastrine ($p = 0.006$), albumina sierica ($p = 0.001$), stadio di BCLC ($p = 0.006$) e HCC multifocale ($p = 0.004$) sono risultati fattori prognostici correlati alla sopravvivenza all'analisi univariata.

RDW (HR=1.78, $p = 0.03$), AST (HR=2.36, $p = 0.003$), piastrine (HR=0.33, $p = 0.02$) e la multifocalità (HR=2.43, $p = 0.02$) si sono confermati come fattori prognostici indipendenti correlati alla sopravvivenza anche all'analisi multivariata.

Conclusioni: Valori preoperatori elevati di RDW è un fattore prognostico indipendente negativo correlato alla sopravvivenza dopo resezione radicale per HCC. L'RDW potrebbe essere utilizzato come fattore prognostico per selezionare meglio i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico per HCC.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

RESEZIONE EPATICA DEI SEGMENTI POSTERIORI CON APPROCCIO ROBOTICO

G. La Barba, M. Cucchi, L. Solaini, A. Gardini, A. Avanzolini, F. D'Acapito, F. Bazzocchi, D. Cavaliere, G. Ercolani

Morgagni Pierantoni, Forlì

Introduzione: L'approccio laparoscopico nella resezione dei segmenti epatici posteriori risulta estremamente complesso e non sempre fattibile. L'utilizzo della tecnologia robotica potrebbe permettere di superare questi limiti e garantire i vantaggi della chirurgia mininvasiva anche nei casi meno adatti alla chirurgia laparoscopica.

Descrizione del caso: Questo video presenta i passaggi fondamentali e le criticità tecniche nell'esecuzione in sicurezza di una procedura resettiva epatica dei segmenti posteriori eseguita con approccio robotico. Il video illustra una resezione dei segmenti S6 S7 per epatocarcinoma in paziente con cirrosi HCV correlata MELD 7. La procedura è stata completata con 5 trocar. La durata dell'intervento è stata di 300 minuti senza perdite ematiche significative. Durante la resezione è stato eseguito un unico clampaggio di 7 minuti. Il decorso è stato privo di complicanze. Il paziente è stato dimesso in sesta giornata postoperatoria.

Conclusioni: La tecnologia robotica permette di eseguire accurate dissezioni anche in situazioni nelle quali all'approccio laparoscopico potrebbe risultare particolarmente complesso.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

TUMORI EPATICI RARI: IL PECOMA EPATICO. CASE REPORT E REVIEW DELLA LETTERATURA

A. Brolese¹, S. Valcanover², S. Marcucci¹, P. Valduga¹, P. Beltempo¹, C. Prezzi¹, P. Bondioli¹, G. Viel¹, G. Berlanda¹, F.A. Ciarleglio¹

¹ UO di Chirurgia II Ospedale S. Chiara, Trento

² Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale Università di Verona

Il PEComa epatico è una rara forma di tumore che rappresenta circa il 0,4% dei tumori del fegato ed è spesso confuso alla diagnosi con altre lesioni benigne e/o maligne. L'eziopatogenesi è sconosciuta non essendo nota la origine cellulare. Prevalde nel sesso femminile con picco di insorgenza tra 40 e 45 aa. Sono lesioni normalmente asintomatiche.

Case Report: Viene presentato il caso di un soggetto di sesso femminile di 52 anni con istruttoria anamnestica negativa, sottoposta 24 anni prima alla asportazione di una neoformazione surrenalica destra classificata all'esame istologico definitivo come cisti surrenalica benigna. Per la comparsa di dolore addominale localizzato nei quadranti di destra veniva eseguita una TC addome con mdc che diagnosticava una voluminosa neoformazione di aspetto cistico di 20 cm al lobo epatico di destra, seppimentata nella parte posteriore con calcificazioni nella sua regione più caudale. Coesistevano anche due lesioni satelliti in Sg3 (2 cm) e Sg5 (2,5 cm) con impregnazione contrastografica nella sola fase arteriosa come da angioma epatico.

Dopo consulto multidisciplinare specialistico si poneva indicazione alla terapia chirurgica: previo iniziale approccio mini invasivo, a causa di un sanguinamento intraoperatorio difficilmente controllabile, si procedeva alla conversione laparotomica e alla asportazione della lesione pseudocistica, spugnosa e riccamente vascolarizzata, localizzata al settore laterale del lobo dx con wedge resection delle lesioni ai Sg3 e Sg5. Veniva però eseguita una resezione non radicale lasciando in sede la parete lesionale pseudocistica adesa al parenchima epatico residuo dei Sg5-8. Era necessario eseguire emotrasfusione di 02 EC per il ripristino emocoagulativo. Il decorso post operatorio è stato regolare con una degenza p.o. di 9 gg. L'esame istologico deponne per PEComa epatico (eseguita una seconda lettura dei vetrini in un altro centro specialistico) per la lesione principale con margine positivo e PEComa epatico e IFN per le lesioni localizzate rispettivamente ai Sg5 e Sg3 (margini negativi). Per tale motivo dopo iniziale follow up e previo nuovo consulto multidisciplinare, nel febbraio 2018 si decideva di praticare una epatectomia destra al fine di bonificare e completare il trattamento chirurgico. La durata dell'intervento chirurgico è stata di 300 min, le perdite ematiche pressochè nulle e la Paz non necessitava di emotrasfusioni con un decorso post operatorio privo di complicanze. L'esame istologico definitivo deponne per la asportazione completa di PEComa epatico con margini liberi da malattia. Il Follow up a 12 mesi è risultato negativo.

Conclusioni: I PEComi possono essere considerati a pieno titolo dei tumori potenzialmente maligni. Il trattamento chirurgico è l'unico con finalità curative per lesioni multiple, di maggiori dimensioni o ad incerto potenziale di malignità. Un caso di trapianto di fegato per PEComa è riportato in letteratura.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

RISULTATI A BREVE TERMINE DELLA TERMOABLAZIONE PER MICRO-ONDE DI NUOVA GENERAZIONE (MWA EMPRINT TM) DI METASTASI EPATICHE DA CARCINOMA COLO-RETTALE ≤ 3CM VICINO AGLI ASSI VASCOLARI

F. Fleres¹, C. Mikael², C. Sara², D. Sommacale², R. Kianmanesh², F. Panaro³, T. Piardi²

¹ Università degli studi di Messina, AOU G Martino, Policlinico Universitario, Messina

² University of Champagne-Ardennes, Department of General, Digestive and Endocrine Surgery Robert Debré Hospital, Reims (FRANCIA)

³ University of Montpellier, ST-Eloi University Hospital, Montpellier (FRANCIA)

La termoablazione intraoperatoria (radiochirurgia) è parte integrante nel trattamento delle metastasi epatiche da carcinoma coloretale (CCR). Tuttavia, la RadioFrequenza è sconsigliata in prossimità di vasi profondi per il rischio di trombosi. Riportiamo i risultati a breve termine nell'utilizzo delle micro-onde di nuova generazione (MWA Emprint TM Ablation System con Thermosphere TM Technology, Covidien-Medtronic) sotto controllo eco-doppler per il trattamento di metastasi epatiche ≤ 3cm vicino agli assi vascolari. Metodi: Sono stati inclusi pazienti di due centri (Reims-Montpellier) secondo i seguenti criteri: i) metastasi da carcinoma coloretale, ii) assenza di malattia extraepatica o malattia extraepatica stabile da almeno 3 mesi, iii) lesioni ≤ 3 cm di diametro e localizzate vicino (≤5 mm) a vasi significativi con dimensione ≥ 3 mm. Una chirurgia addominale associata nello stesso tempo non è stata considerata come criterio di esclusione. Un trattamento standardizzato (watt/durata) è stato applicato alle metastasi in relazione alle loro dimensioni sotto monitoraggio ecografico. L'endpoint primario è stato i) valutazione della variazione delle transaminasi (SGOT, SGPT) e della coagulazione (TP) nei giorni post-operatori 1-3-5-30 ii) valutazione delle complicanze (Dindo-Clavien) con particolare attenzione alla comparsa di trombosi vascolare per mezzo della TC nei giorni postoperatori 7 e 30. L'endpoint secondario è stato la comparsa della recidiva locale e la sopravvivenza durante il follow-up. Risultati: Da marzo 2015 a dicembre 2017, 34 pazienti (49 lesioni) sono stati sottoposti ad ablazione con un'unica (74%; n = 25) o multipla (26%; n = 9) procedura di MWA. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a chemioterapia neoadiuvante e nel 35% (n=12) dei casi si trattava di pazienti già sottoposti a chirurgia epatica. La localizzazione della metastasi era prevalentemente vicino alle vene sovraepatiche (79%). Nel 62% (n=21) dei pazienti è stata associata la resezione chirurgica di cui 1 maggiore (> 3 segmenti). Il trattamento standard per lesione è stato di 45w/3min seguito da 75watt/5min + un trattamento supplementare di 100w/1-3min per lesioni > 2cm. Il controllo TC a g7 e g30 non ha evidenziato trombosi dei vasi. Un paziente (3%) ha avuto un versamento pleurico sinistro Clavien di grado IIIa dopo termoablazione e chemio-ipertermia intraperitoneale. Il follow-up medio è stato di 7.5 mesi (max 23). Abbiamo riscontrato 5 recidive locali (15%/pazienti; 10%/lesioni) Tutti i pazienti hanno avuto accesso alla chemioterapia adiuvante entro il tempo raccomandato. Conclusioni: La radiochirurgia dovrebbe essere parte integrante del bagaglio tecnico del chirurgo. I risultati di questa nostra esperienza preliminare dimostrano che in pazienti selezionati le metastasi epatiche da CCR ≤ 3 cm vicino a vasi profondi possono essere trattate in sicurezza con una nuova generazione di micro-onde.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

APPLICAZIONE DELLA SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SPECT/TC NEI PAZIENTI CANDIDATI AD EPATECTOMIA MAGGIORE: RISULTATI PRELIMINARI ED INTRODUZIONE DELL'HIBA INDEX

M. Serenari, C. Pettinato, L. Zaroni, C. Bonatti, S. Brocchi, A. Cucchetti, M. Ravaioli, S. Fanti, A.D. Pinna, M. Cescon

Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

Obiettivi: Recenti studi hanno dimostrato la validità della scintigrafia epatobiliare (HBS) con ^{99m}Tc -mebrofenina e con SPECT/TC per calcolare la funzione epatica residua (FLR-F), nelle epatectomie maggiori. I cut-off esistenti (2.69 %/min/m²), utilizzati per predire il rischio di insufficienza epatica dopo epatectomia (PHLF) sono stati definiti utilizzando la sola HBS senza la SPECT/TC. Un nuovo indice, l' Hospital Italiano De Buenos Aires index (HIBA-i), è stato recentemente introdotto. L' obiettivo di questo studio è stato validare i cut-off già esistenti utilizzando la SPECT/TC e calcolare l' HIBA-i nella nostra personale serie.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi tutti i pazienti sottoposti ad epatectomia maggiore tra Novembre 2016 e Novembre 2017 presso l' Ospedale Sant'Orsola-Malpighi (Bologna). I pazienti sono stati resecati in base alla volumetria preoperatoria. I dati relativi alla HBS sono stati analizzati retrospettivamente. La FLR-F e l' HIBA-i sono stati calcolati come descritto in letteratura. La PHLF è stata definita secondo i criteri dell' ISGLS.

Risultati: Ventisette pazienti sono stati sottoposti ad epatectomia maggiore (13 epatectomie destre, 8 epatectomie sinistre, 5 trisezionectomie destre, 1 trisezionectomia sinistra). La PHLF è stata riscontrata in 9 di 27 pazienti (33.3%). L' HIBA-i è differito in maniera significativa ($p=0.002$) tra i pazienti con (14.37%, IQR 8.64-16.14) e senza PHLF (24.31%, IQR 15.74-39.53). Sette di 13 pazienti con FLR-F < 2.69 %/min/m² non hanno sviluppato insufficienza epatica.

Conclusioni: L'HIBA-i sembrerebbe un valido strumento per predire il rischio di PHLF. Studi prospettici futuri potranno definire meglio i cut-off dell' HIBA-i nonché degli indici già esistenti.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

OUTCOME CLINICO E RADICALITÀ ONCOLOGICA NELLE RESEZIONI EPATICHE LAPAROSCOPICHE NEI PAZIENTE DI ETÀ ADULTA AVANZATA: CASISTICA MONOCENTRICA

F. Mocchegiani, G. Giorgini, D. Nicolini, M. Vivarelli

Clinica di Chirurgia Epatobiliare, Pancreatica e dei Trapianti, Ancona

Scopo dello studio: Le resezioni epatiche laparoscopiche sono considerate una procedura sicura, associata a minori perdite ematiche intraoperatorie, una più breve degenza postoperatoria rispetto alle resezioni laparotomiche, seppur con radicalità oncologica (RO), morbidità e mortalità sovrapponibili. I risultati nei pazienti in età adulta-avanzata (>70 anni) non sono stati ancora validati come nei pazienti più giovani. Lo scopo dello studio è quello di confrontare l'outcome clinico e la radicalità oncologica in questi due gruppi di pazienti.

Materiali e metodi: Presso la Clinica di Chirurgia Epato-biliare, pancreatica e dei trapianti di Ancona (UNIVPM), tra il 05/2015 e il 05/2018, sono stati sottoposti a resezione epatica 261 pazienti, di questi 55 con approccio laparoscopico. Abbiamo analizzato due gruppi di pazienti, gli older (età > 70 anni) 20/55 (36%) e gli younger (età ≤ 70 anni) 35/55 (63.6%). Le indicazioni alla resezione sono state metastasi epatiche in 10/20 (50%) dei pazienti older e in 18/35 (51.4%) dei pazienti younger, epatocarcinoma (HCC) 6/20 (30%) dei pazienti older e 10/35 (28.5%) dei pazienti younger, colangiocarcinoma intraepatico 4/20 (20%) dei pazienti older e 7/35 (20%) pazienti youger. Le resezioni maggiori (con coinvolgimento di 3 o più segmenti epatici) sono state 5/20 (25 %) nei pazienti older e 6/35 (17%) nei pazienti younger.

Risultati: Tutte le variabili considerate sono state comparabili nel gruppo degli ultrasessantenni e in quello dei più giovani con differenze non statisticamente significative. In particolare, il tempo operatorio medio negli older è risultato 200 min ± 69 mentre negli younger 236 min ± 84 (p=0.366). La trasfusione di emazie intraoperatoria è stata effettuata in 2 su 20 (10 %) soggetti ultrasessantenni e in nessuno dei più giovani (p= 0.247) mentre l'anemizzazione nel periodo post-operatorio (perdita di 4 g di Hb) si è verificata in 2 su 35 (5.7%) dei pazienti younger e in nessuno degli older (p= 0.733). La degenza postoperatoria è stata di 4.5 giorni (2-57) nei pazienti più anziani e 5 giorni (2-24) nei soggetti più giovani (p= 0.831). La morbidità post-operatoria (Dindo-Clavien ≥ 2) è risultata di 4 su 20 (20%) dei pazienti older e di 6 su 35 (17%) dei pazienti younger (p= 0.921). La mortalità perioperatoria è stata nulla in entrambi i gruppi. La radicalità oncologica (margini > 1mm) è stata raggiunta in 19/20 (95%) pazienti older e 34/35 (97.14%) pazienti youger (p= 0.477).

Conclusioni: Le resezioni epatiche laparoscopiche nei soggetti ultrasessantenni rappresentano una procedura sicura come nei pazienti più giovani ottenendo risultati del tutto sovrapponibili in termini di tempo operatorio, trasfusioni di emazie intraoperatorie, anemizzazione postoperatoria, degenza postoperatoria, morbidità, mortalità perioperatoria e radicalità oncologica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

RESEZIONE VASCOLARE IN CORSO DI EPATECTOMIA PER I TUMORI MALIGNI DEL FEGATO. RISULTATI A BREVE TERMINE DELL'UTILIZZO DI PATCH PERITONEALE AUTOLOGO PER LA RICOSTRUZIONE VENOSA

S. Langella, F. Menonna, M. Casella, N. Russolillo, R. Lo Tesoriere, A. Ferrero

Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

Obiettivi: Lo scopo dello studio è quello di valutare i risultati a breve termine della ricostruzione venosa con patch peritoneale (PP) durante le resezioni per tumori maligni del fegato.

Materiali e metodi: Dal 05/2015 la PP è stata considerata come prima opzione per la ricostruzione venosa. Dal 05/2015 al 5/2018 sono state eseguite, presso il nostro centro, 413 epatectomie per tumori maligni. Tra i 19 pazienti che hanno richiesto la resezione venosa, il PP è stato utilizzato in 15 pazienti inclusi nello studio. I dati sono stati raccolti in un database prospettico ed analizzati retrospettivamente.

Risultati: La distribuzione dei tumori maligni, tra i 15 pazienti inclusi nello studio, è stata la seguente: 7 metastasi coloretali (CRLM), 5 colangiocarcinomi intraepatici e 3 tumori di Klatskin. Le epatectomie maggiori rappresentavano il 53,3% dei casi. Otto pazienti hanno richiesto una resezione associata: 6 ricostruzione biliare, 1 resezione coloretale e 1 splenopancreatectomia. Sette pazienti sono stati sottoposti a resezione di una vena sovraepatica, 7 a resezione della vena porta ed uno a resezione della vena cava inferiore. In tutti i casi è stata eseguita una resezione tangenziale. La ricostruzione venosa ha permesso la resezione in 8 (53,3%) pazienti altrimenti non resecabili. Tra le CRLM la ricostruzione venosa ha permesso di evitare la resezione epatica maggiore in 5 casi (71,4%). La mediana del tempo operatorio e di clampaggio sono state rispettivamente di 457min (270-960) e 40min (8-95), la mediana delle perdite ematiche è stata di 300cc (40-1500). All'esame anatomopatologico, l'infiltrazione venosa è stata confermata in 10 pazienti (66,7%). Non sono state registrate complicanze vascolari correlate al patch. Un paziente è morto a causa di insufficienza epatica senza trombosi vascolare e uno a causa di fistola biliare complicata da sanguinamento arterioso. Le complicanze postoperatorie maggiori (Dindo III/IV) sono state osservate in 2 (13,3%) pazienti, la mediana delle complicanze globali (Comprehensive Complication Index) è stata di 12,2 (0-100). Sono state necessarie trasfusioni di sangue in 3 pazienti. La mediana della permanenza in ospedale è stata di 9 giorni (5-46).

Conclusioni: La ricostruzione venosa mediante l'utilizzo di PP, in corso di epatectomia, è fattibile consentendo di operare pazienti altrimenti non resecabili e di ridurre il tasso di resezioni maggiori.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

SEVERE HEPATIC ABSCESS: CONSERVATIVE TREATMENT OF MULTI-ORGAN INFECTION BY STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA. A CASE REPORT

A. Inviati, D.M. Pellegrino, A. Mascolino, M. D'Avolio, S. Maltese, A. Palma, D. Schifano

ASP Trapani, Ospedale Santo Vito e Santo Spirito, Alcamo

Introduction: *S. Maltophilia* is generally considered a nosocomial pathogen but it also has been reported as cause of community-acquired systemic infection. We reported a rare case of *S. maltophilia* multi-organ infection involving particularly the liver and the left ocular region.

Presentation of the case: 64 years old man presented with fever for 4 days and acute blindness of left eye. We performed CT scan abdomen and head that identified respectively a liver lesion in central region likely hepatic abscess and inflammation process involving the left eye. After 5 days of antibiotic therapy no improvement of the clinical condition of the patient noted. CT guided drainage of the hepatic abscess has been performed. *S. Maltophilia* was identified in the content of the drain and selected antibiotic therapy with combination of tigecycline and TMP-SMX has immediately been initiated.

On the 15th day post selected therapy the hepatic abscess and the left eye infection were completely resolved but unfortunately patient reported permanent blindness.

Discussion: Several studies identified most of the *S. maltophilia* infections as nosocomial but in our case we can exclude it because the patient presented signs of severe systemic infection 72 h before the hospitalization. The conservative treatment, with combination of CT guided drainage and selected antibiotic therapy, has given good results.

Conclusion: Although *S. Maltophilia* is identified as nosocomial pathogen, it can be involved in severe systemic sepsis affecting different organs outside the hospital setting. Fortunately the combination of tigecycline with TMP-SMX seems to be the best therapeutic option.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

NOT JUST MINOR RESECTIONS: ROBOTIC APPROACH FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

P. Magistri¹, G. Assirati¹, T. Olivieri¹, B. Catellani¹, F. Mereu¹, C. Guidetti¹, S. Fenocchi¹, A. Bocchino¹, B. Pes², M. Codeluppi³, A. Pecchi⁴, V. Serra¹, G. Tarantino¹, G.P. Guerrini¹, R. Ballarin¹, A. Coratti², F. Di Benedetto¹

¹ Hepato-Pancreato-Biliary Surgery and Liver Transplantation Unit, Modena

² Division of Oncologic Surgery and Robotics, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze

³ Department of Infectious Diseases, University of Modena and Reggio Emilia, Modena

⁴ Department of Radiology, University of Modena and Reggio Emilia, Modena

Obiettivi: L'echinococcosi fa parte delle 17 cosiddette "neglected tropical diseases" identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tale condizione è considerata endemica in numerose aree del Mondo, ed è responsabile di una spesa di circa 3 miliardi di dollari l'anno di costi sanitari. Nel 70% dei casi il fegato è coinvolto, e la rottura delle cisti può risultare in uno shock anafilattico. La chirurgia è considerata il gold standard del trattamento, e nel nostro studio indagiamo il ruolo dell'approccio robotico come strumento per ottenere resezioni "parenchyma sparing".

Materiali e metodi: Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva dei pazienti inclusi nei database provenienti da due centri ad alto volume per la patologia epatobiliopancreatica. Da Gennaio 2013 a Dicembre 2017 126 pazienti sono stati sottoposti a resezione epatica con approccio robotico.

Risultati: 8 pazienti sono stati inclusi nello studio, con età media di 46 anni (24-63). Sono state eseguite un totale di 2 lobectomie sinistre, 1 caudatectomia e 6 cistopericistectomie, coinvolgenti i segmenti 4, 5, 6 and 7 (quest'ultimo in 3 casi). Le perdite ematiche stimate sono state in media di 212.5 ml (range 50-550 ml), mentre il tempo operatorio comprensivo del tempo di docking è risultato pari a 240 min (range 180-590 min), senza alcun caso di conversione. La degenza mediana è stata di 3.5 giorni, con un caso di secondo accesso dopo la dimissione per febbre. È stato osservato un solo caso di recidiva, in un segmento a distanza da quello operato.

Conclusioni: Nella nostra esperienza, l'approccio robotico si è rivelato sicuro ed efficace nei pazienti affetti da echinococcosi epatica, anche nei cosiddetti "segmenti difficili" per la patologia mininvasiva. La breve degenza ospedaliera post-operatoria, il rapido ritorno alle attività quotidiane, e l'assenza di recidiva locale sono tra gli aspetti più importanti evidenziati dallo studio, che al momento rappresenta l'esperienza maggiore in letteratura nel campo del trattamento robotico dell'idatidosi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS SURGICAL RISK CALCULATOR UNDERESTIMATES THE ACTUAL RISKS OF HEPATECTOMY FOR LIVER TUMORS: RESULTS FROM A PROSPECTIVE COHORT OF 294 PATIENTS

J. Galvanin, B. Branciforte, M. Donadon, A. Palmisano, L. Sama', D. Gentile, G. Torzilli

Department of Hepatobiliary and General Surgery, Humanitas University, Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

Background: The American College of Surgeons (ACS) surgical risk calculator has been endorsed by the surgeons' community to counsel patients and relatives regarding estimated postoperative complications. The aim of this study was to assess the ACS calculator's ability to predict complications, mortality and length of stay (LOS) in patients undergoing hepatectomy for liver tumors at our center.

Methods: Our prospectively-maintained liver surgery unit database was queried, and 294 patients who underwent hepatectomy between 2015 and 2017 were included. Rates of complications, mortality and length of stay determined by the ACS calculator were compared to the actual 90-day rates.

Results: Overall predicted rates of morbidity (mean $18.7\% \pm 8.6$ vs. $37.07\% \pm 0.48$; $P < 0.001$), mortality (mean $0.88\% \pm 1.68$ vs. $1.7\% \pm 0.12$; $P < 0.001$), and LOS (mean 5.7 days ± 1.76 vs. 11.04 days ± 7.6 ; $P < 0.001$), were significantly shorter than actual rates. Biliary leak and liver failure were recorded in 12.9% and 7.14% of patients respectively. These hepatectomy-specific complications were not predicted at all by the ACS calculator.

Conclusions: The ACS calculator underestimates the actual risks of hepatectomy for liver tumors giving an optimistic estimation of complications and LOS. Refinement of the ACS risk model that accounts for hepatectomy-specific complications is needed.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 11:00-13:30

HPB: METASTASI DA CCR 2

SALA P

MINI-INVASIVE MANAGEMENT OF LIVER ABSCESS FOLLOWING FISH BONE INGESTION: A CASE REPORT

S. Lafranceschina, V. Andriola, C. Bizzoca, E. Ventrella, R. Sebastiani, L. Vincenti

Policlinico di Bari

Obiettivi: Ingestion of a foreign body (FB) is an ordinary clinical event in emergency. Most of FB pass through the gastrointestinal (GI) tract without causing significant injury. However there are fearsome complications represented by obstruction and GI perforation. GI perforation occurs in less than 1% of patients. The most common sites of perforation are the ileocecal and recto-sigmoid region, but a sharp FB can penetrate the wall of upper GI tract and proceed to the liver. Intrahepatic FB is a rare event which can evolve in hepatic abscess, peritonitis, enteric fistula or haemorrhage. Our case report focuses on the mini-invasive management in emergency of a rare case of liver abscess caused by a fish bone accidental ingestion.

Materiali e metodi: A 59 years old obese woman (BMI: 33.2) presented a story of recurrent episodes of fever, nausea and epigastric pain radiating to the back. CT-scan showed a 5 cm low-density round mass at the III segment of the liver, containing a linear radiodense opacity of 35 mm compatible with a FB. The surgical team opted for laparoscopy with intraoperative ultrasonography control (IOUS). At laparoscopy the left lobe of the liver was lift up to explore its posterior surface, so that a fibrotic area between the lesser curvature of stomach and liver was identified. Adhesiolysis exposed the liver abscess, that was drained. A pointed object was extracted from the sidewall of the abscess: it looked like a fish bone about 4 cm in length. IOUS excluded the presence of any other lesion of the liver. The stomach wall showed no lesions excluding the chronic fibrotic reaction.

Risultati: On the 6th postoperative day CT-scan showed a small abscess (3 cm in diameter) near the previous lesion. The multidisciplinary team decided for percutaneous drainage of the lesion, performed by the interventional radiology team. Patient was discharged on seventh post-operative day and is symptom free at three-months follow-up.

Conclusioni: Hepatic abscess secondary to accidental fish bone ingestion is still a therapeutic challenge, despite of advances in imaging and treatment strategies. The rare gastric perforations by FB usually do not cause significant symptoms until an abscess is formed. Furthermore the symptoms are not specific, such as fever, nausea, vomiting and epigastric pain. Diagnostic procedures include US and CT scan. Enhanced CT is the imaging modality of choice for investigation. Despite this, CT scan sensitivity for these cases is only 58%, making a correct therapeutic planning complex; in fact in most cases explorative laparoscopy or laparotomy lead to the correct diagnosis and treatment. In laparoscopy the IOUS could be performed to help detecting the FB, which can be extracted through a port site. The laparoscopic approach should increasingly be used, even in emergency, because of technical feasibility with a better postoperative outcome for the patient than laparotomy.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

THE ROLE OF SELECTIVE AND SUPERSELECTIVE RENAL ARTERY EMBOLIZATION IN TOTALLY LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF RENAL TUMORS: A SINGLE-INSTITUTION EXPERIENCE

E. Francone, G. Salsano, A. Gennai, M. Saracco, M. Barattini, F. Puccianti, L. D'Ambra, N. Romano, E. Falco, T. Stefanini, S. Berti

Ospedale S. Andrea, POLL – ASL 5, La Spezia

Obiettivi: Per la grande variabilità anatomica dell'ilo renale e per l'alto flusso vascolare nelle strutture che lo compongono, il sanguinamento intraoperatorio rappresenta una delle insidie maggiori nel trattamento dei tumori renali, soprattutto in laparoscopia.

Riportiamo la nostra esperienza multidisciplinare nel trattamento miniinvasivo dei tumori renali preceduto da studio angiografico con embolizzazione selettiva o superselettiva dell'arteria renale, descrivendone l'efficacia nel ridurre il sanguinamento intraoperatorio, ed analizzando morbilità e mortalità correlate.

Materiali e metodi: Da Gennaio 2009 a Novembre 2017, 43 pazienti sono stati sottoposti a nefrectomia laparoscopica con embolizzazione renale preoperatoria presso l'Ospedale S. Andrea di La Spezia. Dodici pazienti che presentavano tumori T1 sono stati sottoposti a nefrectomia parziale laparoscopica "off-clamp" preceduta da embolizzazione superselettiva dell'arteria renale; trentuno pazienti con tumori T2 e T3 e/o con lesioni localizzate non favorevolmente nel parenchima renale, per i quali un approccio di risparmio di parenchima sarebbe stato controindicato, sono stati sottoposti a nefrectomia laparoscopica radicale previa embolizzazione selettiva dell'arteria renale. Gli endpoints primari sono stati la valutazione dell'entità del sanguinamento intraoperatorio e la relativa necessità di trasfusioni perioperatorie, oltreché il tasso di complicanze angiografiche e chirurgiche. Tra gli endpoints secondari: la durata dell'intervento chirurgico e il tasso di conversione, la durata della degenza, morbilità e mortalità a 30 giorni.

Risultati: Il sanguinamento intraoperatorio medio è stato di 50 mL, non si sono rese necessarie trasfusioni intraoperatorie. Due pazienti hanno richiesto trasfusioni postoperatorie. La sindrome post-embolizzazione si è verificata in 7 pazienti (16%). Si è verificata una complicanza chirurgica maggiore. La durata media dell'intervento chirurgico è stata 145 minuti e si è resa necessaria una conversione laparotomica. La degenza media è stata di 5 giorni, non si è registrata alcuna mortalità postoperatoria.

Conclusioni: Riducendo la manipolazione del peduncolo renale e consentendo una transezione parenchimale praticamente esangue, l'embolizzazione preoperatoria selettiva e superselettiva dell'arteria renale rappresentano una strategia efficace nel prevenire il sanguinamento intraoperatorio e le complicanze ad esso correlate, specialmente in laparoscopia. Il posizionamento profilattico di un dispositivo analgesico epidurale limita l'insorgenza della sindrome post-embolizzazione e del dolore postoperatorio, favorendo la ripresa precoce del paziente e riducendo i tempi di ospedalizzazione.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

SURGICAL MANAGEMENT OF LOWER GASTROINTESTINALE BLEEDING: OUR EXPERIENCE WITH 15 CONSECUTIVES PAZIENTES

U. Robustelli, M. Antropoli, M. Candida

AORN A. Cardarelli, UO Chirurgia d'Urgenza, Napoli

Aims: Evaluating how many patients suffering from low digestive haemorrhage and no longer susceptible to endoscopic treatment have undergone urgent surgery.

Patients and Methods: The medical records of patients who reported lower gastrointestinal bleeding and hospitalized at the Division (UOC) of General and Emergency Surgery of AORN "A. Cardarelli" in Naples, from 01/01/2017 to 08/31/2017, have been valued. It has been estimated how many patients were undergone surgery and if surgery was effective in determining the stopping of bleeding. We have considered effective the surgical treatment when it resulted in the bleeding stopping followed by patient discharge or moving it to another department of our hospital. It has been evaluated in how many cases the CT scan performed before the surgery allowed identification of the site and/or the pathology source of bleeding.

Results: 11(73%) out of 15 patients, were directly subjected to surgery, and 4 (37%) attempted to stop hemorrhage with angiography. In the group of patients undergoing surgery we had a mortality of 1 out of 12 (8%). In the group of patients undergoing embolization, two of four died with 50% of mortality. All patients undergoing surgery had received from a minimum of two to a maximum of four blood bags before surgery. 8 out of 12 patients (67%) received more than two bags. In 10 (67%) out of 15 patients TC scan preoperatively identified the site of bleeding. 10 cases out of 15 patients was evident Anticoagulant or antiplatelet use. In the group of patients undergoing surgical treatment with haemorrhage stopping 60% (6 out of 10) did not take these drugs. No patient had significant alterations to the INR value. In the group of patients undergoing Surgical treatment without haemorrhage stopping CT scan had identified the source of bleeding in one patient on two (50%). While in the group of deceased patients, the tac had never identified the site of bleeding.

Conclusions: The diagnosis and treatment of digestive hemorrhages remains a challenge today for doctors who are in charge of managing these patients

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

UN RARO CASO DI TUMORE MISTO MESODERMALE EXTRAGENITALE

G. D'Amata, F. Manzi, C. Buonocore, G. Florio, M. Crovaro, L. Musmeci, P. Carni, M. Del Papa

Ospedale Leopoldo Parodi Delfino, Collesereno

Obiettivi: 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.

Materiali e metodi: 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.

Risultati: 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.

Conclusioni: 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 27 mesi, e non è stata sottoposta ad alcun trattamento chemioterapico, sulla base del fatto che con le conoscenze attuali non ne è stato individuato nessuno efficace per il trattamento della patologia.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

EMORRAGIA DA ULCERA GASTRICA: TIMING E TECNICA CHIRURGIA DOPO FALLIMENTO DEL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO

L. Capasso, F. Schiavone, P. Lombardi, R. D'Ambrosio, M.G. Mancino, C. Mucherino, F. Salzano De Luna

Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione, Caserta

Obiettivi: 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 angiografici o chirurgici. Il timing dell'intervento in urgenza/emergenza ed il tipo di intervento da effettuare non sono chiaramente codificati.

Materiali e metodi: Presso l'A.O. in epigrafe dal 2011 al 2017 sono state effettuate 13.099 EGDS, di esse 67 per ulcera gastrica sanguinante, macroscopicamente non neoplastiche; in 51 casi (76 %) il sanguinamento si è arrestato dopo la prima EGDS, in 14 casi (21%) è stato necessario un secondo trattamento endoscopico con arresto dell'emorragia.

In soli 4 casi (6%) con score di Rockall 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 2.

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.

Conclusioni: Il trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica emorragica è un'evenienza rara. Il timing endoscopico - chirurgico, insieme ad altri fattori: quali l'età, le comorbidità (ASA), le stimate 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.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

EXERESI RADICALE DI VOLUMINOSO TUMORE RENALE INFILTRANTE V E VI SEGMENTO EPATICO, DUODENO E TESTA PANCREAS E VENA CAVA CON TROMBO CAVALE (STADIO II NOVICK STAGING SYSTEM)

V. Bellato, R. Caronna, G. Serrao, F. Lancellotti, S. Cicconi, P. Saullo, E.M. Mutillo, G. Valle, P. Chirletti

Policlinico Umberto I, Roma

Il 70% dei tumori renali, attualmente, a seguito del maggior impiego di indagini radiologiche, viene diagnosticato precocemente come incidentaloma. Ciononostante, considerata l'alta tendenza all'invasione vascolare, circa il 10% delle neoplasie renali si presenta con infiltrazione di vena renale e/o vena cava. I pazienti con neoplasie renali in stadio avanzato, specie se con infiltrazione vascolare venosa hanno bassa aspettativa di vita (sopravvivenza ad 1 anno del 29%) se non sottoposti ad intervento chirurgico. Un approccio multidisciplinare (con tecniche utilizzate in chirurgia cardiovascolare come CEC, ipotermia e recentemente l'impiego di mobilizzazione epatica come in chirurgia dei trapianti) permette di eseguire exeresi estese anche agli organi adiacenti con un aumento della sopravvivenza ad 1 anno di circa il 90% dei casi ed in media del 50% a 5 anni.

Uomo di 61 anni cardiopatico, ipercolesterolemico e iperteso, già sottoposto a duplice PCI primaria, complicata da arresto cardiaco con necessità di impianto di PMK ed intervento di duplice bypass ao-co (AMIS su DA e VSAI su MO), in seguito a comparsa di dolore in fianco destro ed emorragia digestiva con grave anemizzazione (Hb 8 g/d L), veniva ricoverato nel nostro reparto. Una TC TOTAL BODY rivelava grossa massa renale destra con nucleo necrotico centrale, con sovvertimento completo del rene e con infiltrazione al VI segmento epatico, con infiltrazione del duodeno e della testa del pancreas, della vena rena dx e della vena cava inferiore con trombosi neoplastica estesa fino alla porzione retro epatica. Una EGDS confermava la presenza di infiltrazione duodenale; un'ecocardiografia trans esofageo non mostrava formazioni trombotiche in atrio destro (Stadio II Novick staging system). Un ecocardiogramma transtoracico e una TC CUORE sincronizzata escludevano stenosi coronariche significative. Il caso veniva discusso da team multidisciplinare in cui oncologo poneva indicazione a trattamento chirurgico. In collaborazione con il cardiocirurgo ed in circolazione extra corporea il paziente veniva sottoposto a Ureteronefrectomia destra, surrenectomia dx, duodenopancreatectomia totale con splenectomia, resezione parziale del V e VI segmento epatico, colecistectomia, resezione parziale della vena cava inferiore a livello della vena renale dx, trombectomia cavale con ricostruzione con patch in pericardio, gastrodigiunoanastomosi T-L su I ansa digiunale e coledoco digiuno anastomosi T-L su II ansa digiunale. Il postoperatorio aveva decorso regolare e il paziente veniva dimesso in XVIII gpo dopo controllo TC che mostrava buon flusso cavale. La nefrectomia allargata con trombectomia cavale anche estesa ad altri organi addominali non deve essere considerata un trattamento abusivo; in casi selezionati ed in presenza di una avanzata tecnologia, può rappresentare l'unica chance terapeutica in pazienti la cui sopravvivenza è legata principalmente alla correzione della complicità emorragica.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

TRATTAMENTO CON ABTHERA DI PANCREATITE ACUTA NECROTICO EMORRAGICA

M. Grillo, M.N. Maglio, I. Damiano, L. Vincenzo

AORN Cardarelli, Napoli

Gli autori descrivono la propria esperienza nell'utilizzo della open abdomen nel trattamento della pancreatite acuta necrotico emorragica.

In particolare l'utilizzo dell'Abthera ha modificato notevolmente l'outcome dei pazienti con sindrome compartimentale da pancreatite acuta necrotico emorragica. Soprattutto nei casi in cui la forma necrotica prevale sulla forma emorragica, l'utilizzo del sistema AbTHERa con aggiunta di instillazione di liquido offre la possibilità di ridurre le gravi complicanze correlate a tale tipo di patologia ad esito infausto in grande percentuale.

Nei pazienti trattati non si è avuta alcuna mortalità per le forme necrotiche mentre per le forme emorragiche si è avuta una mortalità del 25% dei casi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

APPLICAZIONE DI PRINCIPI DELL'ERAS NELLA CHIRURGIA GASTRICA PER PATOLOGIA ONCOLOGICA: PRESENTAZIONE DI SERIE MONOCENTRICA

M. Mazzola, S. Baleri, P. De Martini, M. Gualtierotti, L. Morini, G. Ferrari

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Obiettivi: Valutare l'applicabilità dei principi dell'ERAS in pazienti candidati a gastrectomia totale o subtotale per neoplasia. Gli outcomes valutati sono: tassi di aderenza al protocollo, di complicanze postoperatorie, di riammissione post dimissione e di mortalità, durata della degenza postoperatoria.

Materiali e metodi: Da gennaio 2017 ad aprile 2018, tutti i pazienti consecutivi, candidati a intervento di chirurgia gastrica per neoplasia, con età superiore ai 20 anni, con anamnesi negativa per insufficienza d'organo e controindicazioni all'analgia peridurale, sono stati arruolati nel percorso ERAS.

In fase preoperatoria è stato eseguito un counseling chirurgico-anestesiologico e una valutazione dello stato nutrizionale; una dieta libera è stata assunta fino alla vigilia dell'intervento senza nessuna preparazione intestinale e premedicazione. Durante l'intervento non è stato posizionato il catetere venoso centrale, il drenaggio chirurgico (nelle gastrectomie subtotali), il sondino naso-gastrico, è stato utilizzato un basso input di liquidi (3-5 ml/kg/h), e somministrata la profilassi per la prevenzione della nausea postoperatoria. Per l'anestesia intraoperatoria e l'analgia postoperatoria opioid sparing è stato posizionato un catetere peridurale. Rialimentazione precoce, rimozione del catetere vescicale e mobilizzazione in I gpo, e nessun controllo radiologico sistematico hanno caratterizzato la gestione postoperatoria.

Risultati: Sono stati arruolati 33 pazienti (66% dei quali maschi con età mediana di 78 anni, ASA score < 3 nel 100% dei pazienti e MUST score < 3 nel 93,9%). Sono state eseguite 10 gastrectomie totali e 23 subtotali con linfadenectomia D2, con un totale di 29 interventi laparoscopici (87,9%). Il tasso di complicanze gravi (Clavien-Dindo > II) è risultato del 18,2%. La mortalità è risultata del 3% e il tasso di riammissione post dimissione del 12%. La degenza mediana è risultata di 12 giorni per le gastrectomie totali e di 9 per le subtotali. L'aderenza a ciascun item del protocollo è risultata molto variabile, con un range compreso tra il 26 ed il 100%: astensione dalla somministrazione di ansiolitici preoperatori del 12%, astensione dal posizionamento del drenaggio chirurgico del 26%, astensione dal posizionamento del sondino nasogastrico del 75,8%; aderenza all'infusione ridotta di liquidi del 36%; tassi di aderenza del 88% e del 75%, alla somministrazione dell'immunonutrizione e alla rialimentazione precoce rispettivamente. Nel 100% dei casi è stato posizionato il catetere peridurale, è stata eseguita la prevenzione della PONV e la mobilizzazione precoce.

Conclusioni: L'applicazione dei principi dell'ERAS alla chirurgia gastrica risulta fattibile e sicura. Il dato più rilevante consiste nell'ampia variabilità dell'aderenza ai singoli items.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

PAIN CONTROL IN LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE CONTEXT OF ERAS PROTOCOL: A CASE-CONTROL STUDY BETWEEN TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE-BLOCK AND TROCAR-SITE ANESTHESIA

S. Molfino¹, E. Botteri², P. Baggi¹, L. Totaro¹, M. Huscher³, G.L. Baiocchi¹, N. Portolani¹, N. Vettoretto²

¹ Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia

² Surgical Unit, Montichiari Hospital, Spedali Civili di Brescia, Montichiari

³ Intensive Care Unit, Montichiari Hospital, Spedali Civili di Brescia, Montichiari

Objective: Local anesthesia in laparoscopic operations is gaining increasing consensus. In order to standardize analgesia, with the aim of implementing Enhanced Recovery After Surgery protocol, a prospective case-control study was created over a one-year period, in collaboration with the anesthesiology service in our community hospital.

Materials and methods: Starting from February 2016, we prospectively enrolled adult patients (more than 16 years old) undergoing laparoscopic appendectomy or cholecystectomy, either in emergency or elective setting.

Patients were preoperatively assigned (based on the chart-admission number) either to transversus abdominis plane (TAP) block treatment (Group 1 – experimental arm) or trocar site anesthesia (TSA) (Group 2 – experimental arm), then compared with group of patients not submitted to treatment (Group 3 – control arm). Demographic and clinical characteristics of each patient were recorded. Post-operative pain level (primary outcome) was assessed with visual analog scale (VAS) score; analgesic use and length of stay in hospital were defined as secondary outcomes.

Results: Forty-two patients were assigned to TAP block treatment (Group 1), fifty-two to TSA (Group 2) and thirty-nine underwent no pre-incisional treatment (Group 3).

In the comparison between patients undergoing TAP block or TSA with the control arm, a significance difference in reported pain was recorded in every scheduled time ($p < 0.05$ at 0, 6, 12, 18, 24 and 48 hours from awakening). Both local anesthesia groups share a benefit in terms of primary and secondary outcome.

Conclusions: The use of pre-incisional TSA for all the patients undergoing laparoscopic cholecystectomy and appendectomy could become a routine practice to reduce post-operative pain both in the elective and emergency setting. This result can reduce the length of stay in hospital and can be the basis for implementing the ERAS protocol.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

ERAS IN CHIRURGIA BARIATRICA. ESPERIENZA IN UN CENTRO DI ECCELLENZA SICOB

S. De Martino, C. Nagliati, D. Pennisi, A. Balani

Ospedale di Gorizia

Obiettivi: L'obiettivo dello studio è definire la sicurezza e l'efficacia del protocollo ERAS nella chirurgia bariatrica per quanto riguarda le complicanze postoperatorie e il tasso di riammissione entro 30 giorni dopo l'intervento presso il centro di riferimento dell'ospedale di Gorizia.

Materiali e metodi: Il nostro studio ha incluso tutti i pazienti con età maggiore di 18 anni, obesi sottoposti a chirurgia bariatrica dall'applicazione del protocollo ERAS. Il protocollo prevede: consulenza pre-trattamento, riduzione del tempo di digiuno, anestesia ottimizzata, analgesia multimodale, no drenaggi addominali, sondino naso gastrico o catetere vescicale, farmaci endovena ridotti al minimo, mobilizzazione precoce e assunzione orale anticipata. I criteri di dimissione sono stati: adeguato controllo del dolore, piena mobilizzazione, assunzione orale di liquidi, nessuna evidenza di infezione. Nello studio abbiamo esaminato retrospettivamente la durata della degenza ospedaliera, le complicanze post-operatorie e il tasso di ricoveri a 30 giorni dall'intervento.

Risultati: Tra giugno 2016 e aprile 2018, 152 pazienti (47 maschi; 111 femmine) sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica laparoscopica per obesità patologica presso il Dipartimento di Chirurgia Generale di Gorizia: 72 (47,37%) sleeve gastrectomy, 74 (48,68%) bypass gastrico Roux-en-Y, 5 (3,29) bypass gastrico secondo Lesti-Zappa e 6 (3,95%) mini/One Anastomosis gastric bypass. Di questi, 16 (10,53%) sono stati sottoposti a redo-surgery per ripresa di peso a distanza di anni da precedente intervento. Il BMI medio e l'età erano 43,14 (6,53) Kg / m² e 46 (11,29) anni, rispettivamente. Il tempo di intervento mediano (intervallo) era di 127 (45-280) minuti. La LOS mediana era di 2 (1-10) giorni. Di tutti i pazienti, 35 (23,03%) sono stati dimessi in prima giornata postoperatoria e 77 (50,66%) in seconda giornata postoperatoria. Le complicanze complessive a 30 giorni sono state 10 (7,23%) : 5 sanguinamenti (di cui solo in un caso è stata necessaria una revisione chirurgica), 4 fistole (per cui è stata necessaria una revisione chirurgica in tutti i pazienti) e 1 perforazione intestinale iatrogena). Il re-ricovero a trenta giorni dall'intervento si è verificato in 8 (5,26%) pazienti: 3 per inadeguato controllo del dolore, 3 per fistola, 1 per ascesso intra-addominale e 1 per emorragia intraluminale entrambi controllati con terapia conservativa.

Conclusione: Dallo studio si può evincere che l'introduzione del protocollo ERAS è una procedura fattibile e sicura, che consente di ridurre la durata della degenza ospedaliera, con un basso tasso di morbilità e bassi re-ricoveri a 30 giorni.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

ROBOTIC VERSUS LAPAROSCOPIC RIGHT COLECTOMY WITH INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS WITHIN ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROTOCOL: A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

M.C. Giuffrida, A. Marano, L. Pellegrino, P. Salusso, L. Bono, F. Barili, F. Borghi

ASO S. Croce e Carle, Cuneo

Obiettivi: The adoption of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol improves postoperative recovery in colorectal surgery; furthermore, laparoscopic surgery in an ERAS environment has shown favourable results. Robotic right colectomy is being increasingly adopted, but still under debate, for unclear benefits over the laparoscopic approach.

The aim of this retrospective study is to review a single-institution experience and to compare the early postoperative results and pathological outcomes of robotic and laparoscopic right colectomy for cancer with intracorporeal anastomosis, following ERAS protocol in all patients.

Materiali e metodi: ERAS protocol has been adopted at our Department for colorectal surgery since 2010. Robotic surgery with da Vinci® Si™ system was introduced in June 2013.

Data were retrieved from our Institutional prospectively-maintained database: all minimally invasive right colectomies between April 2010 and April 2018 were included. Patients were treated according to a standardized ERAS protocol; in both groups an intra-corporeal anastomosis was performed.

The primary end-points were: length of stay, 30-day morbidity, 30-day mortality, number of retrieved lymph nodes.

Univariate and multivariate regression modeling (logistic and generalized linear regression) were employed to adjust relationship between endpoints and the two treatment groups.

Risultati: a total of 212 patients were included in the study: 166 (78.3%) in the laparoscopic group (LG), 46 (21.7%) in the robotic group (RG). The mean age was 71.9 ± 10.1 years in the LG, 68.7 ± 9.2 in the RG (p value 0.05). Surgery time was significantly longer in RG (LG, $187,9 \pm 56,8$ minutes; RG, $242,4 \pm 47,5$ minutes; p value < 0.0001). Conversion rate was 3.6% in the LG and 2.2% in the RG (p value n.s.)

Median length of stay was 4 days in both groups. The 30-day morbidity rate was 21.5% in LG group, 25% in RG (p value=0.66). Reoperation rate was 8.3% in LG, 0% in RG (p value=0.58). Readmission rate was similar in both groups (LG, 1.8%; RG 2.8%; p value =0.55). 1 patient died in LG, none in RG.

Median retrieved lymph node number was 18 in both groups; 13 or more lymph nodes were found in 82% of LG and 91.1% of RG (p value=0.17). The mean (\pm SD) ratio pathological/total lymph nodes was $6.4 (\pm 15.6)$ in the LG, $8.4 (\pm 14.0)$ in the RG, p value 0.42. Multivariate analyses confirmed the lack of association between outcomes and treatments

Conclusioni: In an ERAS environment, and without the bias of mixed techniques of anastomosis, robotic right colectomy had similar short-term postoperative and pathological outcomes compared to the laparoscopic approach, but was associated with a longer operative time.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

FEASIBILITY AND SHORT-TERM RESULTS OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROGRAM ACCORDING TO AGE IN LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

C. Conti, C. Pedrazzani, G. Turri, G. Mantovani, E. Lazzarini, M. Tripepi, F. Secci, M. Rivelli, L. Gerard, A. Guglielmi

Chirurgia generale ed epatobiliare AOUI Verona

Aim: Enhanced Recovery After Surgery programs (ERPs) have proved to reduce post-operative morbidity and length of hospital stay after colorectal surgery. Nevertheless, it is still debated whether elderly patients could safely benefit from fast-track protocols. We aimed to assess safety, feasibility and efficacy of ERP after laparoscopic colorectal resection considering age at surgery.

Methods: Between March 2014 and December 2017, 184 patients underwent laparoscopic colorectal resection and completed ERP for benign and malignant disease at the Division of General and Hepatobiliary Surgery, University of Verona Hospital Trust. Adherence to pre-, intra- and post-operative items of ERP together with short-term outcomes were retrospectively analyzed considering 3 groups according to patients' age: group A, 65 years old or less, group B, 66 to 75 years old and group C, 76 years old or more.

Results: Among the 184 patients, 95 patients belonged to group A, 44 to group B and 45 to group C. No mortality was observed during the study period. Overall 30-day morbidity was 30.4%. Though the percentage of complications was higher in group B and C compared to group A (22.1 Vs 38.6 Vs 40%, $p = .040$), no differences were observed in the rate of major complications (5% Vs 4.5% Vs 0%, $p = .269$), post-operative ileus (4% Vs 14% Vs 9%, $p = .139$) and anastomotic leak (3% Vs 2% Vs 0%, $p = .147$). Similarly, need for redo surgery (4% Vs 4.5% Vs 0%, $p = .364$) and readmission rate (4.2% Vs 0 Vs 2.2%, $p = .355$) were comparably low. Adherence to postoperative ERAS items was good in the three groups although elderly patients showed a delayed resumption of walking and oral fluid intake ($p = .022$ and $p = .019$ respectively). Postoperative length of stay was similar in the three groups (5 vs 6 vs 6 days, $p = .526$) although younger patients were more likely to meet the discharge criteria on post-operative day 3 (71.6 Vs 63.6 Vs 48.9%, $p = .033$).

Conclusion: Our study confirms that ERAS programmes can be successfully and safely applied in the elderly without need for a tailored protocol. Patients aged 65 years and older have been shown to have few complications and are likely to be discharged further earlier from hospital thanks to ERAS programmes although more advanced age may lead to longer time to achieve discharge goals.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY AND ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROGRAM. EXPERIENCE FROM A SINGLE ITALIAN CENTER ON 200 CASES

C. Pedrazzani, C. Conti, G. Turri, E. Lazzarini, M. Tripepi, F. Secci, M. Rivelli, L. Gerard, A. Guglielmi

Chirurgia generale ed epatobiliare, AOUI Verona

Introduction: There is increasing evidences proving that minimally invasive techniques associated to Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) protocols reduce surgical-related stress and promote faster recovery after major colorectal surgery. As a single tertiary referral center for colorectal surgery, our aim was to analyze the effects of our ERAS protocol on a heterogeneous population undergoing laparoscopic colorectal surgery.

Methods: Prospectively collected data from 283 patients undergoing laparoscopic colorectal resection at the Division of General and Hepatobiliary Surgery, University of Verona Hospital Trust between March 2014 and March 2018 were retrospectively analyzed. Patients' adherence to pre-, intra- and post-operative ERAS protocol items together with surgical short-term outcomes such as morbidity, mortality, length of hospital stay and readmission rate were considered.

Results: During the study period, 200 patients met the inclusion criteria and were enrolled in the ERAS protocol. In this series, 34% of patients were aged 70 years or older. Rectal resections represented 26% of all cases, with stoma formation performed in 14.5% of patients. Despite such procedural heterogeneity, good short-term results were obtained: by POD 2, 58.5% of patients had full return of bowel function, while 63.5% and 88% achieved regular soft diet intake and autonomous walking, respectively. Median (range) length of hospital stay was 5.5 (2-40) days with 71% of the patients being discharged by POD 6. No post-operative mortality was recorded and the rate of major complications was 3.5%. During the study period, 6 patients required redo surgery (3%) and 5 patients required re-hospitalization within 30 days (2.5%).

Discussion: This paper analyzing the results of ERAS program in our first 200 cases confirms the feasibility and safety of ERAS protocol application within a heterogeneous population undergoing laparoscopic colonic and rectal resection for benign and malignant diseases.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

ERAS PROTOCOL REDUCES IL-6 SECRETION IN COLORECTAL LAPAROSCOPIC SURGERY: RESULTS FROM A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

G. Mari, J. Crippa, A. Costanzi, D. Maggioni

ASST Monza e Brianza, Presidio Desio, Desio

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program applied to colorectal laparoscopic surgery is well known to reduce hospitalization improving short-term outcomes. Its goal is to minimize the surgical stress response in order to maintain the physiological homeostasis altered by surgery. However, there is little knowledge about the involved dynamics in the reduction of the surgical stress that these programs allow. The primary aim of this study was to compare the level of immune and nutritional serum investigators across surgery in patients undergoing elective colorectal laparoscopic surgery within an ERAS protocol or according to a standard care program.

One hundred forty patients undergoing major colorectal laparoscopic surgery were enrolled and randomized in 2 groups (70 per arm). Cortisol, C-reactive protein (CRP), white blood cell count, prolactin, interleukin (IL)-6 levels were collected preoperatively, 1, 3, and 5 days after surgery. Transferrin, prealbumin, albumin, and triglyceride level were collected preoperatively, 1 and 5 days after surgery. Short-term outcomes were prospectively assessed.

In EG, 90% of patients managed to sit out of bed 6 hours after surgery. 80% tolerated a fluid diet 6 hours after surgery. 90% of patients could walk on day 1, but only 70% achieved to walk 100 m.

Solid diet was tolerated on day 1 by 75% of patients. In the postoperative period, EG patients returned faster to a normal bowel function. Passage of flatus and return to a solid meal happened statistically earlier in the EG. First flatus happened at day 1.6 ± 0.7 in EG versus 2.1 ± 0.8 SG

($P < 0.05$). However, there was no difference between groups for passage of stool. Solid meal was tolerated at day 1.5 ± 0.9 in EG versus 3 ± 0.5 in SG ($P < 0.05$). EG patients could walk at least 100 m on day 1.5 ± 0.7 versus 2.6 ± 0.9 in SG ($P < 0.05$). Day of discharge was 5 ± 2.6 in EG versus 7.2 ± 3 SG ($P < 0.05$).

There was no statistically significant difference in the preoperative stress status for all parameters in the 2 groups. IL-6 levels were lower in the EG on 1, 3, and 5 days postoperatively ($P < 0.05$) compared to SG. IL-6 levels in the EG, differently from SG, returned to preoperative level 3 days after surgery. Repeated measures 2-way analysis of variance depicted a difference in both groups after surgery. CRP level was lower in the EG on 1, 3, and 5 days postoperatively ($P < 0.05$). We did not appreciate return to preoperative levels in both groups. There were no significant differences between groups for white blood cell count, cortisol, and prolactin across surgery.

Prealbumin serum level was higher in EG on day 5 ($P < 0.05$) compared to SG. There were no significant differences for albumin, triglyceride, and transferrin levels between groups.

ERAS protocol applied to colorectal laparoscopic surgery affects surgical stress response, decreasing IL-6 and CRP levels postoperatively and improving prealbumin postoperative synthesis.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

ERABS: STRATEGIE FARMACOLOGICHE, ANALGESIA POST OPERATORIA E GESTIONE DELLA PONV

G. Bichisao, A. Viscone, G. Iotti

Dipartimento di Medicina Intensiva, S.C. di Anestesia e Rianimazione I e II, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Background: Obiettivo del nostro lavoro è stato paragonare due piani anestesiolgici condotti con Opioid Free Anesthesia (OFA) e Low Opioid Anesthesia (LOA) in chirurgia bariatrica e verificare eventuali differenze nel postoperatorio su quei fattori che possono condizionare la durata della degenza e la rapida ripresa del paziente.

Metodi: Dal 2016 reclutati 185 pazienti bariatrici per uno studio randomizzato OFA vs LOA, di questi 114 sono stati sottoposti ad OFA e 71 a LOA. L'età media dei pazienti sottoposti a OFA è di 43.1 (17-74) e l'età media dei pazienti sottoposti a LOA è di 44.8 (20-66); la mediana dell'età dei pazienti sottoposti ad OFA è 42, mentre la mediana dei pazienti sottoposti a LOA è 47. Il BMI medio dei pazienti sottoposti a OFA è pari a 45.1 (27-79.7) e il BMI medio dei pazienti sottoposti a LOA è pari a 44.7 (27.4-71.7); la mediana del BMI dei pazienti sottoposti a OFA è 42.7, la mediana del BMI dei pazienti sottoposti a LOA è 43.7. Gli interventi di chirurgia bariatrica a cui questi pazienti sono stati sottoposti sono stati in ordine di frequenza: Sleeve Gastrectomy, By-pass, By-pass+ring e rimozione di bendaggio gastrico. Tutti i pazienti hanno avuto un approccio mini-invasivo (VLS) e al termine dell'intervento, prima del trasferimento in normale degenza, sono rimasti in osservazione presso il Comparto Operatorio. Nella Recovery Room sono stati rilevati la PONV e il dolore (NRS) al risveglio e dopo 60'; in reparto sono stati rilevati la PONV e il dolore a 24 ore e la ripresa dell'alvo in prima, seconda e terza giornata postoperatoria.

Risultati: L'osservazione dei pazienti prima in Recovery Room e successivamente in reparto di degenza, ha evidenziato una minor incidenza della PONV al risveglio, risultato presente anche se in maniera più modesta a 60 minuti e a 24 ore. Un miglior controllo del dolore soprattutto immediatamente dopo il risveglio dall'anestesia e in quasi il 90% dei pazienti sottoposti ad OFA si è osservata la ripresa dell'alvo già in prima giornata post-operatoria.

Conclusioni: L'applicazione del protocollo OFA nella anestesia della chirurgia bariatrica consente una riduzione della PONV, un miglior controllo del dolore post-operatorio e una più rapida ripresa dell'alvo. Ne conseguono degenze più brevi con riduzione della spesa sanitaria, e un rapido ritorno del paziente alla normale vita quotidiana.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

IMPATTO DI UN PROGRAMMA ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY-ERAS SU UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ANZIANI E FRAGILI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO RESETTIVO PER NEOPLASIA DEL COLON RETTO: UN'ESPERIENZA SU PIÙ DI 1000 PAZIENTI

M. Scatizzi¹, F. Feroci², N. Zironda², E. Lenz², M. Baraghini², A. Garzi², T. Zalla², L. Romoli², R. Giudicissi², M. Calussi², I. Gian², C. Elbetti², M. Franceschin³, S. Cantafio²

¹ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

² SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato

³ Libero Professionista, Prato

Obiettivi: Lo studio ha esplorato i risultati di un programma ERAS su una popolazione di pazienti anziani e fragili, sottoposti ad intervento resettivo per neoplasia del colon retto

Materiali e metodi: Abbiamo considerato tutti i pazienti consecutivi trattati e registrati su un database prospettico a partire dal 2005. Questi sono stati divisi in base all'età in: Gruppo1 di età <69anni (gruppo di controllo), Gruppo2 di età compresa tra 70 e 79 anni e Gruppo3 maggiori di 80 anni. Obiettivo principale è stata la dimissibilità del paziente stabilita sulla base dei consueti criteri clinici (mobilizzazione, rialimentazione, adeguato controllo del dolore, defecazione). Obiettivi secondari sono stati i giorni di ricovero, la riammissione, le complicanze, la mortalità nei primi 30 giorni e l'aderenza al protocollo ERAS. Tutti i parametri sono stati registrati durante il ricovero e nei 30 giorni post dimissione.

Risultati: I pazienti inclusi nello studio sono stati 1189 (584 donne, 49.1%), età media 76 anni (range 30-94).

La dimissibilità media si è attestata a 4 giorni (range 3-30) nel Gruppo 1, 5 giorni (range 3-47) nel Gruppo 2 e 5 giorni (range 3-19) nel Gruppo 3. La durata della degenza invece è mediamente stata per il Gruppo 1 di 6 giorni (range 3-58), per il Gruppo 2 di 8 giorni (range 3-7) e per il Gruppo 3 di 8 giorni (range 3-53).

Conclusioni: Ancora una volta ERAS si è dimostrato efficace e sicuro, anche su una popolazione come quella esaminata costituita da pazienti anziani e fragili che verosimilmente più di altri potrebbero giovare del programma ERAS per migliorare i risultati chirurgici.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DI UN PROGRAMMA ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) SU OUTCOME CLINICO IN CHIRURGIA DEL RETTO ELETTIVA LAPAROSCOPICA E APERTA. STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO

S. Targa¹, S. Ascanelli², D. Cassini³, M. Portinari², D. Marcello², C.A. Volta⁴, F. Carlo Vittorio¹, C. Paolo²

¹ UO di Chirurgia Generale Provinciale, Azienda USL di Ferrara, Lagosanto

² UO di Chirurgia 2- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

³ UO di Chirurgia Generale e Mini-Invasiva-Policlinico Abano Terme (PD)

⁴ UO di Anestesia e Rianimazione Universitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Obiettivi: Determinare la sicurezza, efficacia e fattibilità di un programma standardizzato di cure peri-operatorie ERAS in chirurgia rettale elettiva.

Materiali e metodi: Abbiamo confrontato una coorte prospettica di 110 pazienti consecutivi in due centri di chirurgia generale, sottoposti a resezione del retto con escissione totale del mesoretto (TME) e ileostomia di protezione in elezione, seguendo un protocollo ERAS dal 2014 al 2018, con una coorte retrospettiva di 100 pazienti che avevano subito il medesimo intervento presso la stessa struttura prima dell'introduzione della metodologia ERAS. I criteri di esclusione per entrambi i gruppi erano: età >85 anni, ASA IV, TNM IV, e scala di Karnofsky <60%. Sono stati comparati tra i due gruppi: il tempo di recupero funzionale postoperatorio, morbosità, mortalità, durata del ricovero e il numero di nuovi ricoveri entro 30 giorni dall'intervento. I dati sono espressi come mediana (IIQ 25-75) o media \pm DS e abbiamo utilizzato i test chi-quadro, Mann-Whitney, t-Student e log-rank per la loro analisi.

Risultati: L'età, la distribuzione dei generi e BMI erano omogenei tra i due gruppi. La mortalità a 30 giorni è stata nulla in entrambi i gruppi e non vi sono state differenze significative nelle complicanze postoperatorie. Nel gruppo ERAS, il recupero funzionale è stato più precoce rispetto al gruppo di controllo al pari della dimissione dall'ospedale ($P < 0.05$), senza un aumento dei reingressi entro 30 giorni.

Conclusioni: L'implementazione di un programma ERAS in chirurgia del retto elettiva è sicura, efficace in termini di recupero funzionale, morbosità e mortalità, e riduce la durata della degenza postoperatoria, senza aumentare il tasso dei reingressi.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

ANALGESIA POST-OPERATORIA NEL PROTOCOLLO ERAS IN CHIRURGIA RETTO-COLICA LAPAROSCOPICA: BLOCCO CENTRALE (CATETERINO PERIDURALE) VERSUS BLOCCO PERIFERICO (TAP BLOCK)

L. Ceretto Giannone, D. Veliaj, D. Paradiso, L.S. Laudari, A. Borasi, F. Ghiglione, M.P. Bellomo

Ospedale Humanitas Gradenigo, Torino

Scopo: Confronto dell'efficacia, nell'ambito della chirurgia retto-colica laparoscopica, delle tecniche analgesiche post-operatorie neurassiali (cateterino peridurale) versus blocchi di parete (TAP block)

Materiali e metodi: Sono stati selezionati 50 pazienti sottoposti a emicolectomia dx, emicolectomia sx e resezione anteriore del retto.

La conduzione intraoperatoria si è basata su anestesia inalatoria (Sevorane o Desflurane), infusione continua con Remifentanil e curarizzazione con Rocuronio.

Abbiamo diviso il nostro campione pazienti in 2 gruppi: Gruppo E (27 pazienti) a cui è stato posizionato cateterino peridurale toracico; Gruppo T (23 pazienti) in cui è stato eseguito Transversus Plane Block bilaterale ecoguidato.

Nel gruppo E il protocollo antalgico prevedeva infusione continua tramite elastomero con Ropivacaina 0.15% a 5-7 ml/h. Rimozione del cateterino peridurale dopo la 48esima ora previa verifica del controllo antalgico con somministrazione orale con farmaci adiuvanti come Paracetamolo e FANS.

Nel gruppo T a fine intervento è stato praticato TAP block bilaterale ecoguidato con Ropivacaina 0.25% 30 ml per lato.

La valutazione del dolore è stata effettuata tramite la scala NRS ogni 6 ore nelle prime 24 ore, ogni 8 ore nelle successive ore. L'efficacia dell'analgesia è stata testata sulla base del consumo di oppioidi (Morfina) e sulla mobilizzazione e alimentazione precoce.

Risultato: Il controllo antalgico è stato sovrapponibile nei 2 gruppi nelle prime 24 ore.

Nel gruppo E il valore NRS massimo è stato di 2.

Nel gruppo T dopo le prime 24 ore il valore di NRS si attestava tra 2 e 4, in un solo caso, NRS 6 con necessità di utilizzo di oppioidi.

Conclusioni: Controllo antalgico ottimale con il cateterino peridurale a discapito della mobilizzazione precoce, dovuti agli effetti collaterali ad esso correlati (ipoestesia e/o parestesia.)

Viceversa il TAP block ha garantito un adeguato controllo antalgico senza ritardo nella mobilizzazione o alimentazione. Si può concludere che nella chirurgia retto-colica laparoscopica il TAP block è una valida alternativa al posizionamento del cateterino peridurale.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

ENHANCED RECOVERY PROGRAM FOR GASTRIC CANCER SURGERY (ERGS): DOES AGE INFLUENCE OUTCOMES AND APPLICABILITY?

S. De Pascale¹, J. Weindelmayer², L. Bencini³, A. Cossu⁴, L. Gianotti⁵, S. Rausei⁶, A. Sansonetti⁷, U. Fumagalli Romario¹

¹ UO Chirurgia Generale 2, ASST Spedali Civili, Brescia

² General and Esophagogastric Surgery, University of Verona

³ Oncologic and Robotic Surgery, Department of Oncology - Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

⁴ Digestive Surgery, San Raffaele Hospital - San Raffaele Vita e Salute University, Milano

⁵ Department of Surgery, San Gerardo Hospital, School of Medicine and Surgery, Milano-Bicocca University, Monza

⁶ General Surgery, ASST Valle Olona, Gallarate

⁷ General Surgery, Vannini-Figlie di San Camillo Hospital, Roma

Objectives: Routine application of ERAS programs in gastric cancers surgery is not widely diffuse. Principal experiences are from Eastern countries: age and advanced stage are usually considered as exclusion criteria for ERAS program. On this basis we conducted a prospective multicenter study (ERGS study) to analyze the applicability of an ERAS program in gastric cancer surgery among centers of the Italian Group of Research for Gastric Cancer (GIRCG). The present study is a secondary analysis of the ERGS study, with the aim to analyze the outcomes of patients included in this prospective study according to their age, younger and older than 75 years.

Methods: Patients affected by gastric cancer were enrolled, from April 2015 to July 2017, in seven Italian centers. An ERAS program was applied for perioperative management. Exclusion criteria were: ASA > 3 and decompensated ASA 3, gastric outlet obstruction unless fed by enteral feeding and decompensated diabetes (HbA1c > 7%). Patients < 75 years (Group A) were compared with patients => 75 years (Group B).

Statistical analysis was conducted with MedCalc v14.8.1.

Results: Two-hundred-seventy patients were enrolled: 148 in Group A and 122 in Group B. The two groups were similar for sex ($p=0.5$), p stage (< II / => II) ($p=0.8$). The rate of application of ERAS protocol was low and similar for both groups (39.1 and 39.3% respectively) ($p=0.9$). Significant differences were observed for median ASA score, higher in group B ($p<0.0001$), and for neoadjuvant therapy, higher in group A ($p<0.0001$). No differences were observed for major postoperative complications ($p=0.7$). Median time to fulfill discharge criteria was 7 days for both groups (Group A [range 4-65], Group B [range 4-56], $p=0.18$). Two patients died in Group B and none in Group A ($p=0.3$). There was no difference for 30 day readmission rate ($p=0.8$).

Conclusion: Age does not seem to limit the application of an ERAS program in these patients. No significant differences in most analyzed parameters was found. However the application of the whole protocol is still quite low in both groups of patients in many centers. There is probably the need to improve this rate through the creation of homogeneous ERAS teams. Further study are needed to verify items that are not strong determinant to obtain better results.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

SONDINO NASO-GASTRICO, DRENAGGI ADDOMINALI E CONTROLLO RADIOLOGICO IN CHIRURGIA BARIATRICA: MITI DA SFATARE?

R. D'Alessio, I.F. Gallo, R. Giorgino, I. Nunziata, C. Santise, M.L. Villanova, M. Pierri, D. Borzomati, V. Bruni

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Obiettivi: L'uso del sondino naso-gastrico (SNG) e dei drenaggi addominali dopo chirurgia digestiva sono causa di acceso dibattito scientifico e negli ultimi anni diversi centri hanno abbandonato l'utilizzo di questi strumenti. Riportiamo l'esperienza di un centro di chirurgia bariatrica ad alto volume presso il quale non si è mai fatto uso del SNG, del drenaggio addominale e del controllo radiologico postoperatorio con mezzo di contrasto per os. Obiettivo dello studio è la verifica del tasso di morbilità e mortalità.

Materiali e metodo: Da Settembre 2017 presso la chirurgia bariatrica del Campus Bio-Medico di Roma è stato avviato il protocollo di gestione perioperatoria ERAS che prevede anche il non posizionamento al termine dell'intervento di SNG e drenaggio addominale e la non esecuzione del controllo radiologico postoperatorio di tenuta delle anastomosi o della trancia gastrica. Gli interventi eseguiti sono sleeve gastrectomy (SG), bypass gastrico standard (BGP), bypass gastrico con unica anastomosi (OAGB) e bendaggio gastrico (GB).

Risultati: Da Settembre 2017 ad Aprile 2018, 272 pazienti (età media: 44 anni; range: 19-67; M: 67; F: 205; BMI medio: 42; range: 34-60) sono stati sottoposti a chirurgia presso il nostro centro. In tutti i casi è stato utilizzato il protocollo ERAS. L'intervento chirurgico è stato una SG in 171 pazienti (durata media 72min), un BPG in 62 pazienti (durata media 94min), un OAGB in 18 pazienti (durata media 92min) e un GB in 21 pazienti (durata media 39min). Il controllo intraoperatorio con blu di metilene e aria è risultato positivo in 2 casi (0,8%). In nessun caso è stato lasciato il SNG; un drenaggio addominale è stato posizionato in 9 (3,3%) casi. In un paziente (0,4 %) è stata necessaria la conversione laparotomica e in 4 (1,5%) il reintervento. La dimissione è avvenuta entro 48h dall'intervento in 218 (80%) casi. Il controllo radiologico postoperatorio non è mai stato eseguito. La durata media della degenza è stata di 76,8h. Cinque (1,8%) pazienti hanno mostrato una complicanza (Clavien Dindo III/IV). La mortalità è stata assente.

Discussione: I fautori dell'utilizzo del drenaggio addominale dopo chirurgia bariatrica sostengono che questo costituisca un'efficace spia in caso di sanguinamento o deiscenza. Il SNG servirebbe viceversa a detenere lo stomaco evitando che la sutura sia precocemente transitata dal liquido enterico. Viceversa, i detrattori dell'utilizzo del sondino e del drenaggio si rifanno all'assenza di evidenze scientifiche circa la loro reale utilità sostenendo peraltro un potenziale aumento del rischio di complicanze infettive. I risultati del nostro studio, se comparati con quelli riportati da centri che utilizzano routinariamente SNG e drenaggio addominale, mostrano che il loro mancato utilizzo non comporta variazioni dei tassi di morbilità e mortalità. E' ipotizzabile che il bassissimo tasso di complicanze infettive osservate possa essere attribuito al mancato posizionamento dei drenaggi addominali.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

IMPATTO ECONOMICO DEL PROTOCOLLO ERAS IN CHIRURGIA BARIATRICA

I.F. Gallo, R. D'Alessio, R. Giorgino, I. Nunziata, L. Villanova, A. Custurone, C. Santise, D. Borzomati, V. Bruni

Policlinico Universitario Campus Bio-medico, Roma

Obiettivi: Consistenti evidenze dimostrano che il protocollo di gestione perioperatoria ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nel paziente sottoposto a chirurgia addominale "maggiore" inclusa la chirurgia bariatrica, comporta significativi vantaggi oltre che in termini di outcome clinico, qualità di vita anche di riduzione dei costi economici grazie alla significativa riduzione del tempo medio di degenza. Il presente elaborato riporta i risultati di un'analisi prospettica effettuata in collaborazione con il personale amministrativo del nostro policlinico riguardante l'impatto economico dell'applicazione del protocollo ERAS presso un centro di chirurgia bariatrica ad alto volume.

Materiali e metodi: Dal Settembre 2017 presso la UOC di chirurgia bariatrica del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma è stato avviato un protocollo per la gestione dei pazienti da sottoporre a chirurgia bariatrica secondo le linee guida ERAS. Queste prevedono il ricovero del paziente il giorno stesso dell'intervento, una precoce mobilizzazione e assunzione per os di liquidi nonché la dimissione entro 48 ore dalla chirurgia. Gli interventi eseguiti sono la sleeve gastrectomy, il bypass gastrico, il mini-bypass gastrico e il bendaggio gastrico.

Risultati: Da Settembre 2017 ad Aprile 2018 272 pazienti (età media: 44aa; range: 19-67; M: 67; F: 205; BMI medio: 42; range: 34-60) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per obesità patologica presso il Campus Bio-Medico di Roma. In tutti i casi è stato utilizzato il protocollo ERAS. L'intervento chirurgico è consistito in sleeve gastrectomy in 171 pazienti (durata media 72 min), bypass gastrico in 62 pazienti (durata media 94 min), mini-bypass gastrico in 18 pazienti (durata media 92 min), bendaggio gastrico in 21 pazienti (durata media 39 min). La dimissione è avvenuta entro 48h dall'intervento in 218 (80%) casi. La durata media della degenza è stata di 76.8h. Quattro pazienti (1.6%) sono stati nuovamente ricoverati entro 30 giorni dall'intervento chirurgico. L'analisi dei costi suddivisa per tipo di intervento chirurgico ha mostrato che il costo medio per i pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy è stato di 3220€. Nel caso del bypass gastrico il costo è stato di 4099€. Infine il paziente sottoposto a bendaggio gastrico ha comportato una spesa di 2740€.

Conclusioni: È dimostrato che il protocollo di gestione perioperatoria ERAS comporta notevoli vantaggi in termini di outcome clinico, qualità di vita e riduzione dei costi economici. Diversi studi riportano come, soprattutto in relazione all'abbattimento del tempo medio di degenza, l'introduzione dei protocolli di "fast track" determina un significativo risparmio economico. La nostra analisi documenta che l'utilizzo dell'ERAS, accanto ad un mantenimento di elevati standard di sicurezza per il paziente, comporta un sostanziale abbattimento dei costi rispetto a quanto riportato da centri chirurgici che non utilizzano protocolli di fast track chirurgico.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

IMPATTO DEL SUPPORTO NUTRIZIONALE PERIOPERATORIO NEL PROTOCOLLO ERAS SUL RISCHIO OPERATORIO DOPO RESEZIONE EPATICA

C. Mele, F. Ardito, A. Mimmo, M.C. Mele, E. Adducci, M. Vellone, A. De Rose, I. Giovannini, C. Chiarla, F. Giuliante

Università Cattolica Fondazione Policlinico A. Gemelli, Roma

Introduzione: Molti studi hanno dimostrato che il protocollo enhanced recovery after surgery (ERAS) nella chirurgia epatica è correlato ad una riduzione della degenza e delle complicanze post-operatorie. Scopo del nostro studio è valutare come l'impatto di un protocollo nutrizionale personalizzato perioperatorio (NutriCatt) possa migliorare i risultati dell'approccio ERAS nella chirurgia resettiva epatica.

Metodi: I pazienti sottoposti a resezione epatica sono stati suddivisi in 4 periodi di studio: il 1° periodo (2000-2008) include tutti i pazienti sottoposti a resezioni open; il 2° periodo (2009-2015) include i pazienti sottoposti a resezioni laparoscopiche; il 3° periodo (Gen. 2016–Nov. 2017) include i pazienti sottoposti a resezioni con protocollo ERAS; il 4° periodo (Nov. 2017-Apr. 2018) include i pazienti sottoposti a resezioni con il nuovo protocollo ERAS + NutriCatt, associato ad una valutazione nutrizionale con dieta personalizzata perioperatoria. La durata della degenza p.o. e le complicanze p.o. sono state confrontate nei quattro gruppi di pazienti.

Risultati: Tra il 2000 e aprile 2018 sono stati analizzati i risultati di 2159 resezioni epatiche. La durata media della degenza postoperatoria dei primi due periodi è stata significativamente maggiore rispetto a quella dei due ultimi periodi 10.4 vs. 8.7 ($p < 0.001$). Analizzando le resezioni minori, la durata media della degenza p.o. e l'incidenza di complicanze gravi sono stati significativamente maggiori nel 1° periodo rispetto al 2° (rispettivamente 9.4 vs. 5.4; $p < 0.001$ e 11.1 vs. 3.7; $p = 0.04$). La durata media della degenza postoperatoria del 3° e 4° periodo non sono risultate significativamente inferiori al 2° periodo (rispettivamente 5.1 e 5.2; $p = n.s.$). Analizzando invece le resezioni maggiori si è osservata una riduzione significativa della durata media della degenza p.o. tra 1° + 2° periodo vs. 3° + 4° periodo (rispettivamente 10.0 vs. 8.0; $p < 0.001$). Analizzando 1° + 2° periodo vs. 3° e 4° periodo separatamente, si è confermato il trend di riduzione della degenza: rispettivamente 10.0 vs. 8.0 vs. 6.0.

Conclusioni: L'utilizzo del protocollo ERAS in chirurgia epatica è stato associato ad un miglioramento dei risultati postoperatori. Questi miglioramenti sono stati evidenti nella serie globale e nelle resezioni maggiori. Nelle resezioni minori i miglioramenti dei risultati operatori sono stati evidenti con l'introduzione della laparoscopia, mentre invece il protocollo ERAS e ERAS+NutriCatt non hanno contribuito significativamente ad un miglioramento ulteriore dei risultati. L'impatto dell'ERAS e in particolare dell'ERAS+NutriCatt è stato evidente nel gruppo delle resezioni maggiori.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 15:00-18:00

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

BOWEL PREPARATION BEFORE ELECTIVE COLORECTAL SURGERY IN REFERRAL CENTERS. A NATIONAL SURVEY BY THE ITALIAN SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY (SICO) - COLORECTAL CANCER NETWORK

S. Sofia, A. Alò, S. Mungo, S. Di Maria Grimaldi, R. Reddavid, R. Trapani, M. Solej, M. Degiuli

Università degli studi di Torino - San Luigi Gonzaga di Orbassano, Torino

Aim of the Study: Surgical Site Infection (SSI) is a common complication affecting all surgical procedures. Specifically in colorectal surgery there is a 15-30% of SSI reported by literature, with a consequent increase of length of hospitalization and of its related costs. Different guidelines have proposed several antibiotic protocols with the aim to improve SSI rate, but there is still no evidence of the superiority of a protocol compared to others. This topic is actually debated worldwide: while European surgeons seem to support Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) programs which requires no mechanical bowel preparation (MBP), American centers apply different protocols requiring preoperative mechanical bowel preparation associated to oral antibiotics (OA). The aim of this study is to assess the rate of the current use of MBP with or without OA in daily practice in Italian referral centers for colorectal surgery.

Methods: Current use of preoperative MBP and/or OA has been assessed with a survey composed by 15 questions. This is an Italian National multicentre survey. The easy application of our survey permitted us to obtain rapidly all necessary data. A simple, clear, short and anonymous questionnaire has been provided to all participating centers. Each participating center has responded to all 15 questions regarding its own preoperative protocol applied routinely in daily colorectal surgery. The questionnaire has been sent to and results have been analysed by the department of Oncology of A.O.U. S. Luigi Gonzaga - Orbassano (TO).

Results: More than 50 surgeons from national referral centers for colorectal surgery responded to this questionnaire. MBP is commonly used for left colonic and rectal resections. A very small rate of centers adopt the association of MBP with OA. No preparation is preferred for right colonic resections. Centers applying ERAS protocols do not use neither MBP nor OA or their combination.

Conclusions: Italian surgical centers adopt different preoperative protocols for bowel preparation before elective colorectal surgery. Our results show that there is no agreement in the preoperative protocol used for colorectal surgery. More evidence from RCTs is needed to identify the optimal way of bowel preparation before colorectal surgery.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE **15:00-18:00**

UROLOGIA, GIOVANE CHIRURGO, CHIRURGIA TORACICA, ERAS

SALA P

STRUMENTI E METODI DEL CASE MANAGEMENT PER FAVORIRE LA MOBILIZZAZIONE PRECOCE, VALUTARE IL PATRIMONIO VENOSO IMPLEMENTARE STRATEGIE COMUNICATIVE EFFICACI

E. Pellegrino, G. Bichisao, V. Martinelli, C. Muggia, M. Zugnoni, A. Peri

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

L'incremento della patologia obesità, ha generato inevitabilmente un aumento di persone "complesse" nella gestione assistenziale tra le strutture sanitarie e nella pianificazione degli interventi volti alla risoluzione dei problemi della quotidianità, il personale operante non solo deve tener conto di numerosi problemi quali diabete, ipertensione, ipercolesterolemia ma implementare interventi e tecniche specifiche per la risoluzione di attività di vita quali mobilizzazione, alimentazione, respiro, comunicazione. Talvolta la letteratura non è chiaramente esaustiva nell'implementazione delle tecniche e il personale dedicato all'assistenza del paziente obeso non ritrova una solida base teorica che supporti le proprie scelte professionali. Le tempistiche di esecuzione delle tecniche assistenziali giustifica il forte impatto dell'obesità sul carico di lavoro nei vari setting di cura (degenza, sala operatoria, ambulatorio, domicilio) e il miglioramento di quest' ultime genera inevitabilmente una ripresa precoce delle funzioni vitali, riduzione delle complicanze postoperatorie e un miglioramento della compliance del paziente al piano di cura. Nel modello organizzativo del case management una costante analisi delle risorse umane, materiali e organizzative potrebbe favorire l'attribuzione dei livelli di complessità assistenziale nell'intero percorso del trattamento: dalla presa in carico al followup.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

RISULTATI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ADERENTE ALLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI PER LA PROCTOCOLECTOMIA TOTALE RESTAURATIVA TOTALMENTE LAPAROSCOPICA

G.M. Sampietro, C. Baldi, L. Conti, A. Frontali, F. Colombo, F. Corsi, D. Foschi

ASST Fatebenefratelli Sacco – Ospedale Luigi Sacco, Milano

Obiettivi: Valutare la sicurezza, l'efficacia ed i risultati a lungo termine della proctocolectomia totale restaurativa confezionata per via totalmente laparoscopica, eseguita in regime di elezione o di urgenza.

Materiali e metodi: L'intervento chirurgico di confezionamento di IPAA per via totalmente laparoscopica è stato eseguito su 160 pazienti, secondo il protocollo dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) del nostro Centro. Sulla base della loro presentazione clinica al momento dell'intervento chirurgico, i pazienti sono stati sottoposti ad intervento eseguito in due (proctocolectomia ed IPAA - chiusura di ileostomia) o in tre tempi (colectomia, affondamento del retto ed ileostomia derivativa - successiva proctectomia ed IPAA - chiusura di ileostomia).

Risultati: Da Luglio 2007 a Luglio 2016 sono stati operati 160 pazienti che rientravano nei criteri dei PDTA. Di questi, il 50,6% è stato sottoposto ad intervento chirurgico eseguito in tre tempi ed il 49,4% ad intervento in due tempi. La mortalità e morbilità globali sono state dello 0,6% e 24,6% rispettivamente. Il tasso di conversione è stato del 3,75%. Le complicanze settiche intra-addominali si sono verificate nell'8,7% dei pazienti e sono state associate al trattamento combinato preoperatorio con antibiotici ed Infliximab ($p=0.0001$). Le percentuali di fallimento della pouch e di confezionamento di ileostomia definitiva, valutate a 8 anni dall'intervento, sono state del 5,1% e 3,7% rispettivamente. I pazienti sottoposti ad intervento in tre tempi sono risultati essere più giovani ($p=0.0001$), con diagnosi di malattia più recente ($p=0.0001$), con minori valori di indici infiammatori ($p=0.003$), miglior stato nutrizionale agli esami preoperatori ($p=0.0001$), minor percentuale di classificazione come ASA score 2 e 3 ($p=0.0007$), minor tasso di complicanze di tipo II secondo la scala di Clavien-Dindo ($p=0.0001$), minore tasso di recidiva e reintervento chirurgico a 90 giorni dall'intervento chirurgico ($p=0.03$) e minor durata della degenza ospedaliera post-chirurgica ($p=0.0001$). I pazienti sottoposti ad intervento eseguito in due tempi presentavano ASA score maggiori ($p=0.0001$), maggiore percentuale di precedenti interventi chirurgici addominali ($p=0.03$) e maggior durata della degenza ospedaliera post-chirurgica ($p=0.0001$).

Conclusioni: L'approccio chirurgico per via totalmente laparoscopica risulta essere sicuro ed efficace, anche nei pazienti ad alto rischio e nelle procedure condotte in più tempi, con tassi molto bassi di conversione, mortalità e morbilità.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

RESEZIONE ILEOCECALE PER LOCALIZZAZIONE SINGOLA NEL MORBO DI CROHN: INDICAZIONI E RISULTATI

A. Braini¹, L. Moras², A. Patanè¹, P. Ubiali¹

¹ AAS 5 Friuli Occidentale-Ospedale di Pordenone, SOC Chirurgia Generale, Pordenone

² Università degli Studi di Trieste, UCO Chirurgia Generale, Trieste

Obiettivi: Le indicazioni all'approccio chirurgico nel morbo di Crohn si sono evolute negli anni sia dal punto di vista medico per l'introduzione di nuovi farmaci, sia da quello chirurgico grazie alle tecniche mini-invasive. Vengono valutati i risultati della chirurgia come primo approccio nella localizzazione singola all'ultima ansa per malattia fistolizzante/stenosante o dopo terapia medica in caso di pazienti non responder, presso un Centro con IBD Unit dedicata.

Materiali e metodi: Dal 2010 al 2017, 43 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di resezione ileoceccocolica dopo valutazione multidisciplinare, 22 donne e 21 uomini (età media 45 anni, range 17-79; 8 naive da farmaci, 35 trattati in precedenza con corticosteroidi e/o biologici). Tutti i pazienti hanno seguito un protocollo ERAS comprensivo di immunonutrizione preoperatoria e correzione di eventuale anemia. La tecnica chirurgica ha previsto un approccio laparoscopico (VLS) con anastomosi intracorporea, in alcuni casi Hand-assisted oppure con chirurgia tradizionale se pazienti plurioperati o con importanti masse infiammatorie. Sono stati valutati tempi operatori, conversioni, complicanze sec. Clavien-Dindo e risultati a distanza.

Risultati: Dei 43 pazienti, 23 sono stati trattati in VLS, 4 (17.3%) convertiti per sindrome aderenziale o massa infiammatoria non gestibile in VLS; infine 20 con tecnica open. Il tempo operatorio medio per gli interventi in VLS è stato 140 min (range 95-220) e 170 min (range 110-240) per quelli open/convertiti. Le complicanze postoperatorie totali sono state del 23.2%: tra le maggiori (III-IV grado) 1 deiscenza anastomotica trattata chirurgicamente, 2 emorragie (trattate in 1 caso con reintervento e nell'altro con emostasi endoscopica), 1 ascesso pelvico drenato per via radiologica. Tra le minori (I-II grado) 2 infezioni delle vie urinarie, 2 infezioni di catetere venoso centrale, 1 malassorbimento, 1 fibrillazione atriale. Non mortalità a 30 giorni. Le complicanze nei pazienti naive da farmaci sono state del 12.5% (1 minore), mentre in quelli con pregressa terapia cortisonica o con anti-TNF del 25.7%. 19 pazienti (44.1%) hanno eseguito terapia con biologici nel postoperatorio; 9 casi per alto rischio e 10 per recidiva clinico-endoscopica. 1 paziente è stato sottoposto a ciclo di dilatazioni endoscopiche e 1 a ri-resezione. In 3 pazienti (6.9%) è stata riscontrata una neoplasia incidentale sul resecato: 1 adenocarcinoma in situ su tragitto fistoloso ileocecale, 1 adenocarcinoma del tenue infiltrante il ceco (pT4, Nx) e 1 adenocarcinoma del ceco su polipo tubulo villosa (pT2, N0).

Conclusioni: L'approccio chirurgico al m. di Crohn con localizzazione all'ultima ansa ileale risulta sicuro ed efficace nei pazienti sintomatici naive da farmaci, oltre che in quelli che non rispondono a terapia medica; in questi ultimi il rischio di complicanze postoperatorie è maggiore. Non trascurabile infine il rischio di carcinomi misconosciuti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

INTUSSUSCEZIONE ILEALE SU FORMAZIONE POLIPOIDE LINFOMATOSA PRIMITIVA IN PAZIENTE AFFETTA DA MORBO DI CROHN. CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

S. Giungato¹, A. De Luca¹, C. Scoletta¹, R.T. Giuliani¹, E.F. Favale¹, G.M. De Luca², A.S. Pepe¹

¹ P.O. Occidentale, Castellaneta

² P.O. Dario Camberlingo, Francavilla Fontana

Obiettivi: La malattia di Crohn è una patologia infiammatoria cronica intestinale, correlata ad una risposta immuno-mediata inappropriata. Il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da Morbo di Crohn è totalmente cambiato dall'avvento della terapia biologica, anche se è stato correlato un aumento dell'incidenza di malattia linfomatosa in pazienti sottoposti a terapie biologiche. Questa correlazione, soprattutto in pazienti con lunga storia di malattia, non è ancora del tutto chiara. Raro invece è lo sviluppo di linfoma intestinale primitivo, in pazienti con M. di Crohn.

Materiali e metodi: Il caso riportato è di una donna di 49 anni sottoposta circa 4 anni prima ad intervento chirurgico d'urgenza per occlusione intestinale da stenosi ileale da M. di Crohn. Sottoposta per circa 3 anni a terapia con mesalazina e corticosteroidi, la paziente presenta massa palpabile in fossa ilaca destra, dolore spontaneo con alvo regolare, non diarroico. La paziente mostra, alla entero risonanza e alla PET-TAC, dilatazione pseudo-aneurismatica dell'ansa ileale pre-anastomotica come da recidiva di M. di Crohn. Non risponde alla terapia corticosteroidica e viene sottoposta in regime di elezione a resezione ileo-ileale e anastomosi L-L a causa di intussuscezione di un tratto di ileo. Diagnosi istologica di Linfoma non Hodgkin a cellule T di tipo intestinale nel quale si riconosce grossolana formazione polipoide aggettante nel lume intestinale. La paziente, dimessa in decima giornata post-operatoria, è stata sottoposta a chemioterapia e deceduta a distanza di circa 6 mesi dall'intervento.

Risultati: Lo studio della letteratura ha evidenziato 62 casi, a partire dal 1955, di associazione tra M. di Crohn e linfoma intestinale primitivo. 42 Maschi (68% dei casi); nessun paziente sottoposto a terapia biologica; 15 pazienti (24%) sottoposti a terapia immunosoppressiva; durata media della malattia: 9,18 anni (range 6 mesi – 48 anni); età media: 49,3 anni (range 12 – 84).

Conclusioni: Nei pazienti affetti da Morbo di Crohn, il follow-up deve essere sempre rivolto a riconoscere immediatamente lo sviluppo della patologia linfomatosa. E' riportata in letteratura un'incidenza maggiore di malattia linfomatosa nei pazienti sottoposti a terapie biologiche, ma dallo studio della letteratura riportato si può notare come l'associazione con il linfoma è già presente molto tempo prima dell'avvento della terapia biologica, pertanto non è da escludere che la patogenesi della malattia linfomatosa in pazienti affetti da M. di Crohn sia risultante dalla sola disregolazione della risposta immuno-mediata. Inoltre la presenza della dilatazione pseudo-aneurismatica intestinale, in pazienti affetti da M. di Crohn, deve entrare in diagnosi differenziale con il linfoma intestinale primitivo.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

CROHN DISEASE RECURRENCE, NO NEWS IN THE LAST FIVE YEARS: A FOLLOW UP STUDY FROM AN ITALIAN TERTIARY CENTER

G. Panyor, M. Marini, L. Campanati, M. Giulii Capponi, N. Paderno, N. Allievi, E. Vaterlini, P. Calcagno, C. Bertani, E. Poiasina, E. Poletti De Chaurand, R. Manfredi, M. Pisano, D. Piazzalunga, S. Magnone, M. Lotti

ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Background: We created a multidisciplinary team consisting of endoscopists, surgeons, gastroenterologists, pathologists, and nutritionists for the management of patients with Inflammatory Bowel Diseases (IBD) in our Italian Tertiary Center over the last 15 years and we designed a dedicated database. The aim of the study was to find out whether the biological agents had brought any changes in the treatment strategies of Crohn Disease (CD) patients who had required a second surgery.

Methods: We retrospectively reviewed our database from 2000 to 2012 and selected patients with 5 years follow-up who underwent surgery at least once in their life. We collected data about the onset of the disease, the time of relapse and the follow-up. These patients were divided into four groups according to the medical treatment administered after surgery: patients treated with biologic agents (anti-TNF), with immunosuppressive drugs, with immunosuppressive and biologic therapy, and with 5-aminosalicylic acid (5-ASA). Finally, we identified those who received a second surgery and compared the medical treatment, the interval between the two surgeries and the re-operation goal.

Results: From 2000 to 2012, 135 patients with CD referred to our Hospital. Among them, 110 patients underwent major surgery at least once in their life: 47 patients were firstly operated in our Tertiary Centre. After surgery, 15 patients were treated with anti-TNF drugs and 4 recurred (27%), 22 with immunosuppressive therapy with 6 relapses (27%), 36 with biologic and anti-TNF therapy with 7 reoperations (19%), 37 with 5-ASA alone with a recurrence of 9 patients (24%). Considering all the groups, 26 patients surgically recurred despite the medical therapy. The interval between surgeries didn't show significant differences, with median time between 70 and 92 weeks.

Conclusions: Currently, none of the available drugs can significantly reduce alone the re-operation rate for CD. The combined use of immunosuppressive and biologic drugs seems to be the convincing strategy that reasonably delays surgical recurrence, even in high-risk patients. However, our results are biased because of the small sample size, the long interval of time considered and the choice biologic drugs only in highly aggressive disease.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

IMPATTO DELLA TERAPIA ADIUVANTE POSTCHIRURGICA CON ANTI-TNF SULLE RECIDIVE DI MALATTIA DI CROHN COMPLICATA, VALUTATO IN 807 PAZIENTI OPERATI NEI DECENNI 1994-2004 E 2005-2015

G.M. Sampietro, C. Baldi, L. Conti, A. Frontali, F. Colombo, F. Corsi, D. Foschi

ASST Fatebenefratelli Sacco - Ospedale Luigi Sacco, Milano

Obiettivi: Valutare l'impatto della terapia adiuvante con anti-TNF nella prevenzione delle recidive postchirurgiche della malattia di Crohn (MC) in un Centro di riferimento Italiano di III livello.

Materiali e metodi: Una analisi retrospettiva è stata condotta sul data base prospettico dell'Ospedale Luigi Sacco per la Chirurgia della MC (ProSaDS-CD) per analizzare le caratteristiche dei pazienti sottoposti al primo intervento chirurgico per MC (Pr) e dei pazienti sottoposti a reintervento per recidiva di malattia (Re), operati nei decenni 1994-2004 (Pr1 - Re1) e 2005-2015 (Pr2 - Re2). Le seguenti variabili sono state considerate: sesso, età, localizzazione e comportamento della malattia, abitudine al fumo, malattia perianale (MCP), indicazioni alla chirurgia, tempo di attesa per l'intervento, numero e lunghezza delle localizzazioni intestinali, numero delle resezioni e delle stricturoplastiche (SP), terapia adiuvante post-operatoria e recidiva chirurgica a 25 anni dall'intervento. I test del chi-quadro, test di Fisher, test t-Student, stime di Kaplan-Meier e Log-Rank test sono stati utilizzati dove appropriato.

Risultati: Sulla base dei dati raccolti nel ProSaDS-CD, 807 pazienti al primo intervento chirurgico per MC e 154 pazienti sottoposti a reintervento sono stati suddivisi nei gruppi Pr-1 (337), Pr-2 (470), Re-1 (11) e Re-2(43). Il gruppo Pr-2 presentava maggiore frequenza diagnosi in età pediatrica e età avanzata (A1 e A3, $p=0.01$); Localizzazione ($p=0.5$) e Comportamento ($p=0.74$) di malattia simile all'interno del gruppo; maggiore durata della MC ($p=0.001$); minore abitudine al fumo ($p=0.0007$); lesioni intestinali più diffuse ed estese (rispettivamente $p=0.0001$ e $p=0.0001$); maggior impiego di terapia adiuvante con anti-TNF ($p<0.0001$); e minori recidive a lungo termine ($p=0.0001$). La recidiva chirurgica globale a 10 e 20 anni è stata del 20% e 32% rispettivamente. A 10 anni dall'intervento chirurgico, i gruppi Re-1 e Re-2 hanno avuto un tasso di recidiva del 30% e 12% rispettivamente ($p=0.0001$). Al momento della recidiva, il gruppo Re-2 presentava un'indicazione alla chirurgia dovuta soprattutto a MC a comportamento fistolizzante ($p=0.05$), aveva subito più procedure di SP ($p=0.002$), presentava una MC più estesa ($p=0.02$) e localizzata prevalentemente nel piccolo intestino ($p=0.007$), ed una minore abitudine al fumo ($p=0.04$).

Conclusioni: Negli ultimi dieci anni, la chirurgia è aumentata nei pazienti pediatrici e negli anziani affetti da malattia di Crohn, che si presenta con un pattern più aggressivo sia per numero ed estensione delle localizzazioni che per le complicanze fistolizzanti. La terapia adiuvante con anti-TNF e la cessazione del fumo sembrano modificare notevolmente il decorso della malattia di Crohn recidiva.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

DIVERTICOLO DI MECKEL IN CORSO DI MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE. INDICAZIONE OPERATORIA ASSOLUTA?

M. Crespi¹, A. Troci¹, A. Yakushkina^{1,2}, F. Cammarata², D. Foschi^{1,2}

¹ Chirurgia Generale II, Ospedale L. Sacco ASS-FBF-Sacco, Milano

² Università degli Studi di Milano

Obiettivi: Il diverticolo di Meckel (DM) è una patologia rara che può manifestarsi clinicamente per complicanze o come riscontro in corso di altra patologia chirurgica addominale nelle diverse fasce d'età. L'indicazione all'asportazione del diverticolo in tal caso non è da tutti considerata mandatoria in relazione al rischio di complicanze post chirurgiche implicite in tale gesto. Scopo del nostro lavoro di revisione retrospettiva della casistica dell'Ospedale Sacco è stato quello di valutare i rischi della diverticolectomia in una popolazione di pazienti affetti da malattie croniche infiammatorie intestinali (MICI).

Materiali e metodi: Abbiamo condotto una indagine retrospettiva basata sui referti e i contenuti delle cartelle cliniche, selezionando tutti i pazienti a cui è stato asportato il DM sia come reperto incidentale in corso di altro intervento, sia come causa di complicanza. Il periodo di ricerca è stato esteso dal 1 gennaio 2000 al 31 settembre 2017. Per ogni caso sono stati analizzati il quadro clinico, il referto dell'esame istologico e il verbale dell'intervento chirurgico e le complicanze postoperatorie. Il confronto tra i gruppi di pazienti è stato condotto utilizzando il test esatto di Fischer o se appropriati il test T di Student, considerando significative differenze con $p < 0,05$.

Risultati: Nel periodo di indagine sono stati riconosciuti 55 pazienti con riscontro di DM, di cui 39 (71%) maschi e 16 (29%) femmine, di età media di 49 anni +/- 18,27. Di questi casi 47 (85,45%) sono stati reperiti incidentalmente in corso di altri interventi quali appendicectomia (9), diverticolite (3), volvolo intestinale (3), GIST ileale (1), emicolectomia per neoplasia (6) e MICI: rettocolite ulcerosa (RCU) (10) e malattia di Crohn (15). Un totale di 8 (14,55%) pazienti sono stati operati per complicanze insorte nel contesto del DM (occlusione, emorragia, adenocarcinoma gastrico, tumore neuroendocrino). Dei 25 casi affetti da MICI 5 (20%) presentavano all'esame istologico mucosa ectopica (3 in malattia di Crohn; 2 in RCU), nessuno presentava MICI del diverticolo; i rimanenti non presentavano manifestazioni patologiche istologiche. Nel gruppo dei pazienti affetti da MICI si sono verificate 4 complicanze maggiori (1 emoperitoneo; 1 deiscenza anastomotica; 2 perforazioni ileali) non correlate con la resezione del DM. Nei restanti casi operati in corso di reperto accidentale, un solo paziente ha avuto una complicanza maggiore ed è stato sottoposto a reintervento. Nei pazienti con complicanza del DM non si sono verificati eventi avversi.

Conclusioni: Malgrado la presenza di malattia infiammatoria cronica di Crohn nel DM sia rara (e nella nostra casistica assente) la possibilità di un'evoluzione infiammatoria del DM in corso di MICI suggerisce l'opportunità dell'intervento chirurgico. Il tasso di complicanza da noi riscontrato non ha ricevuto un contributo diretto da parte della diverticolectomia ed è compatibile con la strategia terapeutica proposta.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

DIVERTICOLITE ACUTA: QUALE TRATTAMENTO SECONDO LE NUOVE CLASSIFICAZIONI?

G. Sinisi, G. Chetta, P. Cianci, S. Rizzo, R. Fumarulo, F. Lattanzio

Ospedale mons. R. Dimiccoli, Barletta

Obiettivi: La diverticolite acuta rappresenta una importante percentuale nel totale dei ricoveri che in un anno afferiscono alla nostra U.O. dai Pronto Soccorso aziendali. Eppure ancora oggi non esiste una univocità nella gestione della patologia e delle sue complicanze.

La gestione della diverticolite acuta complicata richiede quasi sempre un trattamento chirurgico ma in letteratura non ci sono consensi univoci e definitivi su quale strategia adottare.

Materiali e metodi: Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo relativo agli anni 2016 e 2017 con revisione dei dati relativi al numero totale dei 99 ricoveri per diverticolite acuta nella U.O.C. di Chirurgia Generale dell' ospedale Mons. R. Dimiccoli di Barletta alla luce della nuova classificazione WSES rispetto alla classificazione di Hinchey. Abbiamo analizzato i dati dei 24 pazienti che hanno necessitato di intervento chirurgico in regime di urgenza, sia in laparoscopia che in laparotomia, le complicanze precoci e tardive, eventuali reinterventi per complicanze, ed interventi chirurgici definitivi a distanza di tempo.

Risultati: Non ci sono stati risultati significativamente differenti in termini di trattamento chirurgico.

Le evidenze maggiori riguardano le comorbilità preoperatorie e le complicanze precoci che hanno influenzato negativamente il decorso della patologia.

Dato importante è anche l'età del paziente al momento dell' esordio del primo episodio della malattia.

Conclusioni: Qualcosa è cambiato alla luce della nuova classificazione WSES secondo i nostri approcci e la nostra gestione operatoria rispetto alla classificazione di Hinchey. Abbiamo rilevato che la resezione con ricostruzione immediata non è inferiore alla resezione di Hartmann in termini di outcomes perioperatoria.

Inoltre abbiamo segnalato i cofattori che influenzano la severità della patologia sia all' esordio che lungo il decorso operatoria. Con lo studio abbiamo fissato dei parametri per avere una gestione univoca della diverticolite acuta complicata.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:30-13:30**

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

SIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA CON PRESERVAZIONE DELL'ARTERIA MESENTERICA INFERIORE PER MALATTIA DIVERTICOLARE: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

D. Lomiento¹, I. Benzioni^{1,2}, L. Totaro³, R. Della Nave³, M. Petrella¹, M. Martinotti¹

¹ *ASST Cremona Istituti Ospitalieri, Cremona*

² *Dottorato di Chirurgia Sperimentale, Università di Pavia*

³ *Università di Brescia*

I disturbi defecatori dopo l'emicolecomia sinistra laparoscopica risultano essere molto frequenti e correlati alla denervazione durante la dissezione. Il livello di legatura arteriosa può influenzare la funzione genito-urinaria (lesione al plesso ipogastrico superiore) e la perfusione arteriosa al colon distale (specialmente in pazienti anziani, dove la perfusione arteriosa colica distale può essere scarsa a causa di malattie degenerative) e causare lesioni nervose simpatiche.

L'intervento viene eseguito in maniera classica fino alla sezione della vena mesenterica inferiore a dell'angolo duodeno-digiunale di Treitz; l'arteria mesenterica inferiore (AMI) viene preservata proseguendo con un scollamento smusso della Toldt dalla Gerota in modo da preservare il plesso pelvico orto e parasimpatico genitourinario. Si prosegue quindi con una sezione del margine mesenteriale del colon a ridosso della parete colica. L'intervento viene concluso con sezione dei margini prossimale e distale colico e confezionamento di anastomosi termino terminale transanale sec. Knight Griffen.

Presentiamo la casistica del nostro centro: abbiamo trattato con questa tecnica 19 pazienti con età media 64 aa (79-46), BMI medio (36,5-20) La rialimentazione è avvenuta mediamente in seconda giornata postoperatoria (GPO) come la riapertura dell'alvo ai gas. Il drenaggio è stato rimosso in sesta GPO. Si sono verificate complicanze in 9 dei pazienti di cui due maggiori (deiscenza anastomotica).

Per la valutazione dell'outcome chirurgico e l'impatto sulla qualità di vita sono stati utilizzati

Il FECAL INCONTINENCE SEVERITY INDEX (FISI) ottenendo nel 100% dei casi un punteggio inferiore a 30, e con la scala di Wexner ottenendo nel 41 % dei casi un punteggio lieve.

Riteniamo che la preservazione dell'AMI possa portare ad un reale beneficio sulla qualità di vita dei pazienti e pertanto la raccomandiamo nella patologia benigna.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

DIVERTICOLITE HINCHEI 3: TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO IN DUE TEMPI

I.A. Muttillo¹, B. Picardi¹, G. Dalsasso¹, E.M. Muttillo², A. Saputelli¹, M. Moretti¹, F. Teneriello¹, F. Benedetti¹

¹ Ospedale San Filippo Neri, Roma

² Università degli Studi La Sapienza, Roma

La diverticolite purulenta diffusa da perforazione diverticolare Hinchei 3, è un argomento tuttora molto dibattuto, circa il 50 % di questi pazienti viene sottoposto ad intervento di resezione del sigma e colostomia sec. Hartmann. Dei pazienti con colostomia solo il 60 % vengono ricanalizzati e la ricanalizzazione è gravata da mortalità e soprattutto morbilità.

Pazienti e metodo: Da gennaio 2012 a dicembre 2017, 58 pazienti, 37 maschi e 21 femmine con età media di 62 anni, sono stati operati per diverticolite, di questi pazienti, 26 con diverticolite Hinchei 3 alla TAC, sono stati sottoposti a lavaggio, drenaggio e/o sutura laparoscopica e successiva resezione colica, laparoscopica dopo circa 50-60 giorni dall'evento acuto e colonscopia virtuale.

Risultati: Un caso ha rifiutato la resezione colica, in 2 pazienti è stato necessario effettuare una polipectomia endoscopica. In una paziente obesa, dopo dieci giorni dal lavaggio laparoscopico, ha presentato una recidiva dell'ascesso addominale, pluriconcamerato, pertanto è stata operata per via laparotomica. Il tempo operatorio medio del lavaggio è stato di 30 minuti circa.

La degenza media dopo lavaggio peritoneale è stata di 4 giorni, mentre quella dopo resezione laparoscopica è stata di 6 giorni. Le resezioni laparoscopiche sono state in 9 casi sigmoidectomie e in 15 emicolectomie sn, in nessun caso è stata confezionata una stomia. La mortalità operatoria è stata nulla, un caso di stenosi anastomotica risolto con dilatazione endoscopica. Il follow-up da 6 mesi a 5 anni dei 24 pazienti resecati non ha evidenziato recidiva di malattia o complicanze inerenti la procedura chirurgica.

Discussione e conclusioni: Dai dati della nostra esperienza e da una revisione della letteratura, si evidenziano alcuni aspetti importanti: la possibilità di risoluzione della peritonite diffusa in laparoscopia con un tempo operatorio minimo, la possibilità di un adeguato studio colo rettale prima della resezione colica, la non necessità di confezionare una stomia ed una rapida ripresa dell'attività lavorativa.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

TRATTAMENTO D'URGENZA DELLE COMPLICANZE DELLA DIVERTICOLITE ACUTA: ESPERIENZA DI 5 ANNI IN UN DEA DI II LIVELLO

A. Liguori¹, G. Ricci¹, B. Benini¹, P. Fransvea², E. Adami¹, P. Marini¹

¹ UOC Chirurgia Generale e d'urgenza – AO San Camillo-Forlanini, Roma

² Sapienza Università di Roma

Obiettivi: La malattia diverticolare complicata del colon è una patologia con notevoli implicazioni su mortalità e morbilità dei pazienti ed oggetto di controversie riguardo al trattamento chirurgico ideale.

Materiali e metodi: Questo studio retrospettivo prende in esame i pazienti ricoverati presso la U.O.C. di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo di Roma sottoposti a trattamento chirurgico d'urgenza per diverticolite complicata tra il 01/01/2012 e il 31/12/16.

Risultati: Nel periodo preso in esame sono stati sottoposti a intervento 91 pazienti, 65,9% maschi (n=60) e 34,1% femmine (n=31); età media 66,1 anni (range 30-91). In base alla stadiazione radiologica secondo Hinchey modificata (HC) il 29,6% dei pazienti (n=27) apparteneva al secondo stadio; il 38,4% (n=35) al terzo; il 25,2% (n=23) al quarto, inoltre il 6,5% (n=6) era affetto da diverticolite sanguinante.

Il 29,6% (n=8) di pazienti allo stadio HC2 sono stati sottoposti a resezione del colon e confezionamento di anastomosi primaria, complicata in 1 caso da deiscenza. Il 14,8% (n=4) è stato sottoposto a procedura di Hartmann senza complicanze. Nei due sottogruppi non si è registrata mortalità. In questo gruppo il 55,5% (n=15) è stato sottoposto a lavaggio-drenaggio.

Dei pazienti allo stadio HC3, il 28,5% (n=10) è stato sottoposto a resezione ed anastomosi primaria, con una mortalità del 10% (n=1) e una morbilità del 20% (n=2); il 48,5% (n=17) è stato sottoposto a procedura di Hartmann, con 35,2% di decessi e nessuna ulteriore complicanza, mentre il rimanente 22,7% (n=8) è stato sottoposto ad altre procedure.

Dei pazienti allo stadio HC4, le anastomosi sono state l'8,69% (n=2) con una mortalità del 50% e nessuna morbilità; le procedure di Hartmann sono state il 78,2% (n=18) con 33,3% di mortalità e nessuna morbilità nei sopravvissuti.

Nel 66,6% (n=4) dei pazienti con diverticolite sanguinante è stata confezionata un'anastomosi e non si è avuta mortalità o morbilità, mentre il 33,3% (n=2) è stato sottoposto a procedura di Hartmann (uno dei due è deceduto).

Conclusioni: Sebbene la procedura di Hartmann sia un trattamento valido in urgenza nelle peritoniti da perforazione diverticolare, è gravata da un alto tasso di mancata ricanalizzazione per la gravità del quadro generale di molti dei pazienti. Dall'analisi della nostra serie e della letteratura emerge come questa sia spesso una scelta inevitabile nei pazienti che per le condizioni generali e locali necessitano di un trattamento rapido e incisivo. La resezione colica con confezionamento di un'anastomosi primaria risulta essere una valida opzione nei pazienti in stadio 2 Hinchey e in casi selezionati di pazienti in stadio 3 e 4, soprattutto in associazione a wash-out intraoperatorio del colon. Nella nostra serie i risultati sono stati condizionati più dalle condizioni generali dei pazienti che dalla strategia chirurgica, come si evince dall'elevato valore della mortalità in I o II giornata postoperatoria (17%).

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

IL LAVAGGIO PERITONEALE VIDEOLAPAROSCOPICO NEL TRATTAMENTO DELLA DIVERTICOLITE ACUTA PERFORATA CON PERITONITE LOCALIZZATA E DIFFUSA

A. Guadalaxara¹, L. Rampinelli¹, D. Ubezio¹, A. Felici¹, G. Santagati¹, P. Mariani², L. Novellino²

¹ ASST-Bergamo est, Lovere

² ASST-Bergamo est, Seriate

La perforazione viscerale rappresenta una delle complicanze più frequenti della malattia diverticolare ed il suo trattamento presenta ancora controversie. Il lavaggio/drenaggio addominale rappresenta una valida alternativa agli interventi più invasivi come la procedura di Hartmann. Scopo del seguente lavoro è quello di riportare i risultati ottenuti nel trattamento videolaparoscopico della peritonite diffusa e circoscritta, secondaria a perforazione del colon discendente sigma, mediante lavaggio e drenaggio peritoneale. Dal settembre 2006 a dicembre 2017 54 pazienti (30 maschi e 24 femmine) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico d'urgenza per peritonite da diverticolite perforata del colon sinistro (Hinchey II: 19 casi; Hinchey III: 35 casi). L'esplorazione laparoscopica ha confermato i rilievi strumentali (eco-tc addome) suggestivi peritonite da perforazione diverticolare. Dopo l'esplorazione, in tutti i pazienti si è provveduto ad eseguire una toilette addominale mediante aspirazione del versamento peritoneale, multipli lavaggi della cavità e successivo posizionamento di uno o due drenaggi addominali. In 9 casi è stata ben evidenziata la sede della perforazione trattata con sutura diretta. In 4 pazienti appartenenti al gruppo Hinchey III il solo lavaggio-drenaggio peritoneale non è stato sufficiente e, per il persistere dello stato settico, sono stati sottoposti a reintervento con esecuzione della sigmoidectomia secondo Hartmann. Negli altri 50 pazienti, dopo procedura laparoscopica, non si sono verificate complicanze intra o perioperatorie. La durata media dell'intervento è stata 40 minuti (range 25-80 minuti). La ripresa della canalizzazione è avvenuta tra la II e IV giornata postoperatoria. La degenza media è stata di 7 giorni. I pazienti sottoposti ad intervento conservativo sono stati successivamente (almeno 2 mesi dopo l'intervento) sottoposti ad RX clisma con m.d.c. idrosolubile per studiare l'entità della malattia diverticolare e programmare quindi l'eventuale trattamento chirurgico di sigmoidectomia in elezione eseguito, nella maggior parte dei casi, in videolaparoscopia. In conclusione il trattamento laparoscopico (lavaggio-drenaggio) rappresenta, secondo la nostra esperienza, un valido metodo nel trattamento della diverticolite acuta perforata (stadio Hinchey II-III); permette un adeguato controllo delle infezioni peritoneali e, dopo un razionale studio diagnostico, rende possibile il trattamento definitivo e mininvasivo della malattia diverticolare.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE E SENZA ANTIBIOTICO NELLA DIVERTICOLITE ACUTA NON COMPLICATA. UN PROTOCOLLO PROSPETTICO

N. Zanini, M. Giordano, G. Palini, F. Paratore, C. Vallicelli, B. Pirrera, L. Veneroni, G. Garulli

UO Chirurgia Generale e Urgenza, Ospedale Infermi, AUSL Romagna, Rimini

Obiettivi: Condividere un protocollo sperimentare per il trattamento della diverticolite acuta non complicata attualmente in fase di arruolamento presso il nostro Istituto.

Materiali e metodi: Dopo una revisione sistematica della letteratura che ha compreso trial randomizzati, meta-analisi e linee guida di società scientifiche, presso il nostro Istituto è stato disegnato un protocollo di studio per il trattamento della diverticolite acuta non complicata. Il protocollo prevede, per i pazienti eleggibili, il trattamento ambulatoriale senza antibioticotera.

Risultati: Il percorso prevede diagnosi e stadiazione precoce con TC addome con mdc per tutti i pazienti con sospetta diverticolite acuta. Se vengono soddisfatti i criteri di inclusione (diverticolite acuta non complicata, ovvero Hinchey 0-1A, paziente immunocompetente, non segni di sepsi, non insufficienza d'organo) il paziente viene direttamente dimesso dal Pronto Soccorso con terapia analgesica e dieta. Il follow-up viene eseguito mediante visita ambulatoriale a 6-8 giorni e colonscopia a 6-8 settimane.

Conclusioni: Il protocollo presentato può permettere una drastica riduzione dei costi legati alla degenza e alla terapia di pazienti con diverticolite acuta non complicata. La riduzione nell'utilizzo di antibiotici, a parità di efficacia, fa parte di una corretta stewardship antibiotica tesa alla riduzione dell'insorgenza di flora batterica multiresistente.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLE COMPLICANZE DELLA MALATTIA DIVERTICOLARE DEL COLON: STUDIO RETROSPETTIVO RELATIVO A 710 PAZIENTI

U. D'Errico, S. Bianchini, L. Sartarelli, G. Gozzi, N. De Siena, J. Neri, N. Zorzetti, S. Vaccari, A. Lauro, M. Cervellera, G.A. Del Gaudio, M. Del Governatore, V. Tonini

Chirurgia d'Urgenza/Cervellera-Dip.di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna, Bologna

Obiettivo: Scopo del nostro studio è stato quello di analizzare la gestione multidisciplinare dei pazienti (pz) affetti da diverticolite acuta complicata (CAD) nell'ottica di un ampliamento dell'approccio conservativo e di un contenimento dei costi.

Materiali e metodi: In un database dedicato sono stati raccolti in modo prospettico, i dati relativi a 710 pz giunti alla nostra osservazione negli ultimi cinque anni: di questi 462 pz sono stati trattati conservativamente e 248 pz sottoposti ad intervento chirurgico presso l'U.O. di Chirurgia in Urgenza del Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi di Bologna.

Risultati: 462 pz sono stati trattati conservativamente: 271 Hinchey 1a, 138 Hinchey 1b e 53 Hinchey 2. Tutti i pazienti hanno ricevuto antibiotico-terapia. 95 pz (21%) sono stati sottoposti a drenaggio percutaneo TC guidato. La degenza ospedaliera dei pz trattati conservativamente è stata di 7 ± 5 giorni.

248 pz sono stati sottoposti ad intervento chirurgico: 186 in regime d'urgenza e 62 in elezione. L'approccio è stato laparoscopico nel 38% dei casi. Le forme Hinchey 3 sono state le più frequenti: 98 pz (53%). Un intervento chirurgico di resezione sec. Hartmann è stato eseguito in 122 pz (66%), un intervento di resezione con anastomosi primaria in 54 pz (29%), mentre il lavaggio laparoscopico è stato effettuato in 10 pz (5%). La morbilità, la mortalità operatoria e degenza post-operatoria media in urgenza sono risultate rispettivamente del 29%, dell' 11% e di 12 ± 6 giorni. L'età, l'ASA, la presenza di una peritonite stercoracea e il confezionamento di una colostomia terminale sono risultate associate a una morbilità e mortalità più elevate. 62 pazienti sono stati operati in elezione dopo episodi ricorrenti di diverticolite. In tutti è stata eseguita una resezione con anastomosi primaria. Il tipo di approccio è stato laparoscopico nel 70% dei casi. Le morbilità, la mortalità operatoria e degenza post-operatoria media in urgenza sono risultate rispettivamente 6%, 0 e 8 ± 6 giorni.

Conclusioni: Le complicanze della CAD sono molto frequenti ed incidono pesantemente sulla nostra spesa sanitaria. Le forme Hinchey 3 e 4 sono gravate da un'alta morbilità, mortalità e tasso di confezionamento di stomie: tali risultati sono difficilmente migliorabili. I nostri sforzi dovrebbero essere indirizzati verso un ampliamento dei trattamenti conservativi (terapia antibiotica, drenaggi percutanei e lavaggi laparoscopici) in modo da ridurre gli interventi chirurgici in urgenza gravati da una maggiore morbilità e mortalità operatoria, nonché un più alto tasso di stomie che in molti pazienti anziani diventano definitive. Inoltre per diminuire i costi legati alla gestione della CAD, sarebbe opportuno incrementare la gestione ambulatoriale dei pazienti, ovviamente qualora la gravità della malattia lo consenta in condizioni di sicurezza.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

RICANALIZZAZIONE COLICA ROBOTICA DOPO RESEZIONE SECONDO HARTMANN: RISULTATI PRELIMINARI

G. Giuliani, G. Formisano, S. Esposito, A. Genovese, D. Sirimarco, P.P. Bianchi

Ospedale Misericordia - Azienda Toscana Sud-Est, Grosseto

Obiettivi: La resezione colica secondo Hartmann è principalmente eseguita in pazienti anziani e/o con associate comorbidità. L'intervento di ricanalizzazione viene eseguito solo in una percentuale che varia dal 23% al 42% dei casi ed è gravato da un tasso di complicanze che raggiunge il 50%. Nonostante la laparoscopia offra diversi vantaggi rispetto alla tecnica open in termini di morbidità post-operatoria e tempo di degenza, ha una bassa penetranza nella pratica clinica, poiché è un intervento tecnicamente complesso gravato da un alto tasso di conversione che può raggiungere il 50% dei casi.

L'approccio robotico, grazie alle caratteristiche intrinseche offerte dalla piattaforma, potrebbe superare i limiti tecnici della laparoscopia tradizionale.

In questo studio abbiamo analizzato i risultati intra- e postoperatori a breve termine di una serie consecutiva di pazienti non selezionati sottoposti a ricanalizzazione di Hartmann robotica.

Materiali e metodi: Da Settembre 2016 ad Aprile 2018, 14 pazienti sono stati sottoposti a ricanalizzazione di Hartmann con tecnica robotica. L'età media e l'indice di massa corporea della popolazione in esame era rispettivamente di 69 ± 15 e di $26 \text{ Kg/m}^2 \pm 4.5$. Il rischio anestesiológico dei pazienti analizzati, secondo la classificazione ASA, era di grado 2 in 7 pazienti e 3 nei restanti 7 pazienti. Il 50% della popolazione in studio aveva un'età superiore ai 75 anni.

L'intervento di resezione sec. Hartmann è per le seguenti indicazioni: diverticolite acuta complicata in 9 pazienti (rispettivamente 6 pazienti con diverticolite acuta Hinchey III ed 3 con Hinchey IV), neoplasia del sigma in fase occlusiva in 4 pazienti e perforazione iatrogena del retto in un paziente. 4/14 (28%) interventi di resezione sec. Hartmann sono stati eseguiti con tecnica miniinvasiva (3 robotici, 1 laparoscopico). La ricanalizzazione robotica è stata eseguita in media a circa 8 mesi ($DS \pm 4$) dall'intervento iniziale.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 285 ± 66 minuti. Non sono state registrate complicanze intraoperatorie né casi di conversione laparotomica. In nessun paziente è stata eseguita una ileostomia di protezione.

La durata media della degenza post-operatoria è stata di 7 giorni ($DS \pm 2$). Sono state registrate 2 complicanze minori (Clavien-Dindo di grado I-II), in assenza di complicanze maggiori, deiscenza anastomotica e reinterventi.

Non sono state registrate differenze in termini di risultati intra- e postoperatori né tra i pazienti sottoposti a chirurgia mini-invasiva o a chirurgia open al momento del primo intervento, né tra i pazienti con età inferiore o superiore ai 75 anni.

Conclusioni: La ricanalizzazione di Hartmann robotica è sicura e può potenzialmente ridurre i tassi di conversione a chirurgia open e le complicanze post-operatorie. Tale approccio può consentire di offrire un trattamento mini-invasivo anche in pazienti anziani con plurime comorbidità.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

ELECTIVE SURGERY FOR UNCOMPLICATED DIVERTICULITIS: RESULTS OF AN OBSERVATIONAL RETROSPECTIVE STUDY ON THE HISTOLOGICAL SEVERITY INDEX AND THE IMPORTANCE OF MEDICO-LEGAL IMPLICATIONS

A. Pesce, F. Di Marco, E. Schembari, G. La Greca, S. Puleo

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate G.F. Ingrassia-Università degli Studi di Catania, Catania

Introduction: Diverticular disease represents one of the most common disease diagnosed at colonoscopies in the Western countries. Diverticulitis is the most frequent complication of diverticulosis, which occurs in about 10% to 25% of patients. The indications for elective colectomy in uncomplicated diverticulitis are still matter of debate. The primary aim of the present study was to retrospectively correlate the pathological features of the surgical specimens in uncomplicated diverticulitis with the clinical data. The second aim was to emphasize the role of pathological reports from a medico-legal point of view for surgeons.

Methods: From January 2014 to June 2017 data from patients with uncomplicated diverticulitis undergone elective colectomy were selected and analyzed retrospectively. Ten parameters were selected, including demographic variables, clinical history, inflammatory index, radiological and/or endoscopic findings. Histological examination of the surgical specimens was performed by using a severity index grading scale as follows: i) Grade I: identified diverticula without any sign of inflammation; ii) Grade II: diverticulitis (increased inflammation, variably associated with cryptitis and/or crypt abscesses, in the lamina propria which contains normal-appearing or distorted glands) with focal extension; Grade III: diverticulitis, as above described, with diffuse extension; iv) Grade IV: diverticulitis, as above described with involvement of the sub-serosal layer with potential risk of perforation. Grades I-II were considered as "mild diverticulitis" in comparison to Grades III-IV defined as "severe diverticulitis".

Results: During the study period, sixty-five patients with uncomplicated diverticulitis undergoing elective colectomy were identified. The mean age was 61.4 ± 13.4 year-old (median 64, range 26-87 ys), with 33 (50.8%) females and 32 (49.2%) males. "Mild" diverticulitis was identified in 29 (44.6%) patients and "severe" diverticulitis in the remaining 36 (54.4%). The mean age was significantly lower in patients with severe diverticulitis (56,7 years) than in patients with mild diverticulitis (67,0 years) ($p=0,002$). Interestingly, the results showed that 71,9% of males had a severe diverticulitis compared to 39,4% of females ($p=0,008$). At multivariate analysis, in the logistic regression model, age and gender were confirmed independently factors associated with histological diagnosis.

Conclusions: The indications for elective colectomy in uncomplicated diverticulitis should be tailored to each patient, depending on health-related quality of life. From a medico-legal point of view for surgeons, a clear informed consent before elective surgery plays a key role, especially for those cases in which histological examination will only reveal a mild diverticulitis.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

LA CHIRURGIA D'URGENZA NELLA DIVERTICOLITE ACUTA COMPLICATA DELL'ANZIANO: FATTORI PREDITTIVI DI MORBILITÀ E MORTALITÀ

U. D'Errico, S. Vaccari, M. Cervellera, S. Bianchini, A. Lauro, J. Neri, V. Tonini

Chirurgia d'Urgenza/Cervellera-Dip.di Scienze Mediche e Chirurgiche Sant Orsola-Malpighi, Università di Bologna, Bologna

Obiettivo: Scopo del nostro studio è stato quello di valutare se l'età geriatrica avanzata (> 79 anni) risulti essere un fattore predittivo di morbidità e mortalità postoperatoria, nell'ottica di migliorare l'approccio e la gestione della diverticolite acuta complicata nel paziente (pz) anziano, di modo da garantirne una maggiore sopravvivenza ed un minor tasso di complicanze.

Materiali e metodi: In un database dedicato sono stati raccolti in modo prospettico, i dati relativi a 186 pz (gruppo A > 79 aa = 51pz; gruppo B < 80 aa = 135 pz) sottoposti ad intervento chirurgico in urgenza per diverticolite acuta complicata presso l'U.O. di Chirurgia d'Urgenza del Policlinico Universitario

S. Orsola-Malpighi di Bologna. A seconda del tipo di variabile considerata (categorica/continua) i dati sono stati analizzati mediante il test del chi-quadro, il test t-Student e il Mann-Whitney U test. I fattori di rischio indipendenti di mortalità e morbidità sono stati individuati mediante regressione logistica multivariata sulla base dei fattori prognostici risultati significativi all'analisi univariata ($p < 0.05$).

Risultati: Il gruppo B presenta differenze significative per quanto riguarda l'età, il sesso, le comorbidità cardiovascolari, l'insufficienza renale cronica (IRC) e lo score ASA > 2 ($p < 0.001$); e risultano più frequenti rispetto al gruppo A. I pazienti > 79 aa sottoposti ad intervento chirurgico in urgenza presentano nell'85% dei casi una peritonite purulenta o stercoracea (Hinchey III e IV) rispetto al 63% dei pazienti più giovani; l'Indice di Peritonite Mannheim (MPI score) negli ultraottantenni risulta > 25 nel 31% dei casi, rispetto al 19% nella popolazione più giovane. L'intervento chirurgico più rappresentato in urgenza nel gruppo B è la resezione sec. Hartmann (86% dei casi), mentre unicamente nel 9% dei casi si ha un'anastomosi primaria (contro il 25% nella popolazione < 80aa). La mortalità a 90 giorni risulta maggiore negli ultraottantenni (26% vs 9%). Nello specifico, all'interno della popolazione ultraottantenne, i pazienti con un MPI score > 25 presentano una mortalità più elevata rispetto a quelli con MPI < 25 (77% vs 23%, $p < 0.001$). All'analisi multivariata i due gruppi differiscono in maniera statisticamente significativa unicamente per l'ASA > 2 ($p < 0.001$), e per un MPI score > 25 ($p = 0.007$) per quanto riguarda la mortalità postoperatoria a 90 giorni. Di contro, l'analisi multivariata eseguita per la morbidità dimostra unico fattore significativo l'ASA > 3 ($p < 0.001$).

Conclusioni: L'età avanzata non rappresenta un fattore di rischio indipendente per la mortalità e morbidità post-operatoria a 90 giorni dopo un intervento in regime di urgenza per DAC. Invece, fattori quali score ASA > 2, e MPI score > 25 risultano predittivi di un peggiore outcome postoperatorio e di una maggiore mortalità ($p < 0.001$ e $p = 0.007$ rispettivamente).

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

OCCLUSIONE DEL PICCOLO INTESTINO PER INVAGINAZIONE SU FITOBEZOAR IN PAZIENTE CON MORBO DI PARKINSON CON INFUSIONE CONTINUA INTRADIGIUNALE DI LEVODOPA E REVISIONE DI LETTERATURA

D. Bono, M. Benedetto, D. Reggio, M. Zibetti, P. De Paolis

Università degli Studi di Torino

Obiettivi: Lo scopo dello studio è descrivere un caso di occlusione del piccolo intestino su fito bezoar in prolungamento digiunale di gastrostomia percutanea per infusione di levodopa ed effettuare una revisione della letteratura.

Materiali e metodi: Indaghiamo nello studio, tra le patologie neurologiche causali di tale occlusione, il Morbo di Parkinson idiopatico. L'infusione continua intradigiunale di levodopa gel (Duodopa) è un nuovo ed efficace trattamento per le fluttuazioni motorie nel Morbo di Parkinson idiopatico avanzato. Il levodopa gel viene applicato su un tubo da gastrostomia percutanea (PEG) con estensione digiunale (J-tube). L'estremo distale del J-tube è posizionato 15-25 cm dal Treitz e ha un pigtail terminale per prevenire la dislocazione. Complicanze tecniche di questo device si verificano nel 57-68 % ed includono dislocazione del tubo, occlusione da gel cristallizzato, inginocchiamento o erosione del tubo. Il metodo è quello del case report con confronto della letteratura attraverso ricerche nei principali database (Pubmed, Ovid, Cochrane Library) con parole chiave "bezoar small bowel obstruction" and "surgery treatment", "bezoar small bowel obstruction" and "Parkinson disease".

Risultati: Il caso clinico è su una paziente donna di 69 anni con circa 20 anni di storia di Morbo di Parkinson idiopatico. Nel 2013 peggioramento del quadro clinico con fluttuazioni motorie incontrollabili. Nel 2014 viene posizionato sistema di infusione di levodopa con PEG J-tube. A marzo 2018 comparsa di dolore epigastrico e vomito con alvo chiuso alle feci. L'EGDS mostrava la sonda digiunale incarcerata nella parete a partire dall'antro gastrico sino ad un'ansa intestinale che all'Rx addome si proiettava in fossa iliaca sinistra. Non era possibile rimuovere la sonda endoscopicamente per l'alto rischio perforativo. La TC addome mostrava decorso anomalo del prolungamento digiunale dall'antro gastrico al Treitz. L'apice del catetere presenta difetto riempimento (fito bezoar) con ansa dilatata a monte. Veniva eseguita una laparotomia esplorativa con individuazione di J-tube a 120 cm dalla valvola ileocecale ed enterotomia con rimozione del prolungamento digiunale con assistenza endoscopica attraverso l'estremo cutaneo della PEG. Digiunostomia chirurgica a scopo nutrizionale.

Conclusioni: L'occlusione del piccolo intestino su fito bezoar è un'entità rara. È diagnosi probabile in pazienti con disordini gastrici da ipomobilità, patologie psichiatriche o neurologiche, pregressa chirurgia addominale o alterato introito di farmaci. La diagnosi è incerta e l'esplorazione chirurgica rimane il miglior trattamento di scelta per assicurare il transito del piccolo intestino e risolvere l'occlusione. L'ottimale gestione chirurgica dell'occlusione del piccolo intestino su bezoar è la laparotomia esplorativa con enterotomia ed anastomosi primaria. L'intervento laparoscopico sta guadagnando popolarità tra i chirurghi con buon esito e più bassa morbilità.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:30-13:30

LOWER GI: RUOLO DELL'ENDOSCOPIA 2

SALA C

STENT COLICO "BRIDGE TO ERAS" PER PAZIENTI CON QUADRO DI OCCLUSIONE ACUTA DA NEOPLASIA STENOSANTE DEL COLON SINISTRO: ESPERIENZA PRELIMINARE

L. Pellegrino, A. Marano, M.C. Giuffrida, L. Bono, P. Salusso, D. Donati, F. Borghi

ASO Santa Croce e Carle, Cuneo

Obiettivo: Il programma ERAS in chirurgia colo-rettale ha dimostrato significativi vantaggi in termini di riduzione di morbilità e di degenza post operatoria se confrontato ad una gestione peri-operatoria tradizionale. La principale controindicazione alla sua applicazione è rappresentata dall'intervento chirurgico eseguito in regime di urgenza. Scopo dello studio è valutare il ruolo dello stent colico quale strumento per consentire l'applicazione del percorso ERAS in pazienti con ricovero urgente per neoplasia occludente del colon sinistro.

Metodi: I pazienti sottoposti a posizionamento di stent colico in urgenza per neoplasia occludente del colon sinistro e successivo intervento chirurgico resettivo all'interno del percorso ERAS, trattati tra Maggio 2013 e Maggio 2018, sono stati inclusi nel presente studio. Per ciascun paziente sono state considerate variabili anagrafiche, sede della lesione, diametro del ceco all'atto del posizionamento dello stent, eventuale insorgenza di complicazioni correlate alla procedura. Sono stati analizzati il tipo di intervento e la modalità di esecuzione dello stesso, nonché le complicazioni post operatorie, la degenza e il tasso di adesione al programma ERAS.

Risultati: 19 pazienti, 10 maschi e 9 femmine con età media di 70.28 anni, sono stati inclusi nell'analisi. In 9 casi la neoplasia era a livello del sigma, in 5 casi a livello del colon discendente, in 3 casi a livello del giunto retto-sigma, in 2 casi a livello del retto superiore. 4 pazienti (21.1%) avevano una malattia metastatica al momento del ricovero. Il diametro medio del ceco all'atto del posizionamento dello stent era di 7.5 cm. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a emicolectomia sinistra o resezione del retto, in 13 casi per via laparoscopica e in 6 casi per via laparotomica. Il tempo medio trascorso tra il posizionamento dello stent e l'intervento è stato di 8 giorni (range, 4-11 giorni). Non ci sono state complicazioni correlate al posizionamento dello stent. Il 21% dei pazienti ha avuto una complicanza minore (Dindo-Clavien 1-2) mentre un paziente ha avuto un reintervento per incremento degli indici di flogosi e riscontro intraoperatorio di ascesso paracolico senza segni di deiscenza anastomotica (Dindo-Calvien 3b). La mortalità è stata nulla. Il tasso di adesione al percorso ERAS è stato in media del 78% (range, 40%-93%). La maggior variabilità si è osservata per gli items post-operatori. La degenza post-operatoria mediana è stata di 5 giorni (range, 3-12 giorni). Nessun paziente è stato riammesso in ospedale nei 60 giorni successivi alla dimissione.

Conclusioni: La nostra esperienza preliminare dimostra che, pazienti selezionati, sottoposti ad intervento di emicolectomia sinistra o resezione del retto, dopo ricanalizzazione intestinale con stent, per neoplasia colica occludente, possono essere inclusi con successo nel percorso ERAS.

MERCLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

NUOVA TECNICA VIDEO-ASSISTITA CON VERDE INDOCIANINA PER LA BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA NEL CARCINOMA MAMMARIO: STUDIO PROSPETTICO DI CONFRONTO COL RADIOISOTOPO

L. Sorrentino¹, D. Bossi², A. Sartani³, G. Pietropaolo³, D. Foschi^{1,3}, F. Corsi^{1,2}

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco - Università degli Studi di Milano, Milano

² Breast Unit - Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa SB, Pavia

³ Cattedra di Chirurgia Generale II - ASST Fatebenefratelli-Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano

Obiettivi: Attualmente le metodiche standard per la ricerca del linfonodo sentinella (LNS) nel carcinoma mammario sono il radioisotopo (RI) e il blu di metilene, ma entrambe presentano alcuni svantaggi. La fluorescenza con verde indocianina (ICG) è stata proposta come metodica alternativa, ma il rilevatore per la fluorescenza dell'ICG non è in dotazione a tutte le Breast Unit, limitando il potenziale e la diffusione di questa tecnica promettente. Inoltre, attualmente la fluorescenza dell'ICG viene rilevata come un'immagine bianca non ben definita su uno sfondo nero, ed è quindi necessaria l'alternanza buio-luce in sala operatoria. Lo scopo del presente studio è di verificare la fattibilità, l'accuratezza e i costi di una nuova tecnica di biopsia del LNS con approccio video-assistito ICG-guidato.

Materiali e metodi: Sono state reclutate nello studio 335 pazienti affette da carcinoma mammario: il SLN è stato identificato con RI in 194 pazienti, con ICG in 70 pazienti, e con una metodica combinata di RI e ICG in 71 pazienti. La fluorescenza dell'ICG è stata rilevata utilizzando una colonna laparoscopica full HD dotata di filtro per la visione dell'infrarosso tramite lampade allo xeno, senza laser (Modular IMAGE1 STM Camera Platform NIR/ICG, KARL STORZ, Tuttlingen, Germania). Dopo infiltrazione sottoareolare con 1.5 mL di ICG, la migrazione del tracciante fluorescente è stata rilevata in tempo reale sul monitor della colonna. Dopo incisione ascellare, la biopsia del LNS è stata effettuata in modalità video-assistita avvicinando l'ottica laparoscopica al cavo ascellare, visualizzando la fluorescenza con il filtro infrarosso nel contesto di un'immagine a colori e ad alta definizione. È stato determinato il tasso di riconoscimento del LNS con ICG e RI e il numero di LNS riconosciuti per paziente. Infine, sono stati confrontati i tempi operatori ed è stata effettuata un'analisi dei costi tra le due metodiche.

Risultati: Sono stati identificati in totale 357 LNS. Nel gruppo ICG sono stati identificati 80 LNS (1.14 LNS per paziente); la fluorescenza si è dimostrata sempre ben riconoscibile. Nel gruppo RI sono stati identificati 195 LNS (1.01 LNS per paziente). Nel gruppo ICG + RI sono stati identificati in tutto 82 LNS (1.16 LNS per paziente). Almeno un LNS è stato individuato nel 100% dei casi in tutti e tre i gruppi. È stato identificato più di un LNS nello 0.5% delle pazienti RI, nel 12.9% delle pazienti ICG e nel 14.1% delle pazienti ICG + RI ($p < 0.0001$). Nel gruppo ICG + RI, 76 linfonodi sono risultati fluorescenti e 78 linfonodi sono risultati radioattivi. Pertanto il tasso di riconoscimento del LNS è risultato essere del 92.7% (76/82) con ICG vs. 95.1% (78/82) con RI. I costi sono risultati equivalenti tra i tre gruppi.

Conclusioni: La biopsia del LNS video-assistita ICG-guidata è una tecnica fattibile, "surgeon-friendly" e con un'efficacia e dei costi equivalenti rispetto al RI, permettendo una stadiazione accurata dell'ascella.

MERCLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

IL RUOLO DELLA CHIRURGIA RISCHIO RIDUTTIVA IN DONNE AFFETTE DA SINDROME DA SUSCETTIBILITÀ EREDO-FAMILIARE PER CARCINOMA MAMMARIO: NOSTRA ESPERIENZA

A. Fachinetti¹, C. Chiappa¹, I. Carnevali², C. Boeri¹, M.G. Tibiletti², F. Rovera¹

¹ BREAST UNIT ASST Settelaghi - Università degli Studi dell'Insubria, Varese

² UO Anatomia Patologica ASST Settelaghi, Varese

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nel sesso femminile. La maggior parte dei casi sono sporadici, il 5-7% vengono invece descritti come eredo-familiari. Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare il ruolo della chirurgia rischio riduttiva in donne affette da sindrome da suscettibilità eredo-familiare per carcinoma mammario. Presso la Breast Unit dell'ASST Sette Laghi – Università degli Studi dell'Insubria di Varese sono state sottoposte a test genetico BRCA1/2 374 pazienti affette da carcinoma mammario dal 2006 al 2016. Di queste 128 sono risultate portatrici di una variante patogenetica dei geni testati. Delle 128 pazienti risultate positive 88 sono state sottoposte ad intervento chirurgico presso la nostra Breast Unit per carcinoma mammario. L'età media al momento della diagnosi è risultata essere di 44 anni. Le pazienti sono state seguite con follow-up della durata media di 104 mesi (range 22- 372 mesi). La sopravvivenza globale è risultata essere dell' 89,7 % a 10 anni di follow-up e scendere al 77 % per follow-up più lungo. Dell'intero gruppo 39 pazienti sono state sottoposte ad intervento di quadrantectomia seguito in tutti i casi da radioterapia post-operatoria; 49 pazienti invece sono state sottoposte a mastectomia di cui 23 con tecnica nipple-sparing (46,9%) e 37 pazienti sono state sottoposte a ricostruzione mammaria (75,5%) contestuale con materiale protesico. Analizzando le curve di sopravvivenza in relazione al tipo di chirurgia mammaria eseguita, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa in termini di OS tra le pazienti trattate con chirurgia conservativa rispetto alle pazienti trattate con mastectomia. Sono state eseguite 38 mastectomie nipple-sparing profilattiche controlaterali. In letteratura vi è molto dibattito sull'effettivo ruolo della chirurgia mammaria rischio riduttiva controlaterale in pazienti affette da carcinoma mammario. Se da un lato numerosi studi, compresa la nostra casistica, dimostrano come questa tecnica riduca il rischio di carcinoma controlaterale, non è ancora dimostrato che possa impattare in modo significativo sulla sopravvivenza globale. A tal proposito abbiamo analizzato le curve di sopravvivenza del gruppo sottoposto a mastectomia controlaterale profilattica (MCP) rispetto al gruppo che non ha subito chirurgia rischio riduttiva. Le curve dimostrano come ad un follow-up mediano di 120 mesi le pazienti sottoposte a MCP sembrano avere prognosi migliore anche se non statisticamente significativa ma il beneficio si perde andando avanti con gli anni di follow-up. Sopravvivenza del 92,9% a 120 mesi gruppo MCP, sopravvivenza a 120 mesi di 87,5% per le pazienti non trattate con chirurgia rischio riduttiva. Breslow (Generalized Wilcoxon) $p= 0,577$. Nel nostro lavoro la MCP non sembra impattare sulla OS delle pazienti BRCA affette da carcinoma mammario ma ulteriori studi prospettici si rendono necessari per chiarire meglio questo aspetto.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

LA SFIDA DEL CHIRURGO RICOSTRUTTORE: L'IMPIANTO PREPETTORALE NELLE PAZIENTI MAGRE

A. Pellegrini, L. Santandrea

ANISC, Faenza-Ravenna

Obiettivi: La ricostruzione mammaria prepettorale è una realtà ormai affermata in tutta Europa e sempre più frequente è la richiesta delle pazienti di una chirurgia in tempo unico con risparmio del muscolo gran pettorale. Grazie allo sviluppo di membrane biologiche per il completo rivestimento della protesi mammaria, il posizionamento della protesi nel piano sottocutaneo è stato uniformemente approvato, anche se pur con alcune limitazioni. La letteratura considera lo spessore del sottocute il punto di riferimento per la selezione della paziente; il limite minimo di 0.5 mm rende le pazienti magre poco idonee alla procedura per un maggior rischio di complicanze correlate alla ridotta vascolarizzazione del lembo. Al fine di poter garantire la salvaguardia del pettorale anche in suddette pazienti, per lo più giovani e fisicamente attive, il Centro Senologico di Faenza (Area Vasta della Romagna) ha analizzato l'incidenza di complicanze nei casi di impianto prepettorale in pazienti con BMI<22.

Materiali e metodi: I dati delle pazienti ricostruite tra Marzo 2016 e Maggio 2018 con protesi prepettorale avvolta da matrice Braxon® (Decomed, Venezia) sono stati analizzati in termini di complicanze e risultati estetici. I dati sono stati descritti mediante variabili qualitative e quantitative quali media, mediana, indici di dispersione, frequenza e range.

Risultati: Complessivamente 17 pazienti con BMI<22 ed età media di 45 anni (33-65) hanno ricevuto un totale di 19 impianti prepettorali rivestiti con Braxon® per un volume medio di 282 cc (165-530). Ad un follow-up medio di 7.6 mesi (1-25) non sono state registrate perdite dell'impianto. Le complicanze minori riportate sono: 1) lo stiramento involontario del drenaggio con sanguinamento sottocutaneo trattato conservativamente verificatosi in 3 casi (18.7%); 2) visibilità dei punti sottocutanei in 2 pazienti (12.5%); 3) in 3 casi (18.7%) è stata necessaria la toilette della cute areolare per modesta sofferenza vascolare, conseguenza della tecnica di mastectomia che determina un forte assottigliamento del CAC. A 12 mesi di follow-up l'unico caso irradiato non evidenzia modifiche fisiche nella consistenza, nell'aspetto e nel posizionamento della protesi.

Conclusioni: La tecnica di ricostruzione mammaria prepettorale con matrice Braxon® nelle pazienti magre si è dimostrata tecnicamente efficace, con miglioramento del trend post-operatorio globale. L'analisi dei dati ha riscontrato una ridotta terapia analgesica come anche una riduzione della degenza media (dimissione in 1°-2° giornata post-operatoria), con più veloce ripresa psicofisica ed un rapido reinserimento nell'ambiente familiare e lavorativo.

Grazie ad una meticolosa tecnica chirurgica che preserva la vascolarizzazione del lembo di mastectomia, riteniamo possibile ampliare l'indicazione della ricostruzione prepettorale anche alle pazienti magre che richiedono di preservare il muscolo gran pettorale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

PREPECTORAL BREAST RECONSTRUCTION USING THE BRAXON PORCINE ACELLULAR DERMAL MATRIX: A RETROSPECTIVE STUDY

M. Gardani¹, F. Simonacci², G. De Sario¹, F. Cattadori¹, E. Raposio², D. Palli¹

¹ Department of General Surgery, Breast Unit, Guglielmo da Saliceto Hospital, Piacenza

² Department of Medicine and Surgery, Plastic Surgery Division, University of Parma, Parma

Background: Breast cancer is the leading cause of death attributable to cancer among women worldwide. Breast reconstruction has become an integrated part of breast cancer treatment due to long-term psychosexual health factors and its importance to breast cancer survivors. Muscle-sparing techniques using an acellular dermal matrix (ADM) (Braxon; DECO med s.r.l., Venice, Italy) can be considered a possible alternative to immediate reconstruction or two-step reconstruction for patients with medium breasts who want to preserve their natural breast shape.

Methods: We performed a retrospective analysis of reconstructions using a Braxon porcine-derived ADM (DECO med s.r.l.) at the Breast Unit of the University Hospital of Parma and the Breast Unit of Piacenza Hospital from January 2015 to December 2017. The objective was to evaluate the benefits and complications resulting from this technique.

Results: We treated 63 patients and performed a total of 72 muscle-sparing reconstructions using the Braxon porcine-derived ADM (DECO med s.r.l.). The incidence of cutaneous necrosis was 4,2% (n = 3); the incidence of seroma was 2,8% (n = 2). We had to remove the implants in three cases. Natural and symmetrical breasts with good form, ptosis, and softness were achieved for most patients.

Conclusions: Good results were obtained with a high degree of aesthetic and functional satisfaction for the majority of patients. A low rate of early complications compared to that reported in the international literature data was observed.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

LINFEDEMA DELL'ARTO SUPERIORE DOPO CHIRURGIA MAMMARIA CONSERVATIVA E DEMOLITIVA: INCIDENZA E RISULTATI CLINICI DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

M. Zese, M. Portinari, L. Cavazzini, F. Aisoni, B. Maddalena, C. Paolo

Università degli Studi di Ferrara

Obiettivi: Il linfedema correlato al tumore della mammella (LCTM) secondario a chirurgia è una condizione clinica associata ad un impatto notevole sulla qualità della vita.

Gli obiettivi dello studio sono:

- 1) Incidenza del LCTM dell'arto superiore in pazienti sottoposte a chirurgia mammaria per cancro,
- 2) Identificazione dei fattori di rischio correlati al LCTM,
- 3) Percentuale di remissione del LCTM dopo trattamento riabilitativo.

Materiali e metodi: L'analisi retrospettiva è riferita ad una coorte di 1003 pazienti di sesso femminile operate per carcinoma mammario infiltrante, in situ e Breast Carcinoma Unknown Primary (CUP) syndrome presso l'U.O. CHIRURGIA 2 dell'Ospedale Sant'Anna di Ferrara, poi afferite all'ambulatorio fisiatrico presso l'Ospedale San Giorgio di Ferrara nel periodo gennaio 2005-marzo 2018. I dati sono stati analizzati in un database elettronico (Excel 2007) suddividendo le pazienti in due gruppi in base alla presenza o assenza di LCTM.

Risultati: L'analisi delle 1003 pazienti (età media 63 anni, range 31-90) sottoposte a chirurgia ha evidenziato: 618 (61.6%) interventi di biopsia di linfonodo sentinella (BLS) e 385 (38.4%) di linfadenectomia ascellare (LA), 746 (74.4%) quadrantectomie mammarie e 257 mastectomie radicali (25.6%). Il LCTM è comparso nel 48.1% (185/385) delle pazienti sottoposte a LA, e nel 9.6% (59/618) delle pazienti sottoposte a BLS. Nelle pazienti che presentavano LCTM (N=244): 1) l'età più frequente era 51-69 anni (109, 45%); 2) l'istotipo più frequente era il carcinoma duttale infiltrante (192, 78.7%); 3) l'intervento più frequente la quadrantectomia (149, 61.1%); 4) il BMI più frequentemente >25 (161, 66%); 5) si associava con maggior frequenza al trattamento combinato di radioterapia (RT) + chemioterapia (CHT) o RT + ormonoterapia (OT) (53, 21,7%); 6) l'intervento riguardava l'arto dominante nella maggior parte dei casi (155, 63.5%). I trattamenti riabilitativi sono stati eseguiti in tutte le pazienti con LCTM: 45/185 (24.3%) LA hanno ottenuto remissione e 10/185 (5.4%) miglioramento clinico; 20/59 (33.9%) BLS hanno ottenuto remissione e 1 (1.7%) ha ottenuto miglioramento clinico. I trattamenti prescritti erano: pressoterapia (P) (29, 11,9%), bendaggio linfologico multistrato (B) (17, 7%), B + P (56, 23%), linfodrenaggio manuale (LDM) (7, 2,9%), addestramento all'automassaggio (A) (15, 6.2%), addestramento ad esercizi di mobilizzazione dell'arto (M) (1, 0.4%), bracciale elastocompressivo (BE) (3, 1,2%), P + A (4, 1.6%), P+M+BE (4, 1.6%), P+M (12, 4.9%), P+BE (3, 1.2%), P+LDM (3, 1.2%), B+LDM (14, 5.7%), P+B+M (10, 4.1%), LDM+BE (2, 0.8%), P+B+BE (5, 2%), LDM+M (3, 1.2%), P+B+LDM (3, 1.2%), P+B+A+LDM+BE (7, 2.9%); 33 pazienti (13.5%) hanno rinunciato ai trattamenti e al follow-up.

Conclusioni: La percentuale di LCTM nella LA rimane elevata (48.1%) ma l'attuazione di trattamenti riabilitativi mirati permette una percentuale di risoluzione del 24.3% e di miglioramento sintomatologico nel 5.4%.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

RISULTATI PRELIMINARI SULL'IMPIEGO DI UNA TECNICA ORIGINALE NEL TRATTAMENTO DEL TUMORE DELLA MAMMELLA: LA QUADRANTECTOMIA ASSOCIATA A ELETTROCHEMIOTERAPIA

C. Cabula, G. Fancello, R. Cabula, G. Luridiana

S.C. Chirurgia Oncologica e Senologia, Ospedale Oncologico Regionale, Cagliari

Obiettivi: L'elettrochemioterapia (ECT) si è e rilevata una terapia efficace nel trattamento di molte forme tumorali tra cui la neoplasia primitiva o secondaria della mammella. Gli autori hanno condotto uno studio di fattibilità per valutare l'efficacia della ECT in associazione alla quadrantectomia nel tumore della mammella nel ridurre i margini close.

Materiali e metodi: Nel 2014 dodici pazienti affette da tumore mammario infiltrante candidate a mastectomia sono state sottoposte in una prima fase a tumorectomia seguita intraoperatoriamente a ECT con bleomicina delle pareti della cavità chirurgica. Le pazienti sono state quindi sottoposte all'intervento di mastectomia. Nella seconda fase dello studio, tra il 2015 e 2016 altre dieci pazienti affette da carcinoma infiltrante della mammella sono state arruolate. Prima dell'intervento la discussione del team multidisciplinare aveva posto controindicazione alla RT adiuvante per la presenza di malattie connettivali autoimmuni in 3 casi, mentre le restanti 7 pazienti avevano rifiutato preoperatoriamente la successiva RT. Le pazienti sono state sottoposte a quadrantectomia e biopsia del linfonodo sentinella e contestuale trattamento ECT delle pareti della cavità chirurgica mediante somministrazione ev di bleomicina alla dose di 15000U/mq e infusione degli elettrodi. 6 pazienti sono state sottoposte a chemioterapia adiuvante, 4 a ormonoterapia. Sorveglianza per 2 anni con visita, mammografia, e RM annuali, ecografia semestrale.

Risultati: Nella prima fase dello studio l'esame istologico per inclusione condotto sulle 12 tumorectomie ha evidenziato margini esigui e interessati, mentre gli esami istologici delle aree sottoposte a ECT non hanno evidenziato residui tumorali. Nessuna delle 10 pazienti della seconda fase dello studio ha evidenziato recidiva locale e ottimale cicatrizzazione delle ferite.

Conclusioni: La mancata esecuzione della RT adiuvante dopo quadrantectomia non ha prodotto l'aumento di recidive locali che era prevedibile attendersi. Probabilmente ciò è da attribuire all'effetto sterilizzante della ECT. L'ECT consiste nell'associazione della chemioterapia con la elettroporesi che induce riduzione transitoria del flusso sanguigno tumorale, intrappolamento del farmaco e distruzione del sistema vascolare del tumore. La risposta al solo trattamento con bleomicina dei noduli neoplastici è del 31%, ma se si associa l'infusione della bleomicina con la elettroporesi la risposta oggettiva raggiunge il 78%. Se ulteriori studi confermassero il contributo della ECT nell'ottenere la radicalità delle pareti della cavità residua dopo quadrantectomia verrebbe meno la necessità di sottoporre le pazienti a reintervento per l'ampliamento dei margini close. Il presente studio di fattibilità intende avviare una sperimentazione più ampia per casistica e periodo di follow up.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

IL RUOLO DELLA CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE (CTNA) NELLA CHIRURGIA CONSERVATIVA DEL CANCRO DELLA MAMMELLA. ESPERIENZA DELLA BREAST UNIT (BU) DELL'OSPEDALE BELLARIA DI BOLOGNA

M. Brulatti, S. Calderoni, R. Ferrarini, V. Galluzzo, M. Cuoghi, D. Zanarini, M.C. Cucchi

AUSL di Bologna, UOSD Chirurgia senologica, Bologna

Obiettivi: La chemioterapia neoadiuvante (CTNA) si pone l'intento di ridurre la massa tumorale e di consentire un approccio chirurgico conservativo laddove vi sia primariamente un'indicazione alla mastectomia, nonché un approccio conservativo anche a livello ascellare. Scopo del presente studio è quello di presentare i risultati in una serie consecutiva di pazienti sottoposte a CTNA nella nostra BU.

Materiali e metodi: Nel periodo 2007-2017, sono state trattate con CTNA 160 pazienti affette da cancro della mammella, con un'età media di 51 anni; le caratteristiche delle neoplasie erano le seguenti: T1 9%, T2 67%, T3 18% e T4 6%; il 44% era cN0 e il 64% cN+: di queste 26 sono diventate ycN0 dopo la CTNA; 61 neoplasie erano a recettori ormonali (RO) positivi ed HER2 negative, di cui 22 Luminali "A" e 39 Luminali "B"; 62 erano HER2+, di cui 24 "enriched" con RO negativi e infine 37 erano triple negative (TN). In 98 casi, le pazienti hanno eseguito una RMN mammaria prima dell'inizio della CTNA e un'altra al termine, prima dell'intervento chirurgico.

Risultati: Nel 33% dei casi vi è una risposta patologica completa o quasi completa (pRC/pRQC), mentre nel 77% una risposta parziale o nulla (pRP/pRN). La correlazione fra risposta patologica e quadro radiologico alla RMN postCTNA ha dato un VPP del 84% e un VPN del 64%. Complessivamente nel 55% delle pazienti è stata eseguita una mastectomia (MAST), 55% delle quali con ricostruzione immediata, mentre nel 45% è stato eseguito un intervento conservativo (BCS). Il tasso di MAST vs BCS è stato diverso a seconda delle caratteristiche biologiche delle neoplasie, nonché della risposta patologica alla CTNA: nelle pazienti con RO+HER2- che hanno avuto una pRC/pRQC il tasso di BCS è stato del 40%, mentre in caso di pRP/pRN del 35%; nelle neoplasie HER2+ con pRC/pRQC il tasso di BCS è stato del 60%, mentre in caso di pRP/pRN del 43%; nelle neoplasie TN con pRC/pRQC il tasso di BCS è stato del 67%, mentre in caso di pRP/pRN del 28%. Il trattamento dell'ascella è stato il seguente: nei casi cN+ rimasti tali dopo CTNA è stata effettuata sempre una dissezione ascellare (DA) d'emblée di I e II livello; nei casi cN0 prima della CTNA, nel 64% è stata effettuata una biopsia del linfonodo sentinella (BLNS), in 7 casi seguita da DA e nel 36% una DA d'emblée; nei casi cN+ divenuti ycN0 è stata sempre eseguita una BLNS, in 5 casi seguita da una DA: evitando quindi una DA non necessaria nel 25%.

Conclusioni: L'impiego della CTNA nella nostra esperienza ha consentito di ridurre il tasso di mastectomie del circa il 17% globalmente e del 24% nelle neoplasie più chemiosensibili (HER2+, TN). Inoltre ha permesso di risparmiare una linfadenectomia non necessaria in circa il 25% dei casi. La possibilità di ottenere questi risultati dipende essenzialmente da tre fattori: la corretta e rigorosa selezione delle pazienti, le caratteristiche biologiche delle neoplasie da sottoporre a CTNA e infine l'impiego di un imaging affidabile prima e dopo il trattamento chemioterapico.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

BREAST UNIT IN PROVINCIA: UNA SFIDA ORGANIZZATIVA

A. Azzinnaro, E. Ratto, M.G. Pacquola, F. Millo, M. Prati, M. Pezza, N. Maroni, F. Pasquali, P. Tava

Ospedale Civile SS. Antonio e Margherita, Tortona (AL)

Nel 2014 il Ministero della Salute ha stabilito le regole per curare il cancro della mammella secondo il modello organizzativo delle Breast Unit (BU), centri di riferimento con quattro caratteristiche:

- gestione di almeno 150 nuovi/anno di cancro
- adeguata disponibilità di tecnologia
- modello organizzativo multidisciplinare
- esperienza professionale adeguata

La scelta è stata guidata dai dati della letteratura scientifica internazionale che mostrano come queste caratteristiche garantiscano i migliori risultati in termini di adeguatezza diagnostico-terapeutica, di sopravvivenza, di razionalizzazione delle risorse.

La Regione Piemonte si è adeguata alle indicazioni nazionali. In provincia di Alessandria (453.000 abitanti) si attendono circa 430 nuovi caso l'anno di cancro della mammella. La Rete oncologica ha identificato due BU, di cui una sul territorio dell' ASL che fino ad allora aveva quattro presidi ospedalieri (P.O.) in cui si operavano i cancri al seno. Uno solo di questi PO, quello di Tortona, aveva le caratteristiche previste dalla legge e qui è stata identificata la sede della BU provinciale.

La nostra Breast Unit è nata nel Gennaio 2017.

Nel primo anno di attività abbiamo gestito 446 pazienti con patologie mammarie. Per 285 di questi si trattava un nuovo riscontro di cancro della mammella, e 271 sono stati trattati chirurgicamente.

Dal Gennaio 2018 ad oggi i pazienti operati per cancro della mammella sono 120.

Poiché ci troviamo in un'Ospedale di provincia molte sono state le difficoltà a cui abbiamo dovuto trovare una soluzione.

Per l'attività corrente della Breast Unit è stata acquisita una sonda PDE, per identificare il LS con verde di indocianina, poiché nel nostro Ospedale non è presente una Unità di Medicina Nucleare, grazie all'aiuto economico di una fondazione.

È stato organizzato un Ambulatorio di Liberi Professionisti consulenti, a costo zero per l'Azienda sanitaria, con un Counseling genetico per la valutazione del rischio correlato alla familiarità ed alle modificazioni BRCA1 e 2, con due Psicoghe, una per le pazienti ed una per i familiari, con un'estetista APEO, con un Osteopata, per il problema della riabilitazione posturale, e con una Dietologa Nutrizionista per il controllo della sindrome metabolica.

I fondi per realizzare tutto questo sono stati raccolti attraverso la collaborazione con associazioni di volontariato, privati cittadini e fondazioni bancarie.

La sfida è quella di riorganizzare la presa in carico delle donne con cancro della mammella tenendo conto dei problemi geografici, delle professionalità diffuse sul territorio, delle resistenze al cambiamento, del coordinamento dell'attività clinica e dello screening di popolazione, del rispetto degli indicatori.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

NIPPLE SPARING MASTECTOMY BILATERALE: SALVATAGGIO DEL NAC CON SISTEMA A PRESSIONE NEGATIVA. DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

A. Marano, A. Borriello, B. Sodano, M. Ippolito, R. Abete

PO Pellegrini, Napoli

La mastectomia con conservazione del complesso areola-capezzolo (NSM) è diventata negli ultimi anni sempre più frequente non solo nella chirurgia profilattica per le pazienti con mutazione dei geni BRCA1 e 2, ma anche come trattamento del carcinoma in-situ o invasivo con localizzazioni tumorali distanti almeno 2 cm dal complesso areola-capezzolo (NAC). La ricostruzione della mammella può essere fatta con impianto protesico diretto, soprattutto su mammelle di dimensioni medio-piccole, oppure in 2 tempi con espansore e successiva protesi definitiva, ovvero con lembi autologhi.

Nelle varie casistiche, non troppo numerose e soprattutto con follow-up mediani non ancora particolarmente lunghi, si è osservata una percentuale di recidiva locale in corrispondenza del NAC estremamente bassa, tra lo 0 ed il 2%. Su valori simili si attesta anche la % di comparsa di neoplasia nella sede del NAC per le pazienti sottoposte a NSM bilaterale profilattica in caso di mutazioni dei geni BRCA1 e 2.

La principale e più temibile complicanza nella NSM resta, comunque, la necrosi parziale o totale del NAC che necessita spesso di necrosectomie parziali fino ad asportazioni complete dello stesso. I dati in letteratura relativi alla necrosi in senso globale sono estremamente variabili, con un range che va dal 2 al 20%, ma la media della perdita completa del NAC dovuta alla necrosi post-operatoria si attesta intorno al 3-4%. Diversi fattori di rischio sono stati messi in correlazione con tale complicanza: fumo, diabete, malattie immunitarie, pregressa chirurgia peri/retroareolare. In caso di sofferenza ischemica postoperatoria del NAC e/o di SSI (surgical site infection) in generale è noto, soprattutto in chirurgia estetica, l'utilizzo di device a pressione negativa.

Caso clinico: Paziente di 36 anni, sottoposta 3 mesi prima ad intervento di wide excision della mammella destra e BLS per diagnosi preoperatoria indicativa di DCIS del QII. La diagnosi definitiva evidenziava un Carcinoma papillare cribiforme, in assenza di invasione stromale ER: 90%, PgR:90%, Ki67: 25%. Su consiglio del Comitato Oncologico Multidisciplinare, la paziente eseguiva test per la ricerca di mutazione dei geni BRCA1 e 2 risultato negativo. Data la volontà di procreare espressa dalla stessa si è deciso di sottoporla a NSM bilaterale e ricostruzione immediata con protesi diretta. L'accesso scelto è stato con incisione verticale inferiore. A poche settimane dall'intervento si è manifestata una sofferenza ischemica parziale del NAC nella mammella sinistra, non operata precedentemente, trattata con l'applicazione di una medicazione collegata a sistema a pressione negativa monouso (PICO Smith & Nephew). La risoluzione completa è avvenuta in 2 settimane.

Conclusioni: La NSM rappresenta oggi una valida opzione terapeutica sia per il trattamento delle neoplasie mammarie distanti almeno 2 cm dal NAC e sia per la chirurgia profilattica in pazienti con mutazioni BRCA1/2, con ottimi outcome estetici ed oncologici.

MERCLEDÌ 17 OTTOBRE 17:00-18:00

MAMMELLA

SALA D

CORRELAZIONE PROGNOSTICA TRA CHIRURGIA DELL'ASCELLA, STATO LINFONODALE E CLASSIFICAZIONE LUMINAL NEL TUMORE DELLA MAMMELLA: UNO STUDIO RETROSPETTIVO MONOCENTRICO

C. Lauro¹, F. Acchiardi¹, E. Principe¹, L. Brignone², F. Borghi¹

¹ ASO Santa Croce e Carle, Cuneo

² Università degli Studi di Torino

Obiettivi: Molte sono le caratteristiche cliniche di un tumore della mammella che possono influire sulla prognosi della paziente. Lo stato linfonodale dell'ascella, e la chirurgia ad esso correlata, sono considerati storicamente i principali fattori incidenti sull'outcome della patologia. Le recenti acquisizioni in materia di biologia molecolare del tumore hanno aperto ampie e nuove prospettive conoscitive, portando a considerare sempre di più il valore prognostico e predittivo che queste informazioni possono assumere ed avendo diretti risvolti pratici sulle scelte terapeutiche e di follow-up.

Materiali e metodi: Nello studio è stato osservato un campione di 850 pazienti con diagnosi di carcinoma mammario infiltrante, operati tra il 2001 e il 2012. Il tempo di follow-up mediano è stato di 102,2 mesi. I pazienti sono stati divisi in gruppi sulla base dell'intervento chirurgico effettuato a livello ascellare (biopsia del linfonodo sentinella SLNB, dissezione ascellare ALND, radicalizzazione di SLNB), dello stato linfonodale e delle caratteristiche molecolari del tumore (Luminal A, Luminal B, HER2+, Triplo Negativo). È stata quindi valutata, attraverso il test 'Xquadrato', la correlazione tra stato linfonodale e sopravvivenza, e tra stato linfonodale per ogni classe molecolare e sopravvivenza, a 5 e a 10 anni laddove si disponesse dei dati.

Risultati: Si è confermata una differenza statisticamente significativa ($p > 0,05$) in termini di sopravvivenza fra i gruppi di pazienti aventi un diverso status linfonodale alla diagnosi (N+ vs N0). Suddividendo i pazienti nei differenti intrinsic Subtypes, le classi Luminal B e Basal like sono risultate quelle includenti più pazienti N+ alla diagnosi. La correlazione tra lo stato linfonodale e la sopravvivenza, è risultata significativa ($p > 0,05$) solo per le classi Luminal A ed HER2+ mentre non sembra esistere una correlazione significativa nei tumori Luminal B e Triplo Negativi. Per quanto riguarda la chirurgia dell'ascella effettuata nelle diverse classi, non esiste una differenza significativa in termini di sopravvivenza tra i gruppi sottoposti a diverso intervento per Luminal A e Luminal B a 5 anni. Si riscontra invece una differenza significativa a 10 anni dall'intervento. Per i tumori HER2+ è reale l'eterogeneità fra le sopravvivenze dei gruppi sottoposti a diverso intervento sia a 5 anni che a 10 anni di follow-up. All'opposto, per i tumori Triplo Negativi l'intervento non sembra determinare differenze in termini di sopravvivenza.

Conclusioni: Lo stato linfonodale, storicamente importantissimo fattore prognostico, influisce sulla prognosi dei tumori di classe Luminal A e Luminal B solo a 10 anni dalla diagnosi, non sembra influire invece a 5 anni. Negli HER2+ influisce sia nel breve che nel lungo termine. La "cattiva" biologia dei tumori Triplo Negativi sembra essere invece il fattore predittivo determinante, senza influenza da parte degli altri fattori in studio.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

CHIRURGIA LOW(VE) COST

Fabio Gaj¹, Aldo Nunziale²

¹ Sapienza Università di Roma

² Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli (NA)

Obiettivi: Nel campo della medicina negli ultimi venti anni si è assistito ad un continuo e progressivo impegno da parte delle industrie farmaceutiche che ha portato ad una gestione del paziente sempre più performante ed efficiente, migliorando sicurezza e standardizzazione. Per questo motivo abbiamo ideato un'App che potesse con vari step arrivare ad una ottimizzazione e ad una selezione del paziente con miglioramento degli outcome.

Materiali e metodi: La nostra App si divide in varie sezioni ed ogni sezione è divisa in vari step. C'è la sezione dedicata dal medico soprattutto quello in formazione (specializzando) e costa di 3 step, il 1 step riguarda il percorso assistenziale, il 2 step è dedicato all'informazioni al paziente, alla compilazione della cartella clinica (anamnesi ed esame obiettivo) e all'esplorazione rettale, infine nel 3 step vengono illustrate le maggiori tecniche chirurgiche usate in ambito proctologico. La seconda sezione dell'app è rivolta all'infermiere di reparto e di sala operatoria con le istruzioni ed immagini riguardo al pre e post-operatorio, la posizione del paziente sul letto operatorio e lo strumentario adeguato all'intervento previsto. La terza sezione è invece dedicata al paziente ed è ricca di immagini che aiutano il paziente alla comprensione della patologia di cui è affetto. Infine l'ultima sezione ci permette di inviare tramite posta elettronica i consensi informati al paziente, i consigli pre e post operatori, le indicazioni per la pre-ospedalizzazione ed il ricovero e le indicazioni per il medico di medicina generale nella gestione futura del paziente.

Risultati: L'utilizzo di questa App iniziato dal circa 1 anno ci ha permesso di selezionare correttamente il paziente, utilizzare la tecnica chirurgica più adeguata, ridurre i tempi morti in sala ed in reparto e ridurre lo stress del paziente che fino ad allora viveva in un limbo privo di conoscenza della patologia, della degenza e del post-operatorio.

Conclusioni: Il nostro obiettivo è quello di eseguire con l'aiuto di questa App una chirurgia pensata con il cuore, efficace per il paziente ed economica.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

TECNICA SUTURELESS SLIDING MESH IN CHIRURGIA AMBULATORIALE DELLE ERNIE INGUINALI IN OGNI PAZIENTE

F. Abbonante, L. Congiusta

Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, Catanzaro

La tecnica sutureless sliding mesh ideata da Trabucco ed effettuata in maniera integrale presso la nostra soc può essere sicuramente considerata tecnica di prima scelta tra le metodiche da eseguire ambulatorialmente su tutti i pazienti, soprattutto gli anziani con importanti comorbidità. Questa procedura viene eseguita con grande soddisfazione degli operatori e dei pazienti che la ricivono dal 1993 e sempre maggiore appare la richiesta di essa.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

COLECISTECOMIA LAPAROSCOPICA IN ANESTESIA SPINALE TORACICA: CASI PRELIMINARI

M. Dall'Aglio¹, G. Migliavacca^{1,2}, S. Schiavo¹, L. Cantadori¹, L. Casali¹, C. Santi^{1,2}, C. Franzini¹, V. Violi^{1,2}

¹ Ospedale di Fidenza, AUSL di Parma, Fidenza (PR)

² Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Parma

È ormai consolidato che l'intervento chirurgico di colecistectomia laparoscopica è una procedura sicura con molteplici benefici per il paziente tra cui riduzione del dolore post-operatorio, dei rischi di complicanze rispetto alla colecistectomia open e della degenza ospedaliera.

Attualmente la degenza media complessiva dei pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica in elezione è di due giorni. Obiettivo del nostro studio è valutare la possibilità di eseguire questo intervento chirurgico in regime di day surgery grazie all'utilizzo di una tecnica anestesiológica alternativa all'anestesia generale.

Sebbene l'anestesia subaracnoidea sia comunemente ritenuta una tecnica valida per procedure chirurgiche che riguardano i quadranti inferiori dell'addome e gli arti inferiori, l'approccio toracico rappresenta una valida alternativa all'anestesia generale in interventi che riguardano i quadranti addominali superiori e in laparoscopia.

Lo studio viene condotto su pazienti candidati a colecistectomia laparoscopica in elezione, ASA 1-2 eseguita in anestesia subaracnoidea toracica e minima sedo-analgesia endovenosa con Propofol e Fentanyl o Midazolam.

L'anestesia subaracnoidea viene eseguita con ago 27 Gauge Whitacre a livello T8-T9 o T9-T10 con 7,5-10 mg di Bupivacaina isobarica 5 mg/ml e 25 mcg di Fentanyl.

L'intervento è stato eseguito con tecnica standard mediante l'induzione di un pneumoperitoneo a 8-10 mmHg e quindi il posizionamento di 4 trocar, 1 da 10 mm e 3 da 5 mm. Dopo l'apertura del triangolo di Calot, vengono isolati dotto e arteria cistica e quindi sezionati previo posizionamento di clip. Si procede alla colecistectomia retrograda sottosierosa, all'estrazione del viscere mediante endobag, all'estrazione dei trocar sotto visione.

Sono stati arruolati 7 pazienti da gennaio a marzo 2018. Nella fase intraoperatoria non si sono verificate complicanze e non è mai stato necessario somministrare amine. L'intervento è stato condotto con un basso pneumoperitoneo, tuttavia non vi è stato un prolungamento del tempo operatorio né cambiamenti della tecnica chirurgica. Nella fase post-operatoria la mobilizzazione dei pazienti è stata precoce (entro 6 ore dal rientro in reparto), 4 dei quali si sono alimentati nell'immediato post-operatorio. In due casi i pazienti hanno riferito dolore alla spalla destra che è stato ben controllato con i comuni analgesici previsti per il dolore acuto post-operatorio (paracetamolo e FANS).

L'anestesia subaracnoidea toracica è una valida alternativa all'anestesia generale per gli interventi di colecistectomia laparoscopica. Si è dimostrata una tecnica sicura, economica, che non altera la condotta chirurgica e consente un precoce recupero del paziente nel post-operatorio. Nonostante sia necessario validare lo studio su una popolazione più ampia, i nostri risultati preliminari rendono promettente la possibilità di eseguire questi interventi in regime di Day-surgery.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

SUBARACHNOID ANESTHESIA WITH HYPERBARIC PRILOCAINE 60 MG VERSUS HYPERBARIC PRILOCAINE 30 MG AND FENTANYL 20MCG IN DAY SURGERY INGUINAL HERNIA REPAIR

C. Amatucci, S. Usai, B. Perotti, P. Palumbo

Università degli Studi La Sapienza, Roma

Purpose: This study main endpoint is to evaluate safety and effectiveness of subarachnoid anesthesia implemented with hyperbaric Prilocaine in reduced dose (30mg) in combination with Fentanyl (20mcg), for the purpose of ensuring an optimal analgesia.

Methods: A total of sixty cases were selected from a total of 653 patients undergoing inguinal hernia repair; they were divided in two groups, a group P, composed by 30 patients treated with intrathecal hyperbaric Prilocaine (Prilotekal®- Molteni) 60 mg, and a group PF, composed by 30 patients treated with intrathecal association of hyperbaric Prilocaine 30 mg and Fentanyl (Fentanest®- Pfizer) 20 mcg. Open tension-free Lichtenstein repair of inguinal hernia with use of fibrin glue for mesh fixation was performed. Sensitive block trend was monitored from the moment immediately following the intrathecal anesthetics administration until 80 minutes after the end of the surgical procedure. Equally, the motor block was assessed through Bromage Scale, the pain was scored through NRS (Numeric Rating Scale). Discharge appropriateness was determined through modified PADSS.

Results: Higher and lower blockage limit analysis showed that the sensitive blockage was prone to remain within the level chosen by the anesthesiologist in all the patients of the PF group (T12 level from 5 minutes to 80 minutes and S1 level from 30 to 50 minutes after the anesthetic injection), while in the patients of P group the anesthetic tended to migrate (T10, T11 and T12 from 5 to 50 minutes and S4 from 5 to 50 minutes after the subarachnoid anesthesia, p value < 0.0001). With regards to the motor blockage, in the PF group was quite clear the block resolution in few hours from the surgical procedures, since 70 minutes after the subarachnoid anesthesia 21 patients had a Bromage score equal to 0 and 9 patients equal to 9 (in P group, 19 patients had a score equal to 3, 8 patients equal to 2 and 3 patients equal to 1, p value < 0.0001). As regards pain relief, nobody reported pain during the surgical procedure; 70 minutes after the anesthesia, in PF group all patients reported a NRS value equal to 1 and didn't need any drugs to control pain, while in P group 13 patients reported a NRS value equal to 1, 8 patients equal to 2 and 9 patients equal to 3 (p value < 0.001). Moreover, in group P a patient needed bladder catheterization.

Conclusion: Subarachnoid anesthesia using Prilocaine 30 mg+Fentanyl 20 mcg could be stated as a viable alternative to local anesthesia in selected patients undergoing inguinal hernia repair. A suitable position of the patient carrying out the selective anesthesia is compulsory. The opioids addition in the anesthetic blend is safe and effective and reduces the use of analgesics in the postoperative time, without the inconvenience of the urinary retention.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

THD VS MILLIGAN-MORGAN: VANTAGGI ECONOMICO-ASSISTENZIALI DELLA DAY SURGERY

W. Sergi, G. Borgonovo, G. Rolando, A. Farinetti, C. Amorotti, R. Gelmini

Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Obiettivi: La dearterializzazione emorroidaria transanale guidata da Doppler (THD) ha dimostrato di essere meno dolorosa rispetto all'emorroidectomia di Milligan-Morgan. Lo scopo di questo studio è di confrontare l'efficacia di THD vs M&M nel trattamento delle emorroidi di terzo grado in una analisi comparata.

Materiali e metodi: 60 pazienti con emorroidi di secondo e terzo grado sono stati sottoposti in modo randomizzato a M&M o THD. I controlli clinici sono stati effettuati dopo 7 giorni e dopo 1 mese dall'operazione, valutando come misure dell'outcome primario la ricorrenza delle emorroidi, i tempi operatori, il tipo di complicazioni eventualmente insorte, la gestione del dolore, il tempo utile a tornare alla normale attività, i costi della degenza (strumentario incluso) e la soddisfazione generale del paziente.

Risultati: I punteggi della scala del dolore erano significativamente più bassi nei pazienti sottoposti a THD nei giorni 7 e 30 dopo l'operazione. La richiesta di analgesici durante la prima settimana postoperatoria nei pazienti con THD era significativamente inferiore a quello nei pazienti sottoposti a M&M. La degenza ospedaliera e il periodo di tempo intercorso fino alla prima defecazione dopo l'intervento chirurgico erano entrambi significativamente più brevi nei pazienti con THD. Le complicanze postoperatorie hanno avuto un'incidenza minore nel gruppo di pazienti trattati con THD.

Conclusioni: La emorroidectomia di Milligan-Morgan è riservata a casi selezionati, con emorroidi prolapsate non più riducibili. La metodica THD, eseguibile in regime di day-surgery, si può effettuare anche in pazienti con problemi cardiaci o renali, diabete etc. o pazienti che hanno già subito un intervento chirurgico con altre tecniche.

Il ritorno alle normali attività del paziente sottoposto a questo tipo di intervento è molto rapido, dopo circa una settimana.

Esami preoperatori invasivi e/o costosi non sono indispensabili nel caso si voglia eseguire una THD.

La THD, che si può definire mini invasiva, è comunque preferibile rispetto alle emorroidectomie tradizionali nei casi di emorroidi di secondo grado e di terzo grado in quanto ha un eccellente effetto estetico, richiede una degenza ospedaliera più breve, sembra comporti meno complicanze e in particolare, se eseguita correttamente, scarso o nullo dolore nel periodo postoperatorio. La metodica THD non impedisce inoltre di eseguire in futuro altri interventi sul canale anale e sul retto.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

LONG-TERM FOLLOW-UP FOR PILONIDAL SINUS SURGERY: A REVIEW OF LITERATURE WITH META-ANALYSIS

N. Velotti, M. Milone, M. Manigrasso, P. Arnoldo, F. Milone, G.D. De Palma

Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia - Università Federico II, Napoli

Background: Sacrococcygeal pilonidal sinus disease (PSD) is a common chronic inflammation of the natal cleft and presents as an abscess or a chronically discharging, painful sinus tract. The management of chronic PSD is variable, contentious, and problematic. Although many surgical procedures have been tried, the best surgical method remains controversial. The aim of this systematic review with meta-analysis of literature is to provide surgeons an objective instrument of decision through an analysis of recurrence rate of various surgical techniques in a long-term follow-up.

Methods: Systematic literature searches were performed to identify all available studies. According to the pre-specified protocol, all studies reporting a surgical approach to PSD with a minimum follow-up of 5 years were included.

Results: Fifteen studies were included in the analysis. The number of patients varied from 50 to 1165 with a mean follow-up from 58.36 to 240 months. The overall incidence of recurrence was of 0.138; the resulting incidence of open healing, midline closure and out-midline closure were of 17.9%, 16.8% and 10% respectively.

Conclusions: Interestingly, our data reveal a rate of relapsing disease higher than the one defined in previous studies both for the overall PSD and for each surgical procedure. A long-term follow-up of at least 5 years, should be considered the gold standard in pilonidal sinus surgery benchmarking. From our results, we can state that open healing and midline closure should not be considered effective for their high frequency of relapse disease and midline primary closure should be preferred.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

STUDIO PILOTA DI FATTIBILITÀ DI UTILIZZO DI MESH BIOSINTETICA TOTALMENTE RIASSORBIBILE PER PROMUOVERE RIGENERAZIONE E RIMODELLAMENTO FUNZIONALE IN PAZIENTE AFFETTO DA ERNIA INGUINALE NON COMPLICATA

T. Lubrano, M. Bonino, L.D. Bonomo, M. Morino

Department of Surgical Sciences, University of Torino

Obiettivi: L'utilizzo delle Mesh biosintetiche totalmente riassorbibili è utilizzata per la riparazione dei difetti della parete addominale. Uno studio eseguito su modello animale ha misurato una resistenza media allo sfondamento centrifugo della parete addominale e del canale inguinale di maiale di circa 50N. L'apposizione di collagene ed il suo rimodellamento promosso da protesi costituite da uno scaffold in monofilamento di Poly-4-hydroxybutyrate (P4HB) totalmente riassorbibile (attraverso idrolisi) ha dimostrato in test preclinici la creazione nell'arco di 12-18 mesi di un tessuto con una resistenza media allo sfondamento superiore ai 200N. Il P4HB è un biomateriale che viene studiato per la sua applicazione anche in cardiocirurgia ed ortopedia, drug delivery ed ingegneria tissutale. L'obiettivo del nostro studio è valutare per la prima volta su uomo la fattibilità, l'efficacia ed eventuali complicanze nell'utilizzo di questo tipo di protesi per il trattamento dell'ernia inguinale.

Materiali e metodi: Paziente di sesso maschile di 69 anni, normopeso, affetto da ernia inguinale sinistra obliqua esterna, riducibile, PL2 secondo European Hernia Society (EHS). Riferita patologia erniaria nota dal 2016. All'anamnesi ipertensione arteriosa in buon controllo farmacologico ed ipertrofia prostatica benigna. Intervento eseguito in sedazione ed anestesia locale con tecnica tension free, suturless con riduzione del sacco erniario in addome e plastica dell'anello interno, plicatura della transversalis in filo riassorbibile a medio lungo termine. Viene quindi posizionata la mesh costituita da uno scaffold di monofilamento di P4HB totalmente riassorbibile con solo punto di fissaggio riassorbibile sul tubercolo pubico e chiusura delle code anch'esso in filo riassorbibile.

Risultati: Paziente seguito in follow up. Eseguito esame clinico post-operatorio a una settimana, un mese e tre mesi risultati regolari. A 3 mesi riferito modesto fastidio saltuario con movimenti di flessione/estensione del busto. Controllo clinico ed ecografico a 6 mesi risultato nella norma: assenza di recidive, rete in sede e correttamente posizionata. A 9 mesi controllo clinico nella norma ed assenza di sintomatologia di rilievo.

Conclusioni: Studio non ancora completato in quanto il paziente non ha ancora raggiunto il follow up a 12 e 18 mesi, termine entro il quale vi è il completo riassorbimento della mesh. I dati preliminari dimostrano, efficacia della riparazione utilizzando una mesh costituita da uno scaffold di monofilamento di P4HB riassorbibile, assenza di complicanze e di sintomatologia di rilievo.

Se i dati definitivi, a seguito del riassorbimento totale della protesi, confermeranno i dati preliminari in termini di efficacia, assenza di complicanze e sintomi, questa riparazione innovativa, potrà aprire le porte per uno studio prospettico comparativo per una valutazione in merito all'efficacia di una chirurgia rigenerativa tissutale confrontandola con le usuali tecniche riparative

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

UTILIZZO DI SCAFFOLD TUBULARE IN PHEA+PLA/PCL NELLA SOSTITUZIONE DELLE VIE BILIARI: STUDIO SPERIMENTALE SU MODELLO SUINO

S. Fazzotta¹, S. Buscemi, V.D. Palumbo¹, G. Damiano¹, G. Di Buono¹, A. Agrusa^{1,2}, A.I. Lo Monte^{1,2}

¹ Università degli Studi di Palermo

² Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario P. Giaccone, Palermo

Obiettivi: La colecistectomia laparoscopica è il gold standard nel trattamento della colelitiasi sintomatica non complicata. Questa procedura è tuttavia associata a un rischio maggiore di lesioni della via biliare rispetto alla tecnica open, determinando un aumento della morbilità e una compromissione della qualità di vita del paziente. Tali considerazioni hanno dato impulso alla ricerca di nuove soluzioni per il trattamento delle lesioni delle vie biliari e, tra queste, anche il ricorso a tecniche o all'impiego di materiali che possano adeguatamente sostituire la via biliare danneggiata. Il nostro studio si basa sull'utilizzo di uno scaffold per ricostruire le vie biliari danneggiate su modello suino e di studiarne il comportamento biologico.

Materiali e metodi: Lo scaffold in PHEA-PLA+PCL (poli-idrossi-etil-aspartammide-acido polilattico+policaprolattone) è stato utilizzato in differenti prove sperimentali per la ricostituzione delle vie biliari. I risultati preliminari di valutazione della biocompatibilità, su modello murino, e di bio-resistenza, su modello animale leporino e suino, hanno dato impulso al gruppo di ricerca a continuare la sperimentazione su modello animale suino per simulare un danno biliare più simile ai danni che si verificano sull'uomo. Negli esperimenti effettuati, lo scaffold è stato utilizzato come neo-dotto colecisto-digiunale a struttura tubulare, come patch planare su coledoco e come sostituto tubulare di un tratto di coledoco e del dotto epatico sinistro.

Risultati: Il decorso postoperatorio nei primi giorni di degenza è risultato regolare in tutti i modelli animali. In tutti gli esperimenti, lo studio sullo scaffold tramite microscopia ottica, microscopia elettronica e all'immunofluorescenza dimostra la presenza di cellule epiteliali batiprismatiche sulla superficie dello scaffold, parziale riassorbimento dello stesso, infiltrato infiammatorio cronico con linfociti, macrofagi e cellule giganti, neo-angiogenesi funzionale. La degradazione dello scaffold è stata parziale in tutti gli studi. Il secondo esperimento (patch su coledoco) ha dimostrato una parziale degradazione dello scaffold e una rigenerazione completa della parete del coledoco danneggiata. Nel terzo esperimento, la morte prematura del modello animale avvenuta a una settimana post-operatoria per complicanze respiratorie legate all'anestesia non hanno consentito di valutare al meglio la bio-resistenza del materiale e l'eventuale stenosi a lungo termine.

Conclusioni: Il biomateriale in PHEA-PLA+PCL sembra presentare delle caratteristiche che lo rendono adatto ad essere un sostituto temporaneo quasi perfetto per l'albero biliare. Lo studio è stato in grado di dimostrare la capacità dello scaffold di essere biocompatibile, avere una buona resistenza meccanica e un adeguato tempo di degradazione. Da questi esperimenti si spera di poter ottenere in futuro devices che possano essere utilizzati nella pratica clinica anche nell'uomo.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

UTILIZZO DI SCAFFOLD TUBULARE IN PHEA+PLA/PCL NELLA SOSTITUZIONE DI VASI SANGUIGNI: STUDIO SPERIMENTALE SU MODELLO SUINO

V.D. Palumbo¹, S. Fazzotta¹, S. Buscem², G. Damiano¹, A.I. Lo Monte¹

¹ Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche, Università degli Studi di Palermo

² Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone, Palermo

Obiettivi: C'è un crescente interesse circa lo sviluppo di sostituti di piccoli vasi. Molti studi si stanno attualmente focalizzando sullo sviluppo di scaffold biodegradabili, capaci di guidare la rigenerazione vascolare. Abbiamo testato un nuovo materiale biodegradabile e biocompatibile con caratteristiche meccaniche sovrapponibili a quelle dei vasi sanguigni e con la prerogativa di permettere l'adesione, la differenziazione e proliferazione cellulare.

Materiali e metodi: Il materiale usato è costituito da una miscela di alfa,beta-poli (N-2-idrossietil)-D,L-aspartammide (PHEA) ed acido polilattico (PLA), co-spinnata con policaprolattone (PCL) ed eparinizzata. Sono stati utilizzati 3 modelli suini maschi con una età compresa tra 4 e 6 mesi e un peso variabile da 40 a 70 Kg. Durante gli esperimenti sono state confezionate 2 fistole artero-venose secondarie tra arteria e vena iliaca controlaterale, una per ogni animale (M1, M2), ed un bridge artero-arterioso a sostituzione di un segmento di circa 3 cm di arteria carotide comune dx, nell'ultimo suino (M3).

Risultati: Subito dopo ogni intervento, una valutazione dei flussi sulla fistola è stata effettuata facendo ricorso all'ecocolordoppler, mediante sonda microconvex da 4-7.5 MHz. Uno studio dei flussi è stato eseguito, sempre mediante ecocolordoppler, a cadenza regolare di una settimana. A 3, 6 e 9 mesi dall'impianto dello scaffold il materiale è stato asportato per lo studio istologico del campione, lasciando in vita i modelli animali. L'istologia ha mostrato infiammazione cronica, con presenza di cellule da corpo estraneo e una spiccata neovascolarizzazione. Nel prelievo effettuato a 9 mesi (M3) il materiale è stato quasi completamente riassorbito, lasciando in loco solo residui isolati. Si è riscontrata flogosi cronica a carattere granulomatoso con cellule giganti "da corpo estraneo", associata a reazione fibrotica stromale, e multipli vasi di piccolo calibro neoformati. Al microscopio ottico confocale e al microscopio elettronico a scansione, si sono sicuramente ottenute le informazioni più significative. Dalle immagini del segmento arterioso è possibile apprezzare, a 6 mesi di distanza dall'impianto (M2), un progressivo riassorbimento del materiale (il cui unico residuo è rappresentato da isolotti in corrispondenza di quella che dovrebbe essere la tonaca media del neovas) associato ad un aumento della componente cellulare rappresentata in tal caso da elementi endoteliali e, soprattutto, da cellule dell'infiammazione.

Conclusioni: La biocompatibilità del PHEA-PLA-PCL e le sue proprietà fisiche, lo rendono adatto nella sostituzione di vasi. La possibilità di funzionalizzare il materiale con svariate molecole, al fine di modulare la risposta infiammatoria e la coagulazione, permetterà di ottenere una rigenerazione completa di un vaso.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

UTILIZZO DI SCAFFOLD PLANARE IN PHEA+PLA/PCL NELLA RIPARAZIONE DEI DIFETTI DELLA PARETE ADDOMINALE: STUDIO SPERIMENTALE SU MODELLO SUINO

G. Damiano¹, V.D. Palumbo¹, S. Buscemi², G. Spinelli¹, G. Di Buono¹, S. Fazzotta¹, A. Agrusa^{1,2}, A.I. Lo Monte^{1,2}

¹ Università degli Studi di Palermo, Palermo

² Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario P. Giaccone, Palermo

Obiettivi: I difetti di parete costituiscono una parte consistente della patologia chirurgica, la cui riparazione prevede un'ampia gamma di tecniche, protesiche e non. Negli ultimi anni la ricerca ha sviluppato nuove protesi biologiche che rappresentano un grande ausilio in Chirurgia nei casi di riparazione di parete in campi non sterili, ma hanno un tempo di riassorbimento non modulabile, esponendo spesso il paziente alla recidiva. Alla luce di queste considerazioni l'ingegneria tissutale sta concentrando la propria ricerca nell'utilizzo di polimeri biocompatibili e riassorbibili in un tempo predeterminato, tale da consentire contemporaneamente la tenuta meccanica e la rigenerazione del tessuto. Obiettivo di questa sperimentazione è la riparazione di difetti di parete addominale tramite l'utilizzo di uno scaffold planare bioriassorbibile.

Materiali e metodi: Il polimero di partenza è ALFA,BETA-Poli (N-2-idrossietil)-D,L-aspartammide (PHEA) miscelato con l'acido polilattico (PLA) e successivamente elettrospinnato in miscela con il policaprolattone (PCL). Sono stati utilizzati 5 maiali maschi di razza mini-pig di peso variabile fra 30 e 40 Kg. Nei primi due esperimenti (animali S1 e S2) è stato posizionato uno scaffold in sede preperitoneale con tecnica open previa asportazione di una porzione muscolo-aponeurotica. Negli animali S3 e S4 è stato preventivamente creato un laparocelo con tecnica open e successivamente, impiantato uno scaffold intraperitoneale per via videolaparoscopica. Nell'animale S0 invece invece è stata asportata una porzione muscolo aponeurotica e suturata la breccia per prima intenzione.

Risultati: Da un punto di vista meccanico, una volta impiantato lo scaffold, in nessuno dei quattro suini S1-S4 è stato rilevato un laparocelo a distanza di tre mesi come avvenuto invece in S0. Da un punto di vista anatomo-patologico è stato possibile effettuare un'analisi microscopica, a tre e sei mesi dall'impianto dello scaffold. Nei campioni a sei mesi il riassorbimento è iniziato perifericamente, permanendo in zona centrale un'area di scaffold non ancora riassorbito. L'istologia effettuata a tre mesi ha mostrato una minore quota di riassorbimento dello scaffold.

Conclusioni: L'utilizzo di uno scaffold per i difetti di parete, inteso come protesi biocompatibile e riassorbibile, apre numerosi possibili scenari per la medicina rigenerativa. Complessivamente la resa meccanica è stata ottima, contrastando, nel breve periodo, la formazione di laparoceli, in assenza di sieromi o altre complicanze. Probabilmente numerose sperimentazioni sono ancora necessarie nell'ambito della medicina rigenerativa, ma certamente la nascita di questo genere di materiali apre le porte ad un'era innovativa che segnerà una svolta nel mondo scientifico.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

LA CHIRURGIA MINI-INVASIVA DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI IN DAY SURGERY. INDICAZIONI E TECNICA OPERATORIA SULLA BASE DELLA CASISTICA PERSONALE

P. Valle

ASL Roma 2, Ospedale S. Eugenio, Roma

Obiettivi: Questo lavoro si prefigge l'obiettivo di dimostrare che la terapia chirurgica delle varici degli arti inferiori, in particolare lo stripping della vena grande safena (VGS), può essere sempre eseguito in regime di Day Surgery, a patto che vengano rispettati determinati accorgimenti.

Materiali e metodi: Dal 1997 al 2017 presso l'Ospedale S. Eugenio di Roma, in day surgery sono stati eseguiti 3.971 interventi, chirurgici e scleroterapici per varici degli arti inferiori. Di questi, 913 stripping corti della VGS. Particolare importanza riveste l'anestesia che deve garantire l'assenza di dolore durante l'intervento e nell'immediato decorso post-operatorio, una rapida mobilizzazione ed un ritorno a domicilio entro le 6 ore. In tutti i pazienti è stata eseguita una anestesia locale per infiltrazione della piega inguinale e lungo il decorso delle varici precedentemente mappate con ecocolordoppler. La soluzione anestetica per una siringa da 20 ml è così composta: 5 ml di carbocaina al 2% con adrenalina 1:200.000, 3 ml di Bicarbonato di sodio e 12 ml di soluzione fisiologica. L'anestesia locale è sempre eseguita dal chirurgo operatore. Al momento dello stripping, l'anestesista ha proceduto alla somministrazione di propofol al 2% in dosi subanestetiche. Durante l'intervento si è sempre effettuato il monitoraggio continuo NIP, SaO₂ ed ECG. Dopo l'anestesia locale si procede all'incisione chirurgica lungo la piega inguinale della lunghezza massima di 4-5 cm, che permette in tutta sicurezza di eseguire la crosssectomia. Nell'ultimo decennio questo tempo chirurgico si è notevolmente ridotto in quanto prevede la conservazione della vena epigastrica superficiale. Dopo l'incannulamento della VGS in senso cranio-caudale si procede attraverso una miniincisione di 1 cm, alla esteriorizzazione della VGS immediatamente al di sotto del ginocchio in modo tale da poter procedere alla legatura della perforante di Boyd ed a quella del ramo anteriore e posteriore di gamba. Lo stripping corto per invaginazione annulla totalmente il rischio delle fastidiose lesioni nervose. L'intervento viene completato dalle flebectomie secondo la tecnica di Muller dei rami collaterali. Per questa fase dell'intervento si utilizzano particolari uncini che hanno bisogno di un accesso di 2 mm.

Risultati: Tutti i pazienti sono stati dimessi entro le 6 ore in assenza o con minimo dolore. Solo 2 pazienti hanno dovuto ricorrere alla ospedalizzazione di una sola notte in quanto avevano taciuto la loro situazione abitativa risultata non idonea per il post-operatorio. Tutti i pazienti sono stati controllati il giorno successivo e nessuno ha lamentato particolari disturbi o sintomi. Di modesto significato clinico gli ematomi di coscia.

Conclusioni: La nostra esperienza conferma che le tecniche chirurgiche mini-invasive garantiscono in totale sicurezza la possibilità di eseguire l'intervento di stripping della VGS in day surgery anche in pazienti con importanti co-morbilità.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

LA SCLEROMOUSSE DELLA VENA GRANDE SAFENA - INDICAZIONI E TECNICA - ESPERIENZA PERSONALE

P. Valle

ASL Roma 2, Ospedale S. Eugenio, Roma

Obiettivi: Il nostro lavoro si pone l'obiettivo di dimostrare che le nuove metodiche endovascolari con sclerosi ecoguidata della vena grande safena (VGS) permettono di trasferire in regime ambulatoriale numerosi pazienti affetti da varici degli arti inferiori, limitando il ricovero in day surgery ai casi di pazienti con importanti co-morbilità oppure a quelli che mantengono l'indicazione allo stripping corto della VGS.

Materiali e metodi: Presso la UOC di Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Eugenio di Roma dal gennaio 2015 al 30 aprile 2018 in regime ambulatoriale sono stati eseguite 112 sclerosi ecoguidate della VGS per varici degli arti inferiori. Le indicazioni alla procedura sono rispettose delle raccomandazioni delle linee guida della SIF e della SICVE. Sono stati quindi arruolati i pazienti con VGS incontinente alla crosse, con reflusso lungo superiore a 0,5 sec., con diametro alla coscia non superiore ad 1,3 cm e con una vena epigastrica superficiale pervia e con flusso di lavaggio. Attraverso una incisione cutanea di circa 1 cm si è proceduto alla esteriorizzazione della VGS ed alla sua legatura e sezione. Si è incannolato il tratto distale e, sotto guida ecografica, si è effettuata la sclerosi della VGS fino alla crosse, con Fibrovein al 3% miscelato con CO2O2 per un totale di 4cc, con un rapporto 1:4 secondo il metodo Tessari. La safena prossimale fino al di sotto del ginocchio e le eventuali collaterali sono state asportate attraverso mini-incisioni, secondo la tecnica di Muller. Dopo circa 15'-20', prima di far indossare la calza elastica K2, si è eseguito controllo ecocolor Doppler per valutare la pervietà compressibilità della vena femorale, l'obliterazione della VGS e la funzione di lavaggio della vena epigastrica superficiale. Dopo aver indossato la calza elastica il paziente è stato dimesso. Il paziente profilassato con EBPM ha eseguito i controlli a 24 ore, 15, 30 e 60 giorni.

Risultati: Nessun paziente ha avuto necessità di ricovero ospedaliero. A livello di coscia non ci sono stati ematomi significativi mentre in 12 pazienti (10%) si è riscontrato un quadro infiammatorio tale da prescrivere terapia sia topica che sistemica. Mai febbre. In 2 casi safena cordoniforme e dolente ed in altri 2 casi iperpigmentazione cutanea. In tutti i casi al controllo a 60 giorni l'obliterazione della VGS era completa e l'aspetto ecografico del trombo chimico era compatto e stabile.

Conclusioni: I nostri risultati sono sovrapponibile a quelli delle casistiche nazionali ed internazionali. Particolare degno di nota è la stabilizzazione del trombo chimico anche dopo 2 mesi che secondo il nostro parere è dovuta alla legatura della VGS a livello di coscia. Tale metodica quindi permette di trattare con successo molti pazienti con varici degli arti inferiori in semplice regime ambulatoriale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

LA CHIRURGIA DAY SURGERY: NOSTRA ESPERIENZA

E. Monteferrante, A. Corrado, A. Mazzocchetti, A. D'Aloisio, M. Basti

Ospedale Santo Spirito, Pescara

Dal 2016 è attiva presso l'ASL di Pescara, Ospedale "Santo Spirito" nell'ambito del Dipartimento Chirurgico, l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di Day Surgery (DS) di tipo multidisciplinare.

L'obiettivo è individuare gli aspetti positivi e negativi generati dalla applicazione dei nuovi modelli organizzativi nella nostra realtà territoriale.

La UOSD di DS di Pescara dispone di 10 posti letto dedicati, 1 sala operatoria ore 8-14 ubicata nel Blocco Operatorio; autonomia gestionale ed operativa (personale costituito da un Dir. Medico Responsabile, una Coordinatrice, 4 infermieri professionali, 1 AUS Specializzato), organizzazione di tipo dipartimentale ad alto volume e a carattere multidisciplinare.

Svolge attività in regime di DS, di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e di Day Service per i pazienti ordinari delle Chirurgie Generali.

Si eseguono controlli post ricovero sia mediante contatto telefonico a 24 ore dalla dimissione, sia con visite ambulatoriali programmate.

Le prestazioni nel periodo 2016-2017 sono state 2191: regime di DS: 416 per la Chirurgia I; 452 per la Chirurgia II; 122 per la Chirurgia Vascolare; 323 per la Urologia; 207 per OrL; 245 per la Chirurgia Plastica; 42 per la Chirurgia Toracica; 189 per la Senologia; 40 per Servizio di Endoscopia; 33 per la Radiologia interventistica; 123 per l'Oncologia posizionamento Port; Day Service inteso come preparazione preoperatoria dei pazienti ordinari per le due Chirurgie Generali: 715; PAC 211

Gli indicatori di qualità rilevati nel periodo in esame sono stati in valore assoluto i seguenti: 1) cancellati/attesi 23 casi; 2) non venuti/attesi: 16 casi; 3) rioperati/operati 10 casi; 4) trasferiti/operati 37 casi; dimessi tardi/operati 10 casi.

I punti di forza evidenziati nell'applicazione dei nuovi modelli organizzativi sono: la presenza di un percorso definito e visibile con presa in carico completo del paziente; riduzione di occupazione degli spazi strutturali e del peso organizzativo a carico delle varie UOC chirurgiche; una riduzione del carico di lavoro delle sale operatorie ad alta tecnologia.

Le criticità riscontrate sono state: scarsa fiducia dell'utenza verso questi nuovi modelli organizzativi; scarsa conoscenza delle procedure e dei vantaggi da parte del personale medico specialistico chirurgico che alimenta resistenze al cambiamento del sistema nella sua completezza;

Assenza di programmi formativi specifici per i medici di famiglia e per il personale infermieristico ed amministrativo della ASL; Carenze strutturali che non garantiscono una organizzazione efficiente e dinamica propria di tali nuovi modelli.

Si propone: corsi d'informazione/formazione per medici, personale del comparto medici di famiglia; campagna informativa indirizzata all'utenza; stesura di protocolli che individuino le patologie da trattare e la tecnica chirurgica e anestesologica idonea per quel tipo di patologia.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

FORMAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEI SISTEMI DI SEGNALAZIONE DI ERRORE NELLA PRATICA CLINICA COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN DAY SURGERY

A. Corrado, A. D'Aloisio, A. Mazzocchetti, M. Basti, E. Monteferrante

Ospedale Santo Spirito, Pescara

Il rischio clinico è la possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario imputabile alle cure sanitarie, che comporta un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Nei sistemi complessi, la maggior parte degli incidenti è generata dall'iterazione fra le diverse componenti: tecnologica, umana e organizzativa (Reason, 1990).

La chirurgia Day Surgery, per le sue caratteristiche peculiari di offerta di cure in tempi brevi e con brevi tempi di permanenza nella struttura sanitaria dei pazienti, se non opportunamente organizzata, presenta numerosi rischi.

Obiettivo: Migliorare la sicurezza del paziente in sala operatoria durante le procedure erogate in regime di DS, sviluppare una cultura di segnalazione dell'errore e strumenti efficaci di identificazione, analisi e gestione del rischio clinico. Standardizzare gli interventi assistenziali per ridurre al minimo gli imprevisti che comportano un aumento della durata degli interventi.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto nella SO della AUSL di Pescara. Nel 2017, dopo aver effettuato un corso di formazione specifico, abbiamo valutato i miglioramenti nella pratica clinica legati all'uso delle procedure implementate e l'uso degli strumenti di segnalazione degli eventi responsabili della mancata conclusione delle liste operatorie entro l'orario.

Risultati: Durante il periodo di osservazione, su un totale di 979 interventi chirurgici in DS effettuati nel 2017, sono state compilate 4 schede di segnalazione volontaria, 3 per near miss e 1 per evento avverso. Sono stati effettuati 3 briefing per la sicurezza prima dell'inizio della seduta operatoria con relativi debriefing. Nel 2017 si sono verificati 6 casi (2,8%) di sedute operatorie non portate a termine, rispetto ai 20 casi (9,5%) rilevati nel 2016.

Conclusioni: Standardizzare le procedure operative, avviare un percorso di formazione specifico per il personale dedicato alla DS e fornire gli strumenti per la segnalazione spontanea degli errori, si è rivelato molto efficace per l'organizzazione di un sistema sicuro e produttivo. L'aumento delle segnalazioni degli eventi avversi nel 2017 ha evidenziato un cambiamento dell'atteggiamento dei professionisti verso la pratica clinica fondamentale, l'errore non viene più visto come occasione per individuare un colpevole, ma come opportunità per migliorare il sistema di erogazione delle cure. La riduzione del numero di sedute non portate a termine rappresenta un ulteriore indicatore dei benefici legati alla formazione e all'organizzazione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 10:00-11:30
DAY SURGERY

SALA E

ANESTESIA LOCALE A CONFRONTO CON ANESTESIA SPINALE IN CHIRURGIA PROCTOLOGICA, LA NOSTRA ESPERIENZA

F. Ghiglione, A. Borasi, D. Borreca, M.P. Bellomo, L. Ceretto, G. Maniscalco, D. Veliaj, D. Paradiso, S. Angera, L. Laudari, F. Corno

Humanitas Gradenigo, Torino

Introduzione: Nell'ambito della chirurgia proctologica vi è sempre più interesse per quanto riguarda il controllo antalgico e la soddisfazione del paziente. Numerose evidenze dimostrano che una sedazione associata ad un'anestesia loco-regionale presenti maggiori vantaggi rispetto all'anestesia spinale.

Materiali e metodi: Sono stati analizzati 583 pazienti, 384 pazienti affetti da emorroidi sintomatiche di III e IV grado, 132 pazienti affetti da ragade anale, 177 pazienti affetti da fistola perianale sottoposti a chirurgia proctologica dal 2016 ad oggi presso la divisione di chirurgia generale dell'Humanitas Gradenigo. Il 57% erano donne. L'età media era 57 (range 18-87), il 43% maschi con età media di 65 aa (range 18-86) il 20% era classificato come ASA1 e il 45% ASA2 il 35% come ASA 3. 335 pazienti sono stati sottoposti a sedazione ed anestesia loco-regionale (propofol + midazolam associate a mepivacaina 40 mg + levobupivacaina 100 mg + desamentasone 4 mg + catapresan 15 mcg gruppo A) mentre 248 pazienti sono stati sottoposti ad anestesia spinale (gruppo B).

Risultati: Il tempo operativo medio è stato di 24 (7-53) minuti la dimissione è avvenuta nell'87% dei casi in giornata. Alla fine di ogni intervento chirurgico sono state valutate la richiesta di antidolorifico al bisogno, il livello di soddisfazione del paziente e le complicanze precoci e tardive. L'anestesia ottenuta è stata in entrambe le modalità soddisfacente e non sono state osservate complicanze post-operatorie permanenti. Fra le complicanze precoci si è osservata ritenzione urinaria nel 3% nei casi sottoposti ad anestesia spinale. Tra i due gruppi vi è un incremento significativo della richiesta di antidolorifico al bisogno nel gruppo B 70% rispetto al gruppo A 25%. Il livello di soddisfazione del paziente è stato più elevato nei pazienti del gruppo A rispetto al gruppo B. L'effetto dell'anestetico locale è durato in media circa 8-12 ore. A 15 giorni dall'intervento è stata valutata la convalescenza post operatoria e non si sono riscontrate differenze statisticamente significative per quanto riguarda complicanze tardive e dolore.

Conclusioni: Un'anestesia locale associata alla sedazione è efficace per il trattamento delle più frequenti patologie proctologiche. Garantisce un miglior controllo antalgico postoperatorio un maggior confort del paziente con bassa incidenza di complicanze precoci e tardive e una più rapida ripresa dall'intervento.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

PATTERN, TIMING, AND RISK FACTORS FOR DISEASE RECURRENCE AFTER CURATIVE RESECTIONS FOR PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

M. Pagnanelli¹, G. Guarneri¹, S. Crippa¹, M. Bissolati¹, S. Partelli¹, G. Belfiori², A. Pucci², C. Rubin², G. Zamboni³, P. Castell³, M. Falconi¹

¹ IRCCS San Raffaele, Milano

² Università Politecnica delle Marche, Ospedali Riuniti, Torrette, Ancona

³ Ospedale Don Calabria, Negrar

Objective: For localized pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC), surgery is the only potentially curative treatment with chance of long term survival. However, most of the patients develop disease recurrence. The aim of this study is to identify the pattern, timing, and risk factors for disease recurrence after potentially curative pancreatectomy for PDAC.

Methods: Prospectively collected database including preoperative and operative data, pathological features, neoadjuvant/adjuvant treatment and survival of patients with resected PDAC between 2009 and 2014 were analyzed retrospectively. Patients with IPMNs with invasive carcinoma were excluded. Disease-free survival (DFS) was the primary endpoint. Univariate and multivariate analysis were also performed.

Results: In the study period 261 patients, underwent pancreatic resections (pancreaticoduodenectomy 78%, distal pancreatectomy 16%, total pancreatectomy 6%), 207 (79.3%) of the 261 patients had pathological recurrence after a median DFS of 18 months while the median overall survival was 31 months.

The DFS rate was 21% (54 patients), while the remaining 207 patients developed local (n= 97, 37%) or systemic (n=110, 42%) recurrence without significant differences for the median time of recurrence (local=13.5 months, systemic=15 months).

The majority of patients presented with aggressive biological/pathological features (pT3 n=217, 83%; pN1 n=182, 70%; perineural invasion n=217, 83%; microvascular invasion n=168, 64%), 74 patients (28%) required vascular resections and 147 patients (56%) experienced post-operative complications, mainly pancreatic fistula (n=59, 24%). In the entire population 55 patients (21%) underwent neoadjuvant treatment while the majority received adjuvant CT (n=243, 93%). These perioperative, postoperative and oncological outcomes revealed to be independent risk factors in influencing the DFS (pN1 p<0.001; perineural invasion p=0.011; microvascular invasion p=0.04; vascular resection p= 0.044; pancreatic fistula p=0.043, adjuvant chemotherapy p=0.004) as well as the time of recurrence (pancreatic fistula p= 0.03, neoadjuvant treatment p=0.028, number of adjuvant cycles p<0.001). Moreover, tumor size (p=0.032), lymph node involvement (p= 0.001) and perineural invasion (p=0.037) maintained statistical significance as predictors of recurrence both in univariate and multivariate analysis. On the contrary, none of these risk factors appeared to influence the site of recurrence.

Conclusions: According to study, the DFS seems to be influenced by perioperative and postoperative outcomes as well as histopathological and oncological factors. For sure, the aggressiveness of PDAC at the moment of diagnosis severely influences the outcomes of patients in terms of DFS and OS. In addition, postoperative complications such as pancreatic fistula, that extend the hospital stay and postpone the start of adjuvant therapy seems to play an important role in the development of recurrence.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

FACTORS PREDICTING SURVIVAL AFTER PANCREATECTOMY WITH ARTERIAL RESECTION FOR PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

N. Napoli, E.F. Kauffmann, S. Iacopi, F. Menonna, C. Lombardo, C. Cacace, G. Taddei, V. Perrone, N. De Lio, N. Funel, A. Cacciato Insilla, C. Cappelli, D. Campani, D. Caramella, F. Vistoli, U. Boggi

Università di Pisa

Aims: The combination of high postoperative mortality and poor survival have limited the role of pancreatectomy with arterial resection (P-Ar) in the treatment of pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC). The recent availability of effective oncologic therapies is promoting a reassessment of P-Ar.

We herein present the results of an analysis aimed at identifying the factors associated with overall survival (OS) and disease specific survival (DSS) in P-Ar for PDAC.

Materials and methods: Using a prospectively maintained database we performed a retrospective cross-sectional study of patients who underwent P-Ar for PDAC between January 1993 and July 2017. OS and DSS were calculated using Kaplan-Meier curves and Log-rank test. Post-operative mortality was censored in survival analysis.

Univariate proportional hazards regression and multivariate proportional hazards model analyses were used to identify the prognostic factors.

Results: Eighty-six patients received a P-Ar for PDAC. Ninety-day mortality was 8.6% (10/86). The 76 patients who survived P-Ar had a mean age of 63.3±9.7 years, a mean BMI of 23.4±2.6, a median ASA score of 2 (2-3), and included 33 males (43.4%). P-Ar consisted of a total pancreatectomy in 44 patients (71.1%), of a distal pancreatectomy in 15 patients (19.7%), and of a pancreaticoduodenectomy in 7 patients (9.2%). P-Ar included resection of an isolated arterial segment in 18 patients (23.4%), and of at least one arterial and one venous segment in the remaining 58 patients (76.3%). The superior mesenteric artery (SMA) and the hepatic artery/celiac axis were resected in 28 (36.8%) and 58 (76.3%) patients, respectively. Median OS and DSS were 14.2 (9.8-26.3) and 16.7 (10.4-31) months, respectively. For OS, univariate and multivariate analyzes identified the prognostic relevance of completion of adjuvant therapy (HR= 0.23, p=0.01*) and Ca 125 level (HR=1.04, p=0.01*) (Model OS, -Log-likelihood= 6.94, p=0.001*). For DSS, univariate and multivariate analyzes showed the prognostic relevance of age (HR= 0.80, p<0.001*), neoadjuvant therapy (HR= 0.01, p<0.001*), Ca 15.3 level (HR= 1.31, p<0.001*), completion of adjuvant therapy (HR= 0.08, p=0.001*), Ca 125 level (HR=1.06, p=0.001*), resection of SMA (HR= 0.09, p=0.002*), and grade C post-pancreatectomy haemorrhage (HR=641.4, p=0.003*) (Model DSS, -Log-likelihood=19.1, p<0.001*).

Conclusions: We have identified several prognostic factors in P-Ar for PDAC. Interestingly, some of these parameters are not related to the biology of the individual PDAC but rather to the quality of care (e.g. lack of grade C post-pancreatectomy haemorrhage, and completion of adjuvant therapy). Identification of referral centers, resulting in higher volumes per Institution, could result in improved survival.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

POSTOPERATIVE ACUTE PANCREATITIS FOLLOWING PANCREATICODUODENECTOMY: A DETERMINANT OF FISTULA DRIVEN BY THE INTRAOPERATIVE FLUID MANAGEMENT

E. Bannone, S. Andrianello, G. Marchegiani, G. Masini, G. Malleo, R. Salvia, C. Bassi

Università di Verona

Objective: Aim of the study is to characterize post-operative acute pancreatitis (POAP).

A standardized definition of POAP after pancreaticoduodenectomy (PD) has been recently proposed, but specific studies are lacking.

Materials and methods: The patients were extracted from the prospective database of The Pancreas Institute of Verona. POAP was defined as an elevation of the serum pancreatic amylase levels above the upper limit of normal (52 U/L) on post-operative day (POD) 0 or 1. The endpoints included defining the incidence and predictors of POAP and investigating the association of POAP with post-operative pancreatic fistula (POPF).

Results: The study population consisted of 292 patients who underwent PD. The POAP and POPF rates were 54.5% and 22.3%, respectively. POAP was an independent predictor of POPF (OR 3.8), with a 92% sensitivity and 53.7% specificity (AUC 0.79). Pre-operative exocrine insufficiency (OR 0.39), neoadjuvant therapy (OR 0.29) additional resection of the pancreatic stump margin (OR 0.25), soft pancreatic texture (OR 4.38) and Main Pancreatic Duct (MPD) diameter < 3 mm (OR 2.86) were independent predictors of POAP. In high-risk patients, an intra-operative fluid administration of < 3 ml/kg/h was associated with an increased incidence of POAP (24.6 vs. 0%, $p=0.04$) and POPF (27.6 vs. 11.4%, $p=0.05$).

Conclusion: This study represents the first clinical application of the only available definition of POAP as a specific complication of pancreatic surgery. POAP is associated with an increased occurrence of POPF and overall morbidity and could potentially be avoided through a specific intra-operative fluid regimen in high-risk pancreas.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

INTRAOPERATIVE DEXAMETHASONE DECREASES INFECTIOUS COMPLICATIONS AFTER PANCREATICODUODENECTOMY AND IS ASSOCIATED WITH LONG-TERM SURVIVAL IN PANCREATIC CANCER

M. Sandini, K. Ruscic, C. Ferrone, A. Warshaw, M. Qadan, M. Eikermann, K. Lillemoe, C. Fernandez-Del Castillo

Massachusetts General Hospital, Boston (USA)

Introduction: Dexamethasone is used for prevention of anesthesia-related nausea and vomiting and can also reduce postoperative opioid consumption. However, potential deleterious effects on anastomotic healing and infections are of concern, with effects on oncologic outcomes largely unknown. We analyzed whether intraoperative dexamethasone administration affects surgical outcomes after pancreaticoduodenectomy and long-term survival in pancreatic cancer patients.

Methods: 679 pancreaticoduodenectomies for pancreatic adenocarcinoma and for cystic lesions were analyzed from a prospectively-maintained database. Surgical outcomes were compared in patients who received perioperative dexamethasone versus those who did not. Kaplan-Meier curves and Cox-regression for survival analysis were performed among patients with pancreatic cancer. A propensity analysis was done to reduce the bias of retrospective design.

Results: Patients who received dexamethasone (117, 17.2%) were younger and more likely to be female than those who did not ($p=0.001$). No other baseline differences were observed. Including all resected patients, overall and 30-day major morbidity were similar, although there were fewer infections in the dexamethasone group (18.8% vs. 28.5%, $p=0.032$). In pancreatic cancer patients, dexamethasone was associated with a significant improved median overall survival (46 vs. 22 months, $p=0.017$). This effect was independent of stage, pathologic characteristics, and adjuvant therapy, with adjusted hazard ratios of 0.67(0.47-0.97) and 0.57(0.37-0.87) pre-propensity and post-propensity analysis, respectively.

Conclusions: A single intraoperative dose of dexamethasone was associated with improved OS after pancreaticoduodenectomy for adenocarcinoma, in addition to a lower rate of infections among all resected patients. Given potential perioperative benefits of dexamethasone, it should be considered for routine administration during pancreaticoduodenectomy.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

INCIDENTAL HISTOLOGICAL DIAGNOSIS OF SMALL PANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMOURS: ARE WE UNDERESTIMATING THEIR INCIDENCE?

F. Giannone¹, S. Partelli¹, F. Muffatti¹, G. Balzano¹, S. Crippa¹, D. Tamburrino¹, V. Andreasi¹, G. Zamboni², C. Rubini³, C. Doglioni¹, M. Schiavo Lena¹, M. Falconi¹

¹ Pancreatic Surgery Unit and Pathology Department, Pancreas Translational & Clinical Research Center, San Raffaele, Milano

² Department of Pathology, Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria, Negrar

³ Department of Pathology, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Background: Pancreatic Neuroendocrine Tumors (PanNETs) are a relatively rare diagnosis among all the pancreatic Neoplasms. They represent less than 3% per cent of pancreatic lesions and in the largest series the majority of them are benign or non-functioning. However, the incidence of this entity has been increasing significantly over the last years, due mainly to an improvement of the imaging techniques and to a longer lifespan. The annual incidence of pancreatic neuroendocrine tumours (PanNET) has been estimated to be around 0.8/100,000 inhabitants.

Objective: To determine the frequency of incidental histological diagnosis of PanNET in pancreatic specimen evaluation for other resected neoplasms. Moreover, we analysed all the epidemiological and histological features in these patients to evaluate any connection.

Methods: 1087 histopathological examinations of pancreatic specimens performed by three different pathologists in 3 high-volume centers in Italy were retrospectively reviewed. Preoperative evaluations and surgical procedures were performed directly or under the supervision of a single surgeon. All the cases with a main pathological diagnosis of PanNET were excluded.

Results: An incidental associated diagnosis of PanNET was made in 41 specimens (3.8%). In 8 incidental PanNET a median value Ki67 of 1% was measured. Patients with an incidental PanNET were significantly older to those in whom a PanNET was not found (median age: 68 years versus 65.8 years, mean age 67 vs 63.3, P=0.007). Furthermore, a significantly difference was found between the finding of a pancreatic neuroendocrine incidentaloma and the main histological diagnosis. There was no association between incidental diagnosis of PanNET and gender, BMI, smoke, diabetes and type of operation. No differences in incidental diagnosis have been found among the three institutions.

Among the incidental PanNETs, thirty-two of them (78%) had a diameter of 5 mm or less (microadenoma), while 9 (22%) were bigger than 5 mm (median diameter=8 mm, range 7-15 mm). Between these two groups, no significant association was found with all the variables considered

Conclusion: The frequency of incidental histological diagnosis of PanNETs is considerably high suggesting that their real incidence is probably underestimated. Moreover, an histological correlation with pancreatic mucinous diseases seems evident from statistical analysis.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

HETEROGENEITY OF DUODENAL NEUROENDOCRINE TUMORS: AN ITALIAN MULTI-CENTER EXPERIENCE

S. Massironi¹, D. Campana², S. Partelli³, F. Panzuto⁴, R.E. Rossi¹, A. Faggiano⁵, N. Brighi², M. Falconi³, M. Rinzivillo⁴, G. Delle Fave⁴, A.M. Colao⁵, D. Conte¹

¹ Gastroenterology and Endoscopy Unit, Fondazione IRCCS Cà Granda, Università degli Studi di Milano

² Department of Medical and Surgical Sciences, Bologna University St. Orsola-Malpighi Polyclinic Hospital, Bologna

³ Pancreatic Surgery Unit, San Raffaele Scientific Institute, Vita-Salute University, Milano

⁴ The Digestive and Liver Diseases Department, University La Sapienza of Rome Sant'Andrea Hospital, Roma

⁵ Division of Endocrinology, Department of Clinical Medicine and Surgery, University Federico II, Napoli

Background and aims: The optimal management of duodenal neuroendocrine neoplasms (dNENs) is unclear and endoscopic resection is increasingly performed instead of surgery.

Methods: Retrospective analysis of patients with histologically confirmed diagnosis of dNENs, managed at five Italian tertiary referral Centers in Italy.

Results: Between 2000-2017, 108 patients (69 males, 39 females, median age 59.5 years) were included. Seventy-one patients had G1, 21 G2, 4 G3 dNENs (12: Ki-67 not available). 54 patients showed metastases at diagnosis. Twenty patients developed metachronous metastases. Thirty patients had a functioning dNEN (14 metastatic). Fifty-seven patients had the dNEN surgically resected, 16 endoscopically, 23, metastatic, received medical therapy + surgery or endoscopy. Seven patients underwent liver-directed therapies, one patient PRRT. Median OS was 187 months. Over a median follow-up of 76 months 20 patients died (19 of disease-related causes). At Cox's multivariate proportional hazard regression, grading and age were the only variables independently related to OS. Median PFS was 170 months. Grading and staging at the initial diagnosis were independently related to PFS. No differences in terms of OS and PFS were observed between patients treated either surgically or endoscopically.

Conclusions: dNENs prognosis may be highly variable. These tumors can be metastatic in up to 50% of cases at the time of first diagnosis and can develop metastases thereafter. Functioning neoplasms express high metastatic potential. Nuclear imaging should be performed to exclude distant metastases in all dNENs. Endoscopy and surgery play a primary role in the management of the disease. Further prospective studies are needed.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

LONG-TERM ONCOLOGICAL OUTCOMES AFTER DISTAL PANCREATECTOMY FOR NEUROENDOCRINE NEOPLASMS: A COMPARISON BETWEEN MINIMALLY INVASIVE AND OPEN APPROACH USING PROPENSITY SCORE

V. Andreasi¹, S. Partelli¹, P. Rancoita², L.E. Perez-Sanchez¹, F. Muffatti¹, G. Balzano¹, R. Castoldi¹, S. Crippa¹, D. Tamburrino¹, M. Falconi¹

¹ UO Chirurgia del Pancreas, Pancreas Translational & Clinical Research Center, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan

² Centro Universitario di Statistica per le Scienze Biomediche, Università Vita-Salute San Raffaele, Milan

Aims: Pancreatic neuroendocrine neoplasms (PanNEN) represent ideal entities for minimally invasive surgery. Several series that described laparoscopic surgery for PanNEN have demonstrated the advantage of this approach compared with traditional open technique in terms of complications, length of hospital stay and cosmetic results. However, scarce data are available on long-term oncological outcomes. Aim of the present study was to compare short-term postoperative outcomes, pathological findings and long-term oncological results of minimally invasive distal pancreatectomy (MIDP) and open distal pancreatectomy (ODP).

Materials and methods: Patients who underwent ODP or MIDP for nonfunctioning PanNEN (NF-PanNEN) were retrospectively analyzed. Complications were graded according to the classification proposed by Dindo et al¹. Inverse probability of treatment weighting using propensity score was used to compare the outcomes of minimally invasive and open approach.

Results: Overall, 131 patients with NF-PanNEN were included in the study: 84 underwent ODP, whereas 47 patients underwent MIDP. The median radiological diameter was 25 mm (interquartile range 18-45). The rate of postoperative complications was significantly lower in the MIDP group ($p < 0.001$, estimated grade of postoperative complication 0 vs 2) and the postoperative length of stay was significantly shorter after distal pancreatectomy performed with minimally invasive approach compared to open technique ($p < 0.001$, estimated days 8 versus 11). The number of examined lymph nodes (LN) in the ODP group was significantly higher after ODP in comparison to MIDP ($p = 0.006$, estimated number of LN 13 vs 10). The estimated median follow up was 77 months (95% confidence interval 66-85) and overall 22 patients had a recurrence after a median follow-up of 26 months (range 1-92 months). Similar progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) findings were reported for the two groups ($p = 0.695$ and $p = 0.766$, respectively).

Conclusions: Although laparoscopic distal pancreatectomy for PanNEN seems to be associated with a lower number of resected LN, long-term survival is not influenced by the type of surgical approach. Minimally invasive distal pancreatectomy is advantageous in terms of postoperative complications and length of stay but prospective studies are needed to confirm the overall oncological quality of resection in this group of neoplasms.

Reference

1. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240:205-213.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

THE NUMBER OF METASTATIC LYMPH-NODES AND MITOTIC COUNT ARE USEFUL PREDICTIVE FACTORS FOR RECURRENCE AFTER SURGERY FOR NON-METASTATIC NON-FUNCTIONING NEUROENDOCRINE TUMORS OF THE PANCREAS

B. Branciforte¹, M. Cereda², G. Nappo¹, G.L. Capretti¹, C. Ridolfi¹, F. Gavazzi¹, V. Smiroldo¹, A. Zerbi¹

¹ Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)

² Università degli studi Milano-Bicocca, Monza

Background and Aim: During last decades several prognostic factors after surgery for pancreatic neuroendocrine neoplasms (pNENs) have been recognized. One of them is the presence of nodal metastases (N1). On the other hand, the number of nodal metastases as prognostic factor is not yet well investigated for pNENs.

The aim of this study was to evaluate the predictive role, in terms of recurrence, of the number of nodal metastases after pancreatic resection for non-metastatic non-functioning pNENs.

Materials and methods: We retrospectively evaluated from a prospectively maintained database all pancreatic resections for non-metastatic non-functioning pNENs performed in our institution from 2011 to 2016. Clinical and pathological data were recorded. Moreover, according to the number of nodal metastases, we distinguished: N0, absence of nodal metastases; N1, 1-3 metastatic lymph-nodes; N2, more than 3 metastatic lymph-nodes. Recurrence and Disease Free Survival (DFS) were evaluated for each case. The predictive value in terms of local recurrence for each clinico-pathological data, including the number of nodal metastases, was calculated. Univariate and multivariate analysis were conducted using chi2, non-parametric test and regression models when indicated. Data are presented as percentage, median [IQR].

Results: During the study period, 77 patients underwent pancreatic surgery for non-metastatic non-functioning pNENs: 22 (28,6%) of them underwent pancreaticoduodenectomy, 50 (64,9%) distal pancreatectomy and 5 (6,5%) total pancreatectomy. N0, N1 and N2 resections were found in 52 (67.5%), 9 (11.7%) and 16 (20.8%) cases, respectively. Median follow-up of the entire cohort was 36 (\pm 25) months. Recurrence was recorded in 9 cases (11,7%) and mean time of recurrence was 12 (\pm 14) months.

In univariate analyses, significant predictive factors for recurrence were: mitotic count (OR=1.30, CI 95%, p=0.01), Ki67 >2 (OR=1.11, CI 95%, p=0.01), tumor grading >1 (p=0.03), nodal involvement (OR 1.45, CI 95%, p=0.05) and more than 3 nodal metastases (N2) (OR 8.75, CI 95%, p=0.032). In a multivariate analysis, only mitotic count (p=0,012, OR 6,52) and a number of metastatic lymph-nodes >3 (N2) (P=0.007 OR=7,25) were found to be predictive factors of recurrence.

Conclusions: The number of metastatic lymph-nodes and mitotic count significantly predict the risk of recurrence after pancreatic surgery for non-metastatic non-functioning pNENs.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-10:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

PHARMACOLOGICAL COMBINATIONS AS STRATEGY TO OVERCOME RAD001 RESISTANCE IN PANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMOURS

F. Terracciano¹, G. Capurso¹, C. Sette^{1,2}

¹ Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma

² Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Aims: Pancreatic neuroendocrine tumours (pNETs) are rare and indolent neoplasms often metastatic at diagnosis. Evidences of dysregulation of mitogenic mTORC1-dependent pathways led to the introduction of the mTORC1 inhibitor Everolimus as first-line therapy in advanced pNETs. Although it significantly increases Progression Free Survival, some patients are primarily insensitive to this treatment and most acquire resistance within 1-2 years, probably due to the activation of feedback loops in response to mTOR inhibition. Thus, one potential approach to overcome Everolimus acquired resistance is the combination with inhibitors of feedback pathways. The aim of this research is to identify novel suitable combined therapies to counteract RAD001 acquired resistance in pNETs.

Material and Methods: QGP-1 (Everolimus unresponsive), BON-1 (responsive) and BON-1 Everolimus resistant cells (RR-acquired) are the in vitro cellular systems used to mimic pNETs clinical scenario. Drugs used include: LBH589 (HDACi); Dinaciclib (pan-CDKi); SB216763 (GSK-3i); INK128 (mTORC1/2i); SNX5422 (HSP90i); Nab-Paclitaxel (microtubule stabilizer); MK2206 (MEK1i); AZD6244 (AKTi). Inhibition of cell viability, proliferation and clonogenicity was assessed, respectively, by MTS and colony formation assays. Drugs impact on cell signalling was evaluated by Western blot analysis of the main components of mTOR cascade.

Results: To identify whether the selected inhibitors could counteract Everolimus resistance, we evaluated the viability of QGP-1 and BON-1RR upon single agent exposure. The resulting dose-response curves showed that INK128, SNX5422, LBH589 and Dinaciclib inhibit the growth of both cell types in a dose-dependent manner, while AZD6244 slightly decrease QGP-1 viability but was ineffective with BON-RR cells. By contrast, MK2206 and SB216763 did not affect QGP-1 nor BON-1 RR cell growth. Nab-paclitaxel displayed a general cytotoxicity even at the lowest concentration and was dropped out from the screen. Further analysis indicated that the cytostatic effect of SNX5422, INK128 and Dinaciclib could be significantly increased when combined with Everolimus, especially on BON-1 RR. Notably, the effects of Dinaciclib and SNX5422 on BON-1 RR were even more marked when clonogenicity was evaluated. Moreover, the increase of SNX5422 doses induced a slight increase in p-mTOR (s2448) and p-AKT (p-S473), whereas phosphorylation of rpS6 (p-S235/236) was increased at low concentrations and abolished at 100 nM. Furthermore, while p-mTOR and p-rpS6 disappeared when co-treated with Everolimus, feedback activation of ERK and AKT were strongly increased.

Conclusions: Our results suggest that several pathways concur to the development of resistance in pNETs and that combination of Everolimus with drugs targeting these pathways represents a possible approach to overcome this phenomenon. Further investigation of the specific molecular mechanisms targeted by the combined therapies is currently ongoing.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

EFFECT OF ASPIRIN, ACE INHIBITORS/SARTANS AND STATINS USE ON THE PROGRESSION OF BD-IPMN IN FOLLOW UP: A MULTICENTER STUDY

R. Valente^{1,3}, S. Crippa², G. Vanella¹, G. Zerboni¹, A. Fogliati², U. Arnelo³, M. Falconi², G. Capurso¹, M. Del Chiaro³

¹ Sant'Andrea Hospital, Sapienza University, Roma

² San Raffaele Scientific Institute, 'Vita-Salute' University, Milano

³ Karolinska University Hospital, Stoccolma (SVEZIA)

Introduction: Aspirin (ASA), Ace Inibitors/Sartans (ACEI/ARB) and Statins (STAT) inhibit tumoral growth in several clinical and preclinical models, including pancreatic cancer (PDAC). These drugs might, therefore, slow the progression of PDAC precursor lesions, such as IPMNs, but this has been poorly investigated.

Aim: To evaluate the possible effect of ASA, ACEI/ARB and STAT used for cardiovascular prevention on the progression of BD-IPMN in follow up.

Materials and methods: Multicenter, retrospective study on a cohort of BD-IPMN without indication for surgery (asymptomatic, no mural nodules, main pancreatic duct (MPD) diameter < 5 mm, cyst diameter < 4 cm) undergoing radiological follow-up according to current guidelines. Clinical- and radiological characteristics were collected and the possible association between the use the drugs of interest and progression analyzed. Progression was defined as dimensional if cyst size increased >2 mm or new cysts appeared and clinically relevant if changes representing an absolute or relative indication for surgery appeared. Users and no-users of the drugs of interest were compared.

Results: From 878 IPMN patients from a multicenter prospectively collected database, 517 patients (2002-2017), fulfilled criteria for inclusion: 58.8% from Karolinska University Hospital, 17.3% from San Raffaele Scientific Institute and 23.9% from Sant'Andrea Hospital. Mean age was 65.8 years (64.8-66.8), 37.9% were male; the mean cyst diameter at start of FU was 17.2 mm (16.5-18.1). 53.6% underwent progression during a mean FU of 39 months, 50.1% dimensional, 3% clinically relevant progression.

The rate of dimensional (52.2% vs 49.2%; p=0.5) and of clinically relevant progression (2.5% vs 4.0%; p=0.4) were not different among ASA users and no-users. The same outcome was shown for patients treated with STAT, compared to untreated patients (respectively 47.4% vs 51.5%, p=0.3; 2.6% vs 3.9%, p=0.4), for patients who had been treated with ACEI/ARB compared to patients who hadn't, (52.5% vs 48.9%, p=0.4; 4.9% vs 2.6%, p=0.1;), and for patients who had been treated with a combination of the 3 drugs compared to untreated ones (respectively 47.5% vs 50.4%, p=0.6; 1.7% vs 3.5%, p=0.4).

Conclusions: The use of ASA, ACEI/ARB and STAT is not associated with statistically significant lower rate of progression in BD-IPMN during FU. Further analyses for subgroups of patients, cyst features and drugs dosage or length of use are ongoing

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

PANCREATIC CYSTIC LESIONS IN FOLLOW-UP: COULD ABDOMINAL ULTRASOUND SCAN REPRESENT A SAFE AND COST-SAVING ALTERNATIVE TO MRI?

S. Guadagni¹, R. Pisano², V. Borrelli², M. Palmeri¹, G. Di Franco¹, N. Furbetta¹, D. Gianardi¹, M. Bianchini¹, L. Rossi¹, G. Stefanini¹, D. Gambaccini³, S. Marchi³, L.E. Pollina⁴, N. Funel⁴, A. Campatelli², F. Mosca⁵, G. Di Candio¹, L. Morelli^{1,5}

¹ General Surgery, University of Pisa

² Diagnostic and Interventional Ultrasound in Transplants, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

³ Gastroenterology Unit, University of Pisa

⁴ Surgical Pathology, University of Pisa

⁵ EndoCAS (Center for Computer Assisted Surgery), University of Pisa

Objectives: Pancreatic cystic lesions (PCL) without "worrisome features" (WF) at the diagnosis, necessitate a lifetime surveillance to monitor cysts size, pancreatic main duct dilatation or mural nodules. Follow-up is nowadays usually performed with a MRI; nevertheless, these parameters can also be evaluated with an ultrasound (US) scan. The purpose of this study is to estimate the safety, the feasibility and the economic impact of an abdominal US scan for the follow-up of PCL, with a delayed use of MRI.

Materials and methods: We conducted a retrospective analysis of all patients underwent an abdominal US scan as follow-up for "low risk" PCL in our institution. US scan was performed every six months for the first year and then, in case of stability of the disease, annually from the second to the fifth year. MRI scan was routinely performed every two years, or in presence of considerable modifications at US. We compared the two imaging modalities in terms of sensitivity and specificity in identifying cysts variations. We also performed a costs-analysis between the theoretical application of the international guidelines and our follow-up strategy with abdominal US scan and delayed MRI.

Results: Between January 2012 and January 2016, we followed-up with abdominal US scan two hundred patients with PCL; 138 out of 200 (69%) were females, whereas 62 (31%) were males. Mean follow-up period was 25.1 months (± 18.2). Two patients (1%) needed surgery for the appearance of WF at both imaging, with concordance among US and MRI. During the follow-up, US scan identified "low grade" modifications in 28 patients (14%), included main pancreatic duct dilatation < 6 mm and increasing of the main cyst of about 0.5 cm. All of these modifications were confirmed at MRI scan, without adding more prognostic details. In only 11 cases (5.5%) a routine MRI identified an evolution of the lesions not showed at US, but only related to an increased number of the PCL ($p=0.14$). Nevertheless, a MRI every 6 months would not have changed the decisional strategy. According to the theoretical application of international guidelines with MRI follow-up, the mean cost of surveillance should have been 402 ± 273.7 € per patient, while it decreases to 215.4 ± 212.6 € with our follow-up strategy ($p < 0.0001$).

Conclusion: Abdominal US scan in patients with PCL without WF could be considered a valid and safe alternative to MRI, reducing the numbers of II level examinations and therefore reducing costs. Long term safety of this approach need to be validated on a longer follow-up period, with a larger series of patients and prospective studies.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

THE NATURAL HISTORY OF BD-IPMNS BEYOND THE GUIDELINES: GROWTH RATE AND CYST STABILITY REDEFINE THE RISK OF PANCREATIC CANCER

G. Marchegiani, S. Andrianello, T. Pollini, A. Caravati, M. Biancotto, G. Malleo, C. Bassi, R. Salvia

Chirurgia Generale e del Pancreas - Istituto del Pancreas, Verona

Background: Despite several existing guidelines, the management of small and incidentally discovered branch duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms (BD-IPMNs) still represents a major concern. Aim of the present study is to characterize the natural history of a large population of BD-IPMNs in terms of risk of progression to malignancy.

Methods: All presumed and pathology proven BD-IPMN treated at Verona University Hospital from 1985 to 2016 were included. Growth rates were analyzed through a linear-mixed model. The development of worrisome features (WF), high-risk stigmata (HRS), and pancreatic cancer (PC), the survival and risk for surgery were also analyzed.

Results: A total of 1296 BD-IPMN were included in the analysis. The 2.2% developed a PC after a median of 10 months. The overall median follow-up was 43 months. The median cyst growth rate was 0 mm/year. HRS, age <75 years, and cyst size >30mm at baseline were associated to a faster growth rate. BD-IPMNs developed WF or HRS in 4.5% of cases during surveillance. Of 392 BD-IPMNs not developing HRS/WF, 6 (1.5%) presented PC with 10% of the events occurring after 10 years from baseline observation. Growth rate > 2.5 mm/year was the only predictor of PC. The 5-year disease specific survival (DSS) for the overall population was 98.8%. The standardized incidence ratio of PC for BD-IPMN not developing HRS/WF was 30.31 (95% CI 11.07 - 65.97), whereas it was only 2.68 (95%CI 0.54 – 7.84) considering patients > 65 years.

Conclusion: BD-IPMN of the pancreas is an indolent precursor of PC showing no detectable change in size during follow-up in half of the cases. Those growing > 2.5 mm/year have an increased likelihood to progress to PC. In patients > 65 y/o, the presence of a BD-IPMN not developing WF/HRS might not increase the risk of developing PC if compared to the general age-matched population.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

EFFICACIA E SICUREZZA DI 4 COMBINAZIONI DI TECNICHE LAPAROSCOPICHE ED INTRAOPERATORIE PER IL TRATTAMENTO DELLA LITIASI COLECISTO-COLEDOCICA. REVISIONE SISTEMATICA E NETWORK METANALISI

C.A. Pacilio, C. Ricci, R. Casadei, F. Minni

Università di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione: Diverse tecniche sono attualmente utilizzate per il trattamento chirurgico della litiasi colecisto-coledocica, ma la sicurezza e l'efficacia dei diversi approcci non sono state comparate.

Obiettivi: Comparare l'efficacia e la sicurezza di 4 approcci chirurgici alla litiasi colecisto-coledocica.

Materiali e metodi: Sono stati selezionati trial clinici randomizzati che comparassero almeno 2 delle seguenti strategie: ERCP preoperatoria e colecistectomia laparoscopica (LC); colecistectomia laparoscopica con esplorazione laparoscopica della via biliare principale (LCBDE); colecistectomia laparoscopica con ERCP intraoperatoria; colecistectomia laparoscopica con ERCP postoperatoria. E' stata quindi eseguita una network metanalisi: la curva SUCRA rappresenta la probabilità che ciascun approccio sia il migliore per un determinato outcome. Gli outcomes primari sono stati la mortalità, la morbilità e il tasso di successo della procedura. Gli outcomes secondari sono stati: pancreatite, fistola biliare, sanguinamento, tempo operatorio, durata della degenza, costi totali, tasso di riammissione ospedaliera.

Risultati: Sono stati inclusi 22 studi, con 2489 pazienti. Colecistectomia laparoscopica + IntraERCP ha avuto la più alta probabilità di essere la più efficace (SUCRA, 87,2%) e sicura (SUCRA, 69,7%) rispetto alla morbilità. Tutti gli approcci hanno risultati simili riguardo alla mortalità generale. Colecistectomia laparoscopica + LCBDE è stata la più efficace per evitare il sanguinamento generale (SUCRA, 83,3%), per il tempo operatorio più breve (SUCRA, 90,2%) e il costo totale minimo (SUCRA, 98,9%). La colecistectomia laparoscopica + IntraERCP è stato l'approccio migliore per la durata della degenza ospedaliera (SUCRA, 92,7%).

Conclusioni: L'approccio LC + IntraERCP ha avuto le maggiori probabilità di essere il più sicuro e di avere il maggior successo. La colecistectomia laparoscopica + LCBDE sembra ridurre il rischio di pancreatite acuta, ma può essere associata a un rischio più elevato di perdita biliare.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

SURGICAL OUTCOME AND SURVIVAL IN AMPULLARY CANCER: TWENTY YEARS OF EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE

A.C. Milanetto, M. Da Broi, A. David, S. Pedrazzoli, C. Pasquali

Clinica Chirurgica 1, Pancreatic and Endocrine Digestive Unit-University of Padova

Objective: Ampullary cancer is a rare disease with an incidence of 4-6 cases per million people and accounts for 0.2% of all gastrointestinal malignancies. Surgical options include transduodenal ampullectomy or pancreaticoduodenectomy (PD). We report the experience of a high-volume pancreatic surgical centre on ampullary carcinomas.

Methods: Clinical records of patients who underwent surgery for ampullary adenocarcinoma in the study centre from January 1996 to December 2015 were retrieved retrospectively. We evaluated clinical-pathological features, post-operative outcome and follow-up (closed at December 2017).

Results: Forty patients (18 M/22 F, averaging 65 years) were enrolled. Thirty (75%) patients presented with jaundice, and six had non-specific symptoms (abdominal pain, weight loss, nausea, vomiting); one patient presented with acute pancreatitis, and one with digestive bleeding. In two cases it was an incidental finding. Twenty-eight (70%) patients had a preoperative diagnosis of ampullary neoplasm through biopsy or cytology during endoscopic procedures. In eleven cases the disease was suspected from imaging techniques. Surgical interventions consisted on: 37 PD, 2 ampullectomy and 1 total pancreatectomy. The median operation time was 324 (range 170-510) minutes with a median operative blood loss of 800 (range 200-1750) ml. The median hospital stay was 13 (range 2-80) days. The overall surgical morbidity was 45%, due to: five grade B pancreatic fistula (all treated by interventional radiology), five grade B post-pancreatectomy haemorrhage, three delayed gastric emptying, three biliary leak, one chyle leak and one duodenum-jejunum anastomosis dehiscence. Only this last patient required a reoperation. One patient died from pulmonary embolism (post-operative mortality 2.5%). Three patients had readmission after discharge, due to abdominal fluid collection, pylorus-jejunal anastomosis stenosis, enteric-cutaneous fistula, and all were conservatively treated. The median tumour size was 2.0 (0.9-5.0) cm., and six were in situ carcinomas. Fifteen patients had lymph node metastases (22 N0, 3 NX). There were five G1, nineteen G2 and ten G3 tumours. After a median follow-up of 69 (up to 260) months, seventeen patients are still alive. Overall survival was 90%, 65%, 57% and 47% at 1, 3, 5 and 10 years, respectively.

Conclusions: Despite PD is an operation with a high reported morbidity (in our series, 15% of pancreatic fistulas), in ampullary cancer a long-term survival may be achieved in almost 50% of patients.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

RESIDENTS PERFORMING MAJOR PANCREATIC RESECTIONS DO NOT NEGATIVELY AFFECT THE SURGICAL AND PATHOLOGICAL OUTCOMES: A PROPENSITY SCORE MATCHED ANALYSIS IN THE SETTING OF A HIGH-VOLUME TEACHING HOSPITAL

D. Ciprani, S. Andrianello, G. Marchegiani, V. Allegrini, E. Sereni, G. Malleo, R. Salvia, C. Bassi

Chirurgia Generale e del Pancreas, Istituto del Pancreas, Università degli Studi di Verona

Introduction: Teaching hospitals have the important role of training future surgeons, but whether the active participation of residents could negatively affect the outcomes is still a matter of concern. Pancreatic surgery still is considered one of the most dreadful area of general surgery. The aim of this study is to assess whether surgical and pathological outcomes of major pancreatic resections are negatively affected by the first surgeon once this is a resident or a senior.

Methods: All major pancreatic resection consecutively performed from January 2015 to September 2017 in the University of Verona Hospital Trust were considered as eligible. Surgical and pathological outcomes were explored comparing results obtained if the procedures were carried out by a senior surgeon (SS) or a resident (RS) as first operator. To control for potential sources of bias, the two samples were stratified according to the type of surgical procedure and then 5:1 matched according to tumor size using the propensity score.

Results: A total of 817 patients were included in the analysis: 531 pancreaticoduodenectomies (PD) and 286 distal pancreatectomies (DP). RS performed 10.8% (n= 31) of DPs and 11.3% (n= 60) of PDs as first surgeons. Patients operated by RS were significantly older (median age 66 vs. 64 years, p= 0.03) and less frequently underwent neoadjuvant therapy in case of pancreatic cancer (28.2 vs. 39%, p= 0.05). Dealing with PDs, there was no difference in terms of fistula risk score (FRS) of cases carried out by RS or by SS (median FRS 3 vs. 4, p= 0.5) as well as in terms of post-operative outcomes since there was no difference in the incidence of pancreatic fistula (25 vs. 22%, p= 0.6), post-operative hemorrhage (16.7 vs. 9.8%, p= 0.1) or mortality rate (1.7 vs. 2.8%, p= 1). To assess differences in terms of oncological outcomes for resected PDACs, patients were 5:1 matched according to tumor size using propensity score obtaining 230 PDs performed by SS and 46 performed by RS. Comparing RS to SS, there was no difference in terms of R1 resection rate (25.9 vs. 37.4%, p= 0.3) and lymph node retrieval (median number 41 vs. 40, p= 0.7).

Dealing with DPs, as no widely validated risk scores are available, patients were directly 5:1 matched according to tumor size obtaining 130 DPs performed by SS and 26 performed by RS. There was no difference in terms of lymph node retrieval (32 vs. 34, p= 0.3) and R1 resection rate (20 vs. 22%, p= 1), but patients operated by SS experienced an increased rate of pancreatic fistula (7.7 vs. 31.3%, p= 0.01).

Conclusion: The active participation of residents as first operators might not affect morbidity, mortality or pathological outcomes of major pancreatic resections. Directly involving residents in the surgical care is safe in the setting of a high-volume center which ensures both high standards of care for patients and a high level of surgical training for residents.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

IS ROUTINE SPLENECTOMY STILL JUSTIFIED FOR LEFT-SIDED PANCREATIC CANCER? HISTOLOGICAL REAPPRAISAL OF SPLENIC HILAR LYMPHADENECTOMY

T. Marchese, M. Collard, N. Guedj, F. Cauchy, M. Ronot, S. Dokmak, O. Soubrane, A. Sauvanet

Hopital Beaujon, Parigi (FRANCIA)

Background: Splenectomy is recommended during resection for left-sided pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) to perform lymphadenectomy of station 10 (splenic hilum), but there is no level I evidence available to justify this procedure. Our objective was to evaluate the rates of lymph node (LN) involvement and contiguous involvement of the splenic hilum in resectable distal PDAC.

Methods: We retrospectively reviewed all patients who underwent splenopancreatectomy for PDAC during the last 10 years. Station 10 LN were routinely dissected and isolated, and all corresponding microscopic slides were reinterpreted by a pathologist. CT-scans of patients with tumoral involvement of the spleen or of the splenic hilum by contiguity (TISOSH) and those with less than 10mm between tumor and spleen at pathologic examination were reviewed blindly by a radiologist to evaluate CT-scan for diagnosis of TISOSH.

Results: We included 110 consecutive patients, including 104 with analyzable station 10. Tumor was N+ in 58 patients (53%). The median number of nodes identified at station 10 was 2.0 ± 3.0 (range: 0-12). No node was detected at station 10 in 42 patients (40%). No patients had tumor-positive lymph nodes at station 10 (0/104). A TISOSH was found in 9 patients (8%). TISOSH was significantly associated with tail location ($p=0.001$), tumor size on the CT-scan ($p=0.005$) and multivisceral involvement ($p=0.045$). Sensitivity, specificity positive and negative predictive values of CT-scan for diagnosis of TISOSH were respectively 89%, 95%, 89% and 95%.

Conclusions: Splenic preservation during resection of left-sided PDAC seems possible in selected patients without suspected TISOSH at preoperative CT.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

CORRELATION BETWEEN NUTRITIONAL SUPPORT AND PROGNOSIS IN PATIENTS AFFECTED BY ADVANCED PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA UNDERGOING CHEMOTHERAPY

I. Trestini¹, L. Carbognin^{1,2}, I. Sperduti³, C. Bonaiuto¹, A. Auriemma¹, D. Melisi¹, L. Salvatore¹, E. Bria⁴, G. Tortora¹

¹ U.O.C. Oncology, University of Verona

² Division of Gynecologic Oncology, Department of Woman and Child Health, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

³ Biostatistics, Regina Elena National Cancer Institute, Roma

⁴ Medical Oncology, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Roma

Background: Patients affected by pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) frequently developed malnutrition, due to a combination of reduced food intake and metabolic derangements, induced by the disease and its treatments. Cancer-related nutritional impairments may adversely impact their quality of life and prognosis. However, few studies investigated the role of nutritional support during treatment of PDAC patients.

Objective: This study aims to evaluate the risk of malnutrition and the prognostic role of nutritional support in patients affected by advanced PDAC undergoing chemotherapy.

Methods: Patients affected by PDAC, undergoing chemotherapy, receiving tailored nutritional counselling by a trained dietitian, at the AOUI of Verona between July 2013 and September 2017, were included. Nutritional status was determined by Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Body Mass Index, weight loss in the past 6 months, presence of nutrition-related symptoms, and current energy intake. Descriptive statistics was adopted. Clinical, pathological and nutritional data were prospectively correlated to Overall Survival (OS) using a Cox model.

Results: Overall data from 131 patients (57 males [43.5%] and 74 females [56.5%]) were gathered (median age 63 years; median follow-up 9 months). At baseline, the majority of patients (67.9%) presented a high nutritional risk (MUST greater than or equal 2). The oncologist initially prescribed the nutritional counseling in only 30.5% of cases. At the multivariate analysis, the time between the diagnosis and the nutritional intervention (HR 2.45, 95% CI 1.50-3.99, $p < 0.0001$), the Performance Status (HR 1.38, 95% CI 0.97-1.96, $p = 0.075$), the surgery of the primary (HR 4.82, 95% CI 2.36-9.86, $p < 0.0001$) and the response to the first line therapy (HR 3.69, 95% CI 1.31-10.4, $p = 0.013$) were independent significant predictors of OS in locally advanced and metastatic PDAC patients. Furthermore, a weight gain more than 2% from the baseline weight was correlated with the time between the diagnosis and the nutritional support ($p = 0.008$): in patients receiving a nutritional intervention within 3 months from diagnosis, a 2% weight gain was associated with a 2-year OS benefit (43.3% vs 30.9%, $p = 0.02$).

Conclusions: These results suggest that the early detection of cancer-associated malnutrition and nutritional support may impact on prognosis of patients affected by advanced PDAC undergoing chemotherapy. External validation is ongoing.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

OBSERVATIONAL COHORT STUDY OF PRIMARY CHEMOTHERAPY FOR LOCALIZED PANCREATIC CANCER: TREATMENT COMPLIANCE, RESECTION RATE, AND SURVIVAL OUTCOMES

L. Maggino, G. Malleo, G. Marchegiani, E. Viviani, C. Nessi, D. Ciprani, A. Esposito, L. Landoni, L. Casetti, M. Tuveri, S. Paiella, F. Casciani, E. Sereni, A. Binco, D. Bonamini, E. Secchettin, D. Melisi, M. D'Onofrio, C. Bassi, R. Salvia

Università di Verona

Objective: Primary chemotherapy (PC) is widely used in the treatment of localized pancreatic cancer (L-PDAC), representing the first-line treatment strategy in both locally advanced (LA) and borderline-resectable (BR) disease, and a viable option in resectable (R) patients with high-risk features. However, there is little information on PC-treated cohorts, particularly regarding those individuals who were selected for PC with intent for later resection, but did not ultimately qualify for surgery. Aim of this study was to describe the treatment compliance and outcomes of patients with L-PDAC selected for PC according to the current PDAC treatment paradigm.

Methods: Patients with L-PDAC selected for PC between 2013-2015 at a single institution were enrolled in this prospective observational study. Primary endpoints were the rates of initiation and completion of PC, and the rates of surgical exploration and resection. The secondary endpoint was the disease-specific survival (DSS). Results were stratified by resectability status (NCCN guidelines), type of PC, and - for patients completing PC - radiologic response (RECIST criteria) and CA 19.9 response (>50% decrease from baseline). Data analysis was carried out both on an intention-to-treat and a per-protocol basis.

Results: Among 769 patients, 11.6% were R, 34.7% BR and 53.7% LA. Sixty-eight patients (8.8%) were lost to follow-up, leaving 701 patients for the analysis, of whom 8.5% (59 patients) never initiated PC. When PC was initiated, the regimens most commonly employed were FOLFIRINOX (289/642, 45%) and Gemcitabine/Nab-Paclitaxel (141/642, 22%). The completion rate of the planned schedule was 71.7% (460/642); this was independent from NCCN resectability, while was higher for FOLFIRINOX as compared with other regimens (81.7%, $p < 0.001$). In the intention-to-treat analysis, the rates of surgical exploration and resection were 24.8% (174/701) and 16.3% (114/701) respectively; these rates increased up to 35.9% (165/460) and 23.9% (110/460) when considering patients completing PC (per-protocol analysis). Predictors of resection were resectability status (with worse outcomes for LA patients), completion of PC and - in patients completing PC - RECIST and CA 19.9 response. The median DSS in the overall cohort was 12.7 months. Predictors of DSS were resectability status (with worse outcomes for LA patients), type of PC, completion of PC and - in patients completing PC - RECIST and CA 19.9 response. In resected patients, the median DSS was 30 months. PC type was the only factor associated with survival following pancreatectomy. In particular, FOLFIRINOX was the regimen associated with the best survival outcomes both in the whole cohort and in the subset of resected patients.

Conclusions: This prospective observational analysis provides pragmatic evidence of compliance and outcomes following PC, representing a platform for future investigation on L-PDAC.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

CHEMOTHERAPY IN ELDERLY PANCREATIC CANCER PATIENTS: THE SAN RAFFAELE HOSPITAL EXPERIENCE

M. Macchini, M. Chiaravalli, C. Pircher, S. Zanon, U. Peretti, E. Mazza, S. Romi, C. Fugazza, L. Gianni, M. Reni

San Raffaele Scientific Institute, Milano

Background: Information from prospective trials on treatment outcome for elderly patients with metastatic pancreatic adenocarcinoma (MPDAC) are limited. We assessed chemotherapy efficacy in elderly MPDAC pts at our Institution.

Patients and Methods: We retrospectively analyzed 105 pts with MPDAC receiving chemotherapy between 2008 and 2017. According to the regimen we identified 3 groups: A) 44 pts received monotherapy; B) 34 pts received nab-paclitaxel and gemcitabine; C) 27 pts were treated with 4-drugs combinations (cisplatin-capecitabine and gemcitabine plus epirubicin or nab-paclitaxel or docetaxel).

Results: In group A median age was 78 (70-87), KPS 80-100 in 84.1% of pts, 72.7% had liver metastases, CA19.9 was elevated in 52.3% pts (median 486 U/mL), 25% were previously resected. No difference in survival was observed based on age < 75 (N= 12) versus ≥ 75 (N=32; $p=0.23$). In group B median age was 77 (71-84), KPS was 80-100 in 83.8% of pts, 50% had liver metastases, CA19.9 was elevated in 44.1% (median 337 U/mL;), 24% were previously resected. No difference in survival was observed based on age < 75 (N= 12) versus ≥ 75 (N=22; $p=0.97$). In group C median age was 73 (70-78), KPS was 80-100 in 92.6% of pts, 59.3% had liver metastases, CA19.9 was elevated in 88.9% (median 2862 U/mL), 15% were previously resected. Median OS was 7.4 months, 9.6 months and 12.7 months respectively for group A, B and C; 1years OS and 2years OS were 26.6% and 8.0% in group A; 43.9% and 5.1% in group B; 51.9% and 22.2% in group C. There was no significant survival difference among groups in univariate analyses. In multivariate analysis, stratifying by gender, presence of liver metastases, KPS, previous surgery and CA19.9, 4 drug regimens performed better as compared to single agent ($p=0.047$).

Conclusions: In elderly pts, combination chemotherapy yielded longer OS as compared to single agent. Pts ≥ 75 years had equivalent outcome as compared to younger ones.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

PERINEURAL INVASION IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

G. Gasparini, R. La Marca, M. Schiavo Lena, S. Crippa, C. Doglioni, M. Falconi, C. Taveggia

IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Objectives: Perineural Invasion (PNI), the pathological identification of cancer cells along nerves, is highly prevalent in pancreatic ductal cancer (PDAC) and is associated with recurrence, pain and metastasis. In this project we sought to characterize PNI pathological and molecular features to develop novel therapeutical approaches.

Materials and methods: Pathologically, PNI is defined by the presence or absence of cancer cells along nerves or in perineural space. However, this definition does not consider its histological heterogeneity. Thus, we recently developed a new scoring system based on histological examination of nerve invasion.

Recent studies showed that Schwann cells (SCs), the glial cell of the Peripheral Nervous System, overexpress chemoattractant molecules to pancreatic neoplastic cells. To analyze the reciprocal influences between neural and pancreatic cancer cell, we treated isolate primary SCs as well as SCs-neuronal cocultures with conditioned media (CM) of MiaPaCa-2 cancer cells. To evaluate more physiologically SCs-neuronal interaction, we also developed organoids from surgically resected PDAC patients.

Results: Preliminary data suggest that our new pathological scoring system correlates with disease status and could be useful to better stratify PDAC patients.

Surprisingly, we observed that SCs' morphology is completely altered when cultured with MiaPaCa-2 CM. Further, the majority of SCs were apoptotic, as confirmed by active Caspase-3 staining. Next, we analyzed the influence of MiaPaca-2 CM on SCs-axon interaction and on myelination. The addition of MiaPaCa-2 CM to SCs in contact with neurons did not alter their association, but surprisingly enhanced neurites' outgrowth. On the contrary, we observed a dramatic degeneration of myelin when we added MiaPaCa-2 CM to already myelinated cocultures. We are currently confirming these results with human organoids CM.

Conclusion: Our data indicate that different levels of PNI correlate to PDAC disease status. We are currently validating this scoring system in retrospective and prospective analyses aiming at correlating it with different prognostic factors: site of recurrence, disease free survival and overall survival.

Further, our results suggest that pancreatic cancer cells likely release soluble factors/molecules affecting SCs survival and SCs-axons interactions. We are now investigating if CM of organoids from PDAC patients could similarly affect SCs survival and myelination.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 14:00-16:00

SESSIONE AISP

L'INFIAMMAZIONE E IL CANCRO A CONFRONTO - Comunicazioni orali selezionate

SALA F

STEREOTACTIC BODY RADIATION THERAPY FOR UNRESECTABLE LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER: CLINICAL OUTCOMES ON 106 PATIENTS

T. Comito¹, L. Faraci², C. Franzese¹, E. Clerici¹, L. Rimassa¹, A. Santoro¹, A. Zerbi¹, M. Scorsetti¹

¹ Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

² Università degli Studi Federico II, Napoli

Obiettivi: Il tumore del pancreas è caratterizzato da una prognosi infausta. La chirurgia rappresenta il gold standard di cura, ma più del 50% dei pazienti non sono operabili al momento della diagnosi. Nei pazienti con malattia localmente avanzata non resecabile (LAPC) l'integrazione di chemioterapia (CHT) e chemio-radioterapia (CRT) rappresenta l'opzione terapeutica standard, associate però a tassi significativi di tossicità e deludenti di overall survival (OS). Negli ultimi anni, il ruolo della radioterapia stereotassica corporea (SBRT) nel trattamento del LAPC è stata oggetto di diversi studi. Il controllo locale più sostenuto, la dose di radiazione più alta e il minor tempo di trattamento rappresentano i vantaggi cruciali della SBRT rispetto al trattamento CRT convenzionale. Scopo di questo studio è valutare l'efficacia della SBRT nei pazienti con LAPC non operabili.

Materiali e metodi: Pazienti con LAPC non resecabili con diametro tumorale massimo non superiore a 5cm, senza linfadenopatie nè metastasi a distanza sono stati trattati con SBRT dopo discussione multidisciplinare. La dose di prescrizione è stata di 45Gy in 6 frazioni. L'end-point primario dello studio è stato la sopravvivenza libera da progressione locale (FFLP). Gli end points secondari sono stati sopravvivenza (OS), sopravvivenza libera da malattia (PFS) e tossicità. Il controllo locale (LC) è stato definito secondo i criteri RECIST v1.1. La tossicità acuta e tardiva sono state definite secondo NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v3.0.

Risultati: Da Gennaio 2011 and Settembre 2017, 106 pazienti (48 uomini-58 donne) con LAPC sono stati sottoposti a SBRT presso l'Humanitas Cancer Center. L'età media è stata 71 anni (range 41-88 anni). 60 pazienti (57%) hanno ricevuto CHT prima della SBRT, per un tempo mediano di 5 mesi (range 3 - 11 mesi). In 46 pazienti (77%) è stata somministrata una CHT a base di Gemcitabina, mentre 20 pazienti (33%) hanno ricevuto FOLFIRINOX. Il follow-up mediano è stato di 86 mesi (range 2-88 mesi). La FFLP è stata 82% and 76% a 1 e 2 anni, rispettivamente. Le analisi univariata ($p < 0.03$) e multivariata ($p < 0.001$) hanno dimostrato che il diametro tumorale influenzava in maniera significativa il LC. La PFS mediana è stata di 7 mesi (95% CI 4.76-8.23). La OS mediana è stata di 12 mesi (95% CI 8.76-13.21). La CHT somministrata prima della SBRT ($p < 0.005$) e FFLP ($p < 0.002$) sono state correlate in maniera significative alla sopravvivenza. Una tossicità gastro-intestinale di Grado 3 si è manifestata nel 2% dei pazienti.

Conclusioni: La SBRT rappresenta una terapia non invasiva efficace e ottimamente tollerata in pazienti selezionati affetti da LAPC. I nostri risultati suggeriscono che il trattamento radiante stereotassico possa essere un'opzione terapeutica promettente nel trattamento multimodale dei tumori del pancreas.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

COLONIC SPLENIC FLEXURE RESECTION: A STUDY OF ONCOLOGICAL SAFETY BASED ON LONG TERM FOLLOW UP

M. Ardu, C. Bergamini, L. Vacca, V. Iacopini, A. Giordano, A. Valeri

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Background: The surgical approach of the colonic splenic flexure cancer (SFC), is yet to be technically standardized, due to the controversies on the extent of the resection, the vessels to be ligated and the lymph node dissection.

The aim of this study has been therefore to retrospectively evaluate the oncologic long-term results of our cases since ten years ago using a surgical technique of resection limited to the splenic flexure, comparing our data with other authors' experience.

Methods: We retrospectively analyzed the clinical data of patients with SFC operated on at our institute since March 2008 up to January 2018.

The anatomic inclusion criteria of tumor localization were the segment between the distal third of the transverse colon and the first third part of the descending colon.

The exclusion criteria were synchronous colonic carcinoma and emergency surgery.

For the colonic resection we used an either open or laparoscopic approach, with limited resection distally and proximally to splenic flexure and the origin ligation of left colic artery and left branch of middle colic artery.

Data of the oncological long term safety was compared to the main evidences of the literature which were found after a comprehensive review.

Results: From March 2008 to January 2018 we completed 61 splenic flexure resection (29 were female and 32 were male, aged $71,5 \pm 11$ yo), 52 procedure by laparoscopy out of which 2 were converted (3,8% conversion rate) and 9 open.

There were no intraoperative complications and no 30-days post-operative mortality.

Most of the cases were stage II (pT3 71,1%, and mean number of lymph nodes harvested was 18.6, range 5 – 52, with positivity for malignancy in 45,7%)

There were 2 anastomosis leakage (3,2%) requiring reoperation.

During the FU 3 patients were dropped out. Of the 58 residual cases, 39 were alive (67.3%) and 19 are deceased (32.7%) at a median FU of 44months. 9 (15.5 %) patients died for progression of the disease, 10 died for non-related reasons. 11 patients (18.9%) experienced recurrent disease with median disease free survival of 18,1 months.

Discussion: Compared to the literature, which includes different surgical techniques for the treatment of cancers of this site, our survival rate do not show significant differences. The other oncological outcomes seem to be comparable at the data evaluated.

Since the resection that we have proposed have minimal extension compared to other literature series, our data shows that such surgical approach could be oncologically safety and safe. Mor extended resections, possibly associated to splenectomy or distal pancreatectomy, seem not to confer an increase of the overall survival in our opinion, even if further studies are mandatory.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

WHICH COLONIC RESECTION IN THE TREATMENT OF SPLENIC FLEXURE TUMORS? A 11 YEARS SINGLE CENTRE EXPERIENCE

D. Cianflocca, P. Salusso, M.C. Giuffrida, A. Marano, F. Barili, F. Borghi

ASO Santa Croce E Carle, Cuneo

Aims: Splenic flexure tumors (SFT) are infrequent (3-5%) and their prognosis is worse compared to other colo-rectal neoplasms. This outcome is due to several factors: SFT frequently become clinically evident when an obstruction occurs requiring urgent surgery; furthermore they have the anatomical peculiarity of double vascularization from superior and inferior mesenteric vessels and a lymphatic drainage that can spread till the pancreatic tail and the splenic hilum. For these reasons some authors proposed extended colonic resection (ECR) such as subtotal colectomy (SC) or left colectomy (LC) extended at the transverse colon. The aim of this study is to evaluate short and long term outcomes of segmentary splenic flexure resection (SFR) compared with ECR.

Material and methods: Data were retrospectively collected between January 2005 and December 2016 from an Institutional database including patients with SFT who underwent surgery. Each colonic resection was performed with central vascular ligation and healthy margin of at least 5 cm. Data were evaluated with time-to-event non parametric and semi-parametric regression modelling.

Results: 93 patients were enrolled: 70 patients (75%) treated with SFR, 14 (15%) with LC and 9 (9%) with SC. The mean age was 70 ± 10.1 years. Obstruction and irregular bowel motion were present in 30 patients.

Urgent surgery was performed in 18 patients (19%). 61 (66%), 30 (32%) and 2 (2%) patients were treated with open, laparoscopic and robotic surgery, respectively. The conversion rate was 7.5 % and mean surgery time was 188 minutes. Median length of stay was 9.7 days (range 2-39). Postoperative complications occurred in 38 patients (76% Dindo 1-2, 24% Dindo 3) and reoperation rate was 7.5%.

Median number of harvested lymph nodes was 18 and there was not significant difference in total number of collected lymph nodes between surgical techniques (SFR 18 ± 9.7 , LC 18.9 ± 8.9 , SC 21 ± 8.5).

Overall survival rate at 5 and 10 years was 64.1% and 60.1%, respectively without a statistically significant difference among treatment groups ($p=0.42$). Elective surgery showed better survival rate at 10-year compared to urgency ($p=0.08$). Nonetheless, multivariate analyses did not confirm independent relationship between urgency and mortality.

Overall local recurrence free survival at 5 and 10 years for all stages was 89.8% and was not different between urgency level ($p=0.37$) and among treatments ($p=0.52$).

Distant recurrence free survival was significantly higher in the SFR group compared with LC and SC groups ($p=0.05$; HR 0.38, 95%CI 0.17-0.83) and was confirmed at multivariate cox regression modelling (HR 0.28; 95%CI 0.12-0.67).

Conclusions: Although our experience is limited and appropriate indications must be set by future studies, SFR seems to be feasible and safe for patients with SFT. In our series SFR has a significantly higher distal recurrence free survival and similar short-term and oncologic long-term outcomes compared to ECR.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

LAPAROSCOPIC SEGMENTARY RESECTION WITH DOUBLE VESSEL LYMPHADENECTOMY FOR CANCER OF THE SPLENIC FLEXURE

L. Zampino¹, C.L. Bertoglio², A. Mangili¹, C. Magistro², M. Origgi², P. Carnevali², S. Di Ganci³

¹ Università degli Studi di Milano

² ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

³ Università degli Studi di Palermo

Introduction: Splenic flexure (SF) is an uncommon localization of colic cancer (2-8%). Compared to other colonic segments tumour, it shows up more often in males, younger patients and it is related with a worst prognosis due to a more frequent mucinous histological pattern and occlusive onset. There is still some disagreement about its surgical treatment, especially regarding the resection extent (segmentary vs extended), the lymphadenectomy (single vs double vessel, depending from the dissection performed, if just along the left colic artery or also near the left branch of the medium colic artery) and the surgical approach (open vs laparoscopic).

Objective: The primary aim of our study is to compare the mid-term oncological outcomes of patients with SF cancer (SFC) that underwent double vs single vessel lymphadenectomy, both with laparoscopic and open approach. Secondly, we compare short and mid-term outcomes after laparoscopic vs open surgery.

Materials and methods: Clinical, surgical and histological data were retrospectively extracted and analysed from an electronic database. It was defined SFC every tumour localized between the third distal of transverse colon and the first 10 cm of descending colon. Before surgery, each patient was investigated with: clinical evaluation, colonoscopy with ink tattoo of the tumour, thorax-abdomen CT scan for stadiation and oncological markers tests (CEA, Ca 19-9).

Results: In our experience, we studied 64 patients with SF cancer that underwent surgery between 1999 and 2015. Segmentary resection was performed in 58 patients, while left hemicolectomy only in 6 patients where there was a concurrent sigmoid diverticular disease. In 36 patients (56.25%) the surgical approach was mini-invasive. Double vessel lymphadenectomy (DVL) was performed in 33 patients (51,56%). According to our analysis, in DVL group the total number of removed lymph nodes is superior to single vessel group, but the number of positive lymph nodes do not change. The mid-term oncological outcomes result more favourable in DVL group, with lower local and distant relapse rate (even though the difference is not statistically significant). As for the mini-invasive approach, it shows better post-operative outcomes such as shorter hospital stay and faster recovery time than open surgery.

Conclusion: Laparoscopic segmentary resection in SF cancer seems to be an effective and safe procedure. In our study, the mini-invasive approach confirms his short-term post-operative benefits. It also shows oncological outcomes equal or superior to open surgery. DVL result in a better control of the disease, with lower distant and local relapse rate, even though the difference is not statistically significant. OS and DFS are also better. Study of the SF cancer surgical treatment must be deepened by a multicentric study to confirm these promising, but initial results.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

MUTATIONAL PROFILE OF COLON CANCER ARISING IN SPECIFIC COLON SEGMENTS IN PATIENTS SURGICALLY TREATED: WHICH PREDICTORS OF SURVIVAL?

A. Rizzuto^{1,2}, D.M. Oliveira¹, R. Sacco¹, G. Viglietto¹, F. Corcione²

¹ Università Magna Graecia, Catanzaro

² Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli

Background: Target therapies and a multimodal approach have been shown more effective than the standard treatment in patients affected by colon cancer. Overall survival and disease free survival are strictly connected to the biology and localization of the tumor.

The objective of this study was to investigate the mutational profiles of cancers arising in different colon segments.

Methods: Patients were recruited prospectively, demographic and clinical data were obtained.

37 colon cancer samples by use of the Ion AmpliSeq™ Comprehensive Cancer Panel were analysed. Mutated genes were then analysed in order to carry out possible clinical implications using the IBM SPSS Statistic 19.0 software package.

Results: Overall, we have found 307 mutated genes, most of which already implicated in the development of colon cancer. Among these, 15 genes were mutated in tumors originating in all six colon segments and were defined common genes (i.e. APC, PIK3CA, TP53) whereas 13 genes were preferentially mutated in tumors originating only in specific colon segments and were defined site-associated genes (i.e. BLNK, PTPRD). In addition, the presence of mutations in 10 of the 307 identified mutated genes (NBN, SMUG1, ERBB2, PTPRT, EPHB1, ALK, PTPRD, AURKB, KDR and GPR124) were found to be of clinical relevance. Among clinically relevant genes, NBN and SMUG1 were identified as independent prognostic factors that predicted poor survival in colon cancer patients.

Conclusion: Tumors arising in different colon segments present differences in the type and/or frequency of genetic variants, with two of them being independent prognostic factors that predict poor survival in colon cancer patients.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

TUMORI DELLA FLESSURA SPLENICA: RISULTATI A BREVE E LUNGO TERMINE DI UN SINGOLO CENTRO ITALIANO

G. Turri, C. Pedrazzani, E. Lazzarini, C. Conti, F. Secci, M. Tripepi, M. Rivelli, M. Vitali, A. Guglielmi

Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare, AOUI Verona, Università degli Studi di Verona

Obiettivi: Studi recenti indicherebbero che tumori localizzati in parti diverse del colon presenterebbero caratteristiche clinico-patologiche e comportamento biologico diverso, e andrebbero quindi approcciate come entità differenti. Tra queste, i tumori della flessura splenica (SFT) rappresentano una quota pari al 3-5% del totale, e sono stati storicamente associati a prognosi infausta. Per questo motivo alcuni autori suggerivano resezioni coliche ampie, quali l'emicolecomia destra allargata o la colectomia subtotala, talvolta associate a resezione del pancreas e della milza per il completamento della linfadenectomia. Oltre all'entità della resezione colica e della linfadenectomia, risulta non standardizzato anche l'utilizzo della laparoscopia, dato che spesso i pazienti con SFT venivano esclusi dai maggiori trial randomizzati che ne hanno valutato l'adeguatezza oncologica. L'obiettivo di questo studio è l'analisi delle caratteristiche clinico-patologiche e degli outcomes a lungo termine dei pazienti con SFT sottoposti ad intervento chirurgico rispetto a tumori del colon destro e del sigma.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti con SFT operati presso la nostra UOC dal 2005 al 2016, per i quali fossero disponibili dati clinico-patologiche completi ed un follow-up minimo di 30 mesi. Questi sono stati confrontati con un ugual numero di pazienti con tumori del colon destro e del sigma operati nello stesso periodo.

Risultati: A partire dalle 1348 resezioni per tumore del colon della nostra casistica, sono stati identificati 74 pazienti (5.4%) con SFT. Rispetto ai tumori del colon destro e del sigma, gli SFT presentavano un diametro significativamente maggiore ($p=0.027$) e erano stati sottoposti più frequentemente a chirurgia in urgenza, nonostante la differenza non risultasse significativa. Dal punto di vista anatomico-patologico, si presentavano più spesso con istotipo mucinoso ($p<0.001$) e con un'invasione di parete pT4 ($p<0.001$). L'intervento più eseguito per SFT erano resezioni coliche segmentarie (62.2%), con adeguati margini chirurgici e numero di linfonodi asportati. Solo nel 13.5% dei casi l'intervento è stato eseguito in laparoscopia, rispetto al 31.1% per i tumori del sigma ($p=0.022$). Nonostante le caratteristiche anatomico-patologiche sfavorevoli, la sopravvivenza a 5 anni degli SFT risultava sovrapponibile a quella dei tumori del colon destro e sigmoideo.

Conclusioni: Gli SFT si presentano più spesso come lesioni di grosse dimensioni stenose, con istologia mucinosa e localmente avanzate. Quando sottoposti a resezioni, anche segmentarie, oncologicamente adeguate, la prognosi a lungo termine risulta sovrapponibile a quella delle altre due localizzazioni, contrariamente a quanto precedentemente suggerito dalla letteratura.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

SINGLE DOCKING FULL ROBOTIC ANTERIOR RECTAL RESECTION WITH TOTAL MESORECTAL EXCISION OUR FIRST 100 CASES

P. Salusso, A. Marano, M.C. Giuffrida, L. Pellegrino, D. Cianflocca, F. Borghi

ASO Santa Croce e Carle, Cuneo

Introduction: Rectal cancer is still a surgical challenge and robotic surgery has spread rapidly in his treatment showing several technical advantages, but remains unclear if these findings can be translated into clinical benefit.

Since 2013 we have been adopting a single-docking robotic technique for rectal resections. The aim of this study is to present our single-docking standardized stepwise technique and to analyze the clinical outcomes of the first 100 robotic rectal procedures.

Methods and procedures: We collected data from 100 consecutive patients who underwent single docking full robotic (da Vinci® Si™) rectal anterior resections between June 2013 and August 2017 within ERAS program and we prospectively analyzed them. Robotic rectal surgery was performed without changing the position of the robotic cart; only the robotic arms were repositioned between the two phases: 1) vascular ligation and sigmoid colon to splenic flexure mobilization; 2) pelvic TME.

Results: There were 66 men (66%), the median age was 68 years (range-24–92), 15 patients had BMI >30. Thirty-five patients had undergone neoadjuvant treatment. Amongst the procedures there were 95 anterior resections and 5 abdominoperineal resections. Protective ileostomy was performed in 50 patients.

The median operating time was 270 min (range, 160–604). There was one conversion to open surgery and two intra-operative complications (one bladder lesion and one ureteral lesion).

Median length of stay was 5 days (range, 3–42), and readmission rate was 7%. Thirty-day mortality was zero. Overall postoperative complication rate was 24% (79% Clavien Dindo 1-2, 21% Clavien Dindo 3). Urinary retention occurred in two patients (2%). Anastomotic leak rate was 7%, and all patients but one were managed conservatively. The mean number of the harvested lymph nodes was 14 (SD, ±8.3). Radial margin was negative in all patients. At median follow up of 30 months, there were no local recurrences.

Conclusion(s): The single docking robotic technique is a safe and feasible approach for rectal surgery. Our study showed favorable short-term clinical outcomes. The adoption of a standardized stepwise approach was advantageous especially during the initial learning phase. To the best of our knowledge, this is the largest Italian series to report this standardized approach and the short-term clinical and oncological outcomes.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

IL TRATTAMENTO DEI TUMORI DEL RETTO NELL'ERA DELLA CHIRURGIA MINI-INVASIVA: CONFRONTO DEGLI OUTCOMES BREVE E LUNGO TERMINE TRA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E ROBOTICA

S. Alfieri, F. Rosa, D. Di Miceli, A.P. Tortorelli, V. Papa, C. Cina, R. Menghi, C. Fiorillo, F. Longo, G.B. Doglietto, G. Quero

Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Univerisità Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: La fattibilità e i potenziali vantaggi della chirurgia laparoscopica e robotica sono ancora punto di dibattito, riportando contrastanti risultati tra le diverse case-series pubblicate.

Scopo di tale studio è confrontare i risultati a breve e lungo termine tra il trattamento laparoscopico e robotico dei tumori del retto in un centro ad alto volume.

Materiali e metodi: 171 pazienti con adenocarcinoma del retto, sottoposti resezione laparoscopica o robotica presso l'Unità Operativa di Chirurgia Digestiva della Fondazione Policlinico "A.Gemelli" sono stati inclusi nell'analisi.

Scopo dello studio è stato confrontare le due tecniche in termini di outcomes peri-operatori, risultati istopatologici, disease-free e overall survival a 5 anni.

Risultati: 84 pazienti sono stati sottoposti a resezione rettale laparoscopica (gruppo LRR) e 87 a trattamento robotico (gruppo RRR). Nel gruppo RRR si è evidenziata una più frequente localizzazione della neoplasia nel retto basso (36% vs 24% nel gruppo laparoscopico; $p=0.02$).

Il tempo operatorio è risultato maggiore nell'approccio robotico (248min) rispetto alla tecnica laparoscopica (215min; $p=0.003$), mentre non è stata riscontrata alcuna differenza per tasso di procedure sphincter-preserving eseguite (91% nel LRR vs 92% nel RRR; $p=0.21$) e di confezionamento di enterocutaneostomie ($p=0.39$).

L'approccio robotico ha mostrato significativi vantaggi in termini perdite ematiche intra-operatorie (107mL vs 163mL; $p=0.01$), tasso di conversione (4.6% vs 21.4%; $p=0.02$), complicità post-operatorie (16.3% vs 41.1%; $p=0.02$) e degenza media post-operatoria (7giorni vs 11giorni; $p=0.04$). Nessuna differenza è stata evidenziata per tasso di re-intervento ($p=0.29$) e mortalità a 30 giorni (2 pazienti per entrambi gli approcci).

Risultati simili sono stati evidenziati per numero di linfonodi ($p=0.37$) e negatività del margine distale ($p=0.3$), mentre una più frequente positività del margine circonfrenziale è stato evidenziato nel gruppo LRR (3.5% vs 1.1% caso nell' RRR; $p=0.01$). Il follow-up medio è stato 32.2 mesi nel gruppo LRR e 39.4 nell'RRR ($p=0.60$) con simile tasso di recidiva di malattia ($p=0.55$). Nessuna differenza è stata riscontrata in termini di overall (74% nel gruppo laparoscopico e 79% nel gruppo robotico; $p=0.5$) e disease-free survival (65% e 68% nel gruppo laparoscopico e robotico rispettivamente; $p=0.79$) a 5 anni tra le due tecniche.

Conclusioni: I risultati ottenuti hanno dimostrato come l'esecuzione di resezioni retali robotiche in centri ad alto volume rappresenti un'alternativa vantaggiosa rispetto al convenzionale approccio laparoscopico.

La tecnica robotica ha riportato significativi vantaggi in termini di perdite ematiche intraoperatorie, tasso di conversione, degenza media, complicità post-operatorie e negatività del margine circonfrenziale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

PROFICIENCY-GAIN CURVE AND COSTS ANALYSIS IN ROBOTIC RECTAL RESECTION WITH TME FOR CANCER: A COMPARISON BETWEEN DA VINCI SI AND XI SURGICAL SYSTEMS

M. Palmeri¹, G. Di Franco¹, N. Furbetta¹, S. Guadagni¹, D. Gianardi¹, M. Bianchini¹, G. Stefanini¹, L. Rossi¹, G. Caprili¹, C. D'Isidoro¹, G. Di Candio¹, F. Mosca², V. Lorenzon³, G. Turchetti³, L. Morelli^{1,2}

¹ General Surgery, University of Pisa

² EndoCAS (Center for Computer Assisted Surgery), University of Pisa

³ Institute of Management, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Objectives: Several studies about surgical benefits and differences between da Vinci Si and Xi surgical systems are reported in literature. However, there are no studies analyzing the influence of proficiency-gain curve on costs. The aim of this study is to compare the effects of learning curve on surgical outcomes and costs in robot assisted colorectal surgery for rectal cancer.

Materials and methods: From April 2010 to April 2017, 90 robotic rectal resections were performed at our Institute with the da Vinci Si (Si-RobTME), or with the da Vinci Xi (Xi-RobTME), since January 2016. Based on CUSUM analysis 80 cases were selected and divided in two comparable groups of 40 consecutive Si-RobTME and Xi-RobTME respectively. The costs of the two procedures were analyzed according to the robotic proficiency-gain curve.

Results: The CUSUM proficiency-gain curves of the two groups were identical, and were divided into two phases: Si1 and Xi1 (cases 1–19) and Si2 and Xi2 (cases 20–40). No differences in the preoperative data, surgical procedure and pathological data were documented. A hybrid laparoscopic/robotic approach was used in 17 cases (42,5%) in the Si-RobTME group while all the procedures of the Xi-RobTME group were completed with a full robotic approach ($p < 0.001$). Overall median operative time (OT) was significantly lower in Xi-RobTME than in Si-RobTME (275 vs 312.5 min, $p = 0.021$). The OT resulted significantly lower in late phases, Si2 and Xi2, according with robotic learning curve progression ($p < 0.001$), and in phase Xi2 than in phase Si2 (265 vs 290 min, $p = 0.052$) with a reduction of personnel costs (1151.6 vs 1260.2, $p = 0.052$). Statistically significant reduction in overall variable costs (OVC) and consumable costs (CC) were found comparing early and late robotic phases ($p < 0.001$). Xi2 phase costs resulted lower than Si2 phase costs (OVC: 7983 vs 10231.9, $p = 0.009$, CC: 3464.4 vs 3869.7, $p < 0.001$).

Conclusions: The similar proficiency-gain curves for both groups were likely related mainly to the use of a new robotic technology, and not to the surgical operation itself. In fact, facing the new technology of Xi system, the surgeon has to deal with new trocar placements, robotic cart position, new functions (pointing, targeting, camera hopping, etc.), new docking system and different robotic arms regulation. Nevertheless, a significant optimization of costs was found with the increased surgeon's experience, and shifting from old to new technology as well. We reported a significant optimization of costs due to the shorter OT and the related reduction of personnel costs and CC because of the higher percentage of full robotic approach performed with the da Vinci Xi system.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

CHIRURGIA ROBOTICA VERSUS LAPAROSCOPICA PER IL CANCRO DEL RETTO: STUDIO COMPARATIVO DEI RISULTATI CLINICI E ANALISI COSTI-EFFICACIA

R. Caruso¹, E. Vicente¹, Y. Quijano¹, H. Duran¹, I. Fabra¹, E. Diaz¹, V. Ferri¹, L. Malave¹, R. Isernia¹, I. Torrijo¹, G.M. De Luca²

¹ Hospital Sanchinarro, Madrid (SPAGNA)

² Policlinico di Bari

Obiettivi: I costi relativi all'esecuzione della chirurgia robotica presentano un problema critico che non è ancora stato ben affrontato. Gli obiettivi di questo studio sono di confrontare i risultati clinici e le differenze di costo della chirurgia robotica, rispetto alla chirurgia laparoscopica, nel trattamento del cancro del retto e di condurre una revisione della letteratura sull'analisi dei costi.

Materiali e metodi: Questo è uno studio osservazionale comparativo in cui i dati sono stati estratti da una banca dati retrospettiva di pazienti sottoposti a resezione rettale laparoscopica e robotica da ottobre 2010 a marzo 2017, presso l'Ospedale Universitario Sanchinarro di Madrid. Una società indipendente ha eseguito l'analisi finanziaria e sono stati esclusi i costi fissi.

Risultati: Sono state incluse 86 resezioni rettali robotiche e 112 laparoscopiche. Il tempo operatorio medio è risultato significativamente inferiore nell'approccio laparoscopico (336 contro 283 min, $p = 0,001$). I principali dati pre-operatori, la morbilità generale, la degenza ospedaliera e gli esiti oncologici sono simili in entrambi i gruppi, ad eccezione del tasso di riammissione (robot: 5,8%, laparoscopico: 11,6%; $p = 0,001$). I costi operativi medi risultano più elevati per la chirurgia robotica (4285,16 contro 3506,11 €, $p = 0,04$); tuttavia, i costi complessivi medi sono simili (7279,31 € per robot e 6879,8 € per l'approccio laparoscopico; $p = 0,44$). Abbiamo trovato quattro studi che riportano i costi, tre confrontando l'approccio robotico rispetto a quello laparoscopico, e tutti hanno riportato un costo complessivo più elevato per la resezione robotica.

Conclusioni: La resezione robotica del retto ha risultati clinici simili a quelli dell'approccio laparoscopico convenzionale. Nonostante i maggiori costi operativi della resezione robotica del retto, i costi medi complessivi nella nostra serie sono risultati sovrapponibili.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

IL RUOLO DELLA FLUORESCENZA NELLA VALUTAZIONE DELLA PERFUSIONE INTESTINALE IN CHIRURGIA COLORETTALE VIDEOLAPAROSCOPICA E ROBOTICA

D.P. Cassano¹, F. Cremona⁴, A. Sciuto², M. Scaramuzzi², M. Tardio², F. Pirozzi³

¹ Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Foggia

² IRCCS "Casa Sollievo Della Sofferenza", San Giovanni Rotondo

³ Ospedale Santa Maria Delle Grazie, ASL Napoli 2, Pozzuoli

⁴ Università di Palermo

Obiettivi: Lo scopo del nostro studio è quello di esaminare l'utilità del verde di indocianina nella valutazione della perfusione intestinale e nella prevenzione della deiscenza anastomotica in corso di chirurgia mininvasiva del colon sinistro e del retto.

Materiali e metodi: Presso l'U.O.C. di Chirurgia Addominale dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" nel periodo compreso tra Aprile 2017 e Marzo 2018, abbiamo confrontato i dati pre, intra e post-operatori di 51 pazienti (gruppo ICG) sottoposti ad emicolectomia sinistra e resezione anteriore del retto per neoplasia con l'ausilio del verde di indocianina intraoperatorio, con quelli di 49 pazienti (gruppo NOICG) sottoposti alle stesse procedure chirurgiche senza l'ausilio del verde di indocianina. L'utilizzo della fluorescenza si basa sul seguente principio: un mezzo di contrasto (fluoroforo), iniettato per via ev, in seguito all'assorbimento di una fonte luminosa, diventa fluorescente emettendo radiazioni a lunghezza d'onda vicina agli infrarossi (NIRF, tra 700 e 900 nm); queste vengono captate e filtrate, tramite una serie di filtri ed un sistema ottico dedicato, permettendo di visualizzare soltanto l'immagine vicina agli infrarossi. Applicato in chirurgia questo principio porta alla visualizzazione di strutture anatomiche altrimenti non visibili quando la fonte luminosa ha una lunghezza d'onda che rientra nello spettro della luce visibile (390-700 nm). Il verde di indocianina ha le migliori caratteristiche chimico-fisiche per l'utilizzo in NIRF, soprattutto per il forte legame mostrato con le proteine plasmatiche che lo confina al comparto vascolare.

Risultati: La deiscenza anastomotica è risultata essere la maggiore complicanza in entrambi i gruppi: 4 casi (8,2%) nel gruppo NOICG (n=49), 2 casi (3,9%) nel gruppo ICG (n=51).

Conclusioni: È ormai noto che la deiscenza anastomotica, drammatica complicanza della chirurgia colo-rettale che si manifesta nel 1-5% delle emicolectomie sinistre e nel 7-9% delle resezioni anteriori del retto, presenta una genesi multifattoriale. Tuttavia l'apporto della fluorescenza alla chirurgia coloretale, al fine di creare una "realtà aumentata", capace di visualizzare strutture anatomiche altrimenti non visibili, potrebbe rappresentare un'utile strumento nel prevenire la sua insorgenza.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

SPLENIC FLEXURE CANCER: TOTALLY LAPAROSCOPIC OR LAPAROSCOPIC ASSISTED, WHICH IS THE BEST APPROACH?

G. Merola¹, U. Bracale², J. Andreuccetti³, F. Cabras⁴, G. Loi⁴, A. Sciuto⁵, F. Corcione⁶, G. Pignata¹

¹ Casa di cura Villa Berica, Vicenza

² Ospedale Universitario Federico II, Napoli

³ Ospedale San Camillo, Trento

⁴ Ospedale Universitario, Cagliari

⁵ Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

⁶ Ospedale dei Colli - Monaldi, Napoli

Aim: Treatment of splenic flexure cancer represents a controversial topic; nowadays most authors seem to leave the wide resection in favour of splenic flexure resection. Two main miniminvasive approach has been reported: Totally laparoscopic and Laparoscopic Assisted Resection. The aim of our study was to determine if there were advantages in short and long terms outcome for the two approach.

Methods: Using a prospective collected database, all consecutive patients, from January 2005 to April 2017, who underwent laparoscopic resection of splenic flexure for cancer were identified and included in a multi institutional analysis. The first 34 patients were treated with a laparoscopic assisted approach (Group LA) and the following 28 patients were treated with a totally laparoscopic approach (Group TL). Biometric features, intra and post-operative data were collected. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 23.

Biometric features, intraoperative and post-operative data were collected and analysed. To compare continuous variables, an independent sample T-test was performed. The Chi-square test was employed to analyse categorical data. All the results are presented as 2-tailed values with statistical significance if p values <0.05. Logistic regression was used to assess if comorbidities were related to post-operative complications. Kaplan Meier with Log-Rank test was used to compare the survival curves. Odds Ratio was used to estimate the risk of incisional hernia in the two groups.

Results: No statistical differences about biometric features were found between the two groups. A Statistically significant difference were found in mean operative time (146.23±55.63 min Group LA VS 189±44,88 min Group TL, p<0.0001), distal margin from the tumour (10.35± 2.88cm Group LA VS 17,15 ± 8,57cm Group TL, p<0.05). At mean follow-up of 56.12±37.17 four incisional hernias were found, three of them in Group LA and one in Group TL (p=0.402). Odds Ratio for incisional hernia was 2.41 in disagreement of Group LA. Kaplan Meier with Log-Rank analysis shows no differences in terms of survival rate.

Conclusion: Our analysis shows no differences between the two approach except for operative time and distal margin from the tumour. Laparoscopic assisted procedure seems to have a major risk of incisional hernia as reported by odds ratio.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

NON-ANATOMICAL COLONIC RESECTIONS: SPLENIC FLEXURE AND TRANSVERSE COLECTOMY. CENTRAL VASCULAR LIGATION IS CRUCIAL FOR SURVIVAL

R. Reddavid, S. Sofia, B. Cuzzola, M. Fracasso, M. Degiuli

San Luigi Gonzaga, Orbassano

Aim: Cancers of the transverse colon (TC) and of the splenic flexure (SF) are rather uncommon and their prognosis has been reported significantly poorer as compared to right- and left- sided colon cancers. Several studies tried to investigate which is the optimal surgery for oncological and survival outcomes reporting extended colectomies as more effective than limited resections.

Materials and Methods: All consecutive patients with diagnosis of colorectal cancer submitted to surgical resection with anastomosis between January 2005 and December 2016 at University of Turin, Department of Oncology, Division of Surgical Oncology and Digestive Surgery, were included. Based on tumor location, patients were enrolled in arm A (cancer of the ascending colon, right (hepatic) flexure, left and sigmoid colon) or arm B (cancer of the transverse colon and of the left (splenic) flexure).

Results: Out of 1433 patients registered, 500 patients fulfilled all inclusion and exclusion criteria and were allocated in arm A (425) or in arm B (75). Central vascular ligation and the achievement of at least 5 cm of health margin were always performed in all procedures of both arms. Patients' population of the 2 arms was homogenous as concerns demographic characteristics and stage of the disease. In arm A, resections were performed more frequently by mini-invasive approach as compared to arm B. Operative time was statistically longer in arm B . Postoperative complications rate was extremely low and comparable in both arms (13,4 and 8.0 in arm A and B respectively). No postoperative mortality was observed. Overall 5-year survival rates were similar in arm A and B (82.3% and 73.05% respectively, $p = .29$). Arm B patients were treated either with more limited resections (resection of the TC and of the SF) or with extended colectomies (right- and left- , standard or enlarged, hemicolectomies), both associated with central vascular ligation. Despite a shorter length of surgical specimen after limited resections, postoperative complications, lymph node yield, and survival were absolutely comparable in both types of surgical treatments.

Conclusions: Limited resections for TC and SF cancers can be performed with the same clinical, oncological and survival outcomes as compared to more extended colectomies if an adequate size of the specimen for the achievement of at least 5 cm of health margin is associated to Central Vascular Ligation.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00

LOWER GI: NEOPLASIE DI TRASVERSO E FLESSURA,
INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SALA G

CLOSURE OF THE DEFECT AFTER TAMIS FOR RECTAL TUMOR: WHICH METHODS

A. Fares Bucci, D. Rega, D. Scala, U. Pace, R. Patrone, P. Delrio

INT Fondazione G. Pascale, Napoli

Background: TAMIS - TransAnal Minimally Invasive Surgery - is a surgical technique for local excision of rectal tumors, that uses a single-port device adapted for transanal insertion; the dissection is performed by standard laparoscopic instruments. This approach is well chosen for benign lesions that are not convenient to flexible endoscopic removal, and it can be a valuable option, in carefully selected patients, for malignant rectal disease. It no exists a more appropriate method to closure the resulting defect in the rectal wall after TAMIS approach and, it is no clear if it is more correct to close or not to close it.

Material and Methods: We report our experience about several closure methods of the resulting defect, on 86 patients treated by TAMIS technique. The closure of the defect can be accomplished by interrupted stitches; by running stitches; by barbed suture; by endostiches; by absorbable clips; by fibrin glue. Defect closure may also not always be feasible because of the potential for rectal lumen narrowing or the difficulty of endoluminal suturing, and may significantly increase operative time without a clear benefit.

Results: The management of the rectal wall defect after TAMIS is left to the surgeon's discretion. All described techniques are feasible and recordable, though they are otherwise difficult and technically challenging and often account for the greater part of the procedure. They are no significant differences in postoperative complications and functional outcomes between the different closure methods.

Conclusions: Transanal excision is an appealing organ-sparing procedure to rectal lesion located in middle and upper rectum. Unincorrect suturing may also lead to rectal stricture and therefore also no closure can be considered, without a significative increase of postoperative complications. When feasible, closure of the defect is appropriate and it can be accomplished by interrupted or running stitches (with barbed suture also) or even by absorbable clips (Hem-o-lock Weck).



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

MIVAT: THE LAST TWO YEARS EXPERIENCE, TIPS AND TECHNIQUES AFTER MORE THAN TEN YEARS

A. Dall'Oglio, C. Bellotti, M. Cinquepalmi, G. Castagnola, M. Pezzatini, A. Brescia

AO Sant'Andrea, Roma

Background: Minimally invasive videoassisted thyroidectomy (MIVAT) has been introduced into clinical practice by Miccoli in the late 90s (1) and it has become a widespread technique used and welcomed worldwide. In this paper we present our experience of the last two years, we also describe tips and techniques derived from over 460 cases performed in the last ten years by the same surgical team with the same single operator.

Methods: In the last ten years we did about 460 MIVAT procedures. In the last two years we performed MIVAT on 156 consecutive patients at Sant'Andrea University Hospital of Rome Sapienza University. Of 156 cases performed we were able to monitor the follow-up in 110 patients.

Results: On 110 cases, The mean surgical time was $74 \pm 7,2$. In our data we reported: transitory hypoparathyroidism 11 (10%), definitive hypoparathyroidism 4 (3,60, 2(1,81%) transitory monolateral nerve palsy, 16 (14,50%) transitory and 1 (0,9%) definitive nervepalsy. 4 (3,60%) cases of transitory dysphagia and 0 (0%) cases of definitive dysphagia (Table 4). We also had 1 (0,9%) case of surgical scar infection, 0 (0%) postoperative bleeding and 2 (1,81%) cases of subcutaneous surgical adhesion. Cosmetic results were: 0 (0%) insufficient, 0 (0%) sufficient, 6 (6,30%) passable, 17 (15,50%) good and 86(78,20%) excellent. Conversion rate 0 (0%).

Conclusion: MIVAT is a good and safe technique, with similar short-term outcomes and similar costs compared to traditional total thyroidectomy. We hope that the tips and techniques reported in this paper as well as the advices in the use of instruments in MIVAT and open surgery, will be useful to improve the skills of young surgeons and make thyroid surgery less invasive.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

IS THE CONTINUOUS INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING (C-IONM) FEASIBLE AND SAFE DURING MINI INVASIVE VIDEO ASSISTED THYROIDECTOMY (MIVAT)?

A. Dall'Oglio, C. Bellotti, M. Cinquepalmi, G. Castagnola, M. Pezzatini, A. Brescia

AO Sant'Andrea, Roma

Background: Intraoperative neuromonitoring (IONM) is a standardized technique and it is currently used in many thyroid surgery centres. Effectiveness and limitations of IONM technique are still issue of debate in scientific literature and among endocrine surgeons. Nowadays the main concern is about the use of continuous intraoperative neuromonitoring (C-IONM) and its potential effect in decreasing laryngeal nerve lesion, that is the most feared complication during this kind of surgery (1) The aim of our study is to assess the feasibility of C-IONM in MIVAT surgery, and to evaluate the potential complications and risks linked to the intraoperative neuromonitoring, in particular when positioning the vagus nerve electrode in a mini invasive operating field.

Methods: During the last 10 month, we have performed, consecutively, 38 Mivat procedures, at Sant'Andrea university hospital La Sapienza of Rome. All procedures were performed using NIM-Response 3.0 ® Medtronic intermittent and continuous neuromonitoring system.

Results: Complications while positioning the electrode 0 (0%), no major blood vessels lesions 0(0%) neither VN lesions 0(0%). We did not record any definitive loss of signal (LOS) 0(0%); in 3 (7,9%) cases we had a decrease in signal strength of more than 50%, that got back to normal, before the end of the surgical procedure.

Conclusion: C-IONM is a feasible procedure in MIVAT surgery. It is safe when conducted by an expert surgeon. C-IONM in MIVAT surgery, as well as in open procedures, gives a real-time feedback about the integrity of the nerve and allows the surgeon to immediately change the surgical strategy, when needed. The use of CIONM, together with the optical magnification given by the camera during MIVAT, permits a safer and more precise dissection.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

CONTINUOUS INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING OF THE RECURRENT LARYNGEAL NERVE IN THYROID SURGERY. EXPERIENCE OF A NEWBORN THYROID UNIT WITH A SENIOR AND A YOUNG SURGEON

S. Beretta, O. Goletti, P. Iacconi

Humanitas Gavazzeni, Bergamo

Paresis of the recurrent laryngeal nerve (RLN) is a complication of thyroid surgery. Neuromonitoring seems to be helpful in preventing nerve palsy. The aim of this retrospective observational study was to assess feasibility, technical problems and efficacy of intraoperative neuromonitoring (IONM). The number of cases of postoperative paresis (transient and permanent) was assessed. Retrospective observational study included 100 thyroid operations for benign and malign pathologies (performed by a senior and young surgeon) with IONM (total thyroidectomy, partial thyroidectomy and neck lymphadenectomy in the period from October 2016-December 2017). IONM does not prevent RLN lesions, but it is helpful in preventing temporary palsy due to traction or thermal damage. Furthermore is necessary for young surgeon in training to map nerve course and be careful in thyroid traction and dissection

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

INTRA-OPERATIVE MONITORING OF RECURRENT LARYNGEAL NERVE IN THYROID RE-OPERATIONS: RESULTS FROM OUR EXPERIENCE

A. Sandrini, L. Boninsegna

Ospedale Classificato Equiparato 'Sacro Cuore - Don Calabria', Negrar (VR)

Background: Compared with primary thyroid operations the prevalence of recurrent laryngeal nerve (RLN) lesions is higher in repeated procedures. Our experience with the use of intra-operative nerve monitoring (IONM) during dissection along adhesions and scar tissue surrounding thyroid remnants or recurrences or peri-glandular nodes is consistent with the general opinion that this technology is an important aid to minimize the risk of nerve injury. The aim of this report is to examine our data regarding the use of IONM and check if any advantage is given in reducing the prevalence of RLN injury in thyroid re-do excisions.

Methods: A retrospective evaluation of two groups of consecutive patients who received thyroid re-operations with Intermittent-IONM versus with RLN visualization only. The data collected in the Hospital Database refer to patients treated for benign or malignant thyroid diseases in the period 2008 - 2015. The report of primary outcome refers to transient and permanent RLN injury. Post-operative laryngoscopy was the mean to evaluate all cases and to follow RLN injuries.

Results: Out of 1634 patients operated for thyroid pathologies in our hospital, a group of 97 consecutive patients (39 men, 58 women) had re-operation: 27 for recurrent goiter, 19 for recurrent hyperthyroidism, 28 for cancer-related completion thyroidectomy, 23 for relapsing cancer or node metastases. Out of the total 28 were bilateral and 69 unilateral re-operations for a cumulative number of 125 nerves at risk (NAR). A group of 72 patients (93 NAR) underwent re-operations with IONM and 25 patients (32 NAR) with RLN visualization only. As results of our procedures we had temporary and persistent RLN palsies respectively in 4 (4.3 %) and 2 (2.2 %) nerves with IONM, against 2 (6.25 %) and 3 (9.4 %) nerves without IONM. No bilateral paresis has been recorded.

Conclusions: Compared with nerve visualization only, IONM is successful in decreasing the incidence of RLN paresis, both temporary and persistent, particularly in re-do thyroid operations. The different results confirm the literature evidence of the usefulness of IONM during re-operations, together with the visualization of the laryngeal nerves.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

TOETSA: TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY SUBMANDIBULAR APPROACH. ESPERIENZA PRELIMINARE DEI PRIMI 12 CASI DOPO 5 CASI DI TOEVA

B. Badii, F. Cianchi, I. Skalamera, F. Staderini, C. Foppa, T. Nelli, P. Montanelli, F. Coratti, G. Perigli

Unit di Chirurgia Endocrina (Resp. Prof. G. Perigli), SOD Chirurgia Gen. Endocrina (Resp. Prof. F. Cianchi), Dip. Chirurgia e Me, Firenze

Obiettivi: Negli ultimi due decenni ogni trattamento chirurgico delle patologie tiroidee è stato caratterizzato dal comune intento di perseguire la minima invasività ed il miglior risultato estetico. Ci si è concentrati sulla riduzione progressiva dell'incisione cutanea fino a posizionarla in sede extracervicale o praticarla in orifici naturali come la bocca con cicatrici invisibili. La tiroidectomia endoscopica transorale con accesso vestibolare (TOETVA) è stata l'ultima procedura introdotta con questo scopo. L'analisi della fattibilità e dei risultati dei primi 5 pazienti trattati con TOETVA, non del tutto soddisfacenti nella nostra esperienza, ci ha indotto a modificare l'accesso centrale di 5 o 10 mm da vestibolare a submandibolare e ridurre da 5 a 3 mm uno dei due trocari vestibolari laterali, sviluppando la possibilità di completare con alcuni vantaggi una tiroidectomia endoscopica transorale con accesso nella depressione cutanea submandibolare (TOETSA).

Pazienti e metodi: Presso la Unit di Chirurgia Endocrina dell'AOU Careggi, Firenze, da settembre 2017 a maggio 2018 sono state eseguite 5 TOETVA e 12 TOETSA inizio della nostra esperienza. I pazienti avevano noduli tiroidei singoli, iperfunzionati o no, con duplice citologia e con limite dimensionale di 5 cm, se benigna, e di 2 cm se sospetta e a basso rischio. In tutti i pazienti l'exeresi è stata limitata a emitiroidectomia.

Risultati: Il tempo operatorio medio della emitiroidectomia TOETVA è risultato più lungo rispetto a quella TOETSA (98.7 +/- 21.7 vs. 68 +/- 13.5 minuti), con progressiva riduzione all'avanzare dell'esperienza. In entrambe le procedure le perdite ematiche sono risultate trascurabili e mai necessaria una conversione cervicotomica. Riguardo alle complicanze in tutti e 5 i pazienti sottoposti a TOETVA abbiamo registrato edema e disestesia del labbro inferiore e del mento protratti per oltre un mese, con infarcimento tissutale in 2 casi e sieroma in 1. Nei 12 pazienti TOETSA abbiamo registrato 1 paralisi ricorrente transitoria e 2 edemi con disestesia del labbro inferiore ma assai più fugaci. Il dolore postoperatorio ed il risultato estetico valutati con scala analogica di autovalutazione hanno ottenuto uno score assai più vantaggioso nei pazienti sottoposti a TOETSA.

Conclusioni: TOETVA e TOETSA, pur ancora riservate a pazienti selezionati e a centri con contemporanea esperienza di chirurgia tiroidea ed endoscopica, sono entrambe procedure fattibili, sicure, e prive di cicatrice visibile. Abbiamo limitato la nostra esperienza iniziale a sole emitiroidectomie, ma completata a breve la curva di apprendimento estenderemo la procedura anche alla tiroidectomia totale. L'approccio TOETSA da noi ideato ed in corso di continuo affinamento sembra dotato di vantaggi sia nella fattibilità che negli esiti almeno a breve scadenza con un risultato estetico almeno sovrapponibile.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

IL NEUROMONITORAGGIO INTRAOPERATORIO IONM IN CHIRURGIA TIROIDEA: UNO STRUMENTO UTILE OD UN COSTOSO ACCESSORIO?

T. Guastella¹, S. Latteri², M. Teodoro¹, V. Palumbo¹, M. De Natale³

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche e Tecnologie Avanzate G.F. Ingrassia, Catania

² A.O. Cannizzaro U.O.C. Chirurgia Generale Resp. Prof. Domenico Russello, Catania

³ A.O. Cannizzaro U.O.C. Otorinolaringoiatria Resp. Dott. Vincenzo Saita, Catania

Obiettivi: La corretta identificazione del nervo laringeo ricorrente (NLR) costituisce uno step fondamentale per evitare di incorrere in lesioni dello stesso in corso di chirurgia tiroidea. Questo studio ha lo scopo di verificare se l'ausilio del neuromonitoraggio intraoperatorio (IONM) assicuri un'identificazione visiva del NLR più precoce e più sicura.

Materiali e metodi: Dal Gennaio 2017 al Marzo 2018 sono stati sottoposti a chirurgia tiroidea 63 pazienti, 44 donne e 19 uomini, di età media 62 aa. (33 - 80 aa). In tutti i pazienti si è proceduto parallelamente all'identificazione del NLR sia visiva, da parte dell'operatore, che strumentale, da parte dell'aiuto, tramite l'apparecchiatura NIM Response 3.0 System della Medtronic Xomed (Jacksonville, FL). La procedura strumentale ha previsto la valutazione del nervo vago all'inizio della dissezione ed alla fine mentre i tempi di identificazione del NLR sono stati calcolati dopo la sezione dei vasi polari superiori e la valutazione del nervo vago. L'identificazione è stata ritenuta valida solo dopo mappatura completa strumentale o visiva del NLR lungo il suo percorso. Per ciascun nervo a rischio (NAR) è stata documentata la modalità di identificazione (solo visiva, NIM o entrambi), i tempi di identificazione visiva e strumentale ed il riscontro di complicanze fonatorie o di alterazioni elettromiografiche (EMG). Tutti i pazienti disfonici o con alterazioni EMG sono stati sottoposti a fibrolaringoscopia da un ORL indipendente. Sono state eseguite 53 tiroidectomie totali e 10 loboistmectomie, pertanto sono stati valutati 116 NAR.

Risultati: La combinazione di identificazione visiva e strumentale ha consentito la localizzazione ed identificazione di tutti i NLR a rischio (100%). Di questi, la maggior parte (67 NAR) sono stati identificati prima con NIM (57,7%) e poi visivamente; il 17,2% (20 NAR) è stato identificato solo con NIM; il 27,6% (32 NAR) solo visivamente. Pertanto nel 14,3% dei pazienti il NIM ha fallito e l'identificazione è stata effettuata solo visivamente. I tempi necessari alla corretta identificazione del NLR sono stati di $15,4 \pm 6,5$ min. visivamente e di $13,4 \pm 9,2$ col NIM. Sono state documentate 2 lesioni (1,7%), di cui una permanente (0,86%), in cui si è verificato un NIM-failure pre-dissezione, e una transitoria risoltasi a 4 mesi dall'intervento e documentata dal NIM intraoperatoriamente.

Conclusioni: L'impiego routinario del NIM in chirurgia tiroidea fornisce un importante aiuto nello studio del NLR se affiancato all'identificazione visiva del nervo, che rimane comunque il gold standard. Il suo contributo è importante e, come dimostrato, riguarda soprattutto il tasso maggiore di nervi identificati con una lieve riduzione dei tempi. Consente inoltre di effettuare uno studio più sicuro del nervo, azzerando l'incidenza di lesioni bilaterali di maggiore gravità. Rimane comunque uno strumento costoso e delicato che richiede un training dell'equipe chirurgico-anestesiologica

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

PARATIROIDECTOMIA INCIDENTALE DURANTE TIROIDECTOMIA: RISCHIO AUMENTATO DI IPOPARATIROIDISMO?

A. D'Amore¹, V. Milano¹, G. Carnassale¹, R. Bocale¹, M. Boscherini¹, E.D. Rossi², G. Fadda², C.P. Lombardi¹

¹ UOC di Chirurgia Endocrina/Presidio Columbus, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

² Struttura Complessa di Istopatologia e Citodiagnosi, Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS, UCSC, Roma

Obiettivi: L'ipoparatiroidismo è una delle complicanze più comuni della tiroidectomia totale. Pochi sono i dati presenti in letteratura relativi alla paratiroidectomia incidentale (PI) ed al suo impatto sulla funzionalità paratiroidea.

Scopo di questo studio è quello di valutare la relazione tra PI ed ipoparatiroidismo post-operatorio (temporaneo e/o definitivo) (IPO).

Materiali e metodi: È stata eseguita una valutazione retrospettiva di 742 pazienti consecutivi sottoposti a chirurgia tiroidea da Gennaio 2016 a Gennaio 2018 presso la nostra unità operativa.

Risultati: In 31 casi (4.2%) è stato evidenziato tessuto paratiroideo all'esame istologico definitivo: 22 casi con reperto di paratiroide tipica, 8 con paratiroide intratiroidea e 1 con frammento di paratiroide.

I pazienti sono stati sottoposti a loboistmectomia in 3 casi; a Tiroidectomia totale (TT) in 20 casi; a totalizzazione di tiroidectomia in 2 casi, di cui 1 con linfadenectomia del compartimento centrale (LCC); a TT+LCC in 5 casi e a LCC in 1 caso.

Nei pazienti sottoposti tiroidectomia, l'IPO si è verificato in 13 su 28 pazienti (46.4%), mentre nei 615 pazienti senza evidenza di paratiroide nel pezzo, l'IPO è stato registrato in 172 pazienti (28%) (P=NS).

Le procedure chirurgiche eseguite sono state: 7 TT (53.8%); 4 TT+ LCC (30.8%); 2 totalizzazioni di tiroidectomia (15.4%), in 1 caso con associata LCC.

In tutti i casi di PI è stata repertata una sola paratiroide nel pezzo operatorio, ad eccezione di 2 casi, in cui era stata eseguita una LCC, con riscontro di due paratiroidi. In 8/31 pazienti è stata repertata una paratiroide intratiroidea (25%).

7 dei pazienti con IPO presentavano diagnosi preoperatoria di carcinoma tiroideo (54%).

5/7 pazienti (71.4%) sono stati sottoposti a tiroidectomia+LCC.

Il valore medio di PTH post operatorio è stato di 4.9 ± 2.4 pg/ml (range 2-8.5) mentre quello della calcemia di 8.4 ± 0.66 mg/dl (range 7.7-9.7).

I 13 pazienti che hanno sviluppato IPO, sono stati trattati sia durante la degenza che in dimissione con terapia orale di calcio e vitamina D. Non è stato registrato nessun caso di ipocalcemia sintomatica né di ipoparatiroidismo definitivo.

Abbiamo, infine, valutato la correlazione tra rischio aumentato di sviluppo di IPO e deficit preoperatorio di vitamina D: nessuna differenza tra il gruppo che ha sviluppato IPO (66.7%) e il gruppo di pazienti che non lo ha sviluppato (84.6%) (P=NS).

Conclusioni: Nella nostra serie non ci sono differenze statisticamente significative in termini di ipoparatiroidismo tra la popolazione con PI e la popolazione senza PI.

In circa il 25% della popolazione con PI è stata repertata una paratiroide intratiroidea, pertanto la loro asportazione non è correlabile alla tecnica chirurgica. Pur rispettando un corretto approccio chirurgico alla loggia tiroidea e paratiroidea, la PI può verificarsi durante chirurgia tiroidea: essa, tuttavia, non è associata ad un rischio aumentato di ipoparatiroidismo né transitorio né definitivo.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

CONTINUOUS INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING IN THYROID SURGERY: A SINGLE OPERATOR EXPERIENCE OF 198 CASES

R. Cirelli¹, G.N. Piozzi¹, E. Leopaldi², G.M. Sansonetti², M.E.M. Maino², M.A. De Simone², G. Lenna²

¹ Università degli Studi di Milano

² Casa di Cura Igea, Milano

Introduction: The most frequent and critical complication of thyroid surgery is recurrent laryngeal nerve (RLN) palsy. Recently continuous intraoperative neuromonitoring (C-IONM) has been introduced as a novel tool to overcome the principal methodological limitation of intermittent intraoperative neuromonitoring (I-IONM): identification of RLN injury only after the damage has occurred. C-IONM enables to identify nerve injury as it unfolds; to release distressed nerves by reversing causative surgical manoeuvres; and to verify functional nerve recovery after intraoperative loss of signal.

Material and Method: A retrospective study was performed evaluating 198 patients undergoing thyroid and/or parathyroid surgery with C-IONM from a single surgeon experience from May 2016 to April 2018. Variations in amplitude and distal latency of the signal on electromyogram (EMG) were assessed. In case of suspicion of RLN injury, restorative manoeuvres were performed to recover the RLN baseline and Laryngoscopy was performed 24 hours after surgery in case of unresponsive RLN injury. The rate of LOS1 and 2 were evaluated in our series.

Results: 5 cases of LOS1 were evidenced during surgery. These patients were submitted to laryngoscopy 24 h after surgery with evidence of monolateral RLN palsy in 3 cases. Among the 3 cases of LOS1: 1 patient had a permanent LOS1 during thyroid lobectomy for recurrence of ipsilateral hyperparathyroidism with permanent monolateral RLN palsy following total transection of the RLN (currently in follow up); 1 patient had a permanent LOS1 without macroscopic interruption of the RLN and with dysphonia (corrected during logopedics); in 1 case LOS1 was evidenced during accidental ligation of RLN therefore restorative maneuvers were promptly performed during surgery and the signal was recovered after 6 months follow up. After 6 months follow up only 1 patient had a permanent RLN palsy (0.5 %). In our series no RLN palsy was evidenced in LOS2 cases.

Discussion: C-IONM is safe and provides real time RLN evaluation during surgery in contrast with I-IONM, increasing intraoperative surgeon's awareness of RLN functional integrity. C-IONM recognizes real time amplitude decrease and latency increase of the RLN activity allowing the surgeon to perform restorative manoeuvres avoiding RLN temporary and permanent damages, especially evolution in LOS2, in which the nerve damage is diffuse, mostly caused by traction manoeuvres. In case of LOS2, the injury has a progressive onset with the possibility, through C-IONM, to avoid the evolution to a complete loss of signal. In contrast LOS1 is a complete loss of signal due to segmental damage of the nerve, not preceded by progressive decrease of amplitude or increase of latency but consequent to sudden localizable interruption of nerve's signalling, caused by transection, ligation or thermal injury. In case of LOS1, C-IONM is not effective in avoiding permanent RLN palsies but can reduce the damage entity of the nerve.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

TOETSA VS TOETVA TRANS ORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY: SUBMANDIBULAR VS VESTIBULAR

C. Cupellini, B. Badii, C. Foppa, I. Skalamera, F. Staderini, T. Nelli, B. Menegatti, F. Cianchi, G. Perigli

UNIT Chirurgia Endocrina (AOU-Careggi), Firenze

Obiettivi: La nostra esperienza di Tiroidectomia Transorale Endoscopica con Approccio Vestibolare (TOETVA) come descritta da Wang (2014) e modificata da Anuwong (2016) ha mostrato alcune difficoltà tecniche ed alcuni esiti postoperatori fastidiosi e protratti pur transitori come edema marcato, dolore e disestesia del mento e del labbro inferiore.

Per superare o ridurre al minimo i limiti della procedura originaria, nel Febbraio 2018 abbiamo concepito ed introdotto una modifica sostituendo l'approccio vestibolare centrale con uno sottomentoniero. Abbiamo definito la nuova metodica (TOETSA-Transoral Endoscopic Thyroidectomy Submandibular Approach).

Con questo studio mettiamo a confronto i risultati preliminari ottenuti con le due procedure.

Materiali e metodi: Sono state confrontate le prime 5 TOETVA e 5 TOETSA eseguite nella Unit di Chirurgia Endocrina dell'AOU di Firenze. La selezione è stata identica per le due procedure: pazienti portatori di noduli tiroidei benigni di diametro non superiore a 5cm e noduli sospetti o maligni a basso rischio non eccedenti i 2cm, isolati o compresi in gozzi di non oltre 50ml di volume. Identici anche i criteri di esclusione: precedenti cicatrici o interventi chirurgici cervicali. Abbiamo limitato questa esperienza iniziale a sole lobectomie.

Nella TOETSA il trocar ottico da 10mm è inserito nella depressione cutanea sottomentoniera con incisione di 2cm per limitare la distrazione tissutale e facilitare l'estrazione. Per i due trocar laterali, rispettivamente di 3mm e 5mm obbligato dal device a energia, sono stati mantenuti i classici accessi vestibolari della TOETVA.

Al termine gli accessi esterni sono stati suturati con monofilamento intradermico 4/0.

Risultati: Le due procedure sono state completate in tutti i pazienti senza necessità di conversione open. Nel gruppo delle TOETSA i tempi operatori sono risultati più brevi, minore il dolore e gli esiti post operatori garantendo risultati estetici sovrapponibili.

Conclusioni: TOETVA e TOETSA sono entrambe applicabili e sicure pur legate ad indicazioni limitate. Le modifiche introdotte con la TOETSA determinano alcuni vantaggi tecnici e clinici. La distanza tra accessi e ghiandola e la dissezione tissutale sono ridotti; aumenta lo spazio endo-orale rendendo inutile l'intubazione naso-tracheale spesso traumatica; si evita il distacco dei tessuti del mento dal periostio, riducendo il traumatismo al labbro inferiore ed ai nervi mentonieri causa della disestesia postoperatoria; la triangolazione degli strumenti aumenta, riducendone il conflitto ed il contatto del trocar centrale con la mandibola; l'accesso diretto al platisma agevola la creazione dello spazio subplatismale, l'introduzione dell'endobag e l'estrazione; i risultati estetici sono garantiti anche per la riduzione del rischio di infezione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

TRANSORAL THYROIDECTOMY: CHALLENGES AND TIPS & TRICKS

C. Foppa, B. Badii, I. Skalamera, F. Staderini, T. Nelli, P. Montanelli, F. Cianchi, G. Perigli

UNIT Chirurgia Endocrina AOU-Careggi, Firenze

Background: Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) at the present it is the only "scarless" technique with a surgical access close to the thyroid area. The aim of this paper was to describe challenges we encountered in our first experience with the transoral approach and to suggest tips and tricks to overcome them.

Methods: Five transoral thyroidectomies were performed from September 2017 at the Unit of Endocrine Surgery-Florence University hospital.

Results: In our first experience the technique as firstly described by Wang and modified by Anuwong resulted to have some operative challenges. The placement of the 10 mm central trocar was not always easy due to difficulties in the detachment of the chin tissue from the mandibular periosteum: this maneuver lead to a painful postoperative edema. The placement of the 2 lateral 5 mm trocars was easier, but it caused ecchymosis, edema and lower lip dysaesthesia. Furthermore, the conflict between the 3 trocars lead to limitations in the movement of the endoscopic instruments.

In order to overcome these problems after the first 5 cases we introduced some technical change. A 10 or 5 mm central trocar for the camera was placed on the natural skin depression immediately under the chin. A 3 mm trocar for 3 mm endoscopic rigid instruments was placed in the common vestibular position on one side and a 5 mm trocar for the energy device on the other side..

We named this approach TOETSA (TransOral Endoscopic Thyroidectomy Submandibular Access) that we applied on the following 12 patients.

A challenge of both techniques, particularly when a central 5 mm trocar was placed is that it requires a frequent cleaning of the camera, the assistant has to pay attention particularly when energy instrument or washing/suction are performed, in these moments it's better to slightly retract the camera to avoid a frequent interruption of the operation. Another challenge is to keep in place the 2 lateral trocars: everytime the surgeon changes the operative instruments they tend to slip out. For this reason it is better not to use smooth trocars.

Conclusion: in our first experience, transoral endoscopic thyroidectomy is feasible and safe. Nevertheless it requires experience in thyroid surgery and high laparoscopic skills. The neophytes, even if skilled and experienced, will encounter some challenges. The growing experience can help to find tips and tricks to overcome these challenges.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

“INTRA-OPERATIVE NERVE MONITORING” IN CHIRURGIA TIROIDEA: RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO IN UN CENTRO DI RIFERIMENTO

A. Umbriano¹, P. Princ², P. Ricci³, P. Santocchi², M. Gasper³, M. Raffaelli², R. Bellantone²

¹ Università degli studi di Chieti

² Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - IRCCS, Roma

³ Università degli Studi del Molise, Campobasso

Obiettivi: La complicanza più temuta dal chirurgo in caso di tiroidectomia è la lesione del nervo laringeo ricorrente (RLN), temporanea o definitiva. Obiettivi di questo studio è la valutazione dell'impatto del neuromonitoraggio intraoperatorio (IONM) in chirurgia tiroidea con particolare attenzione al confronto dell'incidenza delle lesioni ricorrenti post-operatorie con e senza IONM e la sua influenza sui tempi operatori, sulla degenza post-operatoria e sui costi.

Materiale e metodi: Lo studio è stato condotto tra Ottobre 2014 e Febbraio 2016 presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale e Oncologica della "Fondazione di ricerca e cura Giovanni Paolo II" di Campobasso. Sono stati selezionati prospetticamente, in modo non randomizzato, 80 pazienti consecutivi ad aumentato rischio di lesione ricorrente, divisi in 2 gruppi (40 pazienti per gruppo), sottoposti ad intervento con e senza l'ausilio dello IONM. Per lo IONM è stato utilizzato NIM-Response 3.0® (Medtronic Xomed ®); la tecnica consiste nella stimolazione del RLN e del nervo vago bilateralmente pre- e post-dissezione.

Risultati: Nessuna differenza significativa tra i due gruppi è stata dimostrata per ciò che riguarda i dati demografici. La durata dell'intervento è stata minore nel gruppo IONM che nel gruppo senza IONM ($p=0.014$). Il tempo di degenza è stato minore nel gruppo IONM (3.2 ± 1.5) che nel gruppo senza IONM (3.7 ± 1.5) con $p=0.2$. Il follow-up medio è stato di 21.1 ± 14.3 mesi. Si sono verificati 4 (2.5%) casi di deficit ricorrente transitorio tra tutti i nervi considerati a rischio (157). Il tasso di lesione ricorrente transitorio è stato del 2,6% nel gruppo IONM, del 2.5% nel gruppo senza IONM. Si è verificato un caso di deficit ricorrente definitivo (nel gruppo senza IONM) sul numero totale di nervi considerati (0.6%). L'utilizzo dello IONM ha comportato un aumento dei costi, tuttavia ammortizzato dalla riduzione dei costi del personale e della sala operatoria dovuta alla riduzione dei tempi operatori e della degenza.

Conclusione: Lo IONM ha ridotto i tempi operatori e il tempo di degenza. Non ci sono state differenze inerenti al tasso di deficit ricorrente transitorio tra la sola identificazione visiva e l'identificazione con IONM.

L'identificazione anatomica del RLN rimane il gold standard in chirurgia tiroidea. Lo IONM può essere considerato un ausilio che aiuta ma non sostituisce l'identificazione visiva del RLN da parte del chirurgo. Sono necessari ulteriori trials clinici multicentrici su ampie popolazioni per dimostrare l'utilità dello IONM su interventi ad aumentato rischio di lesione del RLN.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 16:30-18:00
CHIRURGIA DELLA TIROIDE

SALA H

LA TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA È UNA PROCEDURA VALIDATA PER IL TRATTAMENTO DEI NODULI TIROIDI BENIGNI? UNO STUDIO PROSPETTICO DI SICUREZZA ED EFFICACIA

T. Guagni¹, D. Perini¹, N. Fagni¹, C. Genzano², L. Romoli², A. Vannucchi², M. Baraghini², A. Coppola², A. Petrucci², A. Romano¹, A. Sarno², M. Scatizzi², F. Feroci²

¹ Università degli Studi di Firenze

² Nuovo Ospedale S. Stefano, Prato

Obiettivi: 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 quello di verificare se la RFA è una procedura sicura, efficace e riproducibile.

Materiali e metodi: 30 pazienti (73% donne) con noduli singoli, 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 e il volume prima del trattamento, così come sono stati considerati i sintomi compressivi (score 0-10) e l'impegno estetico (1-4); è stata inoltre eseguita un'ecolaringoscopia prima e dopo il trattamento. La termoablazione è stata eseguita sotto guida ecografica, previa somministrazione di anestetico locale pericapsulare, con tecnica "moving-shot". 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 mesi dalla termoablazione. Sono state infine valutate le possibili complicanze e l'aderenza al follow up.

Risultati: Il volume medio iniziale era 17.3 ± 10.6 mL, i sintomi compressivi iniziali erano 5.3 ± 2.3 , lo score estetico 3.1 ± 1.2 . Tutti i valori di partenza sono migliorati come segue: le riduzioni volumetriche nodulari al primo, terzo e sesto mese sono state rispettivamente del 41%, 62%, 74%; i sintomi compressivi sono diminuiti significativamente durante il follow up (3.1 ± 2.6 ; 1.7 ± 2.4 ; 0.6 ± 0.9), lo stesso vale per l'impegno estetico (2.4 ± 0.9 ; 2.2 ± 1.1 ; 1.2 ± 0.5). 3 pazienti hanno avuto un piccolo ematoma soprafasciale, riassorbito spontaneamente; 6 pazienti (20%) hanno riportato un modesto dolore transitorio post-operazione. Nessun paziente ha riportato modificazioni alla motilità delle corde vocali. Tutti i pazienti hanno dimostrato una completa aderenza al follow up.

Conclusioni: I risultati mostrano che la RFA è una procedura ben tollerata e con grandi benefici per i pazienti, dimostrano inoltre che la tecnica è sicura, efficace e riproducibile e che può essere utilizzata nella gestione dei noduli tiroidei benigni.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

IMPATTO DELLA CHIRURGIA TRANSANALE SULL'ATTIVITÀ CHIRURGICA COLO-RETTALE DI UN OSPEDALE DI PROVINCIA

G. Russo, S. Mattia, R. Tiberi, C. Hannele Mazzetti, D. Feminella, A. Sadighi, F. Stipa

San Camillo de Lellis, Rieti

Obiettivi: Valutare il ruolo della chirurgia transanale nell'attività di 12 mesi in un ospedale di provincia.

Materiali e metodi: Da gennaio a dicembre 2017 presso l'ospedale San Camillo de Lellis di Rieti sono stati praticati 104 interventi di chirurgia colo-rettale. È stato analizzato il tipo di intervento (30 emicolectomia ds, 6 resezione del colon trasverso, 29 emicolectomia sin, 24 resezione anteriore del retto, 9 TAMIS, 6 TaTME), la tecnica utilizzata (laparoscopia 57%, open 30%, transanale 13%) e gli outcomes ponendo particolare attenzione ai 15 casi (14%) in cui è stata praticata la chirurgia transanale.

Risultati: Su un totale di 104 pazienti sottoposti ad interventi per chirurgia colo-rettale, il 30% (31 pazienti) è stato sottoposto ad interventi con tecnica open, il 70% (73 pazienti) a chirurgia mininvasiva. Tra questi ultimi 73, 15 pazienti (20%) sono stati trattati con approccio transanale: 9 TAMIS e 6 TaTME.

L'indicazione alla TAMIS è stata: Tis (1), resezione dopo risposta clinica completa alla terapia neoadiuvante per ca del retto (1), resezione palliativa di ca del retto in pazienti che hanno rifiutato o non erano candidabili all'intervento di resezione anteriore del retto (2), pT1a (4), adenoma tubulo-villoso (1).

Il diametro medio delle neoplasie asportate mediante TAMIS è risultato di 3 cm (range 1-7 cm).

Due pazienti sottoposti a TAMIS per riscontro alla biopsia endoscopica di pT1a sono risultati affetti da ca del retto basso pT2 e pertanto sono stati successivamente sottoposti a TaTME.

La durata media della TAMIS è risultata di 50 min. Il tempo medio di degenza è risultato pari a 1 giorno. Non si sono verificate complicanze né intra né postoperatorie. Nessun paziente è risultato R1. Nessun paziente ha presentato recidiva locale nel follow-up considerato.

Dei 6 pazienti sottoposti a TaTME, 4 sono stati precedentemente trattati con terapia neoadiuvante per ca del retto basso (T2/T3 e/o N+) mentre 2 sono risultati T2 dopo TAMIS e pertanto avviati a TaTME.

La durata media della TaTME è risultata pari a 175 min. Il tempo medio di degenza postoperatoria è risultato pari a 4 giorni. In tutti i pazienti precedentemente irradiati è stata confezionata una ileostomia di protezione. Un paziente ha presentato occlusione intestinale da laparocèle parastomiale in terza giornata postoperatoria e pertanto è stato sottoposto a riconfezionamento dell'ileostomia. Un paziente è risultato R1 ed è stato sottoposto a terapia adiuvante.

Conclusioni: L'approccio transanale è una valida tecnica per il trattamento delle neoplasie del retto medio-basso dimostrandosi efficace in termini di tempi operatori, degenza media e complicanze postoperatorie. Risulta riproducibile e con curva di apprendimento breve, compatibile con lo strumentario laparoscopico standard e applicabile anche in associazione alla laparoscopia tradizionale in caso di retto basso (TaTME). La diffusione di tale tecnica anche in centri periferici è possibile ed auspicabile per garantire i migliori risultati in termini di costo/beneficio.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:30**
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT IN RECTAL CANCER IN RESPONSE AFTER NEOADJUVANT TREATMENT. PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

V. Romeo, S.M. Tierno, V. Bellini, A.D. Andrulli, U. De Paula, C.E. Vitelli

AO San Giovanni Addolorata, Roma

In 2012 we started a prospective observational protocol for patients with rectal cancer with complete clinical response to neoadjuvant therapy (nCRT). In our IRB approved protocol patients are evaluated at time 0 by objective, endoscopic, pathological and radiological examinations. 6 weeks after completion of nCRT they are reevaluated. In case of persistence or progression of disease patients undergo surgery with Total Mesorectal Excision. In case of complete or major clinical response they are reevaluated at 12 weeks and subjected to transanal surgical excision to confirm complete pathological response (pCR). Patients with pCR are followed up at 3 months interval whereas if tumor is found on the specimen the patient is operated upon. From May 2012 to December 2017, 33 patients were enrolled in our protocol. 5 dropped out of the protocol during the study. One patient (3%) was cT2N- stage; 3 patients (9%) cT2N +; 10 patients (30%) cT3N-; 18 patients (55%) cT3N +; 1 patient (3%) cT4N +. At initial reevaluation (6 weeks) 15 patients (57%) had poor response to nCRT for which they underwent surgery. In this group 3 patients (19.8%) experienced postoperative complications. One patient (6.6%) died from postoperative respiratory complications.

The remaining 13 patients (47%) had a complete or major clinical response at six weeks therefore underwent transanal excision at 12 weeks. Three patients, who at six weeks had a good response, had a complete response at 12 week re-evaluation. Of the patients undergoing macrobiopsy, three (23%) presented postoperative complications. In 4 patients (30%) presence of residual disease was found in the specimen after local excision and underwent LAR with TME. In three of these, no residual tumor or positive lymph nodes were found in the definitive histological specimen. Globally we found a complete pathological response in 32% of cases (9 patients).

Patients were followed for an average of 43 months (range: 9-67 mo). Overall survival is 92.9%, not taking into account the postoperative death, and 85.8% disease-free survival with a local recurrence rate of 14.2% in the first group; there was no case of local recurrence or death in the second group.

Conservative treatment of rectal tumors with a complete response to nCRT is increasingly investigated around the world. The advantage of such a treatment is to avoid major surgery, with its well defined complications, to patients with complete tumor regression after nCRT. Weakness of this approach remains the poor correlation between clinical and pathological response. The better prognosis observed in patients with complete response could indicate that these tumors have a favorable genotype when compared to poor responders. To date, the recommended interval for surgery after nCRT is of 6-8 weeks, extending this period may result in an increase of pCR. In our experience waiting 12-week increased the number of CR. Further issues to be addressed, in prospective studies, are the observation of ypT1 and certain ypT2.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

AUTOIMMUNE PANCREATITIS TYPE I (AIP) MIMICKING PANCREATIC CANCER (PC)

A. Cicako, F.E. Moro, A. Caltagirone, C. Celano, V. Cherubini, M. Giaccone, M. Ponsetto, S. Sandrucci

Città della scienza e della Salute S. Giovanni Battista - Ospedale Molinette, Torino

AIP is a rare autoimmune pathology, thought to be a local manifestation of a systemic disease. It can have similar features as PC, being AIP a rare incidental finding after surgery.

The aim of this report is to remind the possibility of this histologic finding even if the imaging of the pancreas is worrisome.

F. C. 66 years old male underwent surgery for what was thought to be a pancreatic neuroendocrine tumor, the histological analysis showed AIP Type I IgG4+.

Clinical and diagnostic evaluation: The patient had undergone a sigmoidectomy for infiltrating adenocarcinoma with mucinous aspects (G3 pT3 pN1b) in 2015. Associated comorbidities were hypertension, type II diabetes, psoriasis and 2 myocardial infarctions in 2007 and 2008 treated with stenting. During oncologic follow-up, the CT and RM scans showed a caudal hypervascularized pancreatic mass of 2,5x2,3 cm, increased in size in the last year, disomogeneous, which caused a deformation and initial infiltration of the confluence between the inferior mesenteric vein and splenic vein, thrombosis of the splenic vein, inglobation of the splenic artery with swollen collateral gastric veins. PET-CT was positive. EUS-FNA was performed, but was inconclusive due to the exiguity of the material. The laboratory hematic tests were normal, protein electrophoresis did not show abnormal monoclonal aspects. He had high serum Chromogranine A levels. After an interdisciplinary consult, a total splenopancreatectomy was proposed and he underwent surgery.

Follow-up and results: The patient recovered well after surgery. Histology showed a subverted microscopic structure, with high lymphocytic and plasmacellular infiltrate (positive for IgG4) and sclerosis with storiform aspects, the blood vessels and the peripancreatic tissue were also involved. This finding was labelled as AIP Type I.

Conclusions and discussion: It is to be kept in mind that AIP can perfectly mimick aggressive tumors of the pancreas and can be a diagnostic pitfall, leading to unnecessary surgery. To rule out this disease in unclear cases, a serum IgG4 level must be performed and if this is not diriment, ex adjuvantibus cortisonic therapy may be useful and can prevent surgery, even if sometimes the clinical and diagnostic features are so worrisome that it would be unwary not to carry out pancreatic resection, being PC a very aggressive and life-threatening tumor.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

RISULTATI A LUNGO TERMINE SULLA QUALITÀ DI VITA (QOL) IN PAZIENTI CON TUMORE DEL RETTO TRATTATI CON ENDOLUMINAL LOCO-REGIONAL RESECTION BY TEM VS LAPAROSCOPIC TOTAL MESORECTAL EXCISION

G. D'Ambrosio, A. Picchetto, F. De Laurentis, S. La Rocca, E. Lezoche

Università di Roma Sapienza

Obiettivi: La Endoluminal Loco-Regional Resection tramite Microchirurgia Endoscopica Transanale (ELRR by TEM) può rappresentare in pazienti selezionati con tumore del retto un'opzione alternativa alla Total Mesorectal Excision Laparoscopica (LTME). La valutazione della Qualità di Vita (QoL) è un importante parametro delle sequelae funzionali. In un precedente lavoro, gli Autori hanno riportato i risultati a breve e medio termine della QoL in pazienti sottoposti a ELRR by TEM vs LTME. L'obiettivo di quest'analisi retrospettiva di dati raccolti prospetticamente è di valutare la QoL a 3 anni in pazienti con tumore del retto iT2-T3 N0/+ alla presentazione sottoposti a ELRR by TEM o LTME dopo radio-chemioterapia neoadiuvante (n-ChRT).

Metodi: In questo studio sono stati arruolati 39 pazienti affetti da tumore del retto iT2-iT3 sottoposti a ELRR by TEM (19) o a LTME (20), in base a criteri predefiniti. La QoL è stata valutata tramite i questionari EORTC QLQ-C30 e QLQ-CR38 al momento dell'arruolamento, dopo n-ChRT, a 1, 6, 12 e 36 mesi dall'intervento.

Risultati: Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative in termini di QoL tra i due gruppi sia all'arruolamento che dopo n-ChRT.

Nel breve termine (1-6 mesi), sono stati osservati migliori risultati nel gruppo ELRR tramite il QLQ-C30 per le voci Global Health Status ($p=0.03$), Physical Functioning ($p=0.026$), Role Functioning ($p=0.04$), Emotional Functioning ($p=0.04$), Cognitive Functioning, Fatigue ($p\leq 0.05$); e tramite il QLQ-CR38 per le voci Body Image ($p=0.03$) and Defecation ($p=0.025$).

Ad un anno tramite il QLQ-C30 i due gruppi risultavano omogenei, mentre il QLQ-CR38 ancora mostrava migliori risultati nel gruppo ELRR per le voci Body Image ($p=0.006$), Defecation Problems ($p=0.01$), and Weight Loss ($p=0.005$).

A 3 anni non erano più evidenzabili differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Conclusioni: I risultati a 3 anni dei test sulla QoL, in pazienti selezionati con tumore del retto sottoposti a ELRR by TEM o LTME, non mostrano le differenze rilevate nello studio condotto ad 1 anno.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

LONG-TERM FOLLOW UP OF RECTAL CANCERS TREATED WITH TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY

M. Ortenzi¹, R. Ghiselli¹, S. Mancini¹, A. Emmanuel², A. Hajj², M. Guerrieri¹

¹ Università Politecnica delle Marche, Ancona

² King's College Hospital, Londra (REGNO UNITO)

Aims: The possibility to offer an organ-preserving strategy to selected cases of rectal cancer has been an appealing alternative since the introduction of Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM). The accurate selection of patients before surgery plays a key role in this setting. However, the appropriate use of TEM for rectal cancer is still highly debated. This study analysed a single-center experience with TEM for rectal cancer.

Methods: A series of patients undergoing TEM in a single centre was retrospectively reviewed. They were divided into two groups according to the administration of neoadjuvant therapy or not. Patient undergone to palliative resection and un-fit for radical surgery were excluded. Differences were analyzed with the Fisher's exact test for categorical variables, and the Mann-Whitney test or continuous variables. Univariate/multivariate analysis were used to estimate the risk of local, systemic and overall recurrence. The overall survival was estimated either by the Kaplan-Meier method or the Cox model.

Results: A total of 536 patients, from 1992 to 2017 were included (270 not irradiated and 266 irradiated). Negative pathological margins were obtained in 98.3%. Mean length of stay was 3 ± 4.4 days. The minor complication rate was 12.3% (n = 66), and was statistically different between the two groups (p=0.08). Final pathology revealed: pT1 (173), pT2 (58), pT3 (16), ypT0 (112), ypT1 (59), ypT2 (89), ypT3 (29). Sixty-four patients (11.9%) underwent radical resection after TEM due to poor histological features (p=0.08). Mean follow-up was 7.2 ± 7.3 years.

Mean time to recurrence was 2.3 ± 1.5 years. Dehiscence was positively related to local recurrence (OR 2.71, p=0.035). The 5-year disease-specific survival rate was 94.13 % (95% CI, 91.7 %– 95.8%), and overall survival rate was 83.7 % (95% CI, 79.8%–86.3%).

Conclusions: If a proper patient selection is done before surgery, TEM can provide comparable oncologic outcomes to radical resection. Our results arouse the question if current indication of TEM could be extended to obtain a curative excision of more advanced rectal cancers.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

CHIRURGIA CONSERVATIVA DEL RETTO SOTTOPOSTO A CHEMIORADIOTERAPIA NEOADIUVANTE PERSONALIZZATA: ESPERIENZA PRELIMINARE

D. De Giorgi¹, O. Poti², S. Mancarella², M.M. Galante³, T. Lisco¹, G. Sciannamea¹, G. Mottillo¹, R. Ianni¹, C. Marra¹

¹ Ospedale San Giuseppe da Copertino, ASL Lecce, Copertino (LE)

² Ospedale Santa Caterina Novella, ASL Lecce, Galatina (LE)

³ Ospedale Vito Fazzi, ASL Lecce, Lecce

Background: La chirurgia conservativa del retto sottoposto a chemioradioterapia neoadiuvante rappresenta una grande sfida che si realizza attraverso la valutazione dei marcatori predittivi di risposta e di tossicità ai farmaci usati, alla possibilità di una corretto restaging post-terapia ed ad una chirurgia orientata al risparmio della funzione d'organo.

Materiali e metodi: Abbiamo arruolato dal 2016: 20 pazienti con tumore di retto localmente avanzato (T3-T4a, ogni N) trattato con radioterapia preoperatoria e chemioterapia a base di fluoropirimidine previa determinazione dei polimorfismi genetici di MTHFR, DPYD, TSER, VNTR. I marcatori genetici sono stati correlati alla tossicità del trattamento (chemioterapia e radio-chemioterapia) e alla risposta clinica. La ristadiazione è stata eseguita in tutti i pazienti con TC addome e con rettoscopia. Solo nei casi che indirizzavano per una risposta clinica potenzialmente completa è stata eseguita una RMN pelvi. Tutti i pazienti hanno avuto un trattamento chirurgico resettivo con resezione laparoscopica di retto o con approccio esclusivamente transanale (TEM) per la definizione istologica.

Risultati: Le caratteristiche dei pazienti sono state: maschi 15, femmine 5, età media 68 anni, ECOG PS 01. Eventi avversi dei G3-G4 (diarrea, neutropenia, astenia, mucosite) sono stati osservati nel 60% dei pazienti con MTHFR A 1298C eterozigoti e nel 10% con MTHFR C 677t mutato omozigote. Il regime posologico della chemioterapia con delle intensificazione di dose è stato modulato su questi polimorfismi genici.

La chirurgia sul retto è stata eseguita nel periodo tra 8-16 settimane dopo la fine della chemio-radioterapia. Sono stati ottenuti 6 casi di risposta patologica completa (30% dei pz) e 14 casi di risposta patologica parziale (70 % dei pz).

La risposta patologica completa è stata ottenuta in tre pazienti con Microchirurgia endoscopica transanale (TEM) e in tre pazienti con resezione laparoscopica rettale bassa. In questi casi è stata evidentemente fallita l'identificazione preoperatoria della risposta patologica completa.

In tre casi di pz con risposta patologica parziale l'intervento è stato limitato ad una TEM transanale con radicalità R0 (per stadio ypT1 o età avanzata del pz).

Conclusioni: Nel tumore di retto localmente avanzato la valutazione concomitante di polimorfismi genetici di MTHFR e DPYD promette di prevedere una grave tossicità durante l'approccio chemio-radioterapico nel periodo preoperatorio, questo si traduce in un una migliore risposta patologica nei pazienti, con conseguente possibilità di eseguire interventi transanali conservativi. È evidente la difficoltà, nella nostra esperienza, nell'identificare correttamente la risposta patologica completa nel restaging, infatti in tal caso avremmo potuto avere un approccio conservativo efficace sul 45% dei pazienti trattati.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

POOLED ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR RECURRENCE AFTER NEOADJUVANT RADIOTHERAPY AND LOCAL EXCISION OF RECTAL CANCER: THE PARTTLE STUDY

G. Lo Secco, A. Arezzo

Università degli Studi di Torino

Background: An organ-preserving strategy may be a valid alternative in the treatment of selected patients with rectal cancer after neoadjuvant radiotherapy. Preoperative assessment of the risk for tumor recurrence is a key component of surgical planning.

Method: The aim of the PARTTLE study was to increase the current knowledge on the risk factors for tumor recurrence. Prospective series of patients undergoing neoadjuvant radiotherapy followed by transanal local excision for rectal cancer were reviewed. Three independent series of univariate/multivariate binary logistic regression models were estimated for the risk of local, systemic and overall recurrence, respectively.

Results: Seven centers provided individual data on 517 patients. The multivariate analysis showed higher local and overall recurrences for ypT3 stage (OR 4.79, $p < 0.001$ and OR 6.43, $p < 0.001$), tumor size after radiotherapy > 10 mm (OR 5.86, $p < 0.001$ and OR 3.14, $p < 0.001$), and lack of combined chemotherapy (OR 3.68, $p < 0.001$ and OR 2.09, $p = 0.024$), while ypT3 was the only factor correlated with systemic recurrence (OR 5.93, $p < 0.001$). The analysis of survival curves shows that the overall survival correlates with ypT and not with cT.

Conclusion: Local excision should be offered with caution after neoadjuvant chemoradiotherapy to selected patients with rectal cancers, who achieved a good response to neoadjuvant chemoradiotherapy.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TAMIS AND BEYOND: RECTOVAGINAL FISTULA REPAIRING

E. Bertocchi, G. Barugola, G. Ruffo

UOC Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar (VR)

Aim: Recto-vaginal fistula (RVF) is a pathological epithelialized connection between the vagina and the rectum. Causes of RVF include obstetric trauma, Crohn disease, pelvic irradiation, primitive rectal or gynecological tumors and post-surgical complications. The treatment of RVF is great challenge to surgeons because the incidence of RVF is low and there is no high evidence for the best surgical approach to this disease.

We report the surgical repair of low RVF using Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS).

Materials and methods: We report a step-by-step presentation of the surgical procedure using a video.

From September 2017 to January 2018 we treated three patients with post-surgical RVF using TAMIS approach. All patients underwent as first surgery laparoscopic rectal resection for deep infiltrating endometriosis. During the post-operative course an anastomotic leakage occurred. One patient maintained the loop-ileostomy; two patients underwent redosurgery and an end-colostomy was performed. In these two patients, the fistula was between the rectal stump and the vagina.

Results: Median age was 36 years (range 30 – 48 years). The mean operative time was 220 minutes and the hospital stay was 5 days. In this video, we described the step-by-step TAMIS rectal resection starting from perineal step that allows a closed rectal dissection modulated on direct view of the RVF. All women had an uneventful post-operative course. No recurrence of RVF and no functional sequelae were reported at 6 months' follow-up.

Conclusions: The use of TAMIS allows some rational principles:

- in patients with hostile pelvis due to previous complicated surgery, TAMIS offers a "virgin" down to - up surgical field
- the double-pursestring colorectal anastomosis performed at a different level from the vaginal fistula.

We present this new technique for treating RVF with TAMIS approach.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION (TATME): SINGLE CENTRE EARLY EXPERIENCE IN A SELECTED POPULATION

M. De Rosa¹, F. Rondelli¹, F. Ermili¹, V. Ferraro², G. Maringola³, L. Mariani¹, G. Ceccarelli¹

¹ Ospedale San Giovanni Battista - Dipt. Chirurgia Generale e Robotica, Foligno

² Università degli Studi di Bari Aldo Moro - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipt Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Bari

³ Università degli Studi di Perugia - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Perugia

Introduction: Total mesorectal excision (TME) represents the key principle in surgical treatment of rectal cancer. Transanal mesorectal excision was introduced as a complement of conventional surgery to overcome its technical difficulties. The aim of this study was to evaluate the early surgical results following the introduction of this novel technique at our Unit.

Materials and methods: Between May 2014 and January 2016, 12 patients affected by mid-low rectal adenocarcinoma were enrolled for this study and evaluated in regard to demography, histopathology, peri-operative data and postoperative complications.

Results: Tumor was located in the middle rectum in 6 patients (50%), in the lower rectum in 6 patients (50%). Mean operative time was 356.5 ± 76.2 minutes (range 240-494). Eleven out 12 patients (91.6%) had less than 200 mL of intraoperative blood loss. Mean hospital was 10.9 ± 4.6 days (range 5-19). No mortality was recorded. Intraoperative complications were recorded in 1, while early post-operative complications (< 30 days) were observed in 5 patients (41,6%). Histopathology showed in all cases an intact mesorectum. Mean number of lymphnodes harvested was 13.6 ± 6.6 (range 4-29). Distal and circumferential margin was respectively of 20.8 ± 14.2 mm (range: 2-45 mm) and $16.1 \pm 7,6$ mm (range: 3-30 mm). The comparative analysis showed significative differences concerning mean operative time ($p = 0.0473$) and exstimated blood loss ($p = 0.0367$).

Conclusions: This study confirms this technique is safe and feasible, but more evidence to support it over conventional laparoscopic surgery are needed.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

RAPPORTO NEUTROFILI-LINFOCITI COME INDICE DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO IN PAZIENTI AFFETTI DA CANCRO COLO-RETTALE

G. Turri, C. Pedrazzani, E. Marangoni, C. Conti, E. Lazzarini, G. Mantovani, M. Tripepi, M. Rivelli, T. Campagnaro, A. Guglielmi

Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare, AOUI Verona, Università di Verona

Obiettivi: Il cancro del colon retto (CCR) rappresenta uno dei più frequenti tumori, e nonostante i progressi nella tecnica chirurgica e le nuove linee di chemioterapia rimane una causa importante di morte per cancro. Risulta quindi fondamentale l'identificazione di marker facilmente dosabili che permettano una diagnosi precoce e il riconoscimento di pazienti a rischio di prognosi infausta. Negli ultimi anni si è investigato il ruolo dell'immunità e dell'infiammazione nello sviluppo del CCR e delle sue metastasi. Il rapporto neutrofili-linfociti (NLR) è stato suggerito come un marker della risposta immunitaria, e in alcune neoplasie sembra avere un ruolo prognostico. L'obiettivo primario dello studio è di valutare il ruolo prognostico di NLR nel CCR, e la sua correlazione con le caratteristiche clinico-patologiche. L'obiettivo secondario è la valutazione del suo possibile uso diagnostico.

Materiali e metodi: Sono stati inclusi i pazienti sottoposti a chirurgia per CCR presso la nostra UOC da gennaio 2005 a dicembre 2016 (1346). Sono stati esclusi i pazienti per i quali non erano disponibili dati di NLR alla diagnosi (97) o dati istopatologici (7), pazienti operati in urgenza (54), sottoposti a chemio o radioterapia neoadiuvante (167) e con una neoplasia non adenocarcinomatosa (10). Quando disponibili (204), sono stati analizzati per gli stessi pazienti valori di NLR di almeno due anni prima rispetto alla diagnosi di CCR. Il valore di NLR dei pazienti inclusi è stato confrontato con quello di controlli sani (per i quali erano disponibili 4 emocromi annuali). Attraverso la valutazione della letteratura e all'analisi delle curve ROC e di sopravvivenza, il valore di cut-off ottimale per NLR è stato identificato essere 3,5.

Risultati: 1011 pazienti sono stati inclusi nell'analisi. Valori elevati di NLR ($H-NLR > 3,5$) correlano con età avanzata, pT avanzato, malattia metastatica, e stadio TNM avanzato ($p < 0.001$ per tutte le variabili). Non sono state riscontrate differenze significative in base al sesso, alla localizzazione del tumore e al pN. Analizzando la sopravvivenza, H-NLR si è dimostrato essere un fattore prognostico negativo, sia per la sopravvivenza a 5 anni globale che cancro-correlata ($p < 0.001$). All'analisi multivariata, considerando sia la totalità dei pazienti che solo quelli sottoposti a resezione R0, il valore di NLR è risultato correlare solo con la sopravvivenza globale ($p = 0.017$ e 0.018). Infine, il valore di NLR alla diagnosi di CCR risultava significativamente diverso rispetto a quello pre-diagnosi e a quello dei controlli sani ($p < 0.001$), suggerendo un suo possibile uso diagnostico.

Conclusioni: H-NLR risulta essere un fattore prognostico negativo nei pazienti sottoposti a chirurgia per CCR ($p < 0.001$), malgrado all'analisi multivariata non si sia dimostrata la sua correlazione con la mortalità cancro-correlata. Sebbene siano necessari ulteriori studi per confermare il risultato, NLR potrebbe avere un ruolo anche come fattore diagnostico.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

LA STRANA COPPIA: LAPAROSCOPIA COME STRUMENTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO. RARA PRESENTAZIONE DI FEOCROMOCITOMA EXTRASURRENALICO E ADENOCARCINOMA RETTALE

E. Soligo, M. Scansetti, S. Ghisio, C. De Rosa, D. Scerrati, S. Testa

Policlinico S. Andrea, Vercelli

Obiettivi: Fattibilità della laparoscopia quale approccio standardizzato nel trattamento di neoplasia rettale con fistola subclinica di origine iatrogena ed indispensabile strumento diagnostico – terapeutico “one time” nel riscontro strumentale di incidentaloma extrasurrenalico sincro.

Materiali e metodi: Stadiazione della neoplasia rettale alla presentazione clinica con ematochezia. Alla colonscopia veniva riscontrata lesione del retto medio, friabile e substenosante, cui faceva seguito fistola subclinica iatrogena (in esiti di biopsia endoscopica). La TC con MDC dimostrava oltre alla presenza di inspessimento parietocolico localizzato al retto medio, di una formazione ascessuale pararettale. Riscontro inoltre di formazione retroperitoneale interaortocavale di 64x50 mm di diametro, con aspetto tomodensitometrico necrotico-colliquativo, senza sicuro piano di clivaggio con il duodeno. EGDS priva di rilievi patologici. Il GIC esprimeva, per la presenza della formazione ascessuale, parere negativo a trattamento radiochemioterapico neoadiuvante con indicazione all'intervento chirurgico. L'intervento chirurgico, eseguito interamente con approccio laparoscopico, è stato una resezione anteriore ultrabassa rettale con anastomosi secondo Knight – Griffen ed ileostomia di protezione, ed ha consentito inoltre di poter esprimere la natura della lesione incidentale, con un istologico intraoperatorio deponente per neoplasia indifferenziata neuroendocrina. Nonostante la delicata posizione retroperitoneale veniva asportata in toto.

Risultati: Lesione inter aortocavale: feocromocitoma extrasurrenalico, R0. Lesione rettale: adenocarcinoma colico di tipo NAS G1, stadiazione pTMN pT2 N0 con 26 linfonodi asportati, R0. Canalizzazione della paziente dall'ileostomia in III P.O., dimissione in VII P.O.

Conclusioni: Ad oggi risulta rara la presentazione di feocromocitomi di origine extrasurrenale in paziente asintomatica dal punto di vista endocrinologico. Il riscontro di incidentalomi extrasurrenalici retroperitoneali rappresenta una difficile sfida dal punto di vista diagnostico differenziale. L'approccio laparoscopico ha consentito di eseguire in un unico tempo una resezione rettale anteriore difficile per la presenza della formazione ascessuale ed ha permesso di stabilire diagnosi e successiva terapia della lesione retroperitoneale, dimostrandosi doppiamente efficace in chirurgia oncologica ormai come tecnica standardizzata e come valido strumento diagnostico - esplorativo.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TOTAL PELVIC EXENTERATION FOR COLORECTAL CARCINOMA

A. Rizzuto^{1,2}, J. Göh³, S. Merke³, W. Hohenberger³

¹ Università Magna Graecia, Catanzaro

² AO dei Colli Monaldi, Napoli

³ Department of Surgery University Hospital Erlangen, Erlangen (GERMANIA)

Background: The only possibility of curative surgery in T4 colorectal carcinoma or recurrent disease with infiltration of adjacent organs is the en bloc resection of these invaded structures to achieve a clear surgical margin in this extended surgery (R0). We report about our experience in our Surgical Department due to total pelvic exenteration for colorectal carcinoma an recurrent disease between 1995 and 2011.

Methods: Fifty-five patients who were treated with pelvic exenteration either for primary rectal cancer (n= 32) or for locally recurrent rectal cancer (n=23) were identified by a prospective database. This includes general epidemiologic data, clinical findings, surgical treatment and multimodal therapy, histopathological examination and follow-up data. In addition postoperative complications were classified.

In primary and recurrent disease neoadjuvant treatment was performed in nearly all patients before the surgical procedure of total pelvic exenteration.

Results: The most performed operations were respectively abdominoperineal excision (n= 16) for primary rectal cancer and total pelvic exenteration (n=13) in case of recurrent disease. The most commonly resected organs en bloc with the Urinary Bladder were the prostate and the seminal vesicles for males and, the uterus ' adnexa for female.

The ileal conduit (n=26) and the ileocecal pouch (n=14) have been the most common forms of urinary diversion.

An R0 margins was achieved in 23 (72.0 %) patients with primary tumor and in 12 (52.0 %) with recurrent rectal cancer. R1/ R2 resections were possible respectively in six (19.0 %) and three (9.0 %) patients with primary rectal cancer and five (22.0 %) and six (26.0 %) patients with locally recurrent disease.

A complete tumor regression was observed in two patients with recurrent disease.

Morbidity rates were not significantly different between patients with primary and recurrent rectal cancer (34.0 % vs. 35.0 %) and surgical complications are included. In total five patients with primary tumor (16.0 %) and two with recurrent disease (9.0 %) required reoperation for post-operative complications.

The in-hospital mortality rate was for primary tumor 6.0 % (2 of 32).

Median follow-up time was 34 months versus 30 months.

The 5- years survival was 64.0 % (n=23) for primary disease and 32.0 per cent for recurrent rectal cancer.

Conclusion: Total pelvic exenteration offers cure (R0 resections) with five years survival in about 64.0 %t. In recurrent disease R0 resections are achieved with a total pelvic exenteration procedure in 12 per cent and survival decrease (32.0 %) significantly compared with primary tumor disease.

Post-operative complications and mortality rates are acceptable. We recommend a neoadjuvant chemo irradiation for all patients with T4 tumor or recurrent disease.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:30**
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

LA CHIRURGIA DEL RETTO DALL'APPROCCIO OPEN ALLE NUOVE TECNICHE MINI-INVASIVE, PASSANDO ATTRAVERSO LA FLUORESCENCE-IMAGE GUIDED SURGERY E LA VIRTUAL REALITY

S. Alfieri, G. Quero, F. Rosa, D. Di Miceli, A.P. Tortorelli, V. Papa, C. Cina, R. Menghi, C. Fiorillo, F. Longo, G.B. Doglietto

Chirurgia Digestiva, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: La chirurgia mini-invasiva ha portato significativi progressi nel trattamento di patologie complesse come le neoplasie rettali. Inoltre, la più recente introduzione di tecniche diagnostiche pre- e intra-procedurali, come la fluorescenza e la virtual reality, hanno in modo rilevante contribuito ad ottimizzare la precisione in chirurgia, allo scopo di ridurre al minimo le complicanze e facilitare le procedure chirurgiche. Scopo di tale studio è presentare lo stato dell'arte della chirurgia rettale focalizzandosi sulla sua evoluzione e sulle tecniche diagnostiche intraoperatorie.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione della letteratura, includente le casiste maggiori e studi clinici randomizzati di confronto tra la chirurgia open e mini-invasiva, oltre che studi inerenti l'applicazione di nuove tecnologie alla chirurgia del retto.

Risultati: Nonostante l'iniziale scetticismo, la chirurgia laparoscopica ha mostrato particolari vantaggi in termini di outcomes peri-operatori con simili risultati di radicalità oncologica rispetto all'approccio open. Tuttavia, la più recente pubblicazione dei trial ALaCART e ACOSOG non hanno mostrato la non-inferiorità dell'approccio laparoscopico, mettendo in dubbio l'applicabilità di tale tecnica mini-invasiva. Tali limitazioni sono state prevalentemente ricondotte alla scarsa ergonomia degli strumenti rigidi, alla visione 2D ed all'impegnativa curva di apprendimento. L'introduzione della tecnologia robotica è stata finalizzata al superamento di tali ostacoli grazie alla magnificazione dell'immagine, la visione 3D, i sette gradi di movimento e la maggiore ergonomia. Nonostante gli iniziali eccellenti risultati, la recente pubblicazione del ROLARR trial non ha evidenziato alcuna superiorità della piattaforma robotica sulla laparoscopia. Tuttavia, rilevanti biases relati a tali studi clinici randomizzati limitano significativamente l'affidabilità dei risultati.

Concordanza in letteratura è stata invece riscontrata sui benefici derivanti dalle tecniche diagnostiche intra-operatorie, introducendo il concetto di precision in surgery. La fluorescenza-image guided surgery ha mostrato benefici nella riduzione delle deiscenze anastomotiche, grazie anche alla più recente introduzione di software che permettono di quantificare oggettivamente l'intensità del segnale. Allo stesso modo, l'applicazione della virtual reality ha influito positivamente sul planning preoperatorio, correlando con una riduzione dell'incidenza di complicanze intra-operatorie.

Conclusioni: L'avanzamento tecnologico e la sua applicazione alla chirurgia ha portato a notevoli avanzamenti nel trattamento chirurgico dei tumori del retto. Sia l'approccio laparoscopico che robotico possono definirsi come valide alternative all'approccio open. A completamento, l'introduzione della fluorescenza e della virtual reality hanno contribuito in modo rilevante a garantire una maggiore precisione sia nel planning che nell'esecuzione degli interventi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

APPROCCIO OPEN VS MINI-INVASIVO NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI DEL RETTO: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO SU 237 PAZIENTI CONSECUTIVI E PROPENSITY-SCORE MATCHING ANALYSIS

S. Alfieri, G. Quero, F. Rosa, D. Di Miceli, A.P. Tortorelli, V. Papa, C. Cina, R. Menghi, C. Fiorillo, F. Longo, G.B. Doglietto

Chirurgia Digestiva, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: L'approccio mini-invasivo (MIS) ha riscontrato una sempre maggiore diffusione nel trattamento delle neoplasie rettali. Tuttavia, particolare dibattito è presente in letteratura sulla sua appropriatezza in termini di short- and long-term outcomes in confronto al tradizionale approccio open. Scopo di tale studio è comparare in risultati a breve e lungo termine tra la tecnica open e MIS nel trattamento dei tumori del retto.

Materiali e metodi: Duecento trentasette pazienti sottoposti a resezione rettale per adenocarcinoma presso l'Unità Operativa di Chirurgia Digestiva della Fondazione Policlinico "A.Gemelli" tra Gennaio 2013 e Gennaio 2017 sono stati inclusi nello studio: 113 open e 124 MIS (61 con approccio laparoscopico e 63 con approccio robotico). Al fine di ridurre i biases relati alla popolazione, una propensity score matching analysis (PS) è stata inoltre eseguita sulla base dei seguenti parametri: ASA score, stadio cTNM e distanza del tumore dal margine anale, ottenendo 42 pazienti nel gruppo open e 42 nel gruppo MIS. Un'analisi degli short-term outcomes, delle caratteristiche istopatologiche, della prognosi a lungo termine è stata eseguita prima e dopo PS. Ulteriore comparazione è stata condotta per gli stessi parametri per il gruppo laparoscopico e robotico.

Risultati: Considerando la popolazione totale, una procedura sphincter preserving è stata più frequentemente eseguita nel gruppo MIS (110vs75 cases; $p < 0.0001$), con una perdita ematica intraoperatoria significativamente minore nel gruppo mini-invasivo rispetto all'approccio open (127(92)vs242(122)mL; $p < 0.0001$). A tal merito, particolare vantaggio è stato evidenziato con l'approccio robotico rispetto al laparoscopico (113(87)vs147(93)mL rispettivamente; $p:0.01$). Il tasso di complicanze post-operatorio è stato simile tra i due gruppi ($p:0.08$). All'analisi istopatologica, l'approccio open ha correlate con una maggiore incidenza di positività del margine circonfenziale (12.4%vs1.7%; $p:0.004$), mentre un maggior numero di linfonodi è stato riscontrato con approccio mini-invasivo (12.5(6.4)vs11(5.6); $p:0.04$).

Dopo PS, non è stata evidenziata alcuna differenza in termini di outcomes peri-operatori ed istopatologici, a sola eccezione di una maggiore perdita ematica intra-operatoria nel gruppo open (242(122)vs127(92)mL; $p < 0.0001$). Allo stesso modo, similari risultati sono stati ottenuti dall'analisi di overall e disease-free survival a 5 anni tra le due tecniche utilizzate ($p:0.50$ and 0.88 , rispettivamente).

Conclusioni: Alla luce dei risultati ottenuti, l'approccio mini-invasivo per il trattamento dei tumori del retto può essere considerato una valida ed efficace alternativa all'approccio open, specialmente se eseguito in centri ad alto volume. Ulteriore conferma è stata riscontrata dalla PS analysis con evidenza di significativi vantaggi in termini di perdite ematiche intraoperatorie e sovrapponibili risultati oncologici a lungo termine in confronto alla tecnica open.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

PLATLET-TO-LYMPHOCYTE RATIO AND NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO ARE NOT PROGNOSTIC BIOMARKERS IN RECTAL CANCER PATIENTS WITH CURATIVE RESECTION

G. Portale¹, F. Cavallin², A. Valdegamberi¹, F. Frigo¹, V. Ficon¹

¹ ULSS 6 Euganea, Cittadella

² Independent statistician, Solagna

Background: Actual predictors of survival and recurrence for rectal cancer patients undergoing curative resection mostly come from pathological data of surgical specimen. Recently, novel blood biomarkers have been proposed as useful tools in cancer patient management, but few and conflicting data have been reported in rectal cancer. We evaluated the prognostic relevance of preoperative platelet-to-lymphocyte (P/L) ratio and neutrophil-to-lymphocyte (N/L) ratio on survival and recurrence in patients undergoing laparoscopic curative resection for rectal cancer.

Methods: All consecutive patients who referred for primary rectal disease to the Department of General Surgery in Cittadella (Italy) from June 2005 to September 2015 were retrospectively evaluated. Patients with metastatic disease at surgery were excluded. P/L and N/L ratios were calculated. For patients undergoing neoadjuvant chemo-radiotherapy, pre-treatment data were considered. Follow-up data were updated at December 2016.

Results: 152 patients were included in the study, 49 (32%) received neoadjuvant chemo-radiotherapy. Both P/L and N/L ratios showed poor discriminative performance on 5-year OS and DFS. Time-dependent ROC curves showed no improvements in discriminative performance of P/L and N/L ratios when considering different time endpoints. Multivariable analysis identified CEA - rather than P/L or N/L ratios - as independent predictor of OS and DFS, adjusting for age, tumor stage and post-operative morbidity.

Conclusion: Neither P/L nor N/L ratios were associated with survival after rectal cancer surgery. Further studies on large series might provide insights on the role of these inexpensive blood biomarkers in rectal cancer.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TECHNICAL ADVANCES IN COLORECTAL LAPAROSCOPIC SURGERY

D. Apa, D. Spoletini, U. Passaro, G. Lisi, M. Carlini

Ospedale S. Eugenio, ASL Roma 2, Roma

Background: The clinical relevance of technical innovations in minimally invasive surgery is often unclear due to continuous evolution of devices. Three elements have had a significant impact on progress of colo-rectal laparoscopic surgery: 1) Energy based devices, 2) Mechanical Staplers 3) New imaging and vision Systems.

1) Currently, many new energy-delivery devices are available to reduce surgical time and minimize blood loss, with less morbidity and hospitalization. Electrothermal bipolar vessel sealer LigaSure® applies electrical power to the tissue with high frequency and low voltage, which results in elastin and collagen denaturation and rearrangement that seal blood vessels up to 5-7 mm in diameter.

2) Already a review of the Cochrane library that included 1125 ileocolic participants, had demonstrated that stapled anastomosis is associated with significantly fewer leaks compared with hand-sewn in the right hemicolectomy. Automatic mechanical staplers have further simplified laparoscopic performance.

3) New 3D laparoscopic system process image more quickly, and surgeons can get space depth feeling like open surgery only with a pair of glasses. A recent case-matched study of 3D vs 2D laparoscopic resection of rectal cancer reported significantly less surgery time of 3D technology. Intraoperative ICG angiography can be used to reveal the tissue-perfusion status during 3D surgery and to eventually changing resection/anastomotic level.

Aim of this study is to highlight the contribution of the use of new technologies in laparoscopic colorectal surgery.

Materials and methods: 1) A retrospective, observational study involving 759 patients (2008-17) undergoing laparoscopic colo-rectal surgery using LigaSure® to closed and divided major colonic vessels, is in press.

2) Moreover, from our series of 240 right hemicolectomies, we have selected 118 consecutive cases (2015-17): 47 patients with (EA) extracorporeal anastomoses and 71 with (IA) intracorporeal anastomoses.

3) Since 2016 all laparoscopic interventions have been performed with 3D technology.

Results: 1) We reported a optimal mean operative time (123+/- 36.3 min), a minimal intraoperative blood loss (mean 37.5 +/- 18.4 ml) and a low rate of anastomotic leak (4%).

2) Totally laparoscopic right hemicolectomy with automatic mechanical stapler was associated with a minor operative time, hospitalization quickest and reduced morbidity in term of anastomotic leakage (Clavien –Dindo III 4.25% EA vs 1,4 % IA p <0.05) compared to EA.

3) Operative time of the rectal resection were shorter with the 3 D system vs D2 in the last 2 years (152,2 +/- 17.5 vs 172.6 +/- 12.3 min p < 0.05).

Conclusions: Technology has radically changed surgery, her directions, its technical expressions and evolution, in respect of progress. Surgical outcome is influenced not only by patient-specific factors and operative expertise of the surgeon, but also from the constantly evolving technology.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:30**
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

THE CURRENT STATE OF COLORECTAL SURGICAL TRAINING IN ITALY: A SURVEY OF THE YOUNG GROUP OF THE ITALIAN SOCIETY OF COLORECTAL SURGERY (Y-SICCR)

G. Pellino^{1,2,10}, E. Moggia^{3,10}, E. Novelli⁴, D. Altomare⁵, K. Matzel⁶, J. Nicholls⁷, M. Trompetto⁸, G. Gallo^{8,9,10}

¹ Università della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

² Colorectal Surgery Unit, Hospital Universitario y Politecnico la Fe, Valencia (SPAGNA)

³ Department of General Surgery, ASL Alessandria, SS Antonio & Margherita Civil Hospital, Tortona

⁴ Department of Biostatistics and Clinical Research, S. Gaudenzio Clinic, Novara

⁵ University 'Aldo Moro' of Bari

⁶ Department of Visceral Surgery, University of Erlangen, Erlangen (GERMANIA)

⁷ Department of Surgery and Cancer, Imperial College, Londra (REGNO UNITO)

⁸ Department of Colorectal Surgery, S. Rita Clinic, Vercelli

⁹ Department of Medical and Surgical Sciences, University of Catanzaro

¹⁰ Y-SICCR, Torino

Aims: Y-SICCR aimed to investigate satisfaction and perceived quality of training in colorectal surgery(CS) among Italian young surgeons.

Materials and method: An online survey was circulated via Social Media among Italian trainees and surgeons who had recently obtained general surgery specialisation. The open method of circulation made it impossible to determine the size of the entire population receiving the questionnaire and response rate. Nevertheless, the data were regarded to be of importance given the present state of surgical training in Italy.

Results: Answers were received from 122 surgeons. Only 38% of respondents received formal program of training yearly. Fewer than 10% performed >100 procedures for colorectal cancer over the years of training. There were differences in number of procedures performed according to gender, geographical region and year of training. By the end of training, none had operated on an adequate number (according to a standard general surgery trainee logbook) of patients with anorectal disease. More than half found their centre to be inadequate in training in inflammatory bowel disease. Eighty-six percent suggested that scientific societies should be involved in training. Half(51%) had undertaken postgraduate programs in CS and 33% spent a period of training abroad. 87% found remote training useful. Fifty-five percent were interested in obtaining the EBSQ diploma in Coloproctology.

Conclusions: Italian training programs should be revised giving optimal exposure of trainees to colorectal and anal pathology. Societies need to cooperate to ensure that training maintains the standards of other European Nations and is offered to all trainees at a consistent level.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TIMING TO MINIMALLY INVASIVE SURGERY AFTER NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY FOR RECTAL CANCER: A MULTICENTER RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL TIMISNAR

I. Monsellato¹, F. Priora¹, G. Pernazza², G. Ruffo³, F. Alongi³, O. Goletti⁴, M. Motta⁴, G. Spinoglio⁵, R. Biffi⁵, A. Coratti⁶, F. Perna⁶, L. Boni⁷, D. Ribero⁸, P. Delrio⁹, D. Rega⁹, R. Rosati¹⁰, U. Elmore¹⁰, E. Morpurgo^{11,12}, M. Scaramuzzi¹³, M. De Palma¹⁴

¹ AON SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria

² Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Roma

³ Istituto Sacro Cuore Don Calabria, Negrar (VR)

⁴ Humanitas Gavazzeni, Bergamo

⁵ IEO Istituto Europeo di Oncologia, Milano

⁶ Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

⁷ Ospedale Maggiore Policlinico, Fondazione IRCCS Ca Granda, Milano

⁸ Istituto di Candiolo IRCCS, Candiolo (TO)

⁹ Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale, Napoli

¹⁰ Ospedale San Raffaele IRCCS, Milano

¹¹ Ospedale di Camposampiero, Camposampiero (PD)

¹² Ospedale Sant Antonio, Padova

¹³ Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

¹⁴ AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

Background: È ormai noto che il trattamento radiochemioterapico (RCT) neoadiuvante permetta una significativa riduzione del rischio di recidive locali del cancro del retto, quando è seguito dalla TME (total mesorectal excision). L'impiego di un trattamento RCT ha migliorato il controllo locale del 20-30%

L'intervallo di tempo ottimale tra la chirurgia ed il trattamento neoadiuvante, tuttavia, è ancora oggetto di dibattito. Sulla base di studi retrospettivi che hanno dimostrato come la regressione tumorale dopo RCT possa essere lenta e quindi svilupparsi nell'arco di più tempo, recentemente alcuni studi hanno dimostrato un aumento della percentuale della risposta patologica completa (pCR) correlato ad un maggior intervallo di tempo fra trattamento neoadiuvante e chirurgia.

Tutte queste esperienze presentano tuttavia importanti biases: assenza di randomizzazione, scelta personale del chirurgo del timing dopo neoadiuvante e disomogeneità dei criteri di selezione dei pazienti in relazione allo stadio di malattia, alla modalità di esecuzione del trattamento neoadiuvante e alla valutazione della risposta.

Obiettivo: Scopo dello studio è quello di dimostrare se l'intervallo di tempo più lungo possa influenzare la risposta patologica completa e l'outcome oncologico.

Materiali e metodi: Il TiMiSNAR è un trial multicentrico prospettico randomizzato controllato a gruppi paralleli che confronta l'intervallo standard vs un intervallo ritardato di 4 settimane dopo trattamento neoadiuvante per la chirurgia nel trattamento curativo del cancro del retto. Verranno arruolati 332 pazienti equamente divisi in due bracci che saranno sottoposti a chirurgia dopo 8 vs 12 settimane dal trattamento radiochemioterapico. L'intervallo di arruolamento sarà di 5 anni ed il follow-up finirà 5 anni dopo che l'ultimo paziente sarà incluso nello studio.

End points: L'end-point primario del trial è la percentuale di risposta patologica completa, secondo la definizione TRG di Dworak, successivamente modificata da Mandard.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

Risultati: Tutti i risultati clinici e funzionali verranno trattati secondo il metodo "Intention to treat".

Attualmente i Centri che hanno potenzialmente aderito al Trial con protocollo in fase di valutazione e accettazione da parte dei rispettivi CE locali, sono i seguenti:

Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata – Roma
Istituto Sacro Cuore Don Calabria – Negrar (Vr)
Humanitas Gavazzeni – Bergamo
IEO -Istituto Europeo di Oncologia – Milano
Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi – Firenze
Ospedale Maggiore Policlinico, Fondazione IRCCS Ca' Granda – Milano
Istituto di Candiolo – IRCCS – Candiolo (TO)
Istituto Nazionale Tumori – IRCCS Fondazione G. Pascale – Napoli
Ospedale San Raffaele IRCCS – Milano
Ospedale di Camposampiero – Camposampiero (PD)
Ospedale Sant' Antonio – Padova
Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza – San Giovanni Rotondo (FG)
AORN Antonio Cardarelli – Napoli
Ospedale San Francesco - Nuoro
Centro Promotore: AON SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo – Alessandria



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TUMORI SINCRONI DEL COLON: CASI CLINICI

A. Lucia, V. D'Ambrosio, M. Andreano, U. Robustelli, S. Triggiani, A. Esposito, M. Castriconi

AORN A. Cardarelli, Napoli

Introduzione: Si definisce sincronismo neoplastico la presenza simultanea di duplici o multiple neoformazioni tumorali maligne a carico del colon-retto. In letteratura viene descritta un'incidenza compresa tra lo 0.6% e il 14%. L'incidenza dei tumori sincroni del grosso intestino però è in graduale aumento, per una maggiore carica oncogena ambientale, per l'affinamento della diagnostica radiologica ed endoscopica, per l'incremento demografico e l'allungamento della vita media. Si riporta l'esperienza di circa 3 anni del reparto di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli".

Materiali e metodi: Lo studio è stato rivolto ad analizzare i casi di neoplasia sincrona del colon trattati nel Reparto di Chirurgia d'Urgenza dell'AORN "A. Cardarelli". Di tutti i pazienti abbiamo riportato la diagnosi di ammissione, l'anamnesi familiare e personale, i sintomi clinici di presentazione, l'indicazione all'intervento chirurgico, il quadro radiologico, la sede delle neoplasie, il tipo di intervento chirurgico effettuato.

Risultati: Nell'ultimo triennio, su 240 interventi neoplastici sul colon retto, abbiamo trattato 12 casi di tumori sincroni, tra cui 7 uomini e 5 donne. L'età media era di 72 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per occlusione intestinale. L'associazione più frequente è stata tumore del colon destro- retto. Il quadro Tc in 9 casi ha individuato entrambe le lesioni, in 3 casi la diagnosi è stata effettuata in sede di intervento chirurgico. In 8 casi è stata effettuata una colectomia totale con ileostomia terminale, in 4 casi una colectomia subtotale con anastomosi ileo-retto. All'esame istologico definitivo l'associazione più frequente è stata adenocarcinoma e polipi sincroni.

Conclusioni: Dalle nostra esperienza e della letteratura internazionale si evincono due importanti problematiche riguardanti i tumori sincroni del colon retto: la difficoltà di eseguire un'accurata diagnosi, soprattutto in regime di urgenza, e la capacità di eseguire un intervento oncologicamente corretto. In urgenza infatti non sempre è possibile eseguire una colonscopia diagnostica e come dimostra la nostra esperienza, anche la TC, che ha un'elevata specificità ad individuare lesioni eteroplasiche destruenti, non sempre riesce ad individuare lesioni di piccole dimensioni.

Per questi motivi, è necessario eseguire sempre un'attenta palpazione intraoperatoria di tutto il colon alla ricerca di eventuali lesioni sincrone. La colectomia totale o subtotale, soprattutto in urgenza, rappresenta una scelta terapeutica oncologicamente corretta di fronte a lesioni sincrone del colon-retto, in quanto riduce drasticamente la possibilità di lasciare in loco un'ulteriore lesione misconosciuta e permette, ove possibile il confezionamento di un'anastomosi primaria.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

THREE-DIMENSIONAL VS TWO-DIMENSIONAL COLORECTAL RESECTIONS. A COMPARISON OF THE VISUAL WORK LOAD AND SURGICAL OUTCOMES

M. Inama, H. Impellizzeri, M. Creciun, M. Bacchion, A. Casaril, G. Moretto

Unità di Chirurgia Generale e Mininvasiva Ospedale Pederzoli, Peschiera Del Garda

Aims: Three-dimensional (3D) imaging has been introduced to enhance depth perception and facilitate operations. The clear benefit of the 3D laparoscopy has never been tested. Some concerns emerged regarding the possible negative effects over the visual system in those surgeons who performed 3D surgery every day. unknown.

The aim of this study is to evaluate the possible benefit of using the 3D technology in terms of surgical outcomes (study 1) and to evaluate the alterations over the visual system operating in 3D laparoscopy (study 2).

Materials and methods: The study is a single-center prospective observational clinical trial, divided in two sub-study with a single patients-population. Participants include patients aged 18 years old and above, eligible for colorectal resections for neoplastic or inflammatory diseases.

For each study, there is a primary endpoint:

1. Primary endpoint for Study 1: incidence of Clavien grade 3 and 4 post-surgical complications in patients undergone 3D colorectal resection;
2. Primary endpoint for Study 2: to grade the visual work load of surgeons operating with 3D screens and glasses.

At the end of each procedure (2D or 3D) the first surgeon has to fill in two different subjective questionnaire (the NASA task load index questionnaire and the Simulator Sickness questionnaire) to grade the visual sickness felt during the operation.

Results: From January 2015 to September 2017, 313 patients were enrolled in the study: 82 in the 2D group, 231 in the 3D group.

STUDY 1: Colorectal cancer was the main indication for surgery (n 235, 75.1%), followed by colonic diverticulosis, benign polyposis and inflammatory bowel diseases (IBD), respectively 43 (13.8 %), 25 (7.9 %) and 10 (3.2 %). Age, sex, ASA score are comparable between the two groups. The median operative time shows no statistically significant difference between the 3D and 2D groups (p 0.611). Less drains were positioned at the end of the 3D operations comparing with 2D procedures (p 0.013). The stapled anastomosis was the most frequent performed over other techniques. The other intra-operative findings showed no significant difference between the two study groups. The median hospitalization and the reoperation rate showed no difference between the two groups.

STUDY 2: The statistical analysis done over all 313 cases divided in 2D and 3D did not revealed significant difference of the visual work scored by the NASA TLX. Data emerging from the SSQ questionnaire revealed no case of moderate or severe symptoms in both groups.

Conclusions: 3D laparoscopic surgery has the same postoperative results of the 2D standard laparoscopy. The more frequent intra-abdominal anastomosis in the 3D group might suggest a more safeness felt by the surgeon using the new technology. No severe symptoms of visual overload emerged in both questionnaires. The NASA TLX and the SSQ questionnaire did not revealed significant difference of the visual work between 2D and 3D vision.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

HOW TO SAVE BOTH TRANSVERSE COLON AND CONTINENCE AFTER EXTENSIVE LEFT COLON SURGERY: NEW SURGICAL PROCEDURE

M. Grasso¹, A. Cimmino², A. Niglio², N. Sangiuliano², M. De Palma², A. Puziello¹

¹ Università degli Studi di Salerno - Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Salerno

² AORN A. Cardarell - AOU Chirurgia Generale 2, Napoli

Introduction: After extensive surgery of the left colon for cancer, chronic inflammatory bowel disease or abdominal trauma, it is necessary to choose among three surgical procedures: a transverse colostomy, in order to save large intestinal functions; an ileo-rectal anastomosis, when it is preferred to preserve continence; the Deloyers procedure which involves the removal of the transverse colon and the transposition of the right colon into the pelvis to create an anastomosis with the rectum.

Materials and methods: A 63 years-old male patient, underwent videolaparoscopic surgery for an adenocarcinoma of the rectum. Due to the occurrence of ischemia in the splenic flexure, we decided to perform an extended left proctocolectomy with a transverse colostomy.

One year later, the patient returned to undergo recanalization surgery. This operation, involved the use of our new procedure to restore the intestinal continuity between the transverse colon and the rectal stump by transposition of the right colon and creation of three anastomosis.

The first was a stapled side-to-side ileo-transverse anastomosis with linear cutting stapler and the bowel ends were closed using a hand-sewn technique closure, the second was a dual-layer hand-sewn end-to-end transverse-cecum anastomosis and last one was a single-layer hand sewn end-to-end right colo-rectal anastomosis.

Finally, a temporary ileostomy was performed.

Three drainages were placed.

After 6 months, the ileostomy was closed and the patient obtained a definitive recanalization.

Results: After recanalization, the patient showed normal bowel movements (2-3 per day) and soiling. During two weeks after hospital discharge, he progressively restored continence despite his not attendance the pelvic rehabilitation.

At follow up, no late complications were reported. The patient reported a satisfactory improvement of quality of life.

Conclusion: Saving the transverse and right colon means achieving not only continence but also a better degree of reabsorption of liquids and vitamin K and group B production in order to keep intestinal functions as similar as possible to the normal physiology,

The disadvantage, represented by the need to create three anastomosis, is offset however by the benefits in terms of improving the quality of life: avoiding diarrhea, incontinence and post-operative urgency.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

THE PROGNOSTIC EFFECT OF CIRCUMFERENTIAL RESECTION MARGIN ON SURVIVAL AFTER SURGERY FOR RECTAL CANCER: A SINGLE CENTER RETROSPECTIVE ANALYSIS

C. Foppa¹, F. Staderini¹, L. Novelli¹, F. Coratti¹, P. Montanelli¹, T. Nelli¹, I. Skalamera¹, B. Badii¹, G. Lami¹, B. Mallardi², F. Cianchi¹

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

² Istituto per lo studio e la Prevenzione Oncologia (ISPO), Firenze

Purpose: The aim of this study was to determine the prognostic impact of the length of the circumferential resection margin (CRM) after surgery for tumors of mid e low rectum.

Material and Methods: Data from 433 consecutive patients who underwent surgery for mid or low rectal adenocarcinoma (within 12 cm from the anal verge) at a single academic institution from 1999 to 2012 were prospectively collected. Eighty-eight patients who had undergone neoadjuvant radio-chemotherapy, palliative resection, emergent surgery or with hereditary colorectal cancer syndromes, multiple primary cancers or history of treatment for other pelvic malignancies were excluded from the study. Other 71 patients had no data on CRM. As a result, 274 patients were eligible for this study. The influence of CRM on local recurrence, distant metastasis and 5-year cancer-specific survival was assessed.

Results: Patients were divided into three groups on the basis of CRM length: group A (17 pts) with CRM ≤ 1 mm, group B (130 pts) with $1 < CRM \leq 5$ mm, and group C (127 pts) with CRM > 5 mm. Clinico-pathological characteristics (in particular, tumor stage, quality of total mesorectal excision, distal margin, number of harvested lymph nodes and number of positive lymph nodes) were similar in the three groups. The cancer-specific survival at 5 years was significantly different among the three groups: 23.5% for group A, 59.4% for group B and 90.4% for group C ($P < 0.001$). Overall, 23 local recurrences (6.6%) and 41 distant metastases (14.9%) were identified during follow-up. There was a significant increase in local recurrence as the length of CRM decreased: local recurrence was observed in 15/17 (88.2%) patients in group A, 8/130 (6.1%) in group B and 0/127 (0%) in group C ($P < 0.001$). There was no significant difference in the incidence of metastatic recurrence among the three groups: it was 2/17 (11.7%) in group A, 19/130 (14.6%) in group B and 20/127 (15.7%) in group C. The length of CRM resulted as an independent prognostic factor at the multivariate analysis of survival.

Conclusions: Rectal cancer patients with CRM ≤ 1 mm are a high-risk group, with the highest incidence of local recurrence and the lowest 5-year cancer-specific survival. Patients with $1 < CRM \leq 5$ mm may be at intermediate risk, with moderate increased local recurrence. Patients with CRM > 5 mm have an excellent prognosis, with no risk of local recurrence.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

INDOCYANINE GREEN FLUORESCENCE ANGIOGRAPHY: A NEW ERAS ITEM?

A. Dall'Oglio, M. Gasparini, M. Pezzatini, G. Romeo, A. Brescia

AO Sant'Andrea, Roma

ERAS protocol and Indocyanine Green Fluorescence Angiography (ICG FA) represent the new surgical revolution minimizing complications and shortening recovery time in colorectal surgery. As of today no studies have been published in the literature evaluating the impact of the ICG FA in the ERAS protocol for the patients suitable for colorectal surgery. The aim of our study was to assess whether the systematic evaluation of intestinal perfusion by ICG FA could improve patients outcomes when managed with ERAS perioperative protocol thus reducing surgical complication rate.

Methods: This is a retrospective case-control study. From March 2014 to April 2017, 182 patients underwent laparoscopic colorectal surgery for benign and malignant diseases. All the patients were enrolled in ERAS protocol. Two groups were created: Group A comprehended 107 patients managed within the ERAS pathway only and Group B comprehended 75 patients managed as well as with ERAS pathway plus the intraoperative assessment of intestinal perfusion with ICG FA. Two boarded-certified laparoscopic colorectal surgeons jointly performed all procedures.

Results: Six (5,6%) clinically relevant Anastomotic Leakages (AL) occurred in Group A while there was none in Group B, demonstrating that ICG FA integrated in the ERAS protocol can lead to a statistically significant reduction of the AL. Mean operative time between the two groups was not statistically significant. In 5 cases (6,6%) the demarcation line set by the fluorescence made the surgeon change the resection line previously marked. The prevalence of all other complications did not differ statistically between the two groups.

Conclusion: Our study confirms that combination between ICG and ERAS protocol is feasible and safe and reduces the anastomotic leakage, possibly leading to consider ICG FA as a new ERAS item.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

IL MELANOMA ANO-RETTALE: PROBLEMATICHE CLINICHE E DECISION MAKING

M. Teodoro, S. Latteri, E. Schembari, M. Vitale, V. Palumbo, O. Coco, G. Menconi, G. La Greca

Università degli Studi di Catania

Obiettivi: L'obiettivo del nostro studio è stato quello di presentare un caso clinico di melanoma anorettale primitivo senza evidenza di metastasi linfonodali o a distanza, sottoposto ad intervento di Amputazione addomino-perineale. Abbiamo eseguito una revisione dettagliata della letteratura in merito al trattamento del melanoma anorettale, mettendo a confronto in particolare i risultati ottenuti nel trattamento con Amputazione Addomino-Perineale (abdominoperineal resection) e Wide Local Excision.

Materiali e metodi: Un uomo di 76 anni si presenta presso il nostro Istituto lamentando la comparsa di rettorragia e sensazione di fastidio anale negli ultimi 8 mesi. L'plorazione digito ano-rettale non evoca dolore, e rileva la presenza di neoformazione polipoide pedunculata a circa 5 cm dal margine anale. Dopo accurate indagini diagnostiche, si intraprende il trattamento chirurgico.

Risultati: È stata eseguita un'exeresi della neoformazione per via trans-rettale e l'esame istologico ha rilevato la presenza di Melanoma a cellule epitelioidi, ulcerato, infiltrante la mucosa e la sottomucosa del retto, senza evidenza di mutazioni a carico del gene BRAF. Le indagini TC e PET non hanno evidenziato la presenza di metastasi locali e a distanza. Il paziente è stato quindi sottoposto ad intervento di Amputazione addomino-perineale. Il follow-up a 3 anni non ha evidenziato recidiva locale o secondarismi.

Conclusioni: Il melanoma ano-rettale è una patologia rara, con prognosi scarsa, che spesso al momento della diagnosi presenta metastasi a distanza. Attualmente non c'è conformità su quale approccio chirurgico sia migliore, tra la Wide Local Excision o l'amputazione addomino-perineale. La Wide Local Excision garantisce migliore qualità di vita evitando il confezionamento di una colostomia, ma è gravata da un tasso di recidiva più elevato. D'altra parte l'amputazione addomino-perineale garantisce un miglior controllo locale della malattia, riducendo però la qualità della vita. Risultano però sorprendentemente sovrapponibili i tassi di sopravvivenza sia nei pazienti sottoposti ad intervento di Wide Local Excision che ad Amputazione addomino-perineale. Se tecnicamente possibile, quindi, i pazienti con melanoma anorettale dovrebbero essere sottoposti ad intervento di Wide Local Excision; soltanto quando l'amputazione locale del tumore non è tecnicamente possibile, o in caso di recidiva, l'Amputazione addomino-perineale deve essere considerata il trattamento chirurgico di scelta.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:30
CHIRURGIA DEL RETTO

SALA I

TUMORI DEL RETTO EXTRAPERITONEALE: COME È CAMBIATO IL RUOLO DELLA STOMIA DI PROTEZIONE NELLA TOTAL MESORECTAL EXCISION

L. Marascio, P. Bechi, A. Taddei

Università degli Studi di Firenze

Obiettivi: Dopo l'introduzione della Total Mesorectal Excision (TME), descritta da Heald, le tecniche mini-invasive e l'attenzione alla nerve-sparing technique, il trattamento dei tumori del retto cambiato. L'utilizzo della terapia neoadiuvante combinato con la chirurgia è diventato lo standard di cura per il trattamento del tumore a sede medio-distale. Nonostante i miglioramenti delle tecniche e delle tecnologie la complicità più temuta rimane la deiscenza anastomotica (DA). L'incidenza va dal 2-3 al 23% e per ridurre il tasso d'insorgenza e la morbilità sono state proposte varie soluzioni, ma la scelta chirurgica ritenuta più efficace è il confezionamento di una stomia di protezione (DS). Pochi gli studi randomizzati e non univoche le indicazioni, per cui rimane controverso l'uso della stomia.

Materiali e metodi: Da Gennaio 2006 ad Aprile 2018 presso la nostra Unità Operativa, sono stati eseguiti complessivamente 1208 interventi per neoplasia del colon e del retto con tecnica tradizionale o mininvasiva. Sono stati trattati con Resezione Anteriore del Retto (RAR) complessivamente 627 pazienti, di cui 310 per neoplasia del sigma e giunzione retto-sigma, 313 per neoplasia del retto, 4 pazienti con neoplasia sincrona. Le RAR con TME sono state 170, di cui 51 trattati con neoadiuvante. 46 interventi di Miles, di cui 18 trattati con neoadiuvante.

Risultati: La SD è stata confezionata in 92 pz all'intervento o pre-operatoria, di cui 62 ileostomie e 30 Colostomie. 27 Interventi di Hartmann. Il tasso di DA complessiva dopo RAR è stato del 3,50% (22/627). Dei pazienti sottoposti a RAR con TME sono stati protetti 69, di cui 59 con ileo e 10 con colostomia; la percentuale di deiscenza nelle RAR con TME è stata del 8,82% (15/170, di cui 5 protetti). In seguito a DA di grado C, sono state eseguite 11 trasversostomie, 2 ileostomie e 2 Hartmann. Si individuano anche 3 di grado B. I pazienti sottoposti a ricanalizzazione ad oggi sono stati 69, con una percentuale del 37,8% di stomie permanenti al decesso o al momento del follow-up.

Conclusioni: L'indicazione a confezionare una DS in corso di RAR con TME è molto cambiata, diventando costante in presenza di fattori di rischio (pregressa terapia neoadiuvante, minor distanza dal margine anale, anastomosi sotto-tensione, anelli incompleti, età, sesso maschile, fumo, cardiopatia) che possono incidere sulla DA. Anche se pochi studi randomizzati hanno dimostrato l'effettiva riduzione del tasso d'incidenza in presenza di DS, molti autori concordano sul fatto che la stomia riduca la morbilità secondaria alla deiscenza, per cui è raccomandabile confezionare una stomia di protezione in caso di TME. Altri autori, invece, evidenziano il rischio di sovrastimare la necessità di stomia, pur sempre gravata da una percentuale di complicità nonché dal rischio di divenire una stomia permanente, anche in assenza di comprovata deiscenza. Da qui l'ipotesi di poter calcolare uno score per confezionare la stomia solo in casi selezionati.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **12:30-13:30**

CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

RUOLO DELLA LINFECTOMIA DEL COMPARTO CENTRALE NEL CARCINOMA PAPILLARE TIROIDEO

G. Fiorenza, T. Nelli, B. Badii, F. Staderini, C. Foppa, P. Montanelli, F. Cianchi, G. Perigli

UNIT Chirurgia Endocrina, AOU Careggi, Firenze

Obiettivi: Il comparto centrale rappresenta il sito metastatico più frequente del carcinoma papillare tiroideo, con un'incidenza del 35% per metastasi macroscopiche e fino all'80% per le microscopiche. Le linee guida internazionali raccomandano la linfadenectomia del comparto centrale (CND) in caso di evidenza clinica o strumentale di metastasi linfonodali, ma la linfadenectomia profilattica (pCND) resta ancora controversa. Infatti mentre le recidive sono sporadiche i tassi di morbilità sono maggiori - soprattutto riguardo all'ipoparatiroidismo transitorio e alla paralisi ricorrente nelle tiroideomie associate a pCND.

L'obiettivo dello studio è quello di identificare criteri clinici e strumentali preoperatori che possano essere predittivi per il coinvolgimento linfonodale del comparto centrale. E' seguita anche una valutazione su parametri operatori e istopatologici post-operatori per stratificare il rischio di metastatizzazione linfonodale.

Pazienti e Metodi: Sono stati raccolti e analizzati dati su 1178 pazienti operati presso la UNIT di Chirurgia Endocrina dell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi (Firenze) dallo stesso operatore dal Gennaio 1997 al Dicembre 2017. Sono stati esclusi i Ca incidentali, l'istotipo non papillare e i pazienti senza studio ecografico preoperatorio della neoplasia. La coorte finale arruolata nello studio consta di 635 pazienti di cui 423 sottoposti a sola tiroidectomia totale e 212 sottoposti a Tiroidectomia Totale e linfectomia del comparto centrale più o meno associata a linfectomia laterocervicale. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati demografici, anamnestici, gli aspetti ecografici e clinici della neoplasia primitiva. In aggiunta sono stati catalogati i dati relativi alla procedura, agli aspetti istopatologici e alle complicanze post-operatorie.

L'analisi statistica è stata eseguita con il sistema SPSS utilizzando il Test del Chi-quadro, il Test del T di student, il Wilcoxon Test ed il Kruskal-Wallis Test.

Risultati: Nonostante la differenza numerica i due gruppi sono risultati comparabili per tutti i parametri esaminati. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative nei parametri preoperatori ipotizzati come potenzialmente predittivi di interessamento metastatico linfonodale.

L'incidenza di complicanze è risultata maggiore negli interventi associati a CND, ed è stata inoltre dimostrata una relazione direttamente proporzionale tra incidenza di complicanze ed estensione della linfectomia del comparto centrale.

Conclusioni: Pur essendo l'ecografia uno strumento molto utile per la valutazione delle stazioni linfonodali, gli aspetti ecografici del tumore non sono risultati predittivi del rischio di coinvolgimento linfonodale. L'esecuzione della CND ha comportato tempi operatori più lunghi e quindi costi maggiori. Considerando l'eccellente prognosi del carcinoma papillare, la CND dovrebbe essere eseguita solo in caso di evidenza clinica o strumentale di coinvolgimento linfonodale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

RUOLO DELLA ECOGRAFIA NELLA CHIRURGIA DELLE RECIDIVE REGIONALI DEL CARCINOMA PAPPILLIFERO DELLA TIROIDE

D. De Martino, V. Simone, M. Massa, M. Torlontano, U. Cappucci

Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

Obiettivi: L'incidenza del DTC è in aumento esponenziale nei paesi occidentali, ma in genere la prognosi di questa neoplasia è assolutamente favorevole. Il trattamento chirurgico primario prevede la tiroidectomia totale, eventualmente la loboistmectomia per le neoplasie di piccole dimensioni. L'obiettivo è di ottenere una sopravvivenza libera da malattia e una bassa incidenza di ripresa di malattia. La linfadenectomia è prevista solo in caso di N+ preoperatorio. La linfektomia del CC e laterocervicale è gravata da una più elevata morbilità. La recidiva/persistenza di malattia regionale, dopo chirurgia e radioiodio, quando asportabile è necessario rimuoverla, avvalendosi di ausili che permettono l'identificazione del tessuto patologico. Da alcuni anni viene proposta l'ecografia intraoperatoria per l'individuazione ed il controllo dell'asportazione delle metastasi linfonodali.

Materiali e metodi: Sono stati selezionati 32 pz, 17 D e 15 U, e.m. 46.5 (20-89) con un follow-up medio di 72 mesi. Tutti i pz avevano eseguito dopo il primo trattamento chirurgico di tiroidectomia totale +/- linfektomia del comparto centrale +/- laterocervicale, e ciclo di ablazione con RAI. Abbiamo registrato: il trattamento e l'istologia iniziale, TG e abTG, l'intervallo libero, TG su eluato e l'es. citol. Prima del re intervento si esegue il mappaggio linfonodale e sono state marcate sulla cute le sedi di MTS. Durante l'intervento dopo la dissezione viene eseguita US i.o. con sonda da 7.5MHz.

Risultati: Sono stati eseguiti 35 interventi di linfadenectomia: laterocervicale e comparto centrale o linfektomia di completamento. All'esame istologico è stata confermata la presenza di neoplasia e nessuna complicanza legata alla procedura attuale.

Conclusioni: La recidiva regionale di carcinoma della tiroide viene definita come ripresa di malattia a livello del C.C e o laterocervicale. Le linfadenopatie metastatiche interessano un territorio sede di strutture anatomiche importanti e nel collo già sottoposto a chirurgia, è presente una sclerosi cicatriziale con alterazione dei piani anatomici. In questa condizione aumenta il rischio di danno alle strutture anatomiche importanti con aumento della morbilità. La US ad elevata risoluzione è in grado di ottenere le seguenti informazioni: sede e i rapporti con i vasi del collo, la grandezza e la eco tessitura, es. citologico e TG su eluato. Il mappaggio linfonodale del collo consente al chirurgo una buona programmazione del progetto chirurgico: incisione cutanea ed estensione della exeresi chirurgica. La procedura chirurgica è in molte occasioni resa difficile dagli esiti cicatriziali e l'esplorazione e la identificazione delle linfadenopatie risulta indaginoso e non scevra da rischi. L'ecografia eseguita in mani esperte consente l'identificazione delle strutture nobili e delle recidive. Il controllo a procedura terminata consente il controllo della completa bonifica.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

IPERPARATIROIDISMO PRIMITIVO CON VALORI DI PARATORMONE NELLA NORMA: LA NOSTRA ESPERIENZA

G.L. Canu, F. Medas, F. Cappellacci, M.G. Podda, G. Loi, S. Fucas, E. Erdas, P.G. Calò

Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Università degli Studi di Cagliari

Obiettivi: L'iperparatiroidismo primitivo è un disordine endocrino comune. L'ipercalcemia con valori normali di paratormone (PTH) è molto insolita e può comportare delle difficoltà diagnostiche.

L'obiettivo di questo studio è determinare la reale incidenza e le caratteristiche dell'iperparatiroidismo primitivo con PTH normale e valutare se il dosaggio intraoperatorio del PTH sia utile in questo tipo di pazienti.

Materiali e metodi: Abbiamo svolto uno studio retrospettivo su 314 pazienti sottoposti, tra Gennaio 2002 e Dicembre 2016, a paratiroidectomia per iperparatiroidismo primitivo. I pazienti sono stati divisi in 2 gruppi in base ai valori biochimici preoperatori: nel Gruppo A sono stati inseriti i pazienti con valori normali di PTH sierico, nel Gruppo B quelli con valori aumentati di PTH.

Risultati: 9 pazienti (3.7%) sono stati inclusi nel Gruppo A e 235 nel Gruppo B. I pazienti del Gruppo A sono risultati più giovani (51.5 ± 12.9 anni vs 59.6 ± 12.5 anni). I valori di calcio sierico e l'incidenza di coesistenti patologie tiroidee sono simili in entrambi i gruppi. I pazienti sono più frequentemente sintomatici nel Gruppo A (77.8% vs 39.1%, $p=0.048$). Non sono state rilevate differenze significative per quanto riguarda gli studi di localizzazione preoperatoria e la procedura chirurgica. Il dosaggio intraoperatorio del PTH ha dimostrato una sensibilità dell'86% nel Gruppo A e del 97% nel Gruppo B, una specificità ed un valore predittivo positivo del 100% in entrambi i gruppi, un valore predittivo negativo del 67% nel Gruppo A e del 79% nel Gruppo B. L'esame istologico ha rivelato, nel Gruppo A, la presenza di una patologia unighiandolare in 8 pazienti (88.9%) ed una patologia multighiandolare in 1 paziente (11.1%), invece, nel Gruppo B, la patologia unighiandolare è stata riscontrata in 218 pazienti (92.8%) e la patologia multighiandolare in 17 pazienti (7.2%).

In 1 paziente del Gruppo A (11.1%) e in 4 pazienti del Gruppo B (1.7%) l'intervento chirurgico non è stato risolutivo con conseguente iperparatiroidismo persistente o ricorrente.

Conclusioni: L'iperparatiroidismo primitivo con valori normali di PTH è raro ma bisogna essere consapevoli dell'esistenza di tale quadro clinico e considerarlo in caso di pazienti con ipercalcemia. Tali pazienti sono risultati più giovani e più frequentemente sintomatici. Il dosaggio intraoperatorio del PTH appare giocare un ruolo importante nella gestione operatoria anche di questi pazienti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30
CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

SURGERY VERSUS MEDICAL TREATMENT IN THE MANAGEMENT OF HYPERPARATHYROIDISM IN END STAGE RENAL DISEASE: A COST UTILITY ANALYSIS

G. Logrieco, S. Vanella, N. Chetta, C. Lomonte

Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli, Acquaviva Delle Fonti (BA)

Aims of the Study: Because of the aging of the population and the increased prevalence of hypertension, diabetes and obesity, chronic kidney disease (CKD) is impacting a greater proportion of society in industrialized countries. Adding to the burden of CKD is the development of secondary hyperparathyroidism (SHPT) which is associated with several comorbidities, including renal osteodystrophy (ROD), extraskeletal calcification and cardiovascular disease resulting in increased mortality other than elevated rates of hospitalization and increased health care expenditures. The pharmacological management of SHPT has progressed in recent years. The introduction of targeted therapies, such as selective vitamin D receptors activators and calcium-sensing receptor modulators, offers an increased opportunity to adequately control elevated parathyroid hormone (PTH), especially in patients with chronic kidney disease under dialysis treatment. Calcimimetic medications such as cinacalcet negatively feedback in the parathyroid glands and do not have the consequences of calcium augmentation. However, there are no randomised, prospective data that demonstrate improved quality of life, improvement in anemia, reduction in phosphatase binders, reduction in use of vitamin D analogs, or reduction in mortality. Cinacalcet is administered orally and has been associated with gastrointestinal intolerance along with hypocalcemia. In addition, poor adherence has been observed among dialysis patients self-administering oral cinacalcet.

The hypothesis of this study is that subtotal parathyroidectomy is superior to cinacalcet for the treatment of persistent SHPT and it is associated with minimal morbidity and a significative reduction of the costs of the treatment.

Materials and methods: We report our clinical experience with either cinacalcet or subtotal parathyroidectomy in 30 patients (15 patients for group) with hyperparathyroidism secondary to ERSD. No significant differences were found between the two groups concerning demographics and symptomatic onset.

Results: A greater short-term change of calcium and phosphorus homeostasis has been obtained by surgery than by cinacalcet. Transient hypocalcaemia was observed in 12 cases in the surgical group. A transient recurrent nerve palsy was registered in one case of the surgical group. Parathyroidectomy was found to be less expensive and more cost-effective at a median follow-up of 11 +/- 2.25 months.

Conclusion: For patients with ERSD with uncontrolled hyperparathyroidism who are good candidates for either drug therapy or surgery, cinacalcet may be optimal if used for those who have high risk of mortality or are expected to receive a kidney transplant quickly. For other patients, subtotal parathyroidectomy shows to be feasible, effective, safe and beneficial, with better cost-effective results.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30
CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

IPERPARATIROIDISMO PRIMARIO ATIPICO: LIPOADENOMA PARATIROIDEO

G. Montecamozzo, L. Pennacchi, A. Yakushkina, D. Foschi

ASST-FBF-Sacco Università di Milano

Obiettivi: Presentiamo un caso clinico di una paziente affetta da iperparatiroidismo primario (PTH 450 pg/ml e calcemia 12,9 mg/dl) con complicanze renali e ossee

Materiali e metodi: La paziente di 63 anni giunta alla nostra osservazione presentava una scintigrafia pre-operatoria che non evidenziava aree di ipercaptazione mentre l'ecografia dimostrava nodulo di 9x5 mm al terzo medio del lobo tiroideo sinistro compatibile con probabile paratiroide superiore sinistra. Veniva pertanto posta indicazione chirurgica di esplorazione cervicale monolaterale sinistra.

Risultati: All'intervento chirurgico la paratiroide superiore sinistra si dimostrava macroscopicamente normale mentre l'esplorazione evidenziava una voluminosa massa di consistenza lipomatosa di circa 5 x 5 cm a livello del polo tiroideo inferiore che si approfondiva verso il mediastino superiore. La massa veniva pertanto asportata e inviata ad esame istologico estemporaneo senza evidenza di sicuro tessuto paratiroideo patologico. In considerazione del quadro intraoperatorio si decideva per l'invio di un campione di sangue per il dosaggio intraoperatorio del paratormone dopo 10 minuti dall'asportazione della massa. Si procedeva comunque a esplorazione cervicale bilaterale senza evidenziare paratiroidi macroscopicamente patologiche a destra. Il paratormone intraoperatorio risultava calato drasticamente a valori di 34 pg/ml. Il quadro istologico definitivo ed il profilo immunoistochimico della lesione orientavano per una diagnosi di lipoadenoma paratiroide. La paziente è attualmente libera da recidiva di iperparatiroidismo a 1 anno dall'intervento.

Conclusioni: Il lipoadenoma paratiroideo è una causa molto rara di iperparatiroidismo primario: in letteratura sono descritti 47 casi. Spesso le indagini di localizzazione pre-operatoria (scintigrafia, ecografia, TC), come in questo caso, falliscono nell'identificazione del lipoadenoma. Anche la diagnosi intraoperatoria al congelatore può risultare difficoltosa a causa dell'abbondante tessuto adiposo stromale esponendo il Paziente ad inutili e pericolose esplorazioni cervicali bilaterali. Un valido ausilio per il trattamento di questa patologia viene fornito dal dosaggio intraoperatorio del PTH; un calo di almeno il 50% dopo 10 minuti dall'asportazione della massa è un affidabile indice di guarigione a lungo termine dopo paratiroidectomia per iperparatiroidismo primario. A causa della difficoltà nell'identificare il lipoadenoma alle indagini preoperatorie e al congelatore, il dosaggio del PTH intraoperatorio si rivela essere fattore dirimente per la condotta chirurgica prevenendo inutili esplorazioni cervicali.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30
CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

L'IMPORTANZA DELLA CALCEMIA E DEL PARATORMONE COME MARCATORE SUGGESTIVO DI MALIGNITÀ PARATIROIDEA

F. Falbo, L. De Anna, V. D'Orazi, D. Krizzuk, G. Livadoti, C. Donello, G. Galiffa, A. Biancucci, A. Esposito, M. Mongardini, P. Urcioli

Università La Sapienza, Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: Il carcinoma delle paratiroidi rappresenta circa lo 0,005% delle neoplasie nella totalità ed è causa dell'1% degli iperparatiroidismi primitivi, con una distribuzione equa tra i due sessi e un'incidenza aumentata nella popolazione over-50. Sebbene di riscontro infrequente, è opportuno non sottostimare il rischio del riscontro di una malignità paratiroidea nel trattamento chirurgico degli iperparatiroidismi primitivi, in considerazione della conseguente necessità di improntare l'intervento chirurgico verso una maggiore radicalità qualora non ci si trovi di fronte a un adenoma paratiroideo tipico o atipico. Ci proponiamo di rimarcare il ruolo dei valori ematici di paratormone pre-operatorio come indice predittivo di un carcinoma paratiroideo, presentando la nostra esperienza nel trattamento degli iperparatiroidismi primitivi di natura benigna e maligna, e l'impatto che questi indicatori hanno avuto nella pianificazione dell'intervento chirurgico o nel follow-up.

Materiali e metodi: 113 pazienti affetti da iperparatiroidismo primitivo sono stati reclutati presso il nostro Dipartimento di Scienze Chirurgiche da Giugno 2010 a Giugno 2017 e sottoposti a intervento chirurgico. L'esame anatomo-patologico ci ha permesso di classificarli in 3 gruppi: pazienti affetti da Adenoma Paratiroideo (AP; 108 pazienti), pazienti affetti da Adenoma Paratiroideo Atipico (APA; 2 pazienti) e pazienti affetti da Carcinoma Paratiroideo (CP; 3 pazienti). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a un follow-up minimo di 6 mesi.

Risultati: Il dosaggio preoperatorio di PTH ha evidenziato valori significativamente aumentati in particolar modo nel campione affetto da CP (VM=1207 ng/L) rispetto al campione di pazienti affetti da AP (VM=192 ng/L;) e APA (VM=292,5 ng/L) e, sebbene il pool di pazienti preso in esame non sia statisticamente sufficiente, ciò risulta in linea con i dati in letteratura.

Conclusioni: L'incidenza trascurabile e sporadica di carcinomi paratiroidi non secernenti, ci consente di porre in evidenza il ruolo rilevante dei valori ematici di calcio e paratormone pre-operatori nei casi in cui la diagnostica per immagini non sia sufficientemente suggestiva per malignità. Il valore predittivo di questi due indici supera, al momento, la sensibilità e la specificità di altri marcatori tumorali a nostra disposizione per patologie neoplastiche ben più frequenti. Ciò consente una corretta programmazione dell'intervento chirurgico, una adeguata gestione delle complicanze post-operatorie, come la hungry bone syndrome, e rappresenta infine un utile strumento in corso di follow-up per identificare precocemente le recidive.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

L'UTILITÀ DEL DOSAGGIO DEL PTH INTRAOPERATORIO NELL'IPERPARATIROIDISMO PRIMARIO IN BASE ALLA DIAGNOSI PREOPERATORIA E ALLA SCELTA CHIRURGICA

N. Fagni, F. Scipioni, T. Guagni, D. Perini, C. Genzano, M. Calussi, A. Romano, A. Coppola, A. Petrucci, A. Sarno, M. Scatizzi, F. Feroci

Università di Firenze

Obiettivi: 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

Materiali e 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%.

Conclusioni: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30
CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

ROLL TECHNIQUE APPLICATION FOR MINIMALLY-INVASIVE RADIOGUIDED PARATHYROIDECTOMY (MIRP) IN HYPERPARATHYROIDISM (HPT)

S. Bonazza¹, S. Panareo², A. De Troia², M. Portinari², P. Carcoforo¹

¹ Università degli Studi di Ferrara

² Ospedale S. Anna Cona, Ferrara

Aim: In HPT patients (pts) requiring surgery, MIRP is usually associated to MIBI imaging for preoperative parathyroid localization and intraoperative guidance.

Aim of our study was to evaluate the feasibility and reliability of MIRP performed through ROLL technique for enlarged parathyroid gland (epg) localization, likewise the established method in non-palpable breast lesions.

Materials and methods: HPT pts addressed to parathyroidectomy for at least 1epg detected by ultrasound and confirmed by dual-tracer parathyroid scintigraphy (PS) and/or FNA, were considered eligible.

All pts underwent ultrasound-guided injection of 99mTc-nanocolloid inside the epg for scintigraphic localization on the day before surgery (not MAA because colloid was already prepared for scheduled breast cancer procedures).

MIRPs were performed using a gamma-probe to identify the pge and verify complete excision that was further assessed through intraoperative quick PTH assay (ioPTH). Histologic examination of surgical specimens was carried out.

Results: 28pts were studied (21F, 7M, median age 56.5±21.5y), 27 had a single epg and one had 2epg.

Scintigraphy at 75±45' median time from injection (median activity 60±23MBq in 0.2ml) depicted 1active spot in the anterior neck region in 27pts and 2spots in 1 (uptake was also found in 1laterocervical lymph node in 3pts).

The same surgeon performed all MIRPs: 1active pge was identified and removed in 27pts and 2glands in 1case, without residual activity in the surgical field (no interference with MIRP occurred in the 3pts with concurrent laterocervical lymph node uptake); ioPTH confirmed complete removal (level reduction>50%) in all pts.

Histology demonstrated pge in all specimens: adenoma in 18pts (64%), hyperplasia in 10 (36%) - single gland in 9 and 2glands in 1case.

Prior to enrollment 26/28pts underwent PS: 5negative (19.2% - 4small adenoma cases and the 2-gland hyperplasia case), 21positive (80.8%).

Conclusions: Despite our limited series, ROLL procedure for MIRP resulted feasible, reliable and reproducible with 100% surgical success rate in HTP pts.

Advantages are: no background activity that makes it easier for surgeons to identify the active pge and check its complete removal without looking for >20% greater counts than background established for MIBI-based guidance; low activity of 37-74MBq injected the day before surgery vs. 37-740MBq injected 1-3hours prior to surgery, tying surgical timing, reported in literature for MIBI; preoperative localization even in cases of negative PS.

However, highly skilled operators are needed to ensure valid injection and thorough surgical removal.

Further studies are needed to better define pts that may benefit from this approach.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30
CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

UN INASPETTATO RISCONTRO INTRAOPERATORIO ED ISTOLOGICO IN UN PAZIENTE AFFETTO DA TIREOPATIA MULTINODULARE

S.E. Tempera, E. Traini, M. Raffaelli, R. Bellantone

Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi: Nell'algoritmo diagnostico preoperatorio dei pazienti affetti da tireopatia multinodulare l'ecografia associata all'agoaspirato ed allo studio della sola funzionalità tiroidea sono considerate indagini sufficienti. Sebbene molti studi hanno evidenziato l'importanza di determinare preoperatoriamente anche l'assetto paratiroideo, non sempre viene eseguito di routine. Presentiamo un caso trattato nel nostro centro, al fine di evidenziare il ruolo dello studio preoperatorio dell'assetto paratiroideo anche nei pazienti trattati per tireopatia e discutere di un inusuale riscontro intra- e post-operatorio di iperparatiroidismo misconosciuto.

Materiali e metodi: Paziente di 40 anni con storia di gozzo multinodulare con sintomi compressivi. Il nodulo dominante era situato nel polo superiore del lobo sinistro, sottoposto ad agoaspirato con referto citologico TIR2. Al ricovero sono stati eseguiti dosaggi ematici di PTH, calcio e vitamina D. È stato così diagnosticato un iperparatiroidismo primario inaspettato, asintomatico. Di conseguenza, è stata posta indicazione ad intervento chirurgico di esplorazione cervicale bilaterale (ECB) + tiroidectomia totale.

Risultati: Intraoperatoriamente si confermava la presenza di un voluminoso gozzo bilaterale. All'ECB si identificavano entrambe le ghiandole paratiroidi inferiori, normali per sede e morfologia. Le paratiroidi superiori non venivano identificate nelle sedi tipiche. In loggia tiroidea destra, in sede paraesofagea, veniva identificata ed asportata una massa sospetta per adenoma paratiroideo superiore destro migrato. L'esame istologico estemporaneo confermava l'ipotesi intraoperatoria: tessuto paratiroideo. Nel lobo tiroideo sinistro si riscontrava formazione nodulare, macroscopicamente sospetta per adenoma paratiroideo superiore intracapsulare, che veniva asportato en bloc durante la tiroidectomia. L'esame istologico definitivo evidenziava inaspettatamente la presenza di multipli noduli paratiroidi iperplastici intratiroidi. Il maggiore era compatibile per sede e dimensioni con il nodulo sottoposto ad agoaspirato con esito TIR2 e corrispondente alla formazione parzialmente intracapsulare di sospetta natura paratiroidea del polo superiore del lobo sinistro all'ECB. Il paziente non ha presentato complicanze postoperatorie. I livelli di PTH e calcio sono rientrati nel range di normalità nell'immediato postoperatorio e sono rimasti stabili al follow-up a 6 mesi.

Conclusioni: Lo studio dell'assetto paratiroideo dovrebbe essere eseguito di routine nella valutazione preoperatoria delle patologie tiroidee anche nei pazienti asintomatici per iperparatiroidismo. Il nostro caso ha inoltre mostrato come l'agoaspirato, in particolare se non supportato da dati clinici e di laboratorio, può essere fuorviante. Non bisogna infine mai escludere l'eventuale presenza di paratiroidi intratiroidi soprannumerarie, altresì multiple, anche nel caso in cui all'ECB vengano identificate quattro ghiandole paratiroidi.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30
CHIRURGIA ENDOCRINA: IPERPARATIROIDISMI ATIPICI

SALA I

TRATTAMENTO CON TERMOABLAZIONE RADIOFREQUENZA INDOTTA DI PARATIROIDE INTRATROIDEAPER IPERPARATIROIDISMO III RECIDIVO

M.G. Esposito, G. Antonelli, E. D'Ambrosio, G. Mercorelli, E. Spiniello, S. Spiezia

ASL Napoli 1 centro, Ospedale del Mare, UOSD Chirurgia endocrina ed ecoguidata, Napoli

Obiettivi: Riduzione dei valori biumorali alterati (aumento di PTh, Alp e prodotto calcio fosforo) e remissione dei sintomi in HPT III.

Materiali e metodi: Donna di 50 anni sottoposta a intervento di trapianto renale con HPt transitorio. Viene all'osservazione segnalando calcolosi renale e calcolosi biliare recidiva. fratture spontanee e dartralgie diffuse. Al Work up preoperatorio pratica ecografia del collo. scintigrafia al sestamibi Tc99. esami di laboratorio. Di decide per esplorazione cervicale. Durante l'intervento chirurgico si rimuoveva tutto il tessuto paratiroideo ritrovato, il timo ed il grasso peritimico che non presentava macroscopicamente alterazioni strutturali. Alla ecografia intraoperatoria si riscontrava un nodulo al lobo destro di circa 5 mm. Il Pth intraoperatorio si dimezzava, per ridursi dell'80 per cento dopo 24 h. Dopo due mesi dall'intervento chirurgico si riscontrava un aumento del paratormone. Alla ecografia si evidenziava che il nodulo tiroideo era raddoppiato di volume. Si procedeva ad agoaspirato dello stesso che da dosaggio di paratormone sull'eluato ha confermato essere una paratiroide accessoria intratiroidea. Allo scopo di evitare un secondo intervento chirurgico in anestesia generale alla paziente, si sottoponeva la stessa a trattamento con termoablazione radiofrequenza indotta: ago raffreddato 0.5 cm punta esposta 40 we x 4 min.

Risultati: Follow up post operatorio PTH a 1,3,6 mesi nella norma. Alla ecografia residual piccola area cicatriziale fibrotica del nodo ablatato.

Conclusioni: Gli Autori ritengono che in casi selezionati ed in centri di riferimento la termoablazione radiofrequenza indotta può sostituire ove necessario la chirurgia tradizionale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

LA PERFUSIONE IPERTERMICA CON ANTIBLASTICI DEL POLMONE ISOLATO NEL TRATTAMENTO DELLE METASTASI POLMONARI DA SARCOMA. RISULTATI E PROSPETTIVE FUTURE

A. Alloisio, G. Leoncini, M.T. Piras, G.B. Ratto, G. Pariscenti

UOC Chirurgia Toracica, Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Obiettivi: Almeno il 30% dei pazienti affetti da tumori maligni presenta metastasi polmonari, che nel 10% dei casi rappresentano l'unica sede di ripetitività. Nei sarcomi, in particolare, esiste una fase evolutiva della disseminazione metastatica, durante la quale il polmone agisce da filtro efficace, impedendo la metastatizzazione ad altri organi. Nonostante l'applicazione di trattamenti multimodali, la percentuale di ripresa di malattia locale è rimasta elevata: a 10 mesi è di circa del 64% per i sarcomi e del 26% per gli altri tipi di neoplasia. Sulla scorta dei risultati soddisfacenti ottenuti in vari studi clinici e preclinici, abbiamo proposto la perfusione con antiblastici del polmone isolato chirurgicamente (PPI) come modello di terapia loco-regionale nel trattamento delle metastasi polmonari.

Materiali e metodi: All'interno dello studio sperimentale di fase II, abbiamo sottoposto, dal 2007 al 2014, 18 pazienti, affetti da metastasi polmonari da sarcoma, a PPI ipertermica (42°C) con Melphalan (15-30 mg) e TNF (0,5-1-mg). 5 dei pazienti inclusi sono stati perfusi bilateralmente a distanza di 1-2 mesi. Tale studio includeva, oltre alla PPI associata all'ipertermia, la metastasectomia radicale standard al termine della fase di perfusione della durata di 90 minuti.

Risultati: Il trattamento si è dimostrato potenzialmente efficace nella prevenzione della recidiva locale, in quanto, tra i pazienti seguiti (18) in follow-up (follow-up massimo: 70 mesi; follow-up medio: 29 mesi) solo 2 hanno presentato segni di ripresa di malattia nel polmone trattato. Si segnala, tuttavia, che 2 pazienti, già precedentemente pluritrattati chirurgicamente al polmone e affetti da multipli noduli polmonari bilaterali (> 30), sono deceduti per complicanze settiche e respiratorie nel perioperatorio.

Conclusioni: La PPI ipertermica, associata alla metastasectomia standard, si è confermata tecnica sicura, riproducibile e potenzialmente efficace. Lo schema farmacologico (TNF e Melphalan) è applicabile al polmone senza indurre nell'organo trattati danni rilevabili a livello funzionale respiratorio e tissutale. La tossicità sistemica legata ai farmaci utilizzati è stata nulla ed il dato clinico correla con il monitoraggio della fuga minima dal circuito di perfusione (misurata mediante eritrociti marcati), ed il dosaggio seriato dei livelli di TNF nel sangue periferico.

Tali dati sono in linea con i risultati dello studio multicentrico del 2014 diretto da Van Schill, che dimostra l'efficacia della PPI nel controllo locale della malattia metastatica polmonare, estendendo le indicazioni della PPI al trattamento delle metastasi polmonari da carcinoma colico.

Le prospettive future sono il planning di studi multicentrici randomizzati, che possano testare la potenziale efficacia loco-regionale di nuovi chemioterapici, includendo metastasi polmonari di origine colica.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

SEGMENTECTOMIA B6 MININVASIVA UNIORTALE PER ABNORME CAVITÀ POLMONARE POST RADIOFREQUENZA DI METASTASI IN PAZIENTE GIÀ SOTTOPOSTA A LOBECTOMIA INFERIORE SINISTRA CON TECNICA UNIORTALE

C. Risso, A. Denegri, L. Novello, M. Manitto, G. Pariscenti

UOC Chirurgia Toracica, Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Obiettivi: Il trattamento delle metastasi polmonari con radiofrequenza ormai è di impiego comune. Tale procedura è poco invasiva e solitamente ben tollerata.

Tuttavia la radiofrequenza non è priva di complicanze. In un importante studio multicentrico giapponese sono stati esaminati 155 casi. Le complicanze, escluse le recidive, riportate furono nel 37% dei casi lo sviluppo di un pneumotorace; nel 1% lo sviluppo di un empiema.

Noi riportiamo il caso di una formazione cavitaria con aspetti ascessualizzati del segmento B6 del lobo inferiore destro con lesione completa del bronco tributario secondaria a trattamento con radio-frequenza di una metastasi da colangiocarcinoma.

Materiali e metodi: Riportiamo il caso clinico di una giovane donna di 55 anni già sottoposta ad intervento per colangiocarcinoma, T2aNOG2 e successivamente sottoposta a lobectomia polmonare superiore sinistra per secondarietà nel febbraio 2017.

Dopo, pneumotorace iatrogeno post-trattamento, lesione completa del bronco tributario del B6 e tentativo fallito di posizionamento endobronchiale di valvola unidirezionale, si è optato per resezione anatomica con tecnica miniinvasiva uniortale.

Risultati: Il decorso post-operatorio è stato privo di complicanze e la paziente venne dimessa in IV giornata post-operatoria.

Conclusioni: Il trattamento con radiofrequenza delle metastasi polmonari non resecabili per sede, per anamnesi oncologica prognosticamente infausta o per deficit respiratorio è ormai una procedura consolidata ed efficace.

Tuttavia tale procedura non è priva di complicanze; nel caso da noi presentato la complicanza presentatasi necessitava di una soluzione invasiva chirurgica. La tecnica uniortale miniinvasiva ha permesso di risolvere il quadro clinico pur mantenendo l'invasività della procedura contenuta e di conseguenza dando il minor disagio possibile alla paziente già evidentemente provata per la gravità della malattia.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

LACERAZIONI TRACHEALI POST-INTUBAZIONE: TRATTAMENTO E RUOLO CHIAVE DELLA CLASSIFICAZIONE MORFOLOGICA

A. Forcione, A.R. De Massimi, F. Carleo, M.T. Aratari, L. Salvadori, M. Di Martino, L. Carbone, R. Giunti, M.O. Jaus, S. Treggiari, G. Galluccio, G. Cardillo

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

Obiettivo: Le lacerazioni tracheobronchiali post-intubazione (PITL) sono tradizionalmente gestite chirurgicamente. Nel nostro studio abbiamo valutato l'importanza dell'uso di una classificazione morfologica delle lesioni per la loro gestione non chirurgica.

Metodi: Dal gennaio 2003 al novembre 2010, sono stati osservati 38 pazienti con PITL nel nostro istituto. Le PITL sono state classificate come segue: Livello I - coinvolgimento della trachea della mucosa o sottomucosa senza enfisema del mediastino e senza danno esofageo; Livello II - lesione tracheale fino alla parete muscolare con enfisema sottocutaneo o mediastinico senza lesione esofagea o mediastinite; Livello IIIA - completa lacerazione della parete tracheale con ernia esofagea o mediastinica dei tessuti molli senza lesione esofagea o mediastinite; Livello IIIB - qualsiasi lacerazione della parete tracheale con danno esofageo o mediastinite. Tutti i pazienti con PITL di livello I, II e IIIA sono stati trattati in modo conservativo con l'instillazione endoscopica della colla di fibrina (Tissucol).

Risultati: Tutti i pazienti con livello I (n = 6), II (n = 27) e IIIA (n = 4) PITL sono stati trattati con successo in modo conservativo. Un paziente con una lesione di Livello IIIB è stato sottoposto a riparazione di toracotomia posterolaterale della trachea. Non è stata segnalata mortalità. La degenza ospedaliera media era di 11,9 giorni. La broncoscopia flessibile a 7, 28, 90 e 180 giorni non ha mostrato anomalie. La completa guarigione è stata raggiunta in tutti i pazienti entro il 28° giorno.

Conclusioni: Le PITL di livello I o II devono essere gestite in via conservativa, non chirurgicamente. Quando è presente uno stato respiratorio adeguato, il livello IIIA PITL può essere gestito in modo conservativo solo in Istituti selezionati, poiché queste lesioni sono lesioni ad alto rischio. Qualsiasi PITL associata a lesioni che coinvolgono l'esofago o con mediastinite (livello IIIB) deve essere trattata il prima possibile chirurgicamente.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

CONFRONTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA (QoL) PRE E POSTOPERATORIA A BREVE TERMINE IN PAZIENTI AFFETTI DA IPERIDROSI FOCALE PRIMARIA E SOTTOPOSTI A SIMPATICECTOMIA BILATERALE VIDEOTORACOSCOPICA

G. Romano, F. Davini, D. Bacchin, S. Ricciardi, C.C. Zirafa, F. Melfi

Università degli Studi di Pisa

Introduzione: L'iperidrosi focale primaria è una condizione idiopatica di sudorazione eccessiva spesso invalidante. Tale patologia si localizza più frequentemente a livello palmare ed ascellare, isolatamente o in entrambi i distretti. L'incidenza nella popolazione generale è di circa l'1%. La simpaticectomia in VATS bilaterale è riconosciuta come il trattamento chirurgico di scelta in questa condizione. In alternativa, trattamenti medico-estetici non assicurano una risoluzione definitiva del problema.

Obiettivo dello studio: Confrontare la QoL pre e post-operatoria a breve termine (30 giorni) in pazienti affetti da iperidrosi focale primaria palmare ed ascellare sottoposti a simpaticectomia bilaterale in VATS.

Materiali e metodi: È stata analizzata la differenza della QoL pre- e post-operatoria a breve termine di 19 pazienti (11 maschi, 8 femmine; età media 25.73 anni - range 19-51 aa) sottoposti a simpaticectomia bilaterale in VATS da Maggio 2016 a Maggio 2018. 3 pazienti risultavano affetti da iperidrosi ascellare, 5 da iperidrosi palmare e in 11 di essi la condizione interessava entrambe le localizzazioni.

La qualità della vita è stata misurata mediante la somministrazione del questionario IIRS (Illness Intrusiveness Rating Scale) prima dell'intervento chirurgico e a 30 giorni dallo stesso. Il punteggio ricavato dal questionario esprime, con un rapporto di proporzionalità diretta, la compromissione funzionale e sociale della persona dovuta alla patologia in esame. L'intervento è stato eseguito in anestesia generale (IOT selettiva) bilateralmente nell'ambito della stessa seduta operatoria.

Risultati: Il punteggio IIRS medio preoperatorio è risultato di 21/70 (DS \pm 2,83). Il punteggio medio post-operatorio a 30 giorni dalla procedura (comprendente l'eventuale impairment dovuto a sudorazione compensatoria) è risultato di 4/70 (DS \pm 1,41). Sono stati inoltre calcolati gli IIRS postoperatori in base alle singole localizzazioni dell'iperidrosi: ascellare 2/70 (DS \pm 1,41), palmare 2/70 (DS \pm 1,41), palmare ed ascellare 4/70 (DS \pm 1,41).

La degenza postoperatoria è risultata di 24 h per ciascun paziente e non sono state riscontrate complicanze postoperatorie maggiori. Una sola paziente ha mostrato la comparsa di polmonite destra, risolta con terapia medica.

Conclusioni: La simpaticectomia in VATS bilaterale ha assicurato, nel campione in esame, un oggettivo miglioramento della qualità della vita in relazione alla riduzione del punteggio medio IIRS rispetto al preoperatorio.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

TORACOTOMIA D'EMERGENZA NEI TRAUMI DA FERITA PENETRANTE DEL TORACE

G. Pacella, N.P. Ardò, D. Loizzi, F. Sollitto

Università degli Studi di Foggia, Azienda Ospedali Riuniti, Foggia

Obiettivi: L'afferenza di pazienti con trauma del torace presso i Dipartimenti dell'emergenza è in costante aumento. Un intervento toracotomico è richiesto, secondo le casistiche riportate in letteratura, in circa il 12% dei pazienti con trauma toracico chiuso e nel 16% dei pazienti con trauma toracico aperto. Una ridotta percentuale dei pazienti traumatizzati giunge all'osservazione nel dipartimento d'emergenza con pregressa o attuale grave compromissione dei segni vitali. In questi pazienti, sottoposti immediatamente a toracotomia salvavita, la sopravvivenza varia a seconda delle diverse casistiche dal 4 al 33%. Presso la nostra Struttura di Chirurgia Toracica afferiscono in media 100 traumi del torace l'anno; nella maggior parte dei casi si ottengono risultati soddisfacenti con terapia medica e il posizionamento di un drenaggio pleurico. Presentiamo qui tre casi di trauma da ferita penetrante del torace sottoposti a trattamento chirurgico d'urgenza.

Materiali e metodi: Da gennaio 2018 abbiamo effettuato una toracotomia d'emergenza in 3 casi di trauma toracico aperto: 1 di ferita aperta dell'emitorace destro da sega circolare, 1 di ferita penetrante del ventricolo destro da arma bianca, 1 di ferita penetrante dell'emitorace da arma da fuoco.

Il primo paziente, che presentava ferita lacero-contusa dell'emitorace destro con sezione completa dei muscoli pettorali, delle cartilagini costali e dell'emidiaframma destro, è stato sottoposto d'urgenza a resezione polmonare per lacerazione del parenchima del lobo inferiore, toilette del cavo pleurico per emotorace, stabilizzazione della parete toracica mediante punti staccati tra i monconi costali e il corpo dello sterno, riparazione di lesione del parenchima epatico e della breccia diaframmatica destra, colecistectomia.

Il secondo paziente è stato sottoposto a sutura di soluzione di continuo della parete del ventricolo destro, evacuazione di coaguli dal sacco pericardico e toilette del cavo pleurico per emotorace sinistro.

Il terzo paziente è stato sottoposto ad asportazione di corpo estraneo (proiettile) della parete toracica, toilette del cavo pleurico per emotorace destro e riparazione di lacerazione parenchimale del lobo inferiore destro.

Risultati: La degenza media post-operatoria è di 7 giorni, non si sono verificate complicanze maggiori. Ai controlli successivi i tre pazienti hanno mostrato un completo recupero funzionale cardio-respiratorio con ritorno alle loro attività.

Conclusioni: Gli obiettivi della toracotomia di emergenza sono il controllo del tamponamento cardiaco, dell'emorragia intratoracica, l'accesso al massaggio cardiaco interno.

In casi come quelli presentati si rende indispensabile acquisire atteggiamenti decisionali rapidi, sia in termini diagnostici sia in termini terapeutici. L'assenza di chirurghi cardio-toracici in molte unità, determina la necessità di addestrare il personale a risolvere situazioni critiche quali il tamponamento cardiaco, o a riparare ferite miocardiche.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

STABILIZZAZIONE POST-TRAUMATICA IN URGENZA DELLA PARETE TORACICA: NOSTRA ESPERIENZA IN UN RARO CASO DI TRAUMA TORACICO APERTO

E. Maiolino, A. Fiorella, M. Lorusso, G. Nex, M. Schiavone, G. De Iaco, M. Costantino, A. De Palma

Sezione di Chirurgia Toracica, Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi, Università degli Studi di Bari

Obiettivi: Le lesioni traumatiche del torace sono responsabili del 20-25% delle morti per trauma. Il 10-15% dei pz con trauma toracico richiede un trattamento chirurgico con stabilizzazione della parete toracica, necessaria per proteggere gli organi sottostanti, ripristinare la normale anatomia e fisiologia della parete stessa (impedendo movimenti paradossi e il rischio di erniazione polmonare) e ridurre il dolore. Riportiamo la nostra recente esperienza con il sistema dedicato SYNTHES® (placche, barre e viti in titanio) nella stabilizzazione di multiple fratture costali in un raro caso di trauma toracico aperto in politrauma della strada.

Metodi: Un paziente di 37 anni, con anamnesi di pattern isolato tipo Brugada asintomatico, giungeva alla nostra attenzione proveniente dal Pronto Soccorso per politrauma a seguito di caduta in bicicletta, con evidenza clinica di trauma toracico aperto anteriore destro con erniazione del parenchima polmonare e pneumotorace aperto. La TC torace mostrava soluzione di continuo della parete toracica anteriore destra dall'articolazione sterno-claveare fino al IV spazio intercostale destro, fratture costali scomposte e pluriframmentarie con disarticolazione dalla I alla V costa destra e di clavicola dallo sterno, erniazione polmonare di parenchima del lobo superiore, pneumomediastino, falda di pneumotorace anteriore e di versamento pleurico a destra.

Risultati: Il paziente è stato sottoposto in urgenza a riduzione dell'ernia polmonare e stabilizzazione della parete toracica mediante riavvicinamento dei monconi ossei costali disarticolati e apposizione di 2 placche in titanio da 10 fori ciascuna (Matrix-rib) ancorate lateralmente alla III e IV costa e medialmente allo sterno; I costa e clavicola destra, disarticolate, sono state riavvicinate allo sterno con punti di Vicryl 2; durante l'intervento si è constatata la spontanea trombizzazione dell'arteria mammaria destra, recisasi nell'impatto, e si è posizionato punto di sutura di sicurezza; la pleura mediastinica è stata aperta per favorire il drenaggio del pneumomediastino; sono stati posizionati 2 drenaggi pleurici e i piani muscolari recisi del gran pettorale sono stati suturati.

Il decorso post-operatorio è stato esente da complicanze e i controlli clinico-radiologici successivi hanno mostrato la progressiva risoluzione del quadro, stabile ad un follow-up di 12 mesi.

Conclusioni: Il trauma toracico, chiuso o aperto, associato a fratture costali multiple pluriframmentarie, che alteri la normale fisiologia e meccanica respiratoria, necessita di un trattamento tempestivo al fine di ripristinare la normale anatomia e la funzionalità della gabbia toracica. Il materiale utilizzato si è dimostrato facile da usare, maneggevole e capace di ricreare l'aspetto anatomico-fisiologico della parete toracica.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **12:30-13:30**

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA DISTROFIA BOLLOSA APICALE IN PAZIENTI CON PNEUMOTORACE: APPROCCIO VATS UNIORTALE. ESPERIENZA PRELIMINARE E RISULTATI A BREVE TERMINE

M. Lorusso, R. Quercia, G. Garofalo, O. Pizzuto, A. Fiorella, E. Maiolino, G. Nex, M. Schiavone, G. Deiaco, A. De Palma

Sezione di Chirurgia Toracica, Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi, Università degli Studi di Bari

Scopo del lavoro: La formazione del giovane chirurgo non può prescindere dall'acquisizione di tecniche di chirurgia mini-invasiva. La video-assisted thoracic surgery (VATS) con tecnica uniportale, consente di ridurre il dolore postoperatorio, la durata della degenza e offre al chirurgo la stessa prospettiva operativa della chirurgia a cielo aperto. Riportiamo la nostra preliminare esperienza nel training del chirurgo in formazione nel trattamento della distrofia bollosa in pazienti con pneumotorace.

Materiali e metodi: Da Gennaio 2017 a Maggio 2018, abbiamo trattato 21 pazienti in VATS uni-portale (19 maschi, 2 femmine), di età media 27,6 anni (range 15-49 anni), affetti da pneumotorace spontaneo primitivo, in 3 casi recidivante; 5 su 21 sono stati sottoposti ad intervento bilaterale per evidenza radiologica di distrofia bollosa apicale bilaterale. Tutte le resezioni sono state eseguite da un chirurgo in formazione o da un chirurgo esperto mediante approccio uniportale. La pleurodesi al fine di minimizzare il rischio di recidive è stata realizzata con elettrocauterio, pleurectomie parietali parziali o brossage. I risultati a breve termine dell'approccio uniportale sono stati analizzati in termini di: tempi operatori, permanenza dei drenaggi, perdite aeree post-operatorie, dolore post-operatorio (valutato come richiesta di analgesici), degenza post-operatoria, recidiva di pneumotorace dopo trattamento chirurgico. Per valutare la curva di apprendimento del chirurgo in formazione abbiamo suddiviso i pazienti in due gruppi, omogenei (gruppo 1: pazienti operati dal chirurgo esperto - 9 pazienti; gruppo 2: pazienti operati dal chirurgo in formazione - 11 pazienti).

Risultati: La VATS uniportale è stata fattibile in 20/21 casi con un unico caso di conversione a minitoracotomia VA per la presenza di tenaci aderenze. La permanenza mediana dei tubi di drenaggio è stata di 4 giorni; abbiamo osservato in 2 casi perdite aeree prolungate. I pazienti sottoposti a VATS uniportale hanno presentato più rapida mobilizzazione e ripresa post-operatoria, con richiesta di analgesia post-operatoria minima (media di 4.5 giorni) e una degenza post-operatoria mediana di 5 giorni. Non abbiamo osservato casi di recidiva dopo trattamento chirurgico. La mediana dei tempi operatori nella VATS uniportale è stata di 80 minuti nel gruppo 1 e di 70 minuti nel gruppo 2.

Conclusioni: Nel trattamento della distrofia bollosa di pazienti con pneumotorace spontaneo primitivo, la VATS uniportale è una tecnica fattibile e sicura, di rapido apprendimento per il giovane chirurgo, alternativa e meno invasiva rispetto alle tecniche convenzionali. Consente infatti una più rapida ripresa post-operatoria, una riduzione del dolore e della degenza post-operatori, con ottimali risultati estetici.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 12:30-13:30

COMUNICAZIONI/VIDEO - Comunicazioni orali selezionate

SALA L

VALUTAZIONE DEI FATTORI PROGNOSTICI DI SOPRAVVIVENZA DOPO METASTASECTOMIA POLMONARE DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO

S. Ricciardi¹, F. Davini², C.C. Zirafa², F. Melfi²

¹ Unità Operativa di Chirurgia Toracica, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Pisa

² Centro multidisciplinare di Chirurgia Toracica Mininvasiva e Robotica, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa

Obiettivi: La resezione chirurgica è considerata il trattamento di scelta per le metastasi polmonari da cancro del colon-retto (CRC) in pazienti selezionati. Diversi fattori prognostici sono stati identificati come condizionanti la sopravvivenza, tuttavia quale sia il margine di resezione chirurgico ottimale rimane controverso. Nel presente studio sono stati analizzati i fattori prognostici di recidiva e sopravvivenza in pazienti sottoposti a resezione chirurgica per metastasi polmonare.

Materiali e metodi: Abbiamo esaminato retrospettivamente 122 pazienti (M/F=82/40; età media 65,7 anni) sottoposti ad intervento chirurgico di metastasectomia polmonare da CRC presso il nostro centro dal 2006 al 2016.

Risultati: 98 pazienti sono stati sottoposti a resezione atipica, 6 a resezione segmentaria, 17 a lobectomia e 1 a pneumonectomia. Con un follow-up medio di 50 mesi la sopravvivenza a 3 e 5 anni dalla resezione polmonare era dell'87,5% e del 65,4% rispettivamente. 51 pazienti (42,5%) hanno presentato recidiva durante il follow-up. All'analisi univariata la dimensione della lesione $\geq 2,3$ cm ($p=0,003$), l'assenza di trattamento chemioterapico ($p=0,050$), altri interventi di metastasectomia (precedenti o successivi a quello polmonare) ($p=0,023$) e un minor intervallo libero da malattia ($p=0,018$) risultavano fattori prognostici negativi. Un numero di metastasi >1 ($p=0,001$), la presenza di interessamento linfonodale ($p=0,018$), lo stadio del CRC al momento della chirurgia addominale ($p=0,029$) e un minor intervallo libero da malattia ($p=0,033$) si sono rivelati fattori di rischio per l'insorgenza di recidiva. L'analisi dei margini di resezione chirurgica polmonare (≥ 2 cm; tra 1 e 2 cm e <1 cm) e del tipo di intervento (resezione atipica vs resezioni anatomiche) ha dimostrato che non c'era correlazione tra questi e la sopravvivenza ($p=0,379$; $p=0,581$ rispettivamente) né la recidiva di malattia ($p=0,743$; $p=0,364$ rispettivamente). All'analisi multivariata la dimensione della lesione $\geq 2,3$ cm (HR:2,6; $p=0,008$) e altri interventi di metastasectomia (HR: 1,5; $p=0,050$) sono risultati associati a una sopravvivenza peggiore, mentre lo stadio del CRC (HR:3,1; $p=0,023$) correlava con la recidiva della malattia.

Conclusioni: La resezione chirurgica di metastasi polmonari da carcinoma del colon-retto garantisce una sopravvivenza a 5 anni superiore al 65%. Le dimensioni ed il numero delle lesioni polmonari, la positività di linfonodi ilo-mediastinici, la non adesione ad un trattamento adiuvante, lo stadio del carcinoma colon-rettale al momento della chirurgia addominale, precedenti o successivi interventi di metastasectomia e un minor intervallo libero da malattia sono fattori determinanti la sopravvivenza a lungo termine o il rischio di recidiva. Né il tipo di intervento chirurgico, né la distanza della metastasi polmonare dal margine di resezione chirurgica influenzano, invece, prognosi e rischio di recidiva.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

IL GENERE NEL DETERMINISMO DELLA PATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO IN RESIDENTI E MIGRANTI

M. Rubbini, S. Ascanelli

Clinica chirurgica, Ferrara

Introduzione: Nel determinismo dei disordini del pavimento pelvico un ruolo determinante può essere attribuito al genere. Le caratteristiche di genere infatti si collocano come una variabile indipendente nella caratterizzazione di quadri clinici e di esordio di varie patologie proctologiche con particolare riguardo a quelli dei disordini del pavimento pelvico. Gravidanza, violenze di varia natura, carichi di lavoro ma anche ruoli sociali e familiari ne sono gli elementi costitutivi che accomunano il genere femminile anche nei confronti delle popolazioni migranti.

Metodologia: Vengono analizzati i dati relativi a 5000 pazienti, residenti e migranti, che nel quinquennio 2012-2017 si sono rivolti agli ambulatori di coloproctologia delle Aziende Sanitaria ed Ospedaliero Universitaria di Ferrara lamentando disturbi del pavimento pelvico e caratterizzati da Dissinergie, Difficoltà alla evacuazione, Prolasso, quadri complessi uro-procto-ginecologici. Sono stati analizzati il Genere, le storie personali ed il peso che le singole variabili hanno avuto nel determinismo dei quadri clinici.

Risultati: Il genere inteso come determinante non solo riferibile al sesso ma come elemento di caratterizzazione sia sociale che relazionale risulta essere fattore caratterizzante sia il determinismo dei quadri clinici che le modalità di sviluppo delle patologie considerate. Tale ruolo del genere risulta comune sia alla popolazione residente che a quella migrante.

Discussione: L'analisi dei dati dimostra che nella popolazione residente ed in quella migrante non vi sono differenze sostanziali nel determinismo delle disfunzioni del pavimento pelvico se le si considera alla luce della variabile di Genere. Tale dato fa riferimento sia ad eventi di natura prettamente fisiopatologica che di condizione sociale e relazionale. Le storie personali delle pazienti considerate contengono infatti elementi comuni riferibili al genere che hanno avuto un ruolo specifico nel determinismo delle patologie prese in esame.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:00**

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA 0

LA ECCD RISPETTO ALLA DEFECOGRAFICA TRADIZIONALE: STUDIO RADIOPROTEZIONISTICO

R. Ferrando

ASL 2 Savonese, Albenga

Obiettivo: Scopo del nostro lavoro è stato quello di confrontare le informazioni diagnostiche e la dose radiante dalla defecografia tradizionale versus la ECCD nello studio delle patologie funzionali del pavimento pelvico.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto in modalità retrospettiva mettendo a confronto la capacità diagnostica di 200 defecografie tradizionali effettuate tra il maggio 1997 e il giugno 2003 versus 298 ECCD effettuate da dicembre 2006 e dicembre 2017. Abbiamo tenuto conto della qualità (sensibilità e specificità) e della quantità di informazioni fornite al clinico e della quantità di dose radiante misurata dalla fisica sanitaria. Nel nostro dipartimento la defecografia veniva eseguita con acquisizioni statiche e talvolta filmati digitali, la ECCD viene oggi eseguita mediante filmati di frame scopici e con qualche acquisizione digitale statica.

Risultati: L'esame defecografico tradizionale non ha consentito di diagnosticare patologie del perineo medio ed anteriore non valutate visualizzate invece facilmente allo studio ECCD. Inoltre la dose fornita dalla defecografia è stata di circa 4.4.mGy che nella ECCD, grazie all'uso prevalente della scopia, viene ridotta di circa il 70 %.

Conclusioni: La capacità diagnostica olistica, ottenendo una visione funzionalmente più reale dell'atto defecografico e/o minzionale ha permesso alla ECCD di raggiungere valori specificità dell'80% e sensibilità del 98%, il tutto con una dose radiante inferiore ai 2 mGy.

La ECCD dovrebbe essere il gold standard nella patologia funzionale del pavimento pelvico.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

LA ECCD VERSUS DEFECORM: PIÙ FUNZIONALE, MENO RADIOPROTEZIONISTICO

R. Ferrando

ASL 2 Savonese, Albenga

Obiettivo: Scopo del nostro lavoro è stato quello di confrontare le informazioni diagnostiche fornite dalla enterocolpocistodefecografia e dalla defeco RM nello studio delle patologie funzionali del pavimento pelvico.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto mettendo a confronto la capacità diagnostica di 300 ECCD tradizionali e di 80 defecoRM effettuate da maggio 2009 e dicembre 2017: il confronto è stato effettuato sulla quantità, qualità ed attendibilità delle informazioni diagnostiche fornite. Nel nostro dipartimento la ECCD funzionale viene eseguito preferibilmente sul sesso maschile e su donne di età maggiore di 60 anni, pur somministrando una dose radiante di soli 1,4 mG. La defecoRM su donne giovani.

Risultati: L'esame ECCD tradizionale lo studio combinato del perineo anteriore, medio e posteriore ha permesso in tutti i casi di visualizzare correttamente le differenti alterazioni associate a sindromi del perineo discendente valutando anche alterazioni del perineo anteriore (cistoceli, trigonoceli e iper mobilità uretrali). La defecoRM ha consentito di evidenziare anche i peritoneoceli, ma ha sottostimato i reperti in tutti e tre i comparti, perché da sdraiato il pz non riesce ad utilizzando i reali vettori di spinta.

Conclusioni: Lo studio ECCD è risultato quindi un esame più funzionale, l'esame defeco RM un esame più anatomico; le informazioni diagnostiche fornite dalla perineografia si sono dimostrate superiori per il grado di patologia evidenziata. Lo studio in RM consente la visualizzazione di tutte le strutture perineali, ma sottostima i gradi di prolasso, risultando meno aderente alla realtà, perché il paziente da sdraiato non utilizza i fisiologici vettori di forza espulsiva defecografica e/o minzionale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

INDICAZIONI E RISULTATI DELLA RETTOPESSI VENTRALE LAPAROSCOPICA NELLA SINDROME DA OSTRUITA DEFECAZIONE

A. Braini

AAS 5 Friuli Occidentale-Ospedale di Pordenone, SOC Chirurgia Generale, Pordenone

Obiettivi: La rettopessi ventrale laparoscopica (LVR) è divenuta una delle armi in mano al chirurgo del pavimento pelvico per il trattamento della sindrome da ostruita defecazione (ODS). Tecnica proposta inizialmente per il prolasso rettale esterno, successivamente ha trovato indicazione anche in tutte quelle alterazioni anatomiche (rettocele, intussuscezione retto-ale, enterocele, prolasso del compartimento medio) che sostengono l'ODS; tuttavia ancora oggi in Letteratura le indicazioni spesso non sono chiare né differenziate e il tipo di mesh da utilizzare resta dibattuto. Obiettivo è quello di valutare indicazioni e risultati della LVR nella ODS in base all'esperienza personale dal 2011 ad oggi.

Materiali e metodi: Dal 2011 ad oggi 101 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di LVR, di questi 93 (tutte femmine) per ODS. Le pazienti erano state sottoposte a valutazione clinica, colonscopia e cistocolpoenterodefecografia dinamica preoperatoria. La manometria anorettale ed ecografia transrettale sono state eseguite solo in casi selezionati per disturbi della continenza preoperatoria. La tecnica è quella descritta da D'Hoore, con l'utilizzo di mesh biologiche o di derivazione biologica rispettivamente in 82 e 7 casi e in polipropilene in 4 casi. In 3 casi è stata associata una POPs (Pelvic Organ Prolapse suspension) ed in 2 una TPS (Transverse Perineal Support). Sono stati valutati tempi operatori, complicanze e risultati funzionali a distanza (ODS score e VAS satisfaction index).

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 118 minuti, in tre casi (3.2%) è stata necessaria la conversione laparotomica a causa di importante sindrome aderenziale; nessuna complicanza intraoperatoria. Le complicanze postoperatorie totali sono state del 7.5%, in particolare 5 infezioni delle vie urinarie, 1 polmonite, 1 stiramento del plesso brachiale da posizione con successivo recupero funzionale. Per quanto riguarda i risultati a distanza, ad un follow-up medio di 20 mesi, l'ODS score è sceso da 18 a 5 ($p < 0.01$); 79% delle pazienti ha riferito miglioramento della stipsi e 69% dell'incontinenza con un indice di soddisfazione (VAS) di 8.1 a 20 mesi. In nessun caso si è osservato un peggioramento della stipsi/incontinenza preoperatoria né casi di "de novo constipation".

Conclusioni: La LVR rappresenta un intervento sicuro ed efficace nel trattamento della ODS in particolare dopo una corretta selezione delle pazienti in base alla clinica e all'imaging preoperatorio. L'utilizzo di mesh biologiche o di derivazione biologica non sembra influire negativamente sui risultati funzionali a distanza, riducendo al minimo il rischio di complicanze mesh-correlate.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

TRATTAMENTO DELLE FISTOLE ANALI COMPLESSE CON PASTA DI COLLAGENE (PERMACOL). ESPERIENZA PRELIMINARE

M. Caporossi¹, E. D'Agostino², C. Di Giampietro³, A. Serao¹

¹ Ospedale San Giuseppe, Albano Laziale

² Ospedale San Sebastiano Martire, Frascati

³ Corso di laurea in Infermieristica, Università di Roma Tor Vergata, sede Frascati, U.O. SFC, Frascati

Obiettivi: Il trattamento ottimale delle fistole anali consiste nella guarigione del tramite fistoloso e nella conservazione della continenza. Questo obiettivo con le tecniche finora utilizzate è stato raggiunto solo parzialmente. La pasta di collagene cross-linkata di derma porcino, che in precedenti lavori si è dimostrata una valida alternativa alle tecniche più invasive, per le sue caratteristiche sembra soddisfare questi requisiti. Il nostro studio multicentrico ha lo scopo di valutare l'efficacia della pasta di collagene PERMACOL nel trattamento delle fistole anali complesse.

Materiali e metodi: Dal settembre 2016 sono stati trattati con PERMACOL 12 pazienti affetti da fistole anali complesse (tutte fistole trans-sfinteriche di cui 2 recidive). Si trattava di 9 maschi e 3 femmine con un'età media di 56,7 \pm 13,5 aa. In tutti i casi è stata effettuata una ecografia endoanale con sonda rotante 3D pre-operatoria. Nel 75% dei casi è stato posizionato nella fistola un setone per la durata media di 10,6 \pm 3,1 settimane. L'intervento è consistito nella dispitelizzazione della fistola, nella chiusura dell'orifizio interno con lembo mucoso nel 75% dei casi o con un punto nei restanti casi e, in tutti i pazienti, nella oblitterazione del tramite fistoloso con la pasta di collagene (PERMACOL). A 3, 6 e 12 mesi dopo l'intervento sono stati valutati la guarigione della ferita, il grado di continenza, la soddisfazione dei pazienti e le complicanze.

Risultati: Non si sono verificate complicanze post-operatorie, tranne la deiscenza del lembo mucoso in un caso, senza conseguenze. Dopo un Follow-up medio di 7,9 \pm 4,7 mesi e mediano di 6 mesi abbiamo registrato un tasso di guarigione nel 75% dei pazienti. Solo in un caso (6,6%) si è verificata una recidiva ascessuale e in due casi una secrezione residua di tipo sieroso, ancorchè saltuaria, dalla cicatrice dell'orifizio esterno. Non abbiamo registrato nessun caso di incontinenza fecale. Il tempo di guarigione della ferita chirurgica è stato di 38,1 \pm 9,8 gg. L'83% dei pazienti, indipendentemente dall'esito dell'intervento, è rimasto soddisfatto.

Conclusioni: La pasta di collagene PERMACOL si è confermata un efficace trattamento conservativo delle fistole anali con un basso tasso di complicanze. Dopo 6 mesi il tasso di guarigione del 75% risulta superiore a quello degli studi più recenti. Per l'evidente l'esiguità della casistica e la ridotta durata del follow-up, una valutazione a lungo termine è necessaria per confermare questi risultati. E' invece evidente il vantaggio della tecnica sulla conservazione della funzione sfinteriale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

TRATTAMENTO DELLE FISTOLE ANALI COMPLESSE CON COLLAGENE EQUINO NON CROSS-LINKATO IN PAZIENTI ANZIANI

L. Ripamonti, M. Maternini, A. Guttadauro, F. Gabrielli

Università di Milano-Bicocca, Milano

Introduzione: Le fistole anali primitive rappresentano un problema di difficile gestione sia per il paziente sia per il medico. Si possono definire fistole complesse le fistole che coinvolgono maggiormente gli sfinteri anali, per cui una loro escissione o messa a piatto determina un maggior rischio di sviluppare incontinenza. Il trattamento ideale dovrebbe garantire l'eradicazione della fistola preservando nel contempo gli sfinteri anali, prevenendo le recidive e consentendo un rapido recupero per il paziente.

Materiali e metodi: Lo studio ha previsto una prima visita preoperatoria in cui i pazienti sono stati sottoposti ad anamnesi ed esame obiettivo che unitamente alle indagini diagnostiche (RMN pelvi) hanno permesso di delineare l'anatomia della fistola. La continenza è stata valutata utilizzando il Wexner Continence Grading Scale (CCF). I pazienti sono stati valutati post-operatoriamente a 7 gg, 1, 3, 6 e 12 mesi mediante anamnesi ed esame obiettivo e valutazione della continenza mediante CCF score. I pazienti che non hanno presentato sintomi e segni della fistola, definiti dalla completa chiusura dell'orifizio esterno, senza segni di infiammazione e/o secrezione all'ultimo follow-up a 12 mesi dalla procedura, sono stati considerati guariti. A tutti i pazienti è stato posizionato un setone lasso nel tramite fistoloso 4 settimane prima della chiusura della fistola mediante l'utilizzo di collagene equino non cross-linkato.

Risultati: Nel periodo compreso tra maggio 2016 e maggio 2017 abbiamo operato 25 pazienti, 18 maschi e 7 femmine con età media di 66,4 anni, ASA score 2 e CCF 0. Il 23% dei pazienti ha presentato una recidiva prima della fine del follow-up mentre il 77% non ha presentato alcun segno di recidiva a 12 mesi dal trattamento. A 12 mesi dal trattamento tutti i pazienti hanno conservato un CCF score pari a 0, pertanto non si sono registrati peggioramenti della continenza.

Conclusioni: Si tratta sicuramente di una metodica promettente, non invasiva e ben tollerata dai pazienti e che, in caso di recidiva, non pregiudica l'esecuzione delle altre metodiche note. Questi primi risultati ottenuti su un numero limitato di pazienti hanno certamente bisogno di essere confermati da un follow-up più lungo e da casistiche più ampie.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

UN NUOVO APPROCCIO CHIRURGICO NEL TRATTAMENTO DELLA CONDILOMATOSI ACUMINATA CIRCONFERENZIALE ANO-PERINEALE

A. Guttadauro, L. Ripamonti, M. Maternini, F. Gabrielli

Università Milano-Bicocca, Milano

Obiettivi: Comunicare i risultati del trattamento della condilomatosi diffusa circonferenziale mediante una nuova procedura chirurgica.

Materiali e metodi: Da Gennaio 2015 a Gennaio 2017 sono stati operati presso l'U.O.C. di Chirurgia Generale degli Istituti Clinici Zucchi di Monza 12 pazienti (tutti immunocompetenti).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad anosopia in regime ambulatoriale per escludere la presenza di condilomatosi oltre la linea dentata del canale anale.

La procedura chirurgica effettuata su tutti i pazienti è di nuova concezione. Essa consiste nell'asportazione di un cilindro mucocutaneo contenente l'intera lesione mantenendo circa 1 cm di margine libero da malattia sia sulla cute perianale che sulla mucosa del canale anale. Successivamente la mucosa del canale anale viene suturata al margine esterno dello sfintere interno con punti staccati in materiale riassorbibile.

La tecnica anestesiológica utilizzata è stata l'anestesia spinale.

Tutti i pazienti sono stati dimessi in seconda giornata postoperatoria con l'indicazione di eseguire dilatazioni anali domiciliari 2 volte a settimana per 6 settimane, terapia antidolorifica (Ketorolac 10 mg 2 cp al giorno per 4 giorni), utilizzo di lassativi per via orale (lactulosio 2 cucchiaini al giorno), una dieta ricca di fibre e semicupi con cloramina diluita (2-3 die).

I pazienti sono stati sottoposti a visita di controllo ambulatoriale settimanalmente per 6 settimane.

Il follow-up è stato eseguito a 2 mesi, 6 mesi e 1 anno dall'intervento.

Risultati: Il decorso postoperatorio precoce è stato privo di complicanze in tutti i pazienti.

La guarigione della ferita chirurgica è avvenuta dopo 40 giorni senza stenosi anale tranne che in due pazienti. Di quest, uno non aveva seguito le indicazioni alimentari corrette e non si era presentato regolarmente a tutti controlli ambulatoriali settimanali e il secondo caso non si era mai presentato ai controlli. Nel primo caso si è proceduto alla esecuzione di un' anoplastica di allargamento, mentre nel secondo caso, che ha rifiutato un nuovo trattamento chirurgico, è stato consigliato un trattamento domiciliare dilatatorio. Quest'ultimo paziente è stato poi perso durante il follow-up. In nessun paziente si è avuto ectropion mucoso.

Non sono state riscontrate recidive di condilomatosi in nessuno dei pazienti.

Conclusioni: La nuova tecnica chirurgica proposta per il trattamento della condilomatosi gigante perianale risulta essere di semplice esecuzione, ben tollerata dai pazienti e associata ad un basso numero di complicanze.

Il fissaggio della mucosa anale al margine esterno dello sfintere interno permette una guarigione senza ectropion e, con regolari controlli ambulatoriali, evita l'insorgenza di stenosi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE FISTOLE ANALI IN DAY SURGERY: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

C. Magnani¹, A. Margiotta¹, E. Jovine²

¹AUSL Imola

²AUSL Bologna

Obiettivi: Scopo del presente lavoro è di valutare i risultati di un gruppo consecutivo di pazienti operati per fistole anali presso l'Ospedale di Castel San Pietro Terme/BO e, in particolare, di verificare, se il trattamento delle fistole anali complesse, possa essere eseguito efficacemente e in sicurezza, in regime di day surgery.

Materiali e metodi: Da maggio 2015 ad aprile 2018, cinquantotto pazienti (43 M; 15 F) affetti da fistole anali transfinteriche, di cui 41 complesse, sono stati operati presso l'Ospedale di Castel San Pietro Terme in regime di day surgery con dimissione nello stesso giorno dell'intervento chirurgico. Dopo la procedura chirurgica, i pazienti sono stati regolarmente valutati a 7 e 15 giorni, a 1 mese, a 1 anno e in seguito mediante intervista telefonica. È stata registrata la comparsa di complicanze, di mancata guarigione, di recidive e la percentuale di riammissione ospedaliera.

Risultati: I 58 pazienti (62 interventi chirurgici) avevano fistole anali complesse in 42 casi e transfinteriche basse in 16 casi; in 55 pazienti le fistole erano di origine criptoghiandolare, in 2 casi associate a morbo di Crohn e in 1 caso a rettocolite ulcerosa. L'età media era di 49 anni (range: 21-79 anni). La durata media del follow-up è stata di 22 mesi (range: 4-36 mesi). Le fistole erano posteriori in 42 casi e anteriori in 16 casi. Interventi chirurgici precedenti (da 1 a 3) per ascesso o fistola anale erano stati eseguiti in 43 pazienti e 34 pazienti erano portatori di setone (duplice in 2 casi), al momento della procedura chirurgica. Gli interventi sono consistiti in: fistulotomia 32 casi, VAAFT 21 casi (associata a Pressfit in 5 casi e Permacol in 2 casi), FILAC 5 casi, fistulectomia 1 caso, fistulotomia con sfinteroplastica primaria 1 caso, posizionamento di Plug Pressfit 1 caso, applicazione di setone 1 caso. Cinquantasei pazienti sono stati dimessi la sera stessa dell'intervento chirurgico mentre due pazienti hanno richiesto l'ospedalizzazione per cefalea persistente secondaria all'anestesia loco-regionale. Le complicanze si sono verificate in 2 dei pazienti sottoposti a VAAFT: la comparsa di un infiltrato flogistico in un caso e la comparsa di due orifici esterni suppletivi lungo il decorso del tramite della fistola nell'altro caso, entrambi risoltisi spontaneamente. Due pazienti hanno avuto per 3 mesi incontinenza ai gas temporanea. La mancata guarigione o la recidiva dopo intervento si è avuta complessivamente in 7 casi (12%), quattro dei pazienti inizialmente sottoposti a VAAFT sono stati rioperati con successo, 3 pazienti sono ancora in attesa di intervento chirurgico. Considerando i re-interventi la guarigione è avvenuta nel 94,8%.

Conclusioni: Con le nuove procedure chirurgiche mini-invasive le fistole anali, in particolare quelle complesse, possono essere trattate in regime di day surgery in maniera sicura ed efficace.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

FLAVONOIDI E CENTELLA ASIATICA A CONFRONTO NEL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLA RAGADE ANALE CRONICA. STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO

M. Chiaretti, D. Alunni Fegatelli, G. Pappalardo

Università La Sapienza, Roma

Obiettivi: Il presente studio longitudinale randomizzato si è proposto di valutare comparativamente l'efficacia dell'impiego di Flavonoidi (Fs) e di estratti di Centella asiatica (Ca) studiando il tempo di scomparsa del sanguinamento, dolore, sensazione di peso e tenesmo, in pazienti affetti da ragade anale cronica (RA).

Materiali e metodi: 98 pazienti ambulatoriali sono stati divisi in 2 bracci: trattati (Gruppo A e Gruppo B) e controlli (Gruppo C). I partecipanti hanno ricevuto lo stesso trattamento tradizionale consistente in dieta specifica, dilatatori, e cure igieniche. Mediante tavola di randomizzazione i pazienti sono stati assegnati al Gruppo C (n = 32). Gruppo A (n = 30) ha ricevuto aggiuntivamente Fs e quelli del Gruppo B (n = 36) Ca. Tutti hanno eseguito il trattamento con dilatatori per 4 settimane e sono stati ricontrollati settimanalmente per 8 settimane. La dieta è ricca di fibra alimentare bollita, acqua non gassata e priva di sale da cucina, spezie, piccanti, alcolici e cioccolato. La procedura igienica consiste nell'uso di un sapone medicato, asciugatura del perineo per tamponamento, senza stropicciare, evitando l'uso di carta.

Risultati: Il tempo medio di scomparsa del sanguinamento durante defecazione nel Gruppo A è stato di 1 settimana (IC 95% 1-4 settimane), nel gruppo B è stato di 3 settimane (IC 95% 2-3 settimane) e nel gruppo C è stato di 4 settimane (IC 95% 4-5 settimane). Il comportamento della VAS è stato studiato per la valutazione del dolore defecatorio dalla rilevazione basale e alla 2a settimana, risultando differenze statisticamente significative nei tre sottogruppi (A vs C: valore p-value = 0,004; B vs C: valore p-value = 0,035, ma non A vs B p-value=0.665 perché entrambi ugualmente efficaci). Per quanto riguarda la sensazione di peso e il tenesmo non sono emerse differenze significative tra i sottogruppi.

Discussione: Questo studio evidenzia che il trattamento tradizionale per la RA (Gruppo C) non è efficace quanto il trattamento sinergico combinato con Fs (Gruppo A) oppure Ca (Gruppo B). I pazienti ambulatoriali dei sottogruppi Fs e Ca hanno avuto, infatti, una precoce scomparsa del sanguinamento e del dolore defecatorio ottenendo un rapido e notevole miglioramento della loro qualità di vita.

Conclusioni: Nel trattamento della RA cronica è importante il superamento della costipazione. Il protocollo tradizionale con regime dietetico, dilatatori, e procedura igienica è efficace nel ridurre il sanguinamento e il dolore (Gruppo C) ma nei pazienti che hanno ricevuto la supplementazione con Fs (Gruppo A) oppure Ca (Gruppo B) abbiamo osservato una efficace azione sul dolore con la scomparsa in tempi significativamente più brevi ed un rapido recupero della qualità della vita. I Fs sono risultati più efficaci nel trattamento del sanguinamento.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

VALUTAZIONE DELL'OUTCOME, SICUREZZA ED EFFICACIA DELLA MUCOPESSIA E DEARTERIALIZZAZIONE EMORROIDARIA CON E SENZA L'UTILIZZO DEL DOPPLER. CONFRONTO TRA 3 PROCEDURE NELLA NOSTRA ESPERIENZA BIENNALE SU 91 PAZIENTI

R. Laforgia, P. Lobascio, M. Minafra, N. Musa, P. Sallustio, G. Balducci, G. Carbotta, S. Picicchio, V.L. Pinto, N. Palasciano

Università degli Studi di Bari 'Aldo Moro', Bari

Obiettivi: Dimostrare l'efficacia, sicurezza e sovrapponibilità di risultati di 3 tecniche chirurgiche non resettive per il trattamento della Malattia Emorroidaria (ME).

Materiali e metodi: Dal gennaio 2016 a aprile 2018, abbiamo trattato 91 pazienti (pz) con diagnosi di prolasso mucoemorroidario (PME) II grado non responsivo a precedenti trattamenti, PME III grado sanguinanti e non, PME recidivo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a mucopessia e dearterializzazione emorroidaria, confezionando 6 plicature mucose longitudinali alle ore dispari con suture riassorbibili (vicryl 2/0) e concludendole sempre a monte della linea dentata. In alcuni casi è stato necessario implementare con una 7^a plicatura. I pz sono suddivisi in 3 bracci di campioni, in base alla procedura effettuata: Gruppo A, 24 interventi di THD condotti con tecnica classica (THD lab slider) doppler guidata; Gruppo B, 17 interventi utilizzando il kit THD ma senza ausilio del Doppler (TND); Gruppo C, 50 interventi utilizzando il device E.R.O.De - Sapimed. Tale tecnica prevede comunque il confezionamento dello stesso numero e tipologia di suture/plicature (6), non fa uso del doppler ed utilizza un anoscopio differente da quello delle due precedenti. Tutti hanno eseguito la medesima preparazione: minicisma evacuativo, profilassi con metronidazolo. Durata procedure (range 20-105 minuti): THD 65,7'; THD SENZA DOPPLER 60,3'; ERODE 36,3'. Ai pz è stato consegnato a domicilio un Daily Diary (LDD) da noi messo a punto e dove si valuta: dolore (scala VAS), sanguinamento, uso di analgesici, tenesmo, urgenza defecatoria e ripresa attività quotidiane. L'analisi del LDD ci ha permesso di valutarne l'outcome. È stato eseguito follow up a 7 gg, 1,3,6,12,24 mesi.

Risultati: Al primo follow up abbiamo focalizzato l'attenzione su: 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 in IX gpo; 1 (1.08%) ascesso sottomucoso drenato ambulatorialmente; 3 (3.29%) trombosi emorroidarie. Nel corso del follow up abbiamo diagnosticato 7 Recidive (7.6%): THD 8.33%; TND 11.76%; Erode 5.88%. Di queste, una è stata trattata con successiva ulteriore plicatura mucosa alle ore 3, due trattate con legatura elastica; 4 pz hanno rifiutato reintervento.

Conclusioni: In base ai risultati ottenuti possiamo ritenere l'intervento di mucopessia con dearterializzazione emorroidaria una procedura sicura ed efficace, ben tollerata dal paziente e con outcome soddisfacente. Inoltre l'analisi statistica non ha evidenziato differenze significative nel risultato delle 3 procedure eseguite. L'utilizzo del doppler quindi, non ha modificato l'outcome in termini di complicanze e/o recidiva. Riteniamo inoltre, che l'utilizzo del device Erode sia da preferire avendo un costo nettamente inferiore ed avendo una maggiore ergonomia facilitando così, maggiore (più agevole) manualità da parte dell'operatore.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

ROBOTIC VENTRAL RECTOPEXY VS LAPAROSCOPIC VENTRAL RECTOPEXY: A RETROSEPTIVE SINGLE CENTER EVALUATION

D. Gaudio¹, F. Da Pozzo², A. Stuto²

¹ *Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli*

² *U.O. di Chirurgia Coloproctologica e Pavimento Pelvico, Policlinico di Abano Terme, Abano Terme (PD)*

Aims: Aim of the study is to define the feasibility of robotic surgery in ventral rectopexy compared to a previous experience with laparoscopic approach.

Methods: From January 2017 to March 2018, a total of 61 consecutive patients were operated for complete rectal prolapse (internal and external rectal prolapse), alone or associated with other pelvic floor disorders. Among these patients, in 33 patients robotic ventral rectopexy (RVR) alone using da Vinci Xi robotic surgical system was performed. All patients were prospectively followed for a minimum period of 3 months. Pre- and intra-operative findings were recorded and compared to analogue data derived from retrospectively analysis of 47 laparoscopic ventral rectopexys (LVR) performed between January 2011 and February 2014.

Results: Out of 33 patients who underwent RVR, 93,9 % of patients were female. Mean age was 61 years in robotic group and 65,5 years in laparoscopic group. Titanized prolene mesh was used in 26 patients and porcine dermal mesh was used in 7 patients. Mean operative time was 125 minutes (ranging from 70 to 180 min.) in robotic group and 120 min (ranging from 70 to 122 min.) in laparoscopic group. Functional outcome was satisfactory in all patients. In both groups early reoperation was required in one case: omentum bleeding in one RVR and total small bowel volvulus in one LVR. The mean hospital stay was 2 days for RVR and 4 days for LVR. Conversion to laparotomy was required for one patient, during a LVR, because of excessive adhesions. During the average follow-up of 3 months no patient had recurrence. Symptoms resolution was obtained in 82%. No de novo constipation case was registered in both groups.

Conclusions: In laparoscopic expert hands the learning curve and the operative time are no longer a hindrance to adopt Robotic approach in Pelvic Floor Surgery. Furthermore, robotic surgery allows a quicker return to normal bowel functions and improves the comfort of patients after operation. Association of a new technology with an algorithm in decision making for a patient-tailored therapy is essential to obtain the best clinical outcome.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

IMPATTO DELL'APPROCCIO AMBULATORIALE PER LA CHIRURGIA DELLE EMORROIDI SUI RISULTATI CLINICI E I COSTI SANITARI: STUDIO PROSPETTICO CONTROLLATO

S. Solari, S. Ascanelli, D. Marcello, F. Aisoni, M.G. Sibilla, L. Chimisso, S. Danese, P. Carcoforo

Università degli Studi di Ferrara, scuola di specializzazione in Chirurgia Generale, Ferrara

Obiettivo: La mucopessi trans-ale con dearterializzazione costituisce un'opzione terapeutica per le sindromi emorroidarie sintomatiche. L'emorroidectomia secondo Milligan Morgan ha superato il test del tempo in termini di risoluzione della sindrome emorroidaria. Entrambe le tecniche possono essere eseguite in anestesia locale. L'obiettivo di questo studio è determinare l'impatto sui risultati clinici e sul rapporto costo-efficacia dell'esecuzione di queste tecniche in un setting ambulatoriale.

Materiali e metodi: Un gruppo di 100 pazienti con emorroidi di II e III grado sottoposti a trattamento ambulatoriale tra il 2015 e il 2017 (gruppo A) è stato confrontato con un gruppo di 100 pazienti operati nello stesso istituto e nello stesso periodo di tempo in regime di ricovero (gruppo H).

Il primo parametro considerato è stata la durata dell'assenza dal lavoro, come indicatore del risultato clinico.

Gli outcomes secondari comprendevano le complicanze post-operatorie, il rapporto costo-beneficio e la soddisfazione dei pazienti.

Risultati: I giorni di assenza dal lavoro sono risultati significativamente inferiori nei pazienti del gruppo A (8 giorni vs 15), senza differenze nel tasso di complicanze post-operatorie. Il costo medio totale per paziente è risultato significativamente inferiore nel setting ambulatoriale rispetto al gruppo dei pazienti ricoverati (431 euro contro 1320).

Conclusioni: L'implementazione della chirurgia ambulatoriale per le emorroidi è fattibile, efficace, sicura e con un buon rapporto costo-efficacia e buona soddisfazione da parte dei pazienti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

EFFICACIA DELL'INNESTO DI CELLULE STAMINALI PROVENIENTI DA TESSUTO ADIPOSO AUTOLOGO NELL'ACCELERAZIONE DEL PROCESSO DI GUARIGIONE DELLE FISTOLE ANALI COMPLESSE. STUDIO PILOTA

M.G. Sibilla¹, S. Ascanelli², S. Danese¹, L. Chimisso¹, F. Aisoni¹, S. Solari¹, D. Marcello², P. Carcoforo¹

¹ Università degli Studi di Ferrara

² UOC Chirurgia 2, Ospedale Sant' Anna, Cona, Ferrara

Obiettivi: Diversi studi clinici hanno rivelato la potenzialità rigenerativa delle cellule staminali provenienti dal tessuto adiposo (ASCs). Questo studio ha lo scopo di valutare la sicurezza e l'efficacia delle ASCs nel trattamento delle fistole anali complesse. L'endpoint primario è stato valutare la percentuale di guarigione delle ferite a 7 giorni dall'intervento nei pazienti trattati con innesto di ASCs. Come endpoints secondari abbiamo valutato eventuali eventi avversi, il dolore post-operatorio, la ripresa dell'attività lavorativa, l'incontinenza fecale, la soddisfazione dei pazienti, il tasso di guarigione e di recidiva a 1 anno, la necessità di ricorrere ad ulteriori trattamenti e infine i costi in 2 gruppi di pazienti.

Materiali e metodi: Da settembre 2016 a dicembre 2017, 60 pazienti con età compresa tra 30 e 80 anni, affetti da fistole anali complesse, sono stati scelti casualmente e randomizzati in due gruppi: gruppo 1, costituito da 30 pazienti che sono stati sottoposti a fistulectomia e chiusura dell'orifizio interno; gruppo 2, 30 pazienti sottoposti a trattamento sperimentale che prevedeva oltre al trattamento chirurgico, l'innesto di ASCs nella ferita perianale chiusa per prima intenzione e a livello dell'orifizio interno dopo sua chiusura. Il prelievo di lipoaspirato dal tessuto adiposo sottocutaneo addominale periombelicale è stato effettuato secondo tecnica di Coleman, con successiva centrifugazione a 1300 r/min per 3 minuti e innesto mediante ago da 18 G. Tale procedura non richiede alcun costo aggiuntivo. Una visita proctologica è stata effettuata a 1 settimana, 2 settimane, 3 settimane, 1 mese, 2 mesi, 3 mesi, 6 mesi e a un anno dopo la procedura. È stata eseguita una RM pelvica prima dell'intervento e a 6 mesi dallo stesso in tutti i pazienti.

Risultati: Solo un paziente del gruppo 2 ha presentato un evento avverso (ascesso perianale). La percentuale di successo intesa come % di guarigione (chiusura della ferita perianale) a 7 giorni è stata significativamente maggiore nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1 (48,1 % vs 6,9%, $p < 0,001$). Il dolore post-operatorio è risultato significativamente minore nei pazienti del gruppo 2 con ripresa dell'attività lavorativa entro 7 giorni dall'intervento nella maggioranza dei pazienti del gruppo 2. Non si sono verificati casi di incontinenza fecale. Per quanto concerne la recidiva a un anno le differenze tra i due gruppi non sono risultate significative e in ogni caso la % di successo chirurgico è risultata essere molto buona in entrambi i gruppi (gruppo 2: 83,3 % ; gruppo 1: 76,7 %) con ottima soddisfazione dei pazienti e senza incremento dei costi.

Conclusioni: L'innesto di ASCs dopo trattamento chirurgico delle fistole anali appare influenzare positivamente il processo di guarigione precoce e il controllo del dolore migliorando significativamente la qualità di vita dei pazienti operati di fistole anali complesse senza incremento dei costi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

TAILORED MUCOSECTOMY & HEMORRHOIDOPEXY (TM&H): UNA NUOVA OPZIONE CHIRURGICA PER IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLE EMORROIDI DI III GRADO SECONDO GOLIGHER

T. Zalla¹, C. Elbetti¹, I. Giani¹, F. Caminati², M. Calussi¹, P. Dreoni¹, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, M. Scatizzi³

¹ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato

² Libero Professionista

³ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Obiettivi: Scopo dello studio è confrontare la Ferguson Hemorrhoidectomy (FH) con la Mucosectomy Tailored & Hemorrhoidopexy (TM&H).

Materiali e metodi: 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)-Marische 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, Oxidone/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.

Risultati: 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 (gruppo A) 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) ($p=0,016$).

Conclusione: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

TAILORED ANAL BLOCK (TAB): UNA NUOVA PROCEDURA ANESTESIOLOGICA PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORROIDI IN AMBIENTE AMBULATORIALE

F. Caminati¹, C. Elbetti², G. Iacopo², T. Zalla², M. Calussi², P. Dreoni², S. Cantafio², F. Feroci², M. Scatizzi³

¹ *Libero Professionista*

² *SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato*

³ *SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze*

Obiettivi: 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.

Materiali e 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).

Conclusioni: La TAB appare semplice, rapida, facile da apprendere e richiede un basso volume di anestetico. La tecnica permette al paziente di ponzare 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

LA SINGLE PILE HEMORRHOID CLASSIFICATION: UN NUOVO STRUMENTO PER LA CLASSIFICAZIONE DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA UTILE PER IL CONFRONTO TRA TECNICHE CHIRURGICHE

C. Elbetti¹, G. Iacopo¹, F. Caminati², T. Zalla¹, M. Calussi¹, P. Dreoni¹, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, M. Scatizzi²

¹ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato

² Libero Professionista

³ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Obiettivi: 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.

Materiali e 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.

Conclusione: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

TRATTAMENTO SCLEROSANTE AMBULATORIALE DELLA MALATTIA EMORROIDARIA SINTOMATICA CON INIEZIONE DI SCHIUMA DI POLIDOCANOLO 3%: ESPERIENZA DI UN CENTRO PILOTA E VARIAZIONE DI TECNICA

P. Lobascio, M. Minafra, R. Laforgia, P. Sallustio, G. Carbotta, G. Balducci, N. Musa, C. Giove, N. Palasciano

Università Aldo Moro di Bari

Obiettivi: Scopo del presente studio è valutare efficacia, outcome e qualità di vita dei pazienti (pz) con prolasso emorroidario (PME) di II-III grado trattati con scleroterapia e valutare la sicurezza della tecnica mediante variazione e standardizzazione della stessa.

Materiali e metodi: Da marzo 2017 a maggio 2018, 44 pazienti con PME sono stati sottoposti ambulatorialmente a terapia sclerosante con iniezione di schiuma di polidocanolo 3% (SP). Criteri di inclusione: PME II grado (23 pz); PME III grado (21 pz) in pz con ASA III-IV o che rifiutavano intervento. Taluni pz presentavano stato anemico severo con Hb < 6 g/dl. Un pz ha eseguito procedura per sanguinamento post chirurgico. Criteri di esclusione: gravide, trombofilia, sepsi perianale (compresi ascessi e fistole), trombosi emorroidaria in atto, IBD. Tutti i pazienti sono stati trattati in posizione di Sims, utilizzando anoscopio a becco di flauto e con puntura secondo la tecnica di Blonde-Blanchard da noi modificata ovvero l'iniezione in unico tempo, di SP nelle sedi classiche, cioè ad ore 3,7,11. La modifica da noi messa a punto alla originaria tecnica, prevede due capisaldi: la puntura nel gavocciolo e non nella sottomucosa alla base degli stessi al fine di evitare lesioni accidentali di parete e l'iniezione con approccio tangenziale del gavocciolo anterolaterale destro per evitare la puntura accidentale di tessuto prostatico. La procedura, asintomatica, ha una durata di circa 2-3 minuti. Il pz viene dimesso con un daily diary per la valutazione di sanguinamento, prolasso, prurito, discomfort, dolore (scala VAS), incontinenza-soiling, tenesmo, utilizzo di analgesici, tempi di ripresa attività quotidiane, QoL.

Risultati: I tempi di ripresa dell'attività lavorativa e di vita quotidiana sono stati di circa 1-2 giorni; la media della QoL è stata di 9,57 (range 1-10). Nessuna complicanza maggiore o urinaria. Abbiamo osservato 2 crisi emorroidarie in 1 giornata, trattate con riduzione manuale. Lieve sanguinamento in 6 pz (13.64%) nei primi giorni; lieve dolore presente in 6 casi; 2 pz hanno manifestato soiling transitorio; prurito perianale presente in 4 pz (9%) dopo la procedura ed in 1 caso tardivamente a circa 20 giorni. Tenesmo è stato rilevato in 9 pz (20.45%). Recidiva e/o persistenza di malattia riscontrate in 11 pz (25%) di cui 10 con diagnosi di PME III grado già in lista per procedura chirurgica. Questi pz tuttavia, hanno beneficiato del trattamento con un periodo symptom-free fino all'intervento.

Conclusioni: Dai risultati iniziali ottenuti, l'iniezione di SP si è dimostrata un'alternativa efficace, sicura, economica, rapida, ripetibile e ben tollerata anche come trattamento temporaneo e sintomatico (bridge to surgery) nell'attesa dell'intervento chirurgico. Ha dimostrato ottima risoluzione del sanguinamento (e del consensuale stato anemico) ed importante effetto sul prolasso anche di III grado. Raccomandiamo fortemente l'approccio tangenziale nella puntura al gavocciolo anteriore.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

SYMPTOMATIC PILE TAILORED PROCEDURES: UNA NUOVA PROSPETTIVA DI TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA

C. Elbetti¹, I. Giani¹, F. Caminati², T. Zalla¹, M. Calussi¹, P. Dreoni¹, E. Novelli², J. Martellucci³, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, M. Scatizzi⁵

¹ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato

² Libero Professionista

³ Chirurgia d'Urgenza AOU Careggi, Firenze

⁴ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

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

Materiali e 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 marishe 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 procedures. 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.

Conclusioni: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA O

RAGADE ANALE ACUTA DOLOROSA: RUOLO DEL BLU DI METILENE SOLUZIONE 0.2%

M. Calussi¹, I. Gianì¹, C. Elbetti¹, F. Caminati², T. Zalla¹, P. Dreoni¹, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, M. Scatizzi³

¹ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato

² Libero Professionista

³ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Obiettivi: 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 ripielizzanti, la comparsa di eventuale sanguinamento, prurito, tenesmo, ascessualizzazione o necrosi della sede di iniezione. Il grado di ripielizzazione della ragade.

Materiali e metodi: 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, a na 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 ripielizzazione (grado 0 persistenza di ragadizzazione profonda, grado 1 persistenza della lesione ragadiforme ma più superficiale, 2 ripielizzazione parziale, 3 completa guarigione), il numero di giorni di assunzione autogestita di analgesici da parte del paziente (painkiller days-PKD).

Risultati: 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.

Conclusione: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 1

SALA 0

INJECTION OF ADIPOSE TISSUE DERIVED STEM CELLS (MYSTEM® EVO TECHNOLOGY): A NEW SPHINCTER PRESERVING TREATMENT FOR HIGH OR COMPLEX TRANSSPHINCTERIC ANAL FISTULAS

S. Fedele, P. Lobascio, G. Balducci, P. Sallustio, M. Minafra, R. Laforgia, A. Delvecchio, F. Fiore, N. Palasciano

Chirurgia Generale V. Bonomo, Università degli Studi di Bari

Obiettivi: Adipose tissue derived stem cells (ADSCs) are multipotent and can differentiate into various cell types. ADSCs have been tested for Crohn's fistulae with good results. We used ADSCs autologous transplantation for a complex transsphincteric fistula: a sphincter-preserving technique to avoid the risk of fecal incontinence.

Materiali e metodi: We present a case of a 77 years-old male patient with left posterior lateral perianal abscess on 6cm long fistula tract and posterior external opening without internal opening. The surgical procedure was performed when the fistula had stopped discharging pus. MYSTEM® EVO Technology was used to obtain stem cells. They were injected outside (directed toward hipotetical I.F.O) and inside the fistula tract. The external opening was closed by adsorbable stich. The patient underwent a follow-up (at 7, 30 and 180 POD) demonstrating a complete healing of fistula.

Conclusioni: Adipose tissue is an excellent source of adult stem cells, because of plasticity features which represent a powerful source for several future applications. One of revolutionary impact in stem cells-based therapies is going to develop in the management of Crohn's fistula, for their anti-inflammatory and immunomodulatory capacities. ADSCs are a promising new sphincter preserving treatment option for high or complex transsphincteric anal fistulas, and MYSYSTEM® EVO Technology is potentially useful for this application.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

MODELLO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA MULTIDISCIPLINARE E IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE DISFUNZIONI COMPLESSE DEL PAVIMENTO PELVICO: EFFICACIA ED EFFICIENZA DEL PROCESSO E ANALISI ECONOMICA

L. Chimisso¹, S. Ascanelli², S. Solari¹, R. Martinello², I. Iafelice¹, P. Greco¹, I. Carmelo², P. Carcoforo¹

¹ Università di Ferrara

² Arcispedale Sant'Anna, Ferrara

Introduzione: Le disfunzioni del pavimento pelvico (PFD: pelvic floor dysfunction) sono patologie complesse ad elevata incidenza e prevalenza, con un notevole impatto sociale ed economico. La gestione dei pazienti (prevalentemente di sesso femminile) che presentano PFD, per la complessità e il coinvolgimento di più distretti anatomici contemporaneamente, necessita di una stretta collaborazione tra specialisti diversi. Attualmente nel nostro Paese non esistono percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati per la diagnosi e il trattamento delle PFD. Questa situazione costringe le pazienti a incontrare specialisti diversi in luoghi spesso lontani tra loro, con inevitabili problemi organizzativi e incremento dei costi.

Al fine di migliorare questo sistema di cure, presso l'Ospedale Universitario di Ferrara è stato implementato un nuovo modello assistenziale per la gestione integrata delle PFD basato su un approccio multidisciplinare.

L'endpoint primario è stata la valutazione della qualità di vita delle pazienti trattate all'interno di un percorso multidisciplinare. Gli endpoint secondari sono stati: il numero di re-interventi chirurgici (per recidiva o fallimento della procedura precedente) e la valutazione dei costi diretti e indiretti.

Metodi: Abbiamo condotto uno studio mono-centrico, prospettico, osservazionale, su una popolazione di pazienti, tra i 18 e 85 anni, affette da PFD, prese in carico e trattate all'interno del Percorso Pelvi presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOU Ferrara), nell'arco di 2 anni.

Risultati: Da febbraio 2015 a febbraio 2017, 407 donne (età media 65 anni) sono state visitate presso l'ambulatorio multidisciplinare del pavimento pelvico alla presenza dei 3 specialisti: ginecologo, urologo e chirurgo coloproctico. Tutte le pazienti hanno eseguito un work-up diagnostico di imaging e funzionale presso l'AOU Ferrara.

Di queste, il 30% è stato sottoposto a chirurgia (18% mono-disciplinare e 12% multi-disciplinare combinata).

Abbiamo osservato un significativo miglioramento della qualità della vita dopo chirurgia con un tasso di re-interventi del 5% per recidiva o fallimento; un significativo miglioramento o scomparsa dei sintomi legati ai PFD dopo il trattamento chirurgico; una ridotta morbilità chirurgica e ridotta durata della degenza ospedaliera; buona adesione al percorso di cura proposto e ottima soddisfazione delle pazienti; inoltre abbiamo osservato una riduzione dei costi complessivi nei casi di chirurgia combinata rispetto alla chirurgia monodisciplinare con migliore re-distribuzione delle risorse.

Conclusioni: Nel continuo cambiamento dell'assistenza sanitaria, la medicina e la chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico possono svolgere un ruolo decisivo nella salute della donna, mettendo la paziente al centro dell'azione medica e chirurgica, tendendo sempre al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure e all'ottimizzazione delle risorse disponibili.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

CELLULE ADIPOSE MESENCHIMALI AUTOLOGHE (LIPOGEMS): UN IMPORTANTE ALLEATO NELLA CURA DELLE RADIODERMITI ANO-PERIANALI E VULVO-VAGINALI

I. Giani¹, C. Elbetti¹, F. Caminati², T. Zalla¹, M. Calussi¹, P. Dreoni¹, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, L. Tiradritti³, L. Pisano³, F. Taviti⁴, M. Scatizzi⁵

¹ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santo Stefano, Prato

² Libero Professionista

³ Dermatologia-Presidio Palagi, Firenze

⁴ Dermatologia-Ospedale Santo Stefano, Prato

⁵ SOC Chirurgia Generale-Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Obiettivi: Obiettivo dello studio è di valutare l'efficacia delle iniezioni di cellule adipose mesenchimali autologhe (Lipogems) finalizzate alla cura della dermatite ano-perianale e vulvo-vaginale post radioterapia e dei sintomi ad essa correlati quali bruciore, dolore e dispareunia.

Materiali e metodi: Nel periodo compreso tra dicembre 2016 e febbraio 2018, tutti i pazienti afferenti agli Ambulatori proctologi della USL Toscana Centro affetti da sintomi secondari e Radiodermite sono stati valutati per un eventuale trattamento con Lipogems. Lo stato locale è stato valutato in accordo ai criteri della "Radiation Therapy Oncology Group-RTOG" e si è deciso di trattare i casi con lesioni tardive G2 (atrofia parcellare moderata, teleangectasie, perdita dei peli, irrigidimento) e G3 (marcata atrofia, macroscopiche teleangectasie, fibrosi). Si è deciso di valutare un eventuale down grading post trattamento ed un miglioramento di sintomi quali il bruciore, il dolore e la dispareunia.

Criteri di esclusione l'età inferiore a 18 anni, lo stato di gravidanza, la presenza di un quadro RTOG tardivo G0, G1 e G4.

Risultati: 5 pazienti sono stati trattati, età media 67.2 anni (range 57-74), tutte di sesso femminile, 3 sottoposte a radioterapia per carcinoma squamocellulare dell'ano e 2 per carcinoma uterino.

Tutte le pazienti sono state trattate in anestesia locale sia per la fase addominale che per la fase ano-perineale e vulvo-vaginale applicando dove necessario la Tailored Anal Block (TAB). Il volume medio di Lipogems applicato è stato di 13ml (range 12-16ml). Tutte e 5 le pazienti hanno avuto un down grading clinico evidente ad 1 mese di follow up che ha raggiunto il grado G1. Sempre ad 1 mese di follow up il dolore, presente in 4 pazienti su 5 è scomparso; il bruciore presente in 5 pazienti su 5 è rimasto (anche se ridotto) in 1 paziente. 1 paziente ha lamentato dolore ed ecchimosi a livello della sede della liposuzione.

A 3 mesi di follow up tutte le pazienti hanno mantenuto il Grado G1 ma 3 su 5 hanno ricominciato a lamentare un ripresa del bruciore e 2 del dolore (seppur di entità ridotta). 1 paziente ha riferito soddisfacente ripresa della attività sessuale, le altre 4 hanno preferito astenersi per paura.

Conclusioni: I buoni risultati ottenuti necessitano di una conferma da parte di un maggior numero di pazienti e di un follow up più lungo. Nel breve termine i risultati possono essere definiti strabilianti di contro nel medio termine però hanno dimostrato una riduzione di efficacia. Tale risultato suggerisce la necessità di pensare ad una strategia che preveda dei cicli infiltrativi ripetuti, dato confortato anche dalla letteratura sul Lipofilling nel trattamento delle radiodermiti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

TRATTAMENTO MININVASIVO DELLE CISTI PILONIDALI CON TECNICA LASER ECO-GUIDATA (LEG). UNA NUOVA METODICA DAI RISULTATI PROMETTENTI: ANALISI PRELIMINARE DEI DATI

S. Barbaro, M. Molfetta, R. Sabag, G. Iapichino, D. Somenzi, G. Busi, G. Giannotti

Ospedale Oglio Po, Casalmaggiore

Obiettivi: La cisti pilonidale è una patologia benigna del tessuto sottocutaneo della regione sacrococcigea largamente diffusa; colpisce preferenzialmente gli uomini ed il picco di incidenza si verifica tra i 25 e i 40 anni. Il suo trattamento consiste storicamente nella escissione chirurgica o nella sua marsupializzazione, ma tali interventi sono gravati da elevati tassi di recidiva, che giungono sino al 40%, oltre che da una riduzione della qualità di vita di molti dei pazienti trattati. Gli interventi tradizionali spesso comportano da 1 a 2 settimane di dolore postoperatorio con necessità di assunzione di analgesici, tempi di guarigione della ferita lunghi fino a 2 mesi e di recupero funzionale di 2-3 settimane. Allo scopo di modificare in positivo tutti questi risultati, migliorando la qualità di vita dei pazienti e riducendo la durata delle cure nel postoperatorio e quindi anche i costi sia per i pazienti che per il sistema sanitario, abbiamo iniziato a trattare con la tecnica laser eco-guidata (LEG) i nostri pazienti.

Materiali e metodi: Da agosto 2017 ad oggi abbiamo proposto il trattamento LEG a tutti i pazienti candidati ad intervento chirurgico di exeresi di cisti pilonidale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico in anestesia spinale o generale. Il paziente viene posizionato sul tavolo operatorio in posizione prona. La tecnica consiste nell'individuazione ecoguidata della cisti pilonidale e quindi nella ablazione con laser (laser ad Holmium) della stessa sotto visione ecografica diretta, eseguendo un abbondante detersione del lume della cisti al termine dell'intervento al fine di permettere la fuoriuscita dei detriti in essa contenuti. Al termine dell'operazione tutti i pazienti vengono medicati a piatto, la dimissione è prevista il giorno dell'intervento con follow up a 2 settimane dall'intervento ed eventualmente fino a guarigione completa e successivamente a 6 e 12 mesi con visita ed esame clinico.

Risultati: Nel periodo in esame abbiamo trattato 16 pazienti (12 uomini e 4 donne) con la tecnica LEG. Tutti i pazienti sono stati dimessi il giorno dell'intervento. Si sono verificati 2 casi di infezione di ferita, trattati conservativamente, entrambi risolti entro 1 mese dall'intervento. La mediana del follow up è di 3 mesi (range 2-9 mesi). Non si è verificato nessun caso di recidiva. Tutti i pazienti hanno ripreso le loro normali attività lavorative entro 1 settimana dall'intervento.

Conclusioni: Il trattamento LEG è sicuro ed efficace nel trattamento delle cisti pilonidali. Esso permette una riduzione della durata delle cure ed una più rapida ripresa delle normali attività quotidiane nel postoperatorio, riducendo quindi sia i costi sanitari che i costi indiretti. Visto il numero limitato di pazienti trattati e la brevità del follow-up non è ancora possibile dare indicazioni sui tassi di recidiva ma i risultati di questo studio preliminare appaiono promettenti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

LESIONI ANALI INTRAEPITELIALI E CONDILOMI IN UOMINI E DONNE CON INFEZIONE DA HIV: PREVALENZA E FATTORI ASSOCIATI

W. Sergi, F. Spatafora, M. Di Gaetano, G. Borgonovo, A. Farinetti, R. Gelmini

Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Obiettivi: Si pensa che il cancro anale provenga da lesioni displasiche del canale anale e che le persone che hanno contratto il virus dell'immunodeficienza umana-1 (HIV) possano essere ad alto rischio di cancro anale. Il nostro obiettivo è quello di determinare la prevalenza di anomalie correlate al Papillomavirus umano (HPV) del canale anale e di caratterizzare i fattori di rischio per queste lesioni.

Materiali e metodi: 143 pazienti con diagnosi di HIV tra il 1990 e il 2017, tutti con attività sessuale a rischio (solo 3 hanno riferito rapporti occasionali) e tutti attualmente in terapia con HAART (conta CD4 superiore a 200/cc).

9 di questi con comorbidità neoplastiche (3 Kaposi, 1 leucoplachia orale, 2 Bowen, 2 squamosi dell'ano, 1 con basaliomi del distretto ORL). 35 con pregressa condilomatosi, 20 non noti.

58 con PAP test positivo (alterazioni istologiche compatibili con pre-cancerosi). 50 con genotipi HPV ad alto rischio di trasformazione cancerosa.

Le lesioni macroscopiche sono state indagate attraverso anosopia e successive conferma istologica e tipizzazione dell'HPV. I comportamenti sessuali sono stati indagati tramite intervista.

Risultati: Su 143 pazienti esaminati, 58 (40.6%) presentavano lesioni anali correlate all'HPV, tutti con localizzazione in situ. Tra questi 58 pazienti, sono stati evidenziati questi tipi di displasia:

- H-SIL in 5.17% (3)
- L-SIL in 31% (18)
- AIN-1 in 53.45% (31)
- AIN-2 in 1.7% (1)
- AS-CUS in 8.62% (5)

29 pazienti presentavano anche HPV ad alto rischio di oncogenicità senza evidenza di displasia.

Altri fattori associati all'incidenza di lesioni displasiche del canale anale sono il conteggio delle cellule CD4 e la storia di pregressa condilomatosi.

Conclusioni: Gli alti tassi di condilomi e displasia istologicamente documentata in individui con infezione da HIV già in trattamento antiretrovirale depongono a favore dello screening sistematico per queste lesioni in suddetta popolazione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:00-13:30**

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

VIDEO ASSISTED ANAL FISTULA TREATMENT (VAAFT) NEL TRATTAMENTO DELLE FISTOLE PERIANALI COMPLESSE: STUDIO PROSPETTICO CONTROLLATO

M. Sanzi, S. Ascanelli, M.G. Sibilla, G. Pascale, D. Marcello, P. Carcoforo

Università degli Studi di Ferrara

Obiettivi: Valutare l'efficacia della VAAFT (trattamento innovativo, mini-invasivo per le fistole anali) rispetto alle tecniche tradizionali confrontando due gruppi di pazienti: il primo costituito da pazienti sottoposti a VAAFT (gruppo 1); il secondo da pazienti sottoposti a fistulectomia e chiusura dell'orifizio interno (gruppo 2). L'outcome primario è stato determinare l'efficacia della VAAFT in termini di tasso di successo e di recidiva della procedura, intendendo per successo la chiusura di entrambi gli orifizi fistolosi, interno ed esterno, senza secrezione residua, senza la formazione di ascessi e senza il ricorso ad altra chirurgia. La recidiva è stata definita come la persistenza di secrezione dall'orifizio fistoloso esterno a 6 mesi dall'intervento chirurgico. Come outcome secondari abbiamo valutato eventi avversi o complicanze, il dolore post-operatorio, la ripresa dell'attività lavorativa, l'incontinenza fecale e la soddisfazione dei pazienti.

Materiali e metodi: Tra marzo 2015 e ottobre 2017, 100 pazienti affetti da fistole anali sono stati randomizzati al trattamento VAAFT o tradizionale, previo studio preoperatorio della fistola mediante Risonanza Magnetica e visita proctologica. I 50 pazienti sottoposti a VAAFT sono stati operati secondo la tecnica proposta da Piercarlo Meinero nel 2006, mediante fistuloscopio (Karl Storz GmbH). La chiusura dell'ostio interno mediante l'utilizzo di un flap mucoso (30%) oppure l'apposizione di alcuni punti e di cianoacrilato immediatamente al di sotto della sutura (40%) oppure con l'innesto di cellule mesenchimali prelevate dal tessuto adiposo autologo a livello dell'orifizio interno dopo la sua chiusura (30%), lasciando invece aperto l'ostio fistoloso esterno. I pazienti sono stati seguiti nel postoperatorio con visite proctologiche periodiche ed eventualmente approfondimenti diagnostici strumentali. Per ciascun paziente sono stati raccolti dati relativi a: 1) valutazione del dolore postoperatorio, mediante Numerical Rating Scale, (NRS); 2) comparsa di complicanze postoperatorie, in particolare: incontinenza (valutata mediante Cleveland Clinic Florida Incontinence Score, CCFIS), ascessi perianali, recidiva o persistenza di secrezioni dall'orifizio anale esterno; 3) grado di soddisfazione, mediante la somministrazione di questionari a risposta multipla (PSCQ-7, e COPS).

Risultati: La percentuale di successo è stata buona in entrambi i gruppi (gruppo 1: 78 % ; gruppo 2: 83 %) ma le differenze tra i due gruppi non sono risultate significative. Il dolore post-operatorio è stato significativamente minore nei pazienti del gruppo 1 con ripresa dell'attività lavorativa più precoce.

Conclusioni: La VAAFT si dimostra una tecnica sphincter-preserving sicura ed efficace che può integrarsi anche con altre tecniche.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

DO WE HAVE ANOTHER OPTION TO TREAT BLEEDING HAEMORRHOIDS? THE EMBORRHOID TECHNIQUE: OUR EXPERIENCE AND PRELIMINARY RESULTS IN 8 PATIENTS

G. Talamo¹, A. Bianco¹, E. Moggia², M. Barattini¹, M. Imperatore¹, D. Zefiro¹, M. Saracco¹, T. Stefanini¹, S. Berti¹

¹ *Ospedale Civile Sant'Andrea, La Spezia*

² *Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato*

Background: The aim of this study is to assess the preliminary results of the "Emborrhoid" technique (embolization of the superior rectal arteries, SRA) as a new tool for the proctologist to treat severe bleeding haemorrhoids in patient not eligible for conventional surgery. We describe our technique in 8 patients.

Methods: From May 2017 to September 2017 a total of 8 patients with chronic rectal bleeding underwent super selective embolization of the SRA at S. Andrea Hospital, La Spezia, Italy. Median Age was 62 years, 7 males (87,5%) and 1 female. The stage of the haemorrhoidal disease was II (2 patients) and III (6 patients, 75%). Contraindication to conventional surgical therapies was the main inclusion criteria. All embolizations were performed under local anaesthesia using a right femoral route after inserting a 4 or 5 Fr introducer sheath. The inferior mesenteric artery was catheterized; the SRA were detected and catheterized with a rapid transit micro-catheter. Pushable fibered 2-3 mm/0.018 coils were used to obtain the occlusion of the distal branches of the SRA. The mean procedure time was 54,6 min (39–76 min).

Results: No post procedural and short-term complications were observed. Length of stay was 3,1 days (2-8 days). Median follow up was 6 months (5-9 months). Follow-up evaluation included clinical examination, blood tests, proctoscopy, analysis of the quality of life and patient satisfaction. The reduction of the rectal bleeding with improvement of the quality of life was obtained in 7 cases (87,5%). A single patient during the follow up complained further episodes of rectal bleeding. Therefore a second embolization was performed with success.

Conclusion: Our study, although small in number, demonstrates that embolization of SRA with coils to treat severe bleeding due to haemorrhoids is safe and effective and does not lead to immediate and short-term complications.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

TRATTAMENTO DI LESIONE PERISTOMALE COMPLESSA CON LA NPWT: CASO CLINICO

A. Travaglino, G.A. Buonanno

AORN G. Rummo, Benevento

Obiettivi: La diffusione e l'utilizzo della NPWT per il trattamento di ferite di varia eziologia, è iniziata intorno alla metà degli anni '90, la continua innovazione tecnologica ha consentito di allargare le indicazioni all'utilizzo di tale metodica offrendo un'importante alternativa terapeutica per la gestione avanzata di molti tipi di ferite. Partendo da tali indicazioni abbiamo fatto ricorso alla NPWT per il trattamento di un'ampia ferita peristomale.

Materiali e metodi: La paziente, donna di 83 anni, è giunta alla ns osservazione con un'ampia lesione ulcerativa necrotica peristomale, (classificazione SACS L4T5) comunicante, attraverso tunnelling, a deiscenza di ferita laparotomica. La ileostomia, ben funzionante, consentiva un buono scarico intestinale; tuttavia le condizioni generali della paziente, la presenza di comorbidità, hanno favorito un progressivo distacco dermo-cutaneo con retrazione dello stoma, ampio processo ulcerativo peristomale e perdita di sostanza per oltre 5 cm, comunicante con deiscenza della laparotomia mediana (10 x 5 cm). Abbiamo eseguito debridement della lesione, e posizionato V.A.C. therapy. La lesione è stata riempita con spugna in poliuretano, proteggendo l'ansa esposta con spugna in alcool polivinilico. Applicata la pressione negativa con instillazione, si è creato un occhio sul drape per ottenere l'erniazione dello stoma, favorita dalla stessa pressione negativa. Il cambio di medicazione è stato effettuato ogni 4 gg. È stato utilizzato un dispositivo per l'istillazione intermittente di soluzione salina. Studi scientifici hanno dimostrato che la NPWT determina un aumento delle fibre collagene e stimola il processo di granulazione (circa il 43% in più dopo 7 gg dall'inizio della terapia).

Risultati: Il trattamento è continuato per 8 settimane, il diametro della lesione è andato progressivamente riducendosi così come la profondità della stessa, la paziente è stata dimessa in 10' giornata per continuare il trattamento presso struttura di lungodegenza. Sospesa la VAC therapy ed è stato allestito lembo di scorrimento con accostamento dei margini cutanei.

Conclusioni: L'uso della NPWT-i nel management di lesioni stomali riduce i tempi di guarigione attraverso diversi meccanismi, rimuove i fluidi extracellulari e l'essudato, riduce la carica batterica e l'edema. stimola la neoangiogenesi. Inoltre, consente una separazione tra la lesione e il prodotto della stomia, evitando gli effetti tossici che lo stesso determina sulla lesione, favorendo il raggiungimento di un ambiente 'ideale' al processo di granulazione.

Bibliografia

The Effects of Variable, Intermittent, and Continuous Negative Pressure Wound Therapy, Using Foam or Gauze, on Wound Contraction, Granulation Tissue Formation, and Ingrowth Into the Wound Filler

Malin Malmsjö, MD, PhD,^a Lotta Gustafsson, MSc, PhD,^a Sandra Lindstedt, MD, PhD,^b Bodil Gesslein, MD, PhD,^a and Richard Ingemansson, MD, PhD^b

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

ACUTE APPENDICITIS: UPDATE OF THE CLINICAL SCORES

M. Altomare¹, P. Salvi²

¹ Università degli Studi di Milano

² Università La Sapienza, Roma

Objectives: To Evaluate Alvarado Score's (AS) accuracy related with inflammatory markers such as C-reactive protein (CRP) and procalcitonin (ProCT). Reduce the number of CT-scan performed in Emergency Department (ED). Evaluate the accuracy rate of ultrasonography (US).

Materials and methods: We retrospectively analyzed data on 290 patients admitted to ED of Sant'Andrea Hospital (Rome – Italy) presenting abdominal pain in lower quadrants between January 2009 and April 2015. AS, laboratory tests, images and report from CT-scan and US were collected from medical records at t0 and 24-48 h after admission and prior to surgery. Histological examination is considered as Gold Standard. With comparative statistical analysis were calculated specificity ($Sp = TN / (TN + FP)$), sensitivity ($Se = TP / (TP + FN)$), Accuracy ($Ac = (TP + TN) / (P + N)$), positive predictive value ($PPV = TP / (TP + FP)$), and negative predictive value ($NPV = TN / (TN + FN)$) of each diagnostic test performed, comparing the significance of the data obtained by different tests using Exact Fisher Test (EFT) for samples less than 50 units, and the Chi square test (2). CRP were assessed as possible laboratory markers to be added to AS.

Results: Two hundred and forty patients (82%) were enrolled following the inclusion criteria. All patients underwent surgery: 84 underwent laparotomy (35%) and 156 laparoscopic surgery (65%). The conversion rate was recorded at 2.5%. We divided patients in three different risk's classes following AS. High: 145 (60.42%) with a score ≥ 7 ; Intermediate: 58 (24.17%) between 4-6; Low: 37 (15.42%) ≤ 3 . We also evaluated, the variations obtained from the AS according to C-reactive protein, which has been measured at T0 in 234 patients out of 240 (97.5%). There is no difference between two scores in general population. Regarding CT-scan vs US results show a higher Sp for US despite CT ($p = 0.0509$; $z = 3.803$). Se and NPV are higher in CT compared to the US ($Se: p = 0.000315$; $z = 12.88$; $NPV: p = 0.015$). We evaluated Acc of US and CT within the individual groups (low(L), Intermediate(I), High(H)): L; 37 patients show no statistically significant difference ($EFT = 1$; $p > 0.05$). I and H (4-10): 203 patients undergone US, CT-scan or both: Analysis show superiority of CT-scan in Se and NPV ($FE: 0.0162$; $p < 0.05$; $FE: 0.0432$; $p < 0.05$). Regarding H only Se show an acceptable p-value ($p < 0.0021$).

Conclusion: The Alvarado score (AS) can be used as the first diagnostic approach in the diagnosis of acute appendicitis (AA), orienting the surgeon to the correct use of instrumental devices. Ultrasound must be considered the first level instrumental examination; necessary and sufficient in low risk patients (0-3 pt) to exclude, with a high reliability rate, the diagnosis of acute appendicitis. CT-scan could be considered the second level instrumental examination, useful in intermediate and high risk patients (4-10 pt) who present an unsuspecting ultrasound.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:00-13:30**

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

USO ROUTINARIO DELLO STENT CGUARD EMBOLIC PREVENTION SYSTEM: RISULTATI DEI PRIMI 100 IN UN'ESPERIENZA MONOCENTRICA

A. D'Adamo, P. Sirignano, L. Capoccia, W. Mansour, S. Cuzzo, E. Sbarigia, F. Speziale

Policlinico Umberto I - Università La Sapienza, Roma

Introduzione/scopo dello studio: Valutare i risultati peri-procedurali ed a 30 giorni in una serie consecutiva di pazienti portatori di stenosi carotidea trattati utilizzando lo stent CGuard embolic prevention system (EPS).

Materiale e metodi: Studio prospettico monocentrico condotto su tutti i pazienti trattati con impianto di CGuard EPS da Aprile 2015 a Marzo 2018. Tutte le procedure sono state effettuate con accesso femorale e utilizzo di un sistema di protezione cerebrale.

Gli endpoint dello studio erano: successo tecnico, insorgenza di ictus maggiore e minore, morte, infarto acuto del miocardio (AMI), attacco ischemico transitorio (TIA) ed occlusione della carotide esterna nel periodo peri-procedurale (0-24 ore) e post-procedurale (24 ore - 30 giorni). In 29 pazienti è stata eseguita una valutazione con risonanza magnetica cerebrale con immagini pesate in diffusione (DW-MRI) prima e dopo (entro 72 ore) dall'intervento.

Risultati: Nel periodo di studio, su un totale di 289 rivascolarizzazione carotidee, sono stati trattati con CGuard EPS 100 pazienti. Il successo tecnico è stato del 100%. Durante il periodo peri-procedurale non si sono verificati episodi di morte, infarto acuto del miocardio o ictus maggiore. Nell'immediato post-operatorio, abbiamo osservato uno stroke minore, secondario a trombosi acuta dello stent e regredito dopo rimozione dello stent ed endarterectomia carotidea. Nessun altro paziente ha sviluppato nuova sintomatologia neurologica nel post-operatorio. Non si sono verificate complicanze nei successivi 30 giorni di follow-up. La valutazione DW-MRI ha evidenziato l'insorgenza di nuove lesioni postprocedurali in 8 pazienti su 29 (27.5%): in 4 casi (13.7%) si è trattato di lesioni isolate in sede ipsilaterale.

Discussioni/conclusioni: La nostra esperienza sembra dimostrare come l'utilizzo del CGuard EPS fornisca incoraggianti risultati, con una totale assenza di eventi neurologici maggiori sia nel peri-operatorio che a 30 giorni.

MERCLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

CORRELAZIONE TRA RISCHIO DI COMPLICANZE PERIOPERATORIE E PLACCA CAROTIDEA ULCERATA IN 964 TEA CONSECUTIVE

M. Brunoro, L. Capoccia, M. Formiconi, F. Fornelli, I. Renzi, E. Sbarigia, F. Speziale

Policlinico Umberto I Università La Sapienza, Roma

Introduzione/scopo dello studio: Valutare la relazione tra presenza di placca carotidea ulcerata e rischio di complicanze perioperatorie in una serie consecutiva di pazienti sottoposti a TEA.

Materiale e metodi: È stata eseguita una review retrospettiva su un database prospettico. Sono stati analizzati i dati perioperatori (30 giorni) relativi ai pazienti sottoposti a TEA carotidea in elezione e in urgenza presso il nostro Centro da Gennaio 2009 a Dicembre 2017. Le misure di outcome considerate per l'analisi comparativa tra pazienti con placca ulcerata (definita come un'interruzione del cappuccio fibroso >2 mm diagnosticata all'esame EcocolorDoppler) e restante coorte sono state: TIA, minor e major stroke, morte, infarto miocardico, instabilità emodinamica, ematoma cervicale, paralisi di nervi cranici.

Risultati: In 964 TEA, 158 sono state eseguite in pazienti sintomatici e 806 in pazienti asintomatici. È stata diagnosticata una placca ulcerata in 207 pazienti. La presenza di una placca ulcerata è risultata significativamente associata a sintomi neurologici preoperatori (OR 1.51, 95% CI 1.02-2.22, $p=0.03$), ma non significativamente correlata ad un aumento del numero totale di complicanze intra e postoperatorie né nell'intera serie (OR 1.37, 95% CI 0.86-2.17, $p=0.17$), né nel gruppo dei sintomatici (OR 1.47, 95% CI 0.51-4.27, $p=0.46$) o asintomatici (OR 1.36, 95% CI 0.81-2.28, $p=0.23$). La presenza di una placca ulcerata non è risultata essere predittiva di complicanze neurologiche intra e postoperatorie (TIA, minor e major stroke, morte neurologica) né in pazienti sintomatici né asintomatici (OR 1.30, 95% CI 0.23-7.41, $p=0.75$, e OR 1.50, 95% CI 0.68-3.30, $p=0.30$, rispettivamente).

Discussioni/conclusioni: In pazienti sintomatici e asintomatici sottoposti a TEA, la presenza di una placca ulcerata è significativamente associata ad un'aumentata incidenza di sintomi neurologici preoperatori, ma non di complicanze intra e postoperatorie. L'ulcera di placca rappresenta un marker di aumentato rischio di embolia cerebrale, e richiede pertanto un tempestivo intervento di rivascularizzazione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

INCIDENZA ED EVOLUZIONE DEGLI ENDOLEAK DI TIPO 2 DOPO IMPIANTO DI ENDOPROTESI A BASSO PROFILO CON SEALING BASATO SU POLIMERO

V. Baldassarre¹, P. Sirignano¹, S. Ronchey², F. Accrocca³, A. Siani³, N. Mangialardi⁴, F. Speziale¹

¹ Dipartimento Paride Stefanini Chirurgia vascolare e endovascolare, Roma

² Chirurgia Vascolare Ospedale San Filippo Neri, Roma

³ Chirurgia Vascolare Ospedale Sant'Eugenio, Roma

⁴ Chirurgia Vascolare Ospedale San Camillo, Roma

Introduzione/scopo dello studio: Recenti trial hanno dimostrato una possibile correlazione tra l'utilizzo di endoprotesi a basso profilo e lo sviluppo di endoleak di secondo tipo (EL2T). Scopo di questo studio è stato riportare l'incidenza e l'evoluzione degli EL2T in una popolazione non selezionata di pazienti con aneurisma dell'aorta addominale (AAA) trattata con endoprotesi a basso profilo con sealing basato su polimero (Ovation, Endologix).

Materiale e metodi: È stato condotto uno studio retrospettivo su 261 pazienti trattati in tre centri ad alto volume. Gli outcome considerati sono stati l'incidenza immediata, a 12 mesi e a medio termine degli EL2T ed il tasso di reintervento correlato. Sono stati considerati come fattori determinanti l'insorgenza di EL2T: diametro dell'arteria iliaca comune (AIC) e dell'iliaca esterna (AIE), stenosi AIE (>70%), diametro AIE minore di 5 mm e tasso di tortuosità iliaca (TTI) minore di 0.5. Gli stessi criteri sono stati valutati nel gruppo controllo di 150 pazienti trattati con endoprotesi convenzionale (Excluder; W. L. Gore).

Risultati: Nel gruppo Ovation, il diametro medio dell'AAA era di 57.17 ± 8.77 mm. Il diametro dell'AIC e dell'AIE era di 12.02 mm e 8.01 mm, rispettivamente. In 119 (45.6%) pazienti era presente una AIE minore di 5 mm e una stenosi dell'AIE >70% era presente in 18 pazienti (6,9%). Il TTI minore di 0,5 era presente in 38 pazienti (14,6%). Il successo tecnico è stato raggiunto in tutti i casi e 57 EL2T (21,8%) erano evidenti all'angiografia finale. A 30 giorni e a 12 mesi non sono stati riscontrati decessi né reinterventi. Gli EL2T erano evidenti in 33 (12.6%) e 29 (11.1%) pazienti, rispettivamente. Ad un follow-up medio di $30,14 \pm 18,46$ mesi, un EL2T era ancora presente in 24 casi (9,1%). Tre pazienti sono stati trattati con embolizzazione trans-lombare. Riguardo alle caratteristiche anatomiche preoperatorie, in nessun caso è stata osservata una differenza significativa tra i pazienti che presentavano o meno EL2T ($p > 0,05$). I pazienti trattati nel gruppo Gore presentavano accessi iliaci significativamente meno complessi. L'incidenza di EL2T non era differente nei due gruppi (14.6% vs 12.6%; $p = 0.561$).

Discussioni/conclusioni: La nostra esperienza suggerisce che l'utilizzo di endoprotesi Ovation non sembra aumentare l'incidenza di EL2T rispetto ai dispositivi standard, anche in pazienti con accessi iliaci complessi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

ARE THERE ANY LIMITS FOR LAPAROSCOPY IN SPLENOMEGALY? OUR EXPERIENCE

M. Santarelli¹, D. Celi², A. Franchello¹, P. Depaolis¹

¹ Città della Salute e della Scienza, Torino

² Ospedale San Lazzaro, Alba

Introduction: Since its first description by Delaitre and Maignien in 1991, laparoscopic splenectomy (LS) has evolved as a standard and safe minimally invasive procedure for elective splenectomies. Several studies have shown that it has distinct clinical advantages and economic benefits compared with open splenectomy. Laparoscopic splenectomy in case of massive or supermassive splenomegaly, a rare manifestation of various hematological malignancies, has been associated to higher conversion rates and morbidity. The purpose of our study was to evaluate the feasibility and safety of laparoscopic splenectomy for massive spleens and to identify if there are limits beyond which the laparoscopic approach is not recommended in massive and super massive spleens.

Patients and methods: We performed a retrospective study of 96 consecutive splenectomies in adult patient done by a single surgeon, from 2008 to 2017, in our Division. Splenectomies undertaken for trauma were excluded from the study. Collected data included patient's age, sex, ASA, spleen's weight, volume and dimension, type of disease, hospital stay, type of surgery, operative time. We found 48 normal spleens and 48 splenomegaly. According to the literature we divided the patients in 3 groups based on the weight and size of the spleen: normal, less than 600 g or 17 cm, massive splenomegaly up to 1600g or 21 cm and supermassive over 1600g or 22 cm.

Results: The median splenic weight was 600 g (range 65-4300), median splenic volume was 1617 cc (600-4480), median cranio/caudal diameter was 17.8 cm (7-36), median operative time was 135 (50-305) minutes, median hospital stay was 5 days (2-68). Length of stay was shorter in LS group ($p = 0.001$) than the OS approach. Open splenectomy (OS) was performed in eleven patients (11.46%) 2 massive and 9 supermassive. Eighty five (88,54%) patients underwent LS splenectomy and of those 85 patients, 21 (24,70%) had massive and 16 (18,82%) had supermassive splenomegaly. The conversion was performed in 5 patients (5.15%), 2 massive e 3 supermassive. The conversion rate was 0% in normal spleens, 9,5% in massive spleens and 18,7% in supermassive spleens ($p < 0,011$). Overall complications rate was of 14.58% (14/96 patients), 10 (11.76%) in LS group and 4 (36,36%) in OS, ($p: 0,052$).

Discussion: Taking as a cut-off the limit of massive splenomegaly (1600g or 22 cm) we found a correlation between the rise of dimension and the conversion rate (2.81% to 18.75%), without an increase in complications or hospitalization rate. In conclusion, in our experience laparoscopy was the gold standard in case of spleen's weight and diameter equal to or less than 1600g and 22 cm, but it was safe and feasible also in case of greater spleens, taking into account the greater risk of conversion.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

CORRELAZIONE TRA DRENAGGIO BILIARE E COMPLICANZE POST-OPERATORIE NELLA DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA

T. Stecca¹, C. Nistri^{1,2}, B. Pauletti¹, G. Marte¹, C. Ruffolo¹, N. Bassi^{1,2}, M. Massani¹

¹ IV Divisione di Chirurgia Generale, Ospedale Regionale di Treviso

² DISCOG, Università degli Studi di Padova

Obiettivi: Molteplici studi pubblicati in letteratura hanno cercato di determinare se vi fosse una relazione tra uso del drenaggio biliare pre-operatorio in pazienti candidati a duodenocefalopancreasectomia (DCP) e morbidità senza giungere, peraltro, a risultati definitivi. L'obiettivo di questo studio è la valutazione retrospettiva monocentrica di pazienti sottoposti a DCP con e senza drenaggio pre-operatorio.

Materiali e metodi: Sono stati retrospettivamente analizzati i dati relativi alle DCP eseguite presso il Dipartimento di Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica dell'Ospedale di Treviso nel periodo compreso tra il 2010 e il 2017. Sono stati analizzati i dati relativi alle caratteristiche demografiche, alle patologie associate, alla neoplasia primitiva, alla morbidità e alla mortalità intraospedaliera, a 30 e 60 giorni. Inoltre, sono stati analizzati i dati relativi alle indagini colturali eseguite sulla bile dei pazienti con drenaggio biliare preoperatorio con particolare attenzione a: specie batteriche, resistenza alla terapia antibiotica profilattica e switch terapeutico nel post-operatorio. L'analisi statistica è stata eseguita con il Software GraphPad Prism 7.

Risultati: Tra il 2010 e il 2017, 158 pazienti (età media 68 aa) sono stati sottoposti a DCP, di questi 53 (33,5 %) sono stati sottoposti a drenaggio biliare; di cui 50 endoscopico e 3 percutaneo. La morbidità globale è stata del 45.7% (per ogni complicanza chirurgica), attestandosi al 46.4% nella coorte senza drenaggio biliare e al 42.3% nei drenati (ns, $p > 0.05$). Il 98% delle colture biliari (45/46; 7 non disponibili) eseguite in corso di intervento chirurgico sono risultate positive per batteriobilia. Nel 27% dei casi monomicrobica e nel 73% polimicrobica. Più frequentemente sono implicati: *Klebsiella* spp (17%), *Enterococcus* spp (14%) e *E. Coli* (14%); 2 ceppi isolati *Enterobacter* spp possibili produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL) e 9% *Candida* spp. Nel 67% dei casi, almeno uno dei batteri isolati è risultato essere resistente alla terapia antibiotica profilattica perioperatoria (Amoxicillina-Ac. Clavulanico). In modo statisticamente significativo ($p < 0.01$) la maggioranza delle complicanze chirurgiche post-operatorie si è verificata nei pazienti con batteriobilia con resistenza alla profilassi (71% vs 29%, $p < 0.05$).

Conclusioni: L'elemento di novità che emerge dal nostro studio, a differenza di quanto presente in letteratura, è la dimostrazione che i pazienti sottoposti a drenaggio biliare possono trarre giovamento da una diversa antibiotico-profilassi con una conseguente diminuzione della morbidità. Infatti, dai risultati si evince come l'antibiotico resistenza possa essere fattore determinante nella morbidità dopo DCP. Proponiamo, dunque, che venga posta particolare attenzione nell'antibiotico profilassi preoperatoria, differenziandola tra i pazienti drenati e non. Nei primi, infatti, sarà preferibile impiegare un antibiotico a largo spettro.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

LE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA: INCIDENZA NEGLI ULTIMI 5 ANNI E STRATEGIE DI PREVENZIONE ADOTTATE DALLA A.O.U. FEDERICO II

F. Mangani, R. Cardone, N. Polverino, A. Gargiulo, R. Ponzo, E. Gnarra, L. Miranda, R. Tramontano, C. De Werra

AOU Federico II, Napoli

Obiettivi: Lo scopo del nostro studio è di valutare l'andamento dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico (SSIs) in Italia analizzando i dati disponibili degli ultimi 5 anni (dal 2012 al 2016) raccolti dal Sistema nazionale sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SNICH). Inoltre sono stati analizzati i dati nazionali sull'utilizzo della antibiotico-profilassi e le procedure con relativi protocolli messi in atto dalla azienda ospedaliera Federico II per la prevenzione delle SSI.

Materiali e metodi: L'analisi si basa sui dati raccolti dallo SNICH dal 2012 al 2016 in 105,6 strutture ospedaliere/anno, in media, riguardo i soli interventi non ortopedici e che non prevedano l'impianto di protesi, per i quali è richiesto un tempo di osservazione più lungo.

Gli interventi presi in considerazione sono stati: 50313 nel 2012; 67502 nel 2013; 78292 nel 2014; 86894 nel 2015; 74139 nel 2016.

Risultati: Nel periodo preso in considerazione l'incidenza delle SSIs risulta pressoché invariata con un lieve decremento negli ultimi tre anni (1,7% nel 2012; 1,8 % nel 2013; 1,5% nel 2014; 1,3% nel 2015; 1,4% nel 2016), in linea con gli standard europei riportati dall'European Centre for Disease Control and Prevention e quelli statunitensi riportati dal National Healthcare Safety Network.

Il dato sull'antibiotico-profilassi perioperatoria non rientra tra le informazioni obbligatorie indicate dallo SNICH, motivo per cui risulta estremamente carente in tutti gli anni presi in considerazione (% dati mancanti: 85% nel 2012; 81% nel 2013; 79% nel 2014; 71% nel 2015; 84% nel 2016).

La molecola antibiotica più utilizzata è la cefazolina (34% nel 2012; 40% nel 2013; 33% nel 2014; 41% nel 2015; 52% nel 2016). Si osserva un trend in aumento del suo utilizzo, ma nonostante ciò, nell'ultimo anno ancora in quasi la metà dei casi viene utilizzato un antibiotico diverso da quello indicato dalle linee guida nazionali (cefalosporina di I o II generazione).

Conclusioni: Per una migliore rappresentatività dei dati, sarebbe auspicabile il coinvolgimento di tutti gli ospedali presenti sul territorio nazionale.

Considerata l'importanza di un'adeguata antibiotico-profilassi, si ritiene opportuno che venga reso obbligatorio comunicare i dati circa la sua effettuazione e la molecola antibiotica utilizzata. Il corretto utilizzo degli antibiotici in profilassi rappresenta ancora un punto critico da migliorare nella gestione del paziente chirurgico e dovrebbe essere un obiettivo primario per ogni ospedale.

Nell'AOU Federico II è stato istituito da anni un team di esperti avente come obiettivo primario la riduzione del tasso di SSIs e la promozione di modalità di profilassi antibiotica in rapporto al sito chirurgico interessato, alle tecniche operatorie ed al suo stato. Inoltre è stato istituito un programma di antimicrobial stewardship dove esperti infettivologi e farmacologi affiancano i chirurghi nella corretta gestione del paziente circa l'utilizzo di antibiotici.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

LAVAGGIO IN CORSO DI APPENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA: UTILE RISORSA O INATTESA INSIDIA?

S.P.B. Cioffi¹, A. Spota^{1,2}, M. Altomare^{1,3}, M. Sallusti², S. Cimbanassi³, L. Boni^{1,2}, O. Chiara^{1,3}

¹ Università degli Studi di Milano

² Fondazione IRCCS - Ca Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

³ ASST - Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Obiettivi: Valutare l'impatto del lavaggio vs sola aspirazione (SA) in corso di appendicectomia laparoscopica (LA) al fine di ridurre l'incidenza post operatoria degli ascessi intraddominali (AIA).

Materiali e metodi: Tre autori hanno ricercato indipendentemente sulle seguenti banche dati informatizzate: MEDLINE e CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials). La revisione della letteratura ha permesso di identificare: due linee guida internazionali basate su altrettante consensus conference (EAES e WSES); una revisione sistematica della letteratura che ha analizzato 2 RCT e 2 studi retrospettivi; uno studio prospettico.

Risultati: Le linee guida internazionali non sono risultate conclusive o in grado di suggerire un approccio standardizzato. I lavori scientifici di maggior impatto attualmente disponibili possiedono un grado di raccomandazione (GoR) ed un livello di evidenza (LE) molto bassi. La consensus conference dell'EAES del 2015 raccomanda un'aspirazione accurata della cavità peritoneale; il lavaggio è definito controproducente in considerazione della possibile diffusione microbica che predispone alla formazione di AIA. Le linee guida della WSES, pur definendo il lavaggio come una pratica non raccomandata e basata sull'esperienza, suggeriscono un lavaggio controllato con soluzione fisiologica seguito dall'aspirazione, in considerazione di assodate norme di "buon senso".

La revisione sistematica della letteratura analizza gli aspetti critici dei 3 RCT analizzati, primo fra tutti l'eterogeneità dei pazienti selezionati. Il lavaggio peritoneale durante LA non sembra arrecare benefici aggiuntivi in confronto alla SA in termini di sviluppo degli AIA; in ogni modo viene evidenziato come la qualità dei migliori lavori disponibili sia modesta e dunque siano necessari RCT con basi più solide per ottenere conclusioni maggiormente affidabili.

Lo studio prospettico non randomizzato evidenzia l'efficacia del lavaggio con soluzione fisiologica durante LA considerando un campione di pazienti ben selezionato ma ridotto e con scarsa potenza.

Conclusioni: L'attuale stato dell'arte non fornisce alcuna raccomandazione affidabile con adeguati GoR e LE. I criteri di inclusione dei migliori lavori scientifici disponibili non tengono in considerazione i diversi possibili gradi di avanzamento della malattia appendicolare; si determina così un gruppo di pazienti molto eterogeneo, la cui randomizzazione risulta troppo soggetta al caso. Al fine di produrre raccomandazioni più affidabili sembra dunque necessario uno studio che si basi sulla randomizzazione di una selezione dei pazienti maggiormente standardizzata. A questo scopo diventa necessario proporre una stadiazione intraoperatoria della malattia appendicolare che consideri sia il riscontro anatomico locale sia il circostante grado di contaminazione ed infezione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

IMPACT OF MULTIDRUG-RESISTANT (MDR) BACTERIA ON SHORT-TERM OUTCOMES AFTER HEPATO-PANCREATO-BILIARY SURGERY: ROLE OF PREOPERATIVE BILIARY DRAINAGE AND INTRAOPERATIVE BILE CULTURES.

M. Piccino, A. Ruzzenente, S. Conci, T. Campagnaro, F. Bagante, A. Sartori, G. Di Filippo, R. Messina, C. Iacono, A. Guglielmi

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Policlinico GB Rossi, Chirurgia Generale ed Epatobiliare, Verona

Background and aims: Multidrug-resistant (MDR) bacteria are an emerging problem, however, their influence on the postoperative outcome and their correlation with preoperative biliary drainage (PBD) are still not clear. We sought to evaluate the correlation between intraoperative MDR bacteria in bile and their influence on postoperative short-term outcomes of patients who underwent bilio-enteric anastomosis after curative resection for hepato-pancreato-biliary malignancies.

Study design: One hundred and three consecutive patients between January 2013 and December 2016 were included in the study. Intraoperative bile cultures from all patients and postoperative abdominal drains fluid and blood cultures were prospectively submitted to microbiological examination. Results of every microbiological analysis were classified into three groups as negative (NEG) or positive with not-MDR bacteria (POS) or positive with MDR bacteria (MDR+).

Results: Seventy-nine patients (76.7%) required a biliary drainage and were named PBD group, 24 (23.3%) did not require a biliary drainage and were named Not-PBD group. Microbiological cultures from intraoperative bile in PBD and Not-PBD patients were MDR+ in 34 (43%) and 1 (4.2%) cases, POS in 38 (48.1%) and 4 (16.7%) cases and NEG in 7 (8.9%) and 19 (79.2%) cases, respectively ($p < 0.001$); the analysis of abdominal drain fluid showed a higher rate of MDR+ in PBD patients (71.4% vs 28.6%, $p = 0.036$). Postoperative overall morbidity rate was greater in PBD compare with Not-PBD patients (73.4% vs 50%, $p = 0.045$) respectively; the mean postoperative length of stay (LOS) was similar between the two groups though ($p = 0.589$). Patients with intraoperative bile cultures resulted as MDR+ (N=35 patients, 34%), when compared to POS (N=42, 40.8%) and NEG (N=26, 25.2%), showed higher severe morbidity Clavien-Dindo ≥ 3 rate (31.4% vs 11.9% vs 11.5%, $p = 0.051$), higher abdominal fluid collections rate (37.1% vs 19% vs 11.5%, $p = 0.045$) associated with more frequent MDR bacteria in drain fluid (84.2% vs 53.3% vs 37.5%, $p = 0.073$), and longer mean LOS (23.8 ± 14.6 vs 16.4 ± 8.3 vs 18.9 ± 13.7 days, $p = 0.035$).

Conclusions: MDR bacteria found in intraoperative bile cultures are an emerging problem that can significantly worsen postoperative course after bilio-enteric anastomosis for curative resection of hepato-pancreato-biliary malignancies.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

EFFICACIA DEL DISPOSITIVO ALEXIS NELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO NELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA ELETTIVA DEL COLON E DEL RETTO

S. Lauricella, G.T. Capolupo, D. Caputo, G. Mascianà, E. Mazzotta, A. Orsini, M. Caricato

Università Campus Bio Medico, Roma

Obiettivi: Le infezioni del sito chirurgico (Surgical Site Infections – SSI) sono a tutt’oggi un serio problema in chirurgia, causando circa il 20% delle infezioni acquisite in ospedale. Causano un incremento di morbilità, mortalità e costi correlati all’assistenza.

Scopo dello studio è valutare l’efficacia di un dispositivo di protezione di parete (Alexis Wound Protector – Applied Medical) nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti sottoposti a chirurgia laparoscopica del colon e del retto in condizioni di elezione.

Materiali e metodi: È stato eseguito uno studio retrospettivo caso-controllo nel periodo 2014-2018 su 100 pazienti consecutivi eleggibili, sottoposti a chirurgia laparoscopica del colon e del retto in condizioni di elezione, nei quali è stato impiegato il dispositivo in studio (Gruppo A). Questa popolazione è stata comparata con una popolazione retrospettiva di pazienti con le medesime caratteristiche, in cui il dispositivo non era stato impiegato (Gruppo B). È stata selezionata una popolazione di controllo comparabile per caratteristiche demografiche, sede della malattia, comorbidità.

Sono stati considerati criteri di esclusione la conversione laparotomica, l’età inferiore a 18 anni, la chirurgia d’urgenza.

In tutti i casi è stata impiegata sistematicamente la profilassi antibiotica intra-operatoria, somministrata all’induzione dell’anestesia e ripetuta nel caso di intervento della durata superiore alle 3 ore.

In tutti i casi l’estrazione del pezzo chirurgico è avvenuta attraverso una incisione sec. Pfannestiel, nella popolazione in studio il dispositivo è stato inserito immediatamente all’apertura del peritoneo ed è stato mantenuto durante l’estrazione del pezzo operatorio.

Per tutti i pazienti, è stata esaminata la documentazione clinica raccolta nei sistemi informatici dell’ospedale, ed è stata registrata la durata della degenza, la comparsa di infezione del sito chirurgico secondo i criteri pubblicati dal Center for Disease Control (CDC), la distanza tra l’intervento e l’ultima medicazione della ferita chirurgica.

Risultati: Del gruppo A facevano parte 39 emicolectomie sinistre, 31 emicolectomie destre e 30 resezioni anteriori del retto. Il gruppo B è stato selezionato con la medesima distribuzione di tipologia di intervento. Sono stati identificati e registrati per tutti i pazienti i seguenti fattori di rischio: sesso, età, indice di massa corporea, cardiopatie, patologie respiratorie, tabagismo, assunzione di alcool, ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza renale cronica, terapia neo-adiuvante. L’incidenza di infezione del sito chirurgico è stata del 7% nel gruppo A e del 16% nel gruppo B; la degenza postoperatoria media è stata di 7,2 giorni nel gruppo e 7,5 nel gruppo B.

Conclusioni: L’impiego del retrattore Alexis si è dimostrato efficace nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico nella chirurgia coloretale laparoscopica elettiva.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

USO PROFILATTICO DEL DRENAGGIO SOTTOCUTANEO IN ASPIRAZIONE NELLA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE POST-OPERATORIE DI FERITA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA ADDOMINALE: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

D. Coletta¹, C. Del Basso¹, G. Giuliani², F. Guerra³

¹ Chirurgia d'urgenza e trauma Policlinico Umberto I, Roma

² Chirurgia generale ed oncologica Ospedale Misericordia, Grosseto

³ Chirurgia generale ed oncologica Ospedale San Salvatore, Pesaro

Obiettivi: Il ruolo del drenaggio sottocutaneo profilattico nella prevenzione delle complicanze postoperatorie di ferita è ancora controverso. Con questo lavoro abbiamo puntato a chiarire se la presenza del drenaggio sottocutaneo in aspirazione possa avere un significato evidence-based e se esiste una differenza tra pazienti sottoposti a chirurgia addominale con apertura del tratto gastrointestinale con o senza posizionamento di un drenaggio sottocutaneo.

Materiali e metodi: Una ricerca sistematica della letteratura è stata effettuata per identificare gli studi randomizzati controllati che confrontano pazienti drenati e non drenati sottoposti a chirurgia addominale con apertura del tratto gastrointestinale. Sono state eseguite le analisi dei dati fissi e l'odd ratio calcolato all'interno di intervalli di confidenza, per valutare eventuali differenze in incidenza di ematomi, ascessi, infezioni, deiscenza di ferita, mortalità complessiva.

Risultati: Dopo analisi degli abstract e ricerca manuale delle bibliografie, è stato incluso un totale di 10 studi randomizzati controllati, per un totale di 3539 pazienti. Il posizionamento sistematico di drenaggio sottocutaneo non ha mostrato una significatività statistica nel limitare l'incidenza di complicanze legate alla ferita chirurgica, con un odd ratio di 0.86 (p=0.24).

Conclusioni: Basandosi sulla elevata qualità scientifica degli studi randomizzati controllati attualmente disponibile, l'uso profilattico del drenaggio sottocutaneo in pazienti sottoposti a chirurgia addominale con apertura del tratto gastrointestinale non modifica il tasso di incidenza delle complicanze post-operatorie di ferita.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

IL RISCHIO INFETTIVO POST-SPLENECTOMIA: UN RARO CASO DI SETTICEMIA FATALE DA CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS TRASMESSO DAL CANE DOMESTICO

G. Butturini¹, M. Solbiati¹, I. Damoli², M. Ramera², P. Regi¹, P. Pederzoli¹, F. Scopelliti¹, I. Frigerio¹, A. Giardino¹, C. Bassi², R. Salvia²

¹ Ospedale Pederzoli Presidio Ospedaliero ASL 9, Peschiera Del Garda (VR)

² Policlinico Universitario Borgo Roma, Verona

Introduzione: La rimozione della milza può essere necessaria per patologie primitive in special modo ematologiche o per effetti di gravi traumi addominali chiusi. In altre circostanze la splenectomia è vista come parte inevitabile di altre procedure come per esempio la pancreatectomia distale. In linea teorica i rischi della splenectomia nell'adulto sono la piastrinosi persistente e la possibilità che infezioni normalmente ben controllate sfocino in quadri di setticemia severa e possibile morte. Scopo del presente lavoro è riportare un raro caso di setticemia fatale fulminante a seguito di morso di cane domestico di piccola taglia in Paziente con pregressa splenopancreatectomia

Materiali e metodi: Sono stati richiamati al follow up alla ricerca dell'adesione all'indicazione vaccinale e della comparsa di eventuali episodi settici rilevanti clinicamente, i Pazienti sottoposti a pancreatectomia distale con o senza splenectomia in blocco per patologia neoplastica in un arco temporale di 20 anni presso la Chirurgia Pancreatica dell'Ospedale Pederzoli e la Chirurgia Generale B del Policlinico Borgo Roma. Eventuali episodi infettivi gravi sono stati riportati e approfonditi con interviste al personale dei Centri dove lo stato settico era stato diagnosticato e trattato alla ricerca delle cause.

Risultati: Su 258 Pazienti sottoposti a resezione distale di pancreas con tecnica mininvasiva, 177 erano stati sottoposti a splenectomia in blocco. Complessivamente due Pazienti dell'intera coorte avevano avuto un episodio di infezione grave con ricorso all'ospedalizzazione. Nel primo caso si trattava di un maschio che non aveva aderito all'invito di praticare la vaccinazione trivalente dopo l'intervento di splenopancreatectomia. L'infezione da pneumococco era stata risolta con terapia antibiotica e ricovero in UTI. Nel secondo caso una femmina sottoposta a 52 anni a splenopancreatectomia sinistra per tumore neuroendocrino non funzionante del pancreas, nonostante avesse regolarmente effettuato la vaccinazione trivalente, fu ricoverata in stato comatoso presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale di riferimento territoriale e andò incontro a rapido e inarrestabile declino delle funzioni vitali fino al decesso nel giro di 24 ore. Nell'anamnesi veniva riportato un morso da parte del cane di piccola taglia di proprietà della Paziente. La ricerca dei germi nei tessuti della Paziente durante l'autopsia dimostrò la presenza di *Capnocytophaga canimorsus*, un germe Gram negativo, definito esigente perché cresce solamente in terreno di coltura arricchito e pertanto deve esserne sospettata la presenza se si vuole rintracciarlo nei liquidi biologici dei Pazienti settici.

Conclusioni: La splenectomia comporta un aumentato rischio di infezioni anche letali, non solo per i più comuni germi capsulati quali pneumococco, meningococco e haemophilus influenzae ma anche per germi più rari e meno conosciuti dalla comunità medica quali il *Capnocytophaga Canimorsus*.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

CELLULE ADIPOSE MESENCHIMALI AUTOLOGHE (LIPOGEMS): RUOLO NEL TRATTAMENTO DELLE FISTOLE PERIANALI RECIDIVE

I. Giani¹, C. Elbetti¹, F. Caminati², T. Zalla¹, M. Calussi¹, P. Dreoni¹, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, M. Scatizzi³

¹ Ospedale S. Stefano, Prato

² Libero professionista

³ Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Obiettivi: 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.

Materiali e metodi: 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.

Risultati: 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.

Conclusione: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30

PATOLOGIE BENIGNE ANO-RETTALI, INFEZIONI IN CHIRURGIA 2

SALA O

FAST TRACK PROCTOLOGY: UNA AFFASCINANTE PROPOSTA DI STUDIO

I. Giani¹, C. Elbetti¹, F. Caminat², T. Zalla¹, M. Calussi¹, P. Dreoni¹, S. Cantafio¹, F. Feroci¹, M. Scatizzi³

¹ Ospedale S. Stefano, Prato

² Libero professionista

³ Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Obiettivi: Obiettivo è quello di esplorare un approccio "Fast Track" all'ambito proctologico col fine di migliorare i risultati di questa chirurgia ultra specialistica.

Materiali e metodi: 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.

Risultati: 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.

Conclusione: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

RISULTATI A MEDIO E LUNGO TERMINE DOPO INTERVENTO CHIRURGICO DI RESLEEVE GASTRECTOMY A SEGUITO DI RIPRESA DI PESO O INSUFFICIENTE PERDITA DI PESO DOPO SLEEVE GASTRECTOMY

R. Giorgi, S.M. De Carli, R. Villa, M. Uccelli, G. Cesana, F. Ciccarese, A. Zanoni, A. Oldani, G. Poli, S. Olmi

Policlinico San Marco, Zingonia

Introduzione: La sleeve gastrectomy (SG) è diventata rapidamente una delle procedure più eseguite in chirurgia bariatrica. Dopo follow-up a lungo termine sono stati riportati sia ripresa di peso che reflusso gastroesofageo. La re-sleeve gastrectomy (RSG) rappresenta una possibile soluzione quando è presente una dilatazione del tubulo gastrico in seguito a sleeve gastrectomy.

Obiettivo: Questo studio retrospettivo vuole analizzare l'efficacia, la sicurezza ed il tasso di reflusso gastroesofageo dopo RSG in una delle più grandi casistiche presenti in letteratura con follow up a medio e lungo termine.

Metodi: Da febbraio 2010 ad ottobre 2017 sono stati analizzati 85 pazienti sottoposti a RSG per ripresa di peso o insufficiente perdita di peso dopo SG. Tutti i pazienti sono stati valutati preoperatoriamente con Rx tubo digerente delle prime vie digestive con Gastrografin che ha dimostrato dilatazione del tubulo gastrico.

Risultati: Nel periodo analizzato 85 pazienti (65 donne e 20 uomini) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di RSG (età media 43,2 anni). Il BMI dei pazienti prima di eseguire l'intervento di SG era di $45,49 \pm 8,22$ kg/m² (range 34,01 - 75,75) con BMI minimo raggiunto di $33,72 \pm 5,45$ kg/m². Il BMI preoperatorio al momento della RSG era di $37,76 \pm 5,16$ kg/m². L'intervento di RSG è stato eseguito dopo $34,62 \pm 19,42$ mesi dal primo intervento di SG. Il tempo medio operatorio è stato di $52,9 \pm 22,6$ minuti. La degenza media di 5,9 giorni (range 4-21). Tutti gli interventi sono stati eseguiti per via laparoscopica. Il tasso di complicanze è stato del 4,7% (4/85 pazienti): un ematoma perigastrico e tre fistole gastriche trattate con posizionamento di endoprotesi gastrica. Con un follow up medio di 33 mesi (range 5-96 mesi) il BMI raggiunto è stato di $30,24 \pm 4,85$ kg/m² con una riduzione dell'eccesso di peso (EWL) del $50,56 \pm 25,84\%$. È stato quindi sottoposto ai pazienti il questionario GerdQ che ha dimostrato sintomi suggestivi per malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) in 17/85 pazienti (20%). È stato quindi eseguito un minibyypassgastrico per via laparoscopica in 3 di questi pazienti (3,5%) non responsivi a terapia medica per GERD.

Conclusioni: La RSG come reintervento dopo fallimento a seguito di iniziale intervento di SG è una procedura fattibile con buoni risultati in termini di perdita di peso e un accettabile tasso di GERD dopo tale procedura.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

VALUTAZIONE DELL'ALESSITIMIA IN UNA POPOLAZIONE DI SOGGETTI OBESI CON LA TORONTO STRUCTURED INTERVIEW FOR ALEXITHYMIA (TSIA): DATI PRELIMINARI

C. Di Monte¹, M. Di Trani¹, G. Silecchia², E. Paone²

¹ Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Roma

² Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgo, Roma

Obiettivo: Ad oggi la relazione tra alessitimia, quale deficit della regolazione emotiva, e obesità è ancora molto incerta. Gli studi presenti in letteratura hanno indagato questa relazione tramite l'utilizzo dello strumento self-report più diffuso per l'assessment dell'alessitimia, la 20 item for Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

L'obiettivo della nostra ricerca è indagare in un gruppo di soggetti obesi la relazione tra alessitimia e peso corporeo utilizzando sia la TAS-20, strumento self-report, che la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), una intervista semistrutturata, per verificare se uno strumento metodologicamente differente dia risultati diversi.

Materiali e metodo: Sono stati reclutati soggetti gravemente obesi che richiedono un intervento di chirurgia bariatrica presso il Bariatric Center of Excellence di Latina. Il reclutamento è avvenuto durante la fase di valutazione necessaria per ottenere l'idoneità psicologica all'intervento bariatrico, secondo le linee guida attuali. Sono stati esclusi i soggetti con controindicazione assoluta e relativa all'intervento.

Ai soggetti sono stati somministrati: una scheda socio anamnestica, la TAS-20 e la TSIA. Inoltre, è stato annotato il peso, rilevato in loco nel momento della somministrazione.

Risultati: Verranno presentati i primi dati preliminari. Ad oggi sono stati reclutati 35 soggetti (età $m=42,5$ s.d.=10,09; Peso $m=119,2$ s.d.=20,9). Le analisi qualitative dei dati mostrano delle differenze nella valutazione dell'alessitimia effettuate con i due strumenti, confrontando il nostro campione con la popolazione media italiana. Con la TSIA il nostro campione ottiene punteggi più alti ($m=23,3$) rispetto a quelli ottenuti dalla popolazione italiana ($m=18,4$); con la TAS-20, al contrario, il nostro campione ottiene un punteggio medio ($m=38,05$) più basso rispetto al punteggio medio della popolazione italiana ($m=44,7$).

Conclusioni: Possiamo, per ora, ipotizzare che l'intervista è uno strumento più adeguato per questa popolazione clinica perché riesce a cogliere maggiormente le difficoltà di regolazione emotiva del campione. Una valutazione adeguata dell'alessitimia può avere numerose implicazioni cliniche in quanto ci aiuta ad individuare uno specifico trattamento per questi pazienti; lavorare sulle difficoltà emotive prima dell'intervento bariatrico è importante in quanto l'alessitimia incide sull'aderence dei pazienti alle indicazioni mediche.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

LA GASTROPLASTICA VERTICALE È UN INTERVENTO EFFICACE ASSOCIATO AL TRAPIANTO DI FEGATO

G. Fantola, M. Agus, S. Pintus, C. Sollai, R. Moroni

Azienda Ospedaliera G. Brotzu, Cagliari

Introduzione: La chirurgia bariatrica è ormai considerato un trattamento efficace durante trapianto di fegato per cirrosi epatica nei pazienti obesi. L'intervento ha il duplice scopo di migliorare il quadro metabolico che spesso è la causa della cirrosi epatica nei pazienti obesi affetti da steatoepatite e preservare l'organo trapiantato da una possibilità di sviluppare successivamente steatosi epatica e steatoepatite. In letteratura la sleeve gastrectomy è considerata l'intervento di scelta nel trattamento combinato trapianto epatico-chirurgia bariatrica in relazione alla bilancia rischi benefici. Attualmente la gastroplastica verticale (GPV) è un intervento meno diffuso tra i possibili trattamenti chirurgici dell'obesità ed in letteratura, a nostra conoscenza, non è descritto come trattamento chirurgico durante trapianto epatico. Descriviamo un caso clinico in cui l'intervento di GPV è stata considerata come rescue strategy in seguito all'intervento di trapianto di fegato.

Caso clinico: Il paziente di 58 anni presentava una cirrosi epatica esotossica e metabolica (Child Pugh A5, MELD 15). All'anamnesi ipertensione arteriosa e pregressa storia di ipercolesterolemia. Al momento del ricovero BMI 39,9 kg/m², altezza 166cm, peso 110kg. Durante la fase di lista d'attesa per il trapianto (28 giorni), il paziente è stato sottoposto a dieta ipocalorica con perdita di peso di 8kg (BMI 38,5 kg/m²). In data 3/02/2017 il paziente è stato sottoposto a trapianto di fegato; le condizioni intraoperatorie di ipoperfusione arteriosa, hanno imposto la legatura dell'arteria splenica. L'intervento programmato di sleeve gastrectomy non è stato pertanto eseguito per la possibilità di una completa devascularizzazione splenica. 12 giorni dopo il trapianto di fegato si è deciso di procedere con l'intervento di chirurgia bariatrica e la scelta della GPV secondo Magenstrasse and Mill è stata prudentiale con lo scopo di mantenere i vasi gastrici brevi vitali per la vascolarizzazione splenica. Il decorso postoperatorio è stato regolare ed il paziente ha ripreso una dieta idrica dopo 2 giorni dall'intervento con dimissione dopo 13 giorni dall'intervento di GPV.

Un anno dopo l'intervento il paziente si presentava in buone condizioni generali con esami ematochimici nella norma. Il peso era 85 kg, BMI 30,8 kg/m², peso perso 21 kg, EWL 30,9%.

Conclusioni: L'intervento di GPV secondo Magenstrasse and Mill è un'alternativa efficace nel trattamento combinato di trapianto di fegato e chirurgia bariatrica in caso in cui la sleeve gastrectomy sia controindicata.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
OBESITÀ

SALA O

LAPAROSCOPIC ADJUSTABLE GASTRIC BAND: CASE REPORT OF EROSION WITH INTRAGASTRIC MIGRATION. EXTREME SURGICAL APPROACH AT OUR INSTITUTION

V. Girardi, G. Barone, M. Gualtierotti, P. De Martini, A. Forgiione, M. Mutignani, G. Ferrari

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Introduction: Laparoscopic adjustable gastric band (LAGB) is actually a therapeutic option in treatment of severe obesity. Complications related to the LAGB are several, but one is probably the most worrisome, the erosion with intragastric migration, because of its clinical consequences and the difficulty in standardising the therapeutic approach, often established case by case.

Case report: A 53-year-old woman presented gastric band erosion and intragastric migration after eighteen years from the band positioning. The first approach was endoscopically, then surgically when the endoscopic removal appeared impossible. First we started with an explorative laparoscopy, but because of the local situation we were forced to convert to the laparotomic procedure and to perform total gastrectomy with Roux-en-Y esophagus-jejuno anastomosis.

Discussion: Gastric band erosion with intragastric migration is the most worrisome complication and it has an incidence of 2%-4%. It's characterized from different clinical pictures, from asymptomatic to acute abdomen. The pathogenesis is actually uncertain. In our case, we chose total gastrectomy according to intraoperative conditions; instead in literature different but very variable therapeutic strategies are reported. Endoscopic, laparoscopic removal or both combined and, recently, also the excision through anterior gastrotomy are recognized as valid options. But at the moment there is no evidence of a management better than another one (probably also for the variability of the clinical-anatomic pictures). It might be useful to organize a worktable to find the right management of such kind of complications.

Conclusion: Despite of the risk of complications due to this kind of surgery, we didn't register any complication and the patient is actually in good health. Erosion with intragastric migration is the most worrisome complication of LAGB, but, an effort has to be done to develop specific guidelines on surgical management of complicated cases.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
OBESITÀ

SALA O

IL MANAGEMENT DEL LEAKAGE SU MINI BYPASS GASTRICO: CASO CLINICO

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

ARNAS Garibaldi, Catania

Obiettivi: Negli ultimi anni diversi articoli hanno riportato ottimi risultati sul Mini Bypass Gastrico (MBPG) in termini di perdita di peso e risoluzione delle comorbidità. Tuttavia, diverse controversie limitano il diffondersi di questa procedura. Questo studio si propone di analizzare il management del "leakage" su MBPG, prendendo in esame il ruolo ed il timing dell'endoscopia digestiva vs. chirurgia.

Materiale e Metodi: È stata eseguita una revisione della letteratura sul management del leakage su MBPG. Il caso clinico proposto tratta di una donna operata di MBPG nel 2009 affetta da obesità recidiva associata a fistola gastro-gastrica cui trattamento chirurgico di resizing tasca gastrica e fundectomia en-bloc del remnant gastrico con fistola gastro gastrica è esitato in un leak precoce sito nel terzo superiore della tasca gastrica. Sono stati presi in esame: le caratteristiche preoperatorie; la sintomatologia; i reperti radiologici; e il management chirurgico ed endoscopico eseguito.

Risultati: Il management chirurgico/endoscopico è esitato in una risoluzione del quadro clinico/radiologico con chiusura della soluzione di continuo della trancia gastrica.

Conclusioni: Seppur il "leakage" su MBPG risulti essere una delle complicanze più severe pochi dati in letteratura definiscono il suo miglior management. Senza dubbio il corretto timing di approccio chirurgico/endoscopico sta alla base di un'ottimale gestione di questa temibile complicanza. Come già attuato per la Sleeve Gastrectomy, risulta necessario inoltre che si producano studi multicentrici con lo scopo di sviluppare linee guida adeguate alla sua corretta gestione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

GESTIONE DELLE FISTOLE DOPO SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA: NOSTRA ESPERIENZA IN UNA SERIE DI 1214 INTERVENTI CONSECUTIVI

L. Grasso, A. Caltagirone, M. Toppino, A. Genzone, D. Solerio, M. Morino

Chirurgia Generale 1 U, Città della salute e della Scienza, Torino

Scopo dello studio: La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) si è dimostrata una procedura valida nel trattare efficacemente l'obesità patologica. La bassa morbilità e mortalità di questa procedura rappresentano i principali vantaggi rispetto a procedure più complesse. Una delle complicanze più temute è il leak postoperatorio precoce, dovuto alla perforazione lungo la trancia di sezione gastrica, solitamente nella sua porzione prossimale. L'incidenza delle fistole dopo LSG in letteratura varia tra l'1,1 e il 5,3%. La gestione di tale complicanza può essere davvero difficile. Presentiamo la nostra esperienza in un centro chirurgico ad alto volume.

Materiali e metodi: Una serie di 1214 pazienti consecutivi è stata sottoposta a LSG presso il nostro servizio di Chirurgia Generale 1 U tra l'ottobre 2008 e l'aprile 2018 per obesità patologica. È stato intrapreso uno studio osservazionale retrospettivo. I dati dei pazienti raccolti includevano variabili demografiche (età, sesso, BMI, precedente chirurgia bariatrica, comorbilità correlate all'obesità), timing di comparsa delle fistole, esami radiologici eseguiti e trattamento.

Risultati: Un leak della linea di sutura si è verificato in 23 pazienti (1,89%), BMI medio 42,4 kg/m², età media 42,3 anni. In tutti i casi, la diagnosi clinica e laboratoristica è stata confermata radiologicamente con Rx transito esofago-gastrico e TC addome con doppio contrasto. La gestione è stata stabilita in base al timing dell'occorrenza e alla condizione clinica del paziente. La gestione conservativa (somministrazione di antibiotici ad ampio spettro e nutrizione parenterale totale) è stata sufficiente per 3 pazienti (13%) che presentavano un piccolo difetto senza raccolte rilevanti. In 15 pazienti (65%) è stato eseguito un reintervento chirurgico con lavaggio addominale, identificazione del leak e riparazione primaria con sutura semplice, utilizzando un approccio laparoscopico in 9 di questi. In 5 casi è stato inserito uno stent endoluminale. In 4 casi, la persistenza della fistola dopo il primo tentativo ha portato ad una gastrectomia totale con esofago-digiuno anastomosi su ansa alla Roux. In 5 pazienti (21,7%), che si presentavano con una fistola complessa o un quadro clinico settico, è stata eseguita una gastrectomia totale laparotomica di prima intenzione. Nessuna mortalità è stata osservata nella nostra serie e nessuno dei nostri pazienti ha sofferto di sequele persistenti a lungo termine.

Conclusioni: La gestione delle fistole dopo LSG è spesso problematica. La gestione conservativa o chirurgica devono essere considerate al fine di garantire il miglior trattamento possibile in questi pazienti complessi. Una gastrectomia totale laparotomica è una procedura di salvataggio ben tollerata e riproducibile quando non siano possibili procedure conservative.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

EFFETTI DELLA SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA PER OBESITÀ PATOLOGICA SUI SINTOMI DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

A. Balla, L. Palmieri, A. Seitaj, P. Ursi, S. Quaresima, A. Paganini

Dipartimento di Chirurgia Generale Paride Stefanini, Sapienza Università di Roma

Obiettivi: I sintomi della malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) sono presenti in più del 50% dei pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica. La Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (SGL) rappresenta al momento la procedura più diffusa per il trattamento dell'obesità patologica, ma gli effetti della SGL sui sintomi della MRGE sono ancora controversi. L'obiettivo di questo studio è di valutare l'impatto della SGL sulla sintomatologia della MRGE.

Materiali e metodi: Da Ottobre 2006 a Luglio 2017, 167 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica nel nostro centro. I pazienti con ernia iatale, quelli sottoposti a by-pass gastrico o a SGL con associata iatoplastica e quelli sottoposti a re-intervento sono stati esclusi dallo studio. Di 122 pazienti sottoposti alla sola SGL, 22 sono stati persi al follow-up e pertanto i dati di 100 pazienti (23 uomini, 77 donne, età media 45.4 ± 11.06 anni) erano disponibili e sono stati inclusi nel presente studio retrospettivo. I sintomi della MRGE sono stati valutati con il questionario Health Related Quality of Life - Gastroesophageal Reflux Disease (HRQL-GERD) prima e dopo chirurgia.

Risultati: Prima dell'intervento, il Body Mass Index (BMI) medio ed il punteggio HRQL-GERD medio erano rispettivamente 45.4 ± 6.9 kg/m² e 10.3 ± 10.9 . Al follow-up medio di 55 ± 29.2 mesi dall'intervento, il BMI medio era 31.7 ± 6.6 kg/m² ($p=0.0001$), %Excess BMI Loss (%EBMIL) 70.3 ± 26.7 ed il punteggio HRQL-GERD medio era 6.7 ± 8.2 ($p=0.0107$). Paragonando il punteggio medio al questionario HRQL-GERD dei pazienti con BMI postoperatorio inferiore o uguale a 29.9 (44 pazienti, 10.3 ± 9.4) con quello dei pazienti con BMI superiore o uguale a 30 (56 pazienti, 4 ± 5.8), il punteggio risulta essere statisticamente più basso ($p=0.0001$) nel secondo gruppo, ad un follow-up medio di 53.3 ± 19.9 e 56.4 ± 35 mesi, rispettivamente ($p=0.6035$). Invece, paragonando il punteggio medio HRQL-GERD dei pazienti con %EBMIL postoperatorio inferiore o uguale a 49.9 (21 pazienti, 4.9 ± 6.9) verso superiore o uguale a 50 (79 pazienti, 7.2 ± 8.5), la differenza non risulta essere statisticamente significativa ($p=0.2522$) ad un follow-up medio di 64 ± 36.2 e 52.7 ± 26.8 mesi, rispettivamente ($p=0.1149$). I sintomi della MRGE comparsi de novo sono stati osservati in 10 pazienti (10%) (score preoperatorio 0, score medio postoperatorio 5.7 ± 4.9) ($p=0.0018$).

Conclusioni: In pazienti obesi senza ernia iatale, con i sintomi della MRGE, la SGL determina complessivamente un significativo miglioramento dei sintomi da reflusso al follow-up a medio termine. Il BMI postoperatorio più basso si associa significativamente ad una maggiore presenza di sintomi da reflusso di grado moderato. Il tasso di MRGE sintomatica insorta de novo dopo SGL è del 10%, ma il punteggio medio postoperatorio risulta essere basso. Un campione maggiore di pazienti e dati strumentali più oggettivi, inclusa la pH-manometria pre e postoperatoria, sono necessari per confermare questi risultati.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

BYPASS GASTRICO REVERSIBILE CON FUNDECTOMIA E STOMACO ESPLORABILE MODELLO LESTI

G. Lesti, M. Civilla, F. Altorio, S. Petroni, F. De Santis

Clinica Professor Petrucciani, Lecce

Introduzione: Presentiamo una tecnica laparoscopica che permette di eseguire un by-pass gastrico, facilmente reversibile, con rimozione del fondo gastrico e con la possibilità, grazie alla di esplorazione dello stomaco residuo, di diagnosticare ed trattare le malattie dello stomaco del duodeno e della via biliare principale.

Tecnica: L'intervento viene eseguito con un trocars da 5 mm e 4 trocars da 10/12 mm. Si inizia con la sezione del legamento gastro-splenico nel punto di Van Ghoghen, seguendo la grande curvatura fino all'angolo di His ; si introduce a questo punto una sonda nello stomaco di 36 F fino a raggiungere il piloro e si inizia la sezione del fondo dello stomaco e la preparazione della tasca gastrica sulla piccola curvatura. Una bendarella di ePTFE è posizionata a 7 cm dal cardias per chiudere la parte distale della tasca gastrica che si mantiene in continuità con lo stomaco residuo attraverso un canale di circa 2 cm dolcemente chiuso dalla bendarella. Identificato il Treitz, il digiuno viene portato verso la pouch gastrica con ansa ad omega antecolica e suturato in latero-laterale con Endo GIA; l'ansa alimentare lunga 120-150 cm viene suturata all'ansa digiunale a 150 cm dal Treitz in latero-laterale; l'ansa ad omega viene sezionata vicino alla pouch gastrica sì da evitare il manico d'ombrello.

Risultati: 654 pazienti con un follow-up fino a 5 anni, sono stati sottoposti a questo tipo di intervento. Il tempo operatorio medio, le complicazioni intraoperatorie, la degenza ospedaliera, le complicanze tardive e la perdita di peso, non hanno mostrato significative differenze rispetto al by-pass gastrico classico.

Commento: Il RYGBPse presenta gli stessi risultati in calo ponderale del RYGBP classico ma permette l'esplorazione dello stomaco residuo, e la reversibilità con la semplice sezione della bendarella La lunghezza delle anse intestinali è stata calcolata per essere in sintonia con la teoria del foregut ed hindgut.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

BYPASS GASTRICO CON FUNDECTOMIA ED ESPLORAZIONE DELLO STOMACO RESIDUO: ESPERIENZA PRELIMINARE

C. Nagliati, S. De Martino, D. Pennisi, A. Balani

Reparto di Chirurgia, Ospedale di Gorizia

Background: Il Roux-en-Y-gastric bypass (RYGB) è una tra le procedure gold standard per la cura dell'obesità patologica e suoi risultati sono ben noti. La principale limitazione della procedura è la difficile esplorazione dello stomaco e del duodeno esclusi. Il bypass gastrico con fundectomia e esplorazione dello stomaco residuo sec. Lesti-Zappa è stato recentemente introdotto per superare questi limiti.

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è di descrivere la nostra preliminare esperienza sul bypass gastrico con l'esplorazione dello stomaco e di analizzare i suoi esiti in termini di durata di degenza, complicanze post-operatorie e tasso di riammissioni entro 30 giorni dopo l'intervento presso il centro di riferimento dell'ospedale di Gorizia, Centro di Eccellenza SICOb.

Materiali e metodi: Il nostro studio ha incluso tutti i pazienti con età maggiore di 18 anni, obesi, sottoposti a intervento di Roux-en-Y gastric bypass con con fundectomia ed esplorazione dello stomaco residuo. I criteri di dimissione sono stati: adeguato controllo del dolore, piena mobilitazione, assunzione orale di liquidi, nessuna evidenza d'infezione. Nello studio abbiamo esaminato retrospettivamente la durata della degenza ospedaliera, le complicanze post-operatorie e il tasso di ricoveri a 30 giorni dall'intervento.

Risultati: Tra novembre 2017 e aprile 2018, 7 pazienti (3 maschi; 4 femmine) sono stati sottoposti a bypass gastrico con esplorabilità dello stomaco escluso, per obesità patologica presso il Dipartimento di Chirurgia Generale di Gorizia. Il BMI medio e l'età erano 45,3 (6,15) Kg / m² e 54 (6,7) anni, rispettivamente. Il tempo di intervento mediano (intervallo) era di 162 (140-190) minuti. Tutte le procedure sono state completate laparoscopicamente, eccetto una revisionale per cui è stata necessaria la conversione laparotomica. La LOS mediana era di 2 (1-6) giorni. Di tutti i pazienti, 2 (28,6%) sono stati dimessi in prima giornata postoperatoria, 2 (28,6%) in seconda giornata e 1 (14,3%) in terza giornata postoperatoria. Le complicanze complessive a 30 giorni sono state dello 0%. Il re-ricovero a trenta giorni dall'intervento non si è verificato in nessun caso.

Conclusione: Dalla nostra preliminare esperienza si può evincere che il Roux-en-Y-gastric bypass con fundectomia ed esplorabilità dello stomaco risulta una procedura fattibile e sicura con l'indubbio vantaggio della possibilità di poter valutare la parte dello stomaco e del duodeno esclusi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

CONVERSIONE A BYPASS GASTRICO SU GASTROPLASTICA DI GASTROPLASTICHE COMPLICATE O FALLITE: STUDIO RETROSPETTIVO SU 133 PAZIENTI CON FOLLOW-UP FINO A 13 ANNI

S. Cariani, M. Rottoli, F. Balsamo, B. Torre, G. Poggioli

Azienda Ospedaliero/Universitaria di Bologna

Introduzione: La chirurgia di revisione (re-do) dopo una gastroplastica verticale (VBG), può essere condotta per recupero ponderale senza alterazioni anatomo-chirurgiche o per complicanze tardive, spesso variamente associate e con diverso impatto sul peso e sulla qualità di vita del paziente. La re-do di VBG presenta riconosciute difficoltà tecniche che espongono il paziente a possibili ulteriori complicanze, immediate e tardive, oltre che a difficile riequilibrio ponderale. In letteratura, la conversione di VBG a bypass gastrico su ansa alla Roux (RYGB) è la più adottata strategia chirurgica. Scopo dello studio, di coorte retrospettivo di singolo centro, è valutare l'efficacia del Bypass Gastrico su Gastroplastica (RYGB-on-VBG), una variante con stomaco esplorabile del RYGB, nella conversione di VBG complicate/fallite con follow-up condotto fino a 13 anni.

Materiali e metodi: Dal 2003 al 2016, su 586 interventi RYGB-on-VBG, 133 (22%) sono Re-do di VBG laparotomica. L'età media al re-intervento era di 44 ± 10 aa., con intervallo libero medio di 9 ± 4 aa. (r. 1-20). Il 6.7% dei p. era alla II Re-do. Alla VBG BMI (kg/m²) medio 46.6 ± 5.5 , alla re-do 34.5 ± 8.2 . Cause di re-intervento, spesso concomitanti: deiscenza sutura (38.3%), stenosi outlet (6.7%), kinking outlet (10.5%), dilatazione pouch (7.5%), weight regain (7.5%), intolleranza (3.0%) e decubito di benderella (0.7%). Per tutti i p. lo studio preoperatorio ha compreso: consulenza psichiatrica e dietologica, RX T.D., EGDS. I dati rilevati, nei p. suddivisi in Gruppo 1 (n.110 - BMI medio 35.5 ± 7.4) e 2 (n.23 - BMI medio 30.7 ± 10.1) con indicazione principale a Re-do rispettivamente per weight regain e vomito eccessivo, su mortalità e complicanze precoci e tardive, andamento ponderale del follow-up (6 mesi e 2-5-10-13 anni) sono stati oggetto di analisi e comparazione con RYGB-on-VBG come intervento primario.

Risultati: Nel 69.6% (n.101) alla Re-do sono stati eseguiti uno o più interventi combinati. Mortalità 0%. Complicanze precoci: CDC I/II 20,6% (n=30), CDC III/IV 3.4% (n=5). Complicanze tardive: 19.5% (n=26), II Re-do 3.7% (n=5). Nessun caso di vomito. Andamento ponderale - BMI medio: 6 m. 30.1 ± 5.5 , 2 aa. 29.9 ± 5.5 , 5 aa. 30.5 ± 5.4 , 10 aa. 30.2 ± 5.7 , 13 aa. 30.8 ± 6.2 ; EWL %medio: 54.0 \pm 20.8, 2 aa. 53.8 \pm 16.7, 5 aa. 52.2 \pm 17.8, 10 aa. 47.3 \pm 21.0, 13 aa. 49.0 \pm 6.2.

Conclusioni: Nel trattamento di VBG complicate o fallite, il Bypass Gastrico su Gastroplastica eseguito in laparotomia come conversione si è dimostrato sicuro ed efficace. Con ridotta incidenza di complicanze, l'intervento ha risolto la sintomatologia tipica di indicazione a re-do per interventi puramente restrittivi (VBG) ed anche nel lungo termine, pur consentendo l'esplorabilità gastro-duodenale, ha consentito un buon equilibrio ponderale, con valori sovrapponibili al RYGB-on-VBG quando eseguito come procedura primaria e quelli pubblicati sul RYGB tradizionale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

VALUTAZIONE ENDOSCOPICA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A BYPASS GASTRICO AD UNICA ANASTOMOSI (OAGB) IN UN SINGOLO CENTRO. ESPERIENZA PRELIMINARE

L. Leuratti, E. Facchiano, E. Soricelli, G. Quartararo, V. Caputo, D. Pacini, M. Lucchese

Ospedale Santa Maria Nuova, ASL Toscana Centro, Firenze

Introduzione: L'OAGB è generalmente considerato un intervento tecnicamente più semplice rispetto al bypass gastrico su ansa alla Roux. Il limite maggiore alla sua diffusione nella pratica clinica è dato dai possibili rischi di degenerazione mucosa a distanza dovuti al possibile reflusso biliare. Scopo dello studio retrospettivo su una serie consecutiva di casi è verificare la presenza di reperti endoscopici patologici nel medio-lungo termine dopo OAGB.

Materiali: I primi 26 pazienti sottoposti a OAGB presso il nostro Centro, di cui 4 maschi (15.4%) e 22 femmine (84.6%), sono stati sottoposti a studio endoscopico oltre 1 anno di follow-up secondo il protocollo di follow-up interno al centro. La tecnica operatoria è stata standardizzata con tasca gastrica misurata al momento del confezionamento oltre l'incisura angolare (> 12 cm), anastomosi lineare meccanica di 3 cm, e ansa afferente di 180 cm dal legamento di Treitz). Al momento dell'endoscopia di follow-up sono stati studiati esofago distale, tasca gastrica e anastomosi gastro-digiunale registrando l'aspetto macroscopico e correlandolo con prelievi biotipici in corrispondenza di ognuna delle sedi. I dati sono stati analizzati retrospettivamente e integrati ai dati clinici di follow-up, includenti calo ponderale, fattori di rischio come fumo di sigaretta (presente in 5 casi: 19.2%), presenza di comorbidità all'intervento come diabete mellito (presente in 12 casi: 46.1%).

Risultati: Il BMI medio preoperatorio era 45.5 ± 6.8 kg/m², con EBW % di 123.9 ± 21.4 . Al follow-up a 2 anni il BMI medio si era ridotto a 27.5 ± 4.0 kg/m² con un EWL% di 89.1 ± 19.5 . I reperti macroscopici mostravano esofagite di grado A o B in 3 casi (11.5%). La presenza di reflusso biliare, definito come presenza di bile prossimalmente all'anastomosi gastro-digiunale è stata riscontrata in 11 casi (42.3%). In nessun caso è stata rilevata presenza di bile in esofago. La presenza di bile nella tasca gastrica era strettamente associata a una diagnosi di pouchite macroscopica, riportata in 9 casi (34.6%), di cui 5 associati a reflusso biliare (RB) (55.6%). Inoltre in 3 casi (11.5%) si associava la presenza di un'ulcera anastomotica cronicizzata. L'analisi istologica ha messo in evidenza la presenza di esofagite in forma lieve in 5 casi (19.2%), di questi 4 erano fumatori (80.0%). Inoltre, rispetto all'analisi macroscopica, l'istologia ha confermato una pouchite solo in 2 casi (7.7%) e una stomite in 4 casi (15.4%). Mentre i fumatori erano la sottocategoria più a rischio per lo sviluppo di alterazioni esofagee (80.0%) in assenza di reflusso di bile in esofago, i pazienti con anamnesi di diabete mellito presentavano massima prevalenza di RB in assoluto (66.6%).

Conclusioni: Il OAGB è una procedura con ottimi risultati in termini di perdita di peso. Le alterazioni macroscopiche o funzionali come il ristagno biliare non sono risultate correlate significativamente con l'incidenza di lesioni confermate all'esame istologico.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

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

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

ARNAS Garibaldi - P.O. Centro - U.O.C. Chirurgia Generale e d'urgenza, Catania

Obiettivi: 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.

Materiali e 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 \geq 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 gastro-gastrica, 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%.

Conclusioni: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

RESEZIONE GASTRICA DOPO DIVERSIONE BILIO-PANCREATICA: UNA OPZIONE POSSIBILE NEI CASI DI RECUPERO PONDERALE ASSOCIATI A DILATAZIONE GASTRICA

M. Andreoli, L. Mascheroni, R. Grignani, R. Curti, F. Albani, E. Lattuada

Humanitas San Pio X, Milano

Obiettivi: Gli interventi bariatrici di diversione bilio-pancreatica sono gravati in una minima percentuale di casi da recupero ponderale a patogenesi spesso incerta. Il numero di pazienti che necessitano di chirurgia revisionale per tale motivo è esiguo e il trattamento chirurgico in questi casi è oggetto di dibattito.

Abbiamo deciso di eseguire l'intervento di resezione gastrica dopo valutazione endoscopica e radiologica che confermavano la dilatazione gastrica e regolare canalizzazione della anse afferente ed efferente. Entrambe le pazienti sono state sottoposte a rivalutazione multidisciplinare con le colleghe dietista e psicologa.

Materiali e metodi: Due pazienti già sottoposte a diversione bilio-pancreatica state candidate a resezione gastrica per recupero ponderale nel periodo 07/2015 – 07/2016.

Caratteristiche delle pazienti:

PAZIENTE	PESO (BMI) INIZIALE	DATA DBP	PESO (BMI) ALLA REVISIONE	DURATA	DEGENZA (GG)
P.V.	110 (46)	06/2007	74 (31)	90 min	6
S.P.	132 (47)	05/2007	102 (36)	75 min	6

La resezione gastrica è stata eseguita sulla guida di sonda di calibrazione da 36 F introdotta fino alla anastomosi gastro-ileale con suturatrice meccanica lineare. Nella seconda paziente è stata effettuata contestualmente la resezione di cul di sacco digiunale esuberante. Non si sono verificate complicanze intraoperatorie. Nel peri-operatorio una paziente ha presentato anemia e ecchimosi sottocutanea trattate conservativamente.

Risultati: Entrambe le pazienti ai controlli postoperatori hanno riferito benessere che si è mantenuto nei mesi successivi. Tutte le pazienti assumono preparati multivitaminici e integratori di Ferro, Calcio e vitamina D.

Le pazienti sono state sottoposte a follow up chirurgico, dietistico ed ematochimico per monitoraggio delle eventuali carenze nutrizionali. L'andamento ponderale è descritto nella tabella sottostante:

PAZIENTE	PESO (BMI) ALLA REVISIONE	6 MESI	12 MESI	24 MESI	36 MESI
P.V.	74 (31)	64 (27)	64 (27)	55 (24)	52 (22)
S.P.	102 (36)	86 (31)	82 (29)	78 (28)	

Conclusioni: La restrizione gastrica nelle pazienti che presentano recupero ponderale dopo intervento di diversione bilio-pancreatica associato a dilatazione della tasca gastrica è tecnicamente sicuro e fattibile. I risultati sembrano incoraggianti per il trattamento di questa tipologia di pazienti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

BYPASS GASTRICO ROUX-EN-Y E BYPASS CON SINGOLA ANASTOMOSI: CONFRONTO TRA SUTURE "BARBED" E SUTURE CONVENZIONALI

F. Prioli, F. Pennestrì, P. Gallucci, P. Giustacchini, L. Ciccoritti, L. Sessa, M. Raffaelli, R. Bellantone

Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS, Roma

Obiettivi: L'utilizzo delle suture "barbed" in chirurgia bariatrica ha teoricamente ridotto la complessità della sutura intracorporea laparoscopica. In questo studio abbiamo analizzato l'impiego delle suture "barbed", valutandone efficacia e sicurezza, a confronto con quelle "non barbed", per la chiusura delle brecche enterotomiche di servizio durante il confezionamento della gastroenteroanastomosi in corso di bypass gastrico sia nella variante classica (Roux-en-Y – RYGB) sia nella variante a singola anastomosi (MiniGB).

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio retrospettivo caso-controllo includendo pazienti sottoposti a bypass gastrico laparoscopico tra gennaio 2012 e dicembre 2017. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi a seconda dell'intervento eseguito (RYGB e MiniGB). In ogni gruppo sono stati confrontati i pazienti in cui è stato utilizzato un filo "barbed" per la chiusura delle brecche con quelli in cui è stato utilizzato un filo di sutura "non barbed". L'analisi statistica è stata effettuata mediante il software SPSS 22.0. Per ridurre i bias di selezione e per l'accoppiamento caso-controllo ("barbed" vs "non barbed") in ognuno dei due gruppi (RYGB e MiniGB) è stato utilizzato il Propensity Score Matching. La tipologia del filo di sutura utilizzata ha rappresentato la variabile indipendente del modello di regressione.

Risultati: Nel periodo dello studio sono stati sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica per via laparoscopica 1523 pazienti. Al termine della regressione logistica sono stati confrontati i risultati di 488 pazienti sottoposti a RYGB (244 "barbed" vs 244 "non barbed") e quelli di 48 pazienti sottoposti a MiniGB (24 "barbed" vs 24 "non barbed"). La durata mediana dell'intervento è risultata inferiore in maniera statisticamente significata per il sottogruppo delle suture "barbed" nei pazienti sottoposti a RYGB. Risultato analogo si è ottenuto nel gruppo MiniGB, anche se in questo caso non è stata raggiunta la significatività statistica verosimilmente per la numerosità del campione. In entrambi i gruppi la degenza mediana post-operatoria è risultata inferiore in maniera statisticamente significativa nei sottogruppi "barbed". Comparando i diversi sottogruppi non si sono osservate differenze statisticamente significative relativamente all'incidenza di complicanze a breve termine. Ad follow-up mediano di 28.8 mesi non sono state registrate complicanze tardive.

Conclusioni: L'utilizzo delle suture "barbed" in chirurgia bariatrica risulta essere sicuro ed efficace con tassi di complicanze sovrapponibili a quelli ottenuti con suture "non barbed" e si associa a una riduzione dei tempi operatori. Sono, tuttavia, necessari studi prospettici randomizzati per valutare quale delle due tipologie di sutura sia da preferire anche in relazione ai costi associati (tempi di sala operatoria e costi dei materiali).

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

NOTE DI TECNICA DEL MINI BYPASS GASTRICO: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

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

ARNAS Garibaldi, Catania

Obiettivi: L'obiettivo di questo lavoro è fornire indicazioni tecniche del mini by pass gastrico VL dopo l'esperienza maturata nel nostro centro.

Materiali e 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.

Conclusioni: 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.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

CURVA DI APPRENDIMENTO DELLA SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA: MODELLO DI CUSUM

G. Fantola, M. Agus, S. Pintus, R. Moroni

Centro di Chirurgia dell'Obesità, Azienda Ospedaliera Brotzu, Cagliari

Introduzione: La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è attualmente l'intervento di chirurgia bariatrica più praticato in tutto il mondo. Questa procedura chirurgica ha acquisito successo grazie alla sua facilità tecnica, a dei tempi operatori rapidi, e dei tassi di complicanze inferiori rispetto al by pass. L'esecuzione della LSG è strettamente dipendente dall'esperienza dell'operatore. I suoi risultati possono essere valutati considerando la sicurezza del gesto chirurgico e la perdita di peso a lungo termine. Lo scopo di questo studio è stabilire una curva di apprendimento per la LSG considerando le differenti variabili perioperatorie.

Metodi: I dati di duecentoventuno pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica nel nostro Istituto (di cui 131 LSG) tra Settembre 2014 e Novembre 2016 sono stati inseriti in un database prospettico. Durante questo periodo, un chirurgo generale con una formazione in chirurgia laparoscopica certificata ha realizzato un programma di formazione in chirurgia bariatrica. 83 pazienti sottoposti a LSG sono stati inclusi. L'intervento chirurgico è stato realizzato dal chirurgo in formazione; tutti i pazienti hanno beneficiato di un follow up di almeno un anno. Un chirurgo bariatrico esperto ha monitorato il training ed era disponibile in sala operatoria in caso di necessità. I pazienti sono stati ordinati dal numero 1 al numero 83 (Case Rank) in base alla data dell'intervento chirurgico. Il metodo statistico CUSUM (risk-adjusted CUMulative SUM Method) è stato utilizzato prendendo in considerazione i seguenti parametri legati al successo della LSG : tempo operatorio (<90 minuti), assenza di complicanze intra e postoperatorie, necessità dell'aiuto del chirurgo tutor durante l'intervento, durata del ricovero ospedaliero inferiore a 4 giorni, adeguata perdita di peso ad un anno (Excess Weight Loss >50%). Tali parametri sono stati combinati in una singola variabile (composite event) in modo da ottenere una curva che rappresentasse il successo della procedura.

Risultati: Il chirurgo in formazione (GF) ha realizzato 83 LSG (63.3% di tutte le LSG) durante tale programma. Non c'è stata alcuna conversione laparotomica. Quattro pazienti (5.2%) hanno presentato una complicanza perioperatoria (emorragia splenica). Quattro pazienti (5.2%) hanno avuto una complicanza post operatoria (Clavien-Dindo < 2). La totalità dei pazienti ha avuto un follow up ad un anno e l'87.9% di questi ha ottenuto un EWL>50%. La curva di CUSUM mostra un basso tasso di successo al di sotto delle 40 procedure. Nessuna differenza statisticamente significativa è stata evidenziata nell'analisi multivariata dei due gruppi di pazienti (primi 40 casi e successivi 43).

Conclusione: Questo studio mostra che la curva di apprendimento per la LSG può essere basata simultaneamente sulla sicurezza e sull'efficacia della procedura chirurgica. Un programma di formazione per la chirurgia bariatrica deve comprendere almeno 40 interventi chirurgici.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

IL CINEMA IN OSPEDALE: ESPERIENZA PRELIMINARE IN CHIRURGIA BARIATRICA

C.P. Lombardi, E. Raniti, C. Garrone, F. Medolago Albani, M. Raffaelli, E.M. Mercuri, D. Chieffo

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Obiettivi: L'uso del cinema, come elemento di evasione e distrazione, può rappresentare una "cura" per alleviare la sofferenza psicologica e mentale. L'obiettivo di questo studio è valutare come un momento di pura normalità, come quello di andare al cinema in una sala appositamente costruita all'interno dell'ospedale, può migliorare la qualità dell'ospedalizzazione ed avere degli effetti benefici sulla percezione della malattia da parte dei pazienti e dei loro caregivers, con particolare attenzione in questo caso verso i pazienti obesi.

Metodi: Tra Maggio 2017 e Gennaio 2018 presso la sala cinema del Policlinico Gemelli è stato eseguito un sondaggio su 178 persone (106 pazienti e 72 caregivers). Gli strumenti del sondaggio utilizzati sono stati: il DASS21, un Questionario appositamente ideato dai ricercatori dell'Università Cattolica/FPGemelli e due domande aperte specifiche per i pazienti ai quali si chiedeva di esprimere opinioni e sensazioni circa l'esperienza della proiezione in sala. Il sondaggio è stato eseguito al tempo (T0), in reparto, prima della proiezione e dopo la proiezione del film (T1). I risultati sono stati confrontati.

Risultati: I test sono stati eseguiti e riconsegnati correttamente al tempo T0 e T1 dal 69.9% degli intervistati. I dati confermano che la visione di un film nel contesto ospedaliero ha degli effetti positivi, sullo stato emozionale del paziente e sulla sua percezione di benessere, determinando una riduzione degli stati di depressione, ansia e stress. Infatti nel periodo post visione si assiste a un significativo decremento in termini di dolore (71,16%), noia (100%) e inadeguatezza a causa della malattia (71.16%). In particolare nei pazienti bariatrici il 78% non ha avuto pensieri riguardo la necessità di assumere cibo, il 90.4% non aveva preoccupazione per l'intervento chirurgico e il 96% dei casi, come risulta dai test DASS21, è stato meno concentrato sul suo stato di salute.

Conclusioni: La proiezione di un film, in una sala cinema appositamente dedicata all'interno dell'ospedale, rappresenta uno strumento clinico terapeutico di sollievo, valido ed innovativo, che si può combinare ed integrare alle cure mediche tradizionali. La visione del film determina un "effetto pausa" sotto il profilo psicologico creando nel paziente uno spazio temporale dove dolore e paura quasi non esistono, favorendo così una situazione di benessere e di migliore compliance alle cure.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00

OBESITÀ

SALA O

VARIAZIONI DELL'OUTCOME CHIRURGICO BARIATRICO DOPO CALO PONDERALE PREOPERATORIO IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA GRAVE OBESITÀ

L. Grasso, M. Toppino, A. Genzone, D. Solerio, F. Olandese, F. Rahimi, S. Boschetti, A. De Francesco, M. Morino

Città della Salute e della Scienza, Torino

Introduzione: I soggetti con gradi elevati di obesità presentano maggiori problemi gestionali e difficoltà tecniche durante gli interventi chirurgici, nonché un maggior rischio di complicanze postoperatorie. Scopo del presente lavoro è stato verificare se l'utilizzo di una dieta a contenuto calorico molto basso (VLCD), nel periodo antecedente l'intervento bariatrico, possa indurre il calo ponderale auspicato, su quali parametri intraoperatori sia possibile verificare il conseguente miglioramento e se tale risultato si traduca in una riduzione delle complicanze postoperatorie.

Metodi: Presso la Chirurgia Generale 1 dell'Università di Torino, in collaborazione con la SC Dietetica e Nutrizione Clinica, sono stati arruolati 47 pazienti gravi obesi (33 F, 14 M, età media 44,7 anni) che si presentavano come soggetti a maggior rischio operatorio (Peso medio 133,8 Kg, BMI medio 50,08 kg/m², circonferenza vita media 137,7 cm). L'indice di steatosi epatica medio (FLI = Fatty Liver Index), calcolato secondo l'equazione di Bedogni, era risultato pari a 97,3. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a protocollo con dieta VLCD chetogenica nel periodo preoperatorio per un totale di 4 settimane. Tutti i pazienti sono stati rivalutati al termine del trattamento e successivamente sottoposti ad intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica. I parametri utilizzati per valutare il miglioramento chirurgico sono stati: tempo operatorio, percentuale di conversione in open per difficoltà tecniche; percentuale di complicanze postoperatorie.

Successivamente tali dati sono stati confrontati con i risultati di un gruppo di 100 pazienti sottoposti nel medesimo arco temporale ad intervento chirurgico di sleeve gastrectomy con parametri preoperatori statisticamente comparabili

Risultati: Al termine delle 4 settimane di dieta, la riduzione di peso media è stata di 7,33 kg con riduzione media del BMI di 2,68 kg/m²; la circonferenza vita era ridotta di 7,91 cm. Il Fatty Liver Index medio dopo il periodo di dietoterapia è risultato pari a 92,7 ($p < 0.05$).

Il tempo operatorio medio, rispetto al gruppo di controllo, è risultato lievemente ridotto anche se in maniera non statisticamente significativa (75,7 minuti vs. 78,4 minuti ovvero una riduzione del 3,4%), il tasso di conversione nullo vs 2%, nessun caso di fistola gastrica vs. 1 caso nel gruppo di controllo. Nel gruppo di pazienti non sottoposti a dieta preoperatoria vi è stato inoltre un decesso legato a complicanze anestesiolgiche contro una mortalità nulla nel gruppo in studio.

Discussione: Pur con limiti derivanti dall'assenza di indicatori della volumetria epatica e di ulteriori parametri oggettivabili di riduzione delle difficoltà operatorie, lo studio ha dimostrato l'efficacia di una dieta VLCD nella preparazione dei soggetti obesi a più elevato rischio. L'intervento chirurgico, di conseguenza, è stato reso meno problematico e difficoltoso, con conseguente miglioramento dei parametri operatori e postoperatori considerati.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

PERCORSO GESTIONALE ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) NELL'ESOFAGECTOMIA: MODELLO PREDITTIVO PRECOCE DI DEVIAZIONE DAL PROTOCOLLO

P. Parise¹, C. Ferrari¹, A. Cossu¹, F. Puccetti¹, G. Marocci¹, L. Garutti¹, U. Elmore¹, R. Rosati²

¹ Ospedale San Raffaele - U.O. Chirurgia Gastroenterologica, Milano

² Università Vita-Salute - Ospedale San Raffaele - U.O. Chirurgia Gastroenterologica, Milano

Obiettivi: I protocolli perioperatori basati su principi di ERAS sono stati recentemente implementati nelle esofagectomie. Tuttavia, spesso viene riportata una bassa aderenza ai suddetti protocolli con un conseguente elevato tasso di dimissione ritardate. Scopo di questo studio è stato identificare la presenza di eventuali variabili nell'immediato perioperatorio associate ad una ritardata dimissione e di costruire un algoritmo di calcolo in grado di predire un insuccesso del protocollo ERAS.

Materiali e metodi: Tutti i pazienti sottoposti ad esofagectomia per patologia maligna tra il 2012 e il 2017 sono stati gestiti attraverso un protocollo perioperatorio standardizzato ERAS. La giornata di dimissione ideale è stata fissata entro l'ottava giornata postoperatoria. Tutte le variabili significative all'analisi bivariata sono state analizzate tramite regressione logistica binaria retrograda al fine di produrre l'algoritmo predittivo. Un'iniziale validazione prospettica dell'accuratezza di questo strumento è stata realizzata su 23 pazienti non inclusi nella popolazione di partenza.

Risultati: 286 pazienti sono stati inclusi in questo studio. L'analisi bivariata ha evidenziato un'associazione fra la dimissione ritardata e ASA 3 o 4, durata dell'intervento chirurgico oltre i 225 minuti, insorgenza di complicanze intraoperatorie, mancata mobilitazione precoce del paziente nel periodo postoperatorio, un approccio chirurgico non ibrido (laparotomico e/o toracotomico) ed il confezionamento di un'anastomosi esofagea diversa da quella intratoracica. La regressione logistica binaria ha mantenuto nel modello predittivo le variabili ASA, approccio chirurgico, durata dell'intervento e mancata mobilitazione precoce del paziente. Il modello così ottenuto è risultato statisticamente significativo ed in grado di classificare correttamente l'81.9% dei casi. Sensibilità e specificità sono, rispettivamente, 96.6% e 17.6%. L'algoritmo predittivo applicato ai 23 pazienti inizialmente esclusi è stato in grado di individuare il 100% dei pazienti dimessi oltre l'ottava giornata postoperatoria.

Conclusioni: Le variabili predittive emerse sono ragionevoli e coerenti con i riscontri clinici quotidiani e lo score costruito è risultato in grado di individuare precocemente i pazienti a rischio e meritevoli di maggiore attenzione o di un cambiamento di strategia gestionale.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

RUOLO DELL'ANGIOGRAFIA CON VERDE DI INDOCIANINA NELLA VALUTAZIONE DELLA PERFUSIONE DEL TUBULO GASTRICO DURANTE ESOFAGECTOMIA SECONDO IVOR-LEWIS E CORRELAZIONE CON LO SVILUPPO DI FISTOLA ANASTOMOTICA

L. Garutti¹, C. Ferrari¹, C. Andrea¹, F. Puccetti¹, P. Parise¹, R. Rosati²

¹ Ospedale San Raffaele - U.O. Chirurgia Gastroenterologica, Milano

² Università Vita-Salute - Ospedale San Raffaele - U.O. Chirurgia Gastroenterologica, Milano

Obiettivi: Le fistole anastomotiche post esofagectomia secondo Ivor-Lewis (EIL) sono la complicanza chirurgica più temibile di questo intervento. Si ritiene che uno dei fattori determinanti per l'insorgenza sia la cattiva perfusione dei tessuti coinvolti nell'anastomosi. Scopo di questo studio è determinare se l'angiografia con verde di indocianina (AICG) consenta di valutare adeguatamente la perfusione del tubulo gastrico e diminuire l'incidenza di fistole anastomotiche post EIL.

Materiali e metodi: Questa è un'analisi ad interim di uno studio prospettico interventistico in corso nel nostro istituto, che arruolerà 160 pazienti candidati a EIL. Ai pazienti è stata somministrata una dose di 0,3 mg/Kg e.v. di ICG, durante il tempo addominale ed il tempo toracico, e valutata la vascolarizzazione del tubulo gastrico mediante AICG. Un giudizio sulla qualità della perfusione è stato espresso ed in caso di zone ipoperfuse o ischemiche, sono state resecate. Sono state inoltre misurate ed analizzati parametri specifici, come la velocità di perfusione, e clinici del paziente.

Risultati: Ad oggi sono stati studiati 26 pazienti. 7 hanno sviluppato una fistola. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: Gruppo A (fistola) e Gruppo B (non fistola). I due gruppi sono risultati omogenei in termini di caratteristiche cliniche preoperatorie e demografiche, eccetto che per una maggiore prevalenza di fumatori nel Gruppo B (p 0.010). La valutazione intraoperatoria di cattiva perfusione del tubulo ha correlato in maniera significativa con lo sviluppo della fistola (Gruppo A 71.4% vs Gruppo B 15.8%, p 0.014). Il tempo intercorso fra l'iniezione dell'ICG e la comparsa di fluorescenza alla base del tubulo gastrico durante il tempo toracico è risultato significativamente superiore nel Gruppo A (p 0.04). Tuttavia, non si è rilevata una differenza significativa di velocità di perfusione del tubulo fra i due gruppi (p 0.402). La larghezza mediana del tubulo è risultata significativamente minore nel Gruppo A rispetto al B (p 0.032). L'incidenza di episodi ipotensivi prolungati nel post-operatorio è stata maggiore nel Gruppo A (p 0.028). Non è stata rilevata alcuna differenza significativa tra i due gruppi nell'infusione di liquidi, nelle perdite ematiche, nella lunghezza del tubulo e nell'incidenza di episodi ipotensivi intraoperatori.

Conclusione: I risultati preliminari suggeriscono che la AICG possa essere utile nell'identificazione di pazienti a rischio di fistola anastomotica. Tuttavia la modifica della strategia chirurgica sulla base dell'AICG al momento sembra non aver indotto una riduzione dell'incidenza di tale complicanza, forse anche per il ruolo che giocano altri fattori intra e post operatori.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

ANASTOMOSI INTRATORACICA MECCANICA E MANUALE IN CORSO DI ESOFAGECTOMIA SEC IVOR LEWIS ROBOTICA: DUE TECNICHE A CONFRONTO

E. Gia, I. Urciuoli, G. Barbato, A. Vegni, M. Calistri, B. Boffi, L. Bencini, A. Coratti

Chirurgia oncologica ad indirizzo robotico, Firenze

Obiettivi: La deiscenza dell'anastomosi esofago-gastrica dopo esofagectomia parziale sec. Ivor Lewis costituisce un'importante causa di morbilità e mortalità post operatoria e di prolungamento della degenza ospedaliera. Abbiamo confrontato con uno studio retrospettivo due tecniche di anastomosi esofago-gastrica intratoracica, manuale e meccanica, in corso di Ivor-Lewis robotica.

Materiali e metodi: Abbiamo selezionato 22 pazienti sottoposti nel nostro centro ad esofagectomia parziale sec. Ivor-Lewis robotica per neoplasia, nel periodo 2014-2018. Tutte le procedure sono state eseguite da un unico operatore che aveva già completato la learning curve necessaria. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base all'anastomosi utilizzata. Il gruppo MK (n=9) include tutti i pazienti con anastomosi meccanica latero-laterale e chiusura della breccia con due semicontinue V-loc®, il gruppo MM (n=13) comprende invece tutti i pazienti con anastomosi manuale robotica termino-laterale, confezionata con punti staccati di appoggio posteriori in PDS e sutura dei monconi con due semicontinue V-Loc®. L'end-point primario dello studio è stato la percentuale di fistola anastomotica; end-point secondari sono stati mortalità e complicanze a 30 giorni secondo Clavien-Dindo, giornata di rialimentazione e durata della degenza post operatoria.

Risultati: I due gruppi considerati sono risultati statisticamente confrontabili per comorbilità quali BPCO (MK=11,1% vs MM=15,4% p= 1.00) e diabete (MK=0% vs MM=15,4% p=0.49), ASA score I-II/ASA score III (MK 9/0 vs MM 10/3 p=0,24), per aver ricevuto o meno terapia neoadiuvante (MK=77,8% vs MM=38,5%, p=0.09) e per staging istopatologico definitivo. La percentuale di deiscenza anastomotica nel gruppo MK è stata dello 0% versus il 30,8% nel gruppo MM (p=0.11). Le complicanze a 30 giorni secondo Clavien-Dindo sono state: di grado I 22,2% nel gruppo MK versus 7,7% nel gruppo MM; nessuna complicanza di grado II in entrambi i gruppi; di grado III 11,1% nel gruppo MK e 23,1% nel gruppo MM; di grado IV 0% nel gruppo MK versus 23,1% nel gruppo MM, mentre di grado V 0% nel gruppo MK e 7,7% nel gruppo MM (p=0.35). In entrambi i gruppi i pazienti sono stati rialimentati con dieta semiliquida in media nella V giornata post operatoria (p=0.88). La degenza postoperatoria è stata in media 10 giorni per il gruppo MK e 24 giorni per il gruppo MM (p=0.01).

Conclusioni: Lo studio mostra un trend nettamente favorevole all'anastomosi meccanica con un tasso di deiscenza anastomotica e di complicanze di grado IV-V sec Clavien-Dindo dello 0%. In questo gruppo inoltre, la degenza media postoperatoria è stata significativamente ridotta. La bassa numerosità del campione non permette ad oggi di evidenziare una superiorità statisticamente significativa di una tecnica rispetto all'altra; tuttavia i dati preliminari dello studio supportano l'utilizzo dell'anastomosi meccanica nell'esofagectomia parziale sec Ivor-Lewis.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

EVALUATION AND COMPARISON OF EARLY POST-OPERATIVE OUTCOMES AFTER HYBRID IVOR-LEWIS AND OTHER OPEN TRANSTHORACIC ESOPHAGECTOMIES FOR CANCER: A SINGLE-CENTRE EXPERIENCE

D. Ferraro, D. Zanotti, N. Maynard, R. Marshall, D. Guma, R. Gillies, B. Sgromo

Oxford University Hospital NHS Trust, Oxford (REGNO UNITO)

Objective: Trans-thoracic esophagectomy is still the gold standard approach for the treatment of localised oesophageal carcinoma. However, the rate of complications after surgery for oesophageal cancer remains a major burden and gastrointestinal and respiratory complications represent the most frequently encountered. The aim of this study is to prove whether a hybrid laparoscopic Ivor-Lewis approach is associated to a reduced rate of post-operative complications or not.

Materials and methods: A retrospective analysis on a prospectively-collected database of patients diagnosed with oesophageal adenocarcinoma or squamous cellular carcinoma and treated with a transthoracic esophagectomy (hybrid Ivor-Lewis [HILO], Ivor-Lewis [ILO] or left thoracoabdominal [LTO]) between October 2014 and January 2018 was conducted. We performed 227 consecutive esophagectomies (48 HILO, 41 ILO and 138 LTO). Demographic and preoperative baseline characteristics, operative data as well as intensive care unit and in-hospital length of stay were recorded. Histologic data, including lymph nodes retrieved and resection margins, were collected. TNM 7th ed. was used for pathological staging.

Post-operative complications were graded according to Clavien-Dindo classification. The incidence of post-operative complications identified by the Esophagectomy Complications Consensus Group was measured in each group and compared.

Results: Patients demographics were homogenous among groups, apart for the presence of previous or synchronous cancer (HILO: 16.6% vs LTO+ILO: 7.26%; $p=0.0458$). A statistically significant difference was recorded regarding adjuvant radiotherapy between ILO (17.07%) and HILO (4.17%) ($p=0.0441$). Tumour-related preoperative data were comparable.

There was no difference in operative time between HILO and ILO, but the LTO resulted to have considerably shorter operative time (HILO: 7h 02m vs LTO: 6h 01m; $p<0.0001$). No significant differences in terms of post-operative LOS in ITU, rate of readmission in ITU, LOS of unplanned ITU readmission, total LOS in ITU and total LOS in hospital were recorded among groups. A higher number of lymph nodes as well as higher rate of clear resection margins were proved for HILO, but without reaching statistical significance.

No difference in overall complication rates nor in rates of major complications ($> IIIa$) and multiple complications rate was found. The rates of major GI and pulmonary complications among groups were comparable. A detailed analysis of each type of complication identified by the Esophagectomy Complications Consensus Group proved that the HILO approach is perfectly comparable but for type I chyle leak which has a considerably higher incidence.

Conclusion: Despite longer operative time when compared with the 1-stage LTO, HILO is proved to be feasible and safe without compromising short-term oncological outcomes. Post-operative complications rates are comparable to more well-established approaches.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:00**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

ESOFAGECTOMIA MINI-INVASIVA ROBOT-ASSISTITA SEC. IVOR LEWIS: ESPERIENZA PRELIMINARE DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO

M. Zenaro, G. Pallabazzer, S. D'Imporzano, B. Solito, M.G. Bellomini, S. Santi

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa

La chirurgia rappresenta il gold standard nel trattamento multimodale dei tumori dell'esofago perché offre la migliore possibilità di cura, anche se l'esofagectomia è associata a una morbilità e mortalità significative anche in centri di riferimento. La chirurgia mini-invasiva è stata sviluppata nel tentativo di ridurre le complicanze correlate all'esofagectomia, specialmente quelle respiratorie. In questo lavoro riportiamo la nostra esperienza con l'esofagectomia mini-invasiva robot-assistita.

Tra Novembre 2015 e Marzo 2018 21 pazienti con adenocarcinoma del cardias o dell'esofago distale sono stati sottoposti a intervento sec. Ivor-Lewis presso il Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e la Terapia delle Malattie dell'Esophago, ospedale Cisanello, Pisa. Gli interventi sono stati eseguiti con tecnica ibrida, laparoscopica-robotica, utilizzando nel tempo toracico il sistema robotico Da Vinci® Xi. La fase toracica è stata eseguita con paziente in posizione semiprona e in ventilazione monopolmonare. In tutti i gli interventi è stata eseguita una gastroplastica intratoracica. I 21 pazienti avevano un'età media di 64 anni (range 44-82), rapporto M:F=20:3 e BMI medio di 25,2 (range 23-34).

I risultati dell'esofagectomia robot-assistita sono i seguenti: il tempo medio operatorio totale è stato di 517,6 minuti; il tempo medio della fase toracica è stato di 285,8 minuti. Per 4 pazienti (17,4%) è stata necessaria la conversione durante il tempo toracico. L'anastomosi esofagogastrica è stata confezionata manualmente tramite il sistema da Vinci® in 18 pazienti (94,7%), nei restanti casi è stata utilizzata una suturatrice meccanica circolare. La mediana delle perdite ematiche stimate totali è di 500 ml, 200 ml per la fase toracica. La degenza media in UTI è stata di 3 giorni (range 2-16); la degenza ospedaliera totale mediana è stata di 13 giorni (range 8-32). Il tasso complessivo di complicanze post-operatorie è stato del 26,2%. Complicanze respiratorie si sono verificate in 2 pazienti (10,2%), 2 pazienti (10,2%) hanno presentato una fistola anastomotica. Il tasso complessivo di complicanze tardive è stato del 52,6%. La mortalità intraoperatoria a 30 e 90 giorni è stata nulla. Il tasso di resezioni R0 è stato del 100%, i linfonodi asportati sono stati in media 30 (range 12-58). Il follow-up medio è stato di 10,3 mesi (range 2-31).

Sebbene la chirurgia mini-invasiva sia molto diffusa, l'esofagectomia totalmente mini-invasiva non è altrettanto comune come altre procedure, soprattutto a causa delle difficoltà tecniche e dalla mancanza di consenso soprattutto sulla tecnica di anastomosi intratoracica. Riteniamo che il torace sia un target eccellente per la chirurgia robotica grazie alla grande capacità di movimento in un piccolo volume chirurgico. Le caratteristiche introdotte dal sistema robotico da Vinci® hanno mitigato gli svantaggi della chirurgia mini-invasiva tradizionale mantenendone però i benefici.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

THE IMPACT OF ELDERLY ON SURGICAL OUTCOMES AFTER IVOR-LEWIS ESOPHAGECTOMY: REVIEW OF A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

A. Cossu, F. Puccetti, P. Parise, G. Marcocci, F. Carlo, L. Garutti, U. Elmore, R. Rosati

Ospedale San Raffaele, Milano

Background: Esophagectomy is a surgical procedure burdened by a high morbidity rate. The effect of minimally invasive (MI) approach on elderly patients is still not clear. Aim of this study was to analyze the impact of MI approach on post-operative course according to the patient age.

Methods: A consecutive series of 692 patients underwent to elective oncological esophagectomy between 1997 and 2017. All data were entered into a prospective database. Patients submitted to 3-field or trans-hiatal esophagectomy were excluded and only Ivor-Lewis open, hybrid or totally minimally invasive esophagectomy were evaluated. Patients were stratified according to age in 3 groups: Group A (≤ 50 years) 53 patients, Group B (> 51 and < 70 years) 269 and Group C (were ≥ 71 years) 126. Clinical and pathological factors influencing surgical outcome were evaluated. Complications were classified according to Clavien-Dindo (CD).

Results: As expected outcomes worsened with patients age (CD ≥ 3 : 7.5% group A, 13% group B and 21% group C. $p=0.001$), mortality (0% group A, 3% group B and 5.5% group C. $p=0.035$) and length of stay (10 days group A, 11 days group B and 13 days group C. $p=0.001$). A statistically significant higher incidence of anastomotic leaks was observed among patients submitted to totally MI esophagectomy in group C vs A and B that were respectively 12,5%, 0% and 7%. Major respiratory complications were not statistically different among these 3 three sub-group.

Conclusions: Old age has a significant impact on outcomes after esophagectomy. In this subset of patients a MI approach could also increase postoperative morbidity. Elderly patients should be carefully selected before to be submitted to MI esophagectomy.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:00**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

TUMORE DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA: NOSTRA ESPERIENZA

C. Lozito

Chirurgia generale, Taranto

Obiettivi: Una corretta classificazione dei tumori del cardias è di fondamentale importanza per l'adeguato approccio terapeutico data la localizzazione topografica. La resezione chirurgica con appropriata linfadenectomia rappresenta il gold standard per il trattamento di tumori resecabili. La resezione R0 con assenza di coinvolgimento linfonodale rappresenta l'indice prognostico più favorevole. Il trattamento da Noi proposto è sovrapponibile con i dati riportati in Letteratura.

Materiali e metodi: Nell'arco di due anni (dal Marzo 2016 al Marzo 2018) sono stati sottoposti a terapia chirurgica 8 pazienti affetti da tumore del cardias; di questi in 4 casi il tumore era classificabile come Siewert II, 4 casi come Siewert III (7 uomini e 1 donna con età mediana di 75 anni). Successivamente 6 pazienti sono stati avviati a Cht adiuvante; mentre i rimanenti 2 sono stati esclusi per età avanzata.

Risultati: Dei 4 pazienti con Siewert II, in tre casi è stata effettuata gastrectomia totale con resezione dell'esofago distale per via trans-jatale, ed in 1 caso l'approccio è stato toracofrenolaparotomico sx. Tutti i pazienti portatori di carcinoma Siewert III sono stati sottoposti a gastrectomia polare superiore con esofagectomia distale per via laparotomica transiatale; la mediana di linfonodi asportati è di 24 linfonodi. Per quanto riguarda la sopravvivenza, nonostante questo breve follow up, i pazienti viventi sono 6; 1 pz deceduto per complicanze legate alla cht; 1 pz deceduto per comorbidità (ischemia miocardica).

Conclusioni: Nonostante la nostra breve esperienza e pur non essendo un centro di riferimento per tale patologia, il trattamento chirurgico resettivo con adeguata linfadenectomia risulta essere appropriata secondo le linee guida internazionali per il trattamento del tumore del cardias.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

INDICATORI PRECOCI DI PROLUNGATA DEGENZA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A GASTRECTOMIA: ANALISI DELLE VARIABILI PERIOPERATORIE E DELLE DEVIAZIONI DAL PROTOCOLLO E.R.A.S

P. Parise¹, L. Cinelli¹, C. Ferrari¹, A. Cossu¹, F. Puccetti¹, L. Garutti¹, G. Marcocci¹, R. Rosati²

¹ Ospedale San Raffaele - U.O. Chirurgia Gastroenterologica, Milano

² Università Vita-Salute - Ospedale San Raffaele - U.O. Chirurgia Gastroenterologica, Milano

Obiettivi: I protocolli di recupero funzionale precoce E.R.A.S. sono stati dimostrati essere sicuri ed efficaci anche in pazienti sottoposti a chirurgia resettiva gastrica. Tuttavia la reale aderenza ai vari protocolli è variabile e sottostimata in letteratura. Obiettivo di questo studio è stato di valutare se alcune variabili perioperatorie e lo scostamento da determinati items del nostro protocollo E.R.A.S. fosse associato ad una ritardata dimissione e di convertire i risultati in uno score in grado di predire la durata della degenza post-operatoria.

Materiali e metodi: Tutti pazienti sottoposti a gastrectomia presso il nostro Istituto sono stati gestiti secondo il nostro protocollo perioperatorio ERAS. La durata target della degenza ideale è stata fissata a 9 giorni. Tutte le variabili prese in considerazione e risultate significative all'analisi bivariata sono state introdotte in una regressione logistica multipla con lo scopo di produrre un score predittivo della degenza post-operatoria. Una iniziale validazione dello score è stata effettuata su un campione separato di pazienti.

Risultati: 180 pazienti sottoposti a gastrectomia sono stati inclusi nello studio. All'analisi multivariata, fra tutte le variabili analizzate, un'incompleta immunonutrizione pre-operatoria, impossibilità ad estubare il paziente al termine dell'intervento, l'infusione di > 2150 ml di cristalloidi o di > 270 ml di emazie concentrate, una durata dell'intervento superiore ai 195 minuti e l'incapacità a mobilitare il paziente in 1° giornata p.o. sono risultate associate ad una dimissione oltre la nona giornata post-operatoria. Il modello di regressione logistica è risultato statisticamente significativo ($p < .001$) ed ha classificato correttamente il 73,6% dei casi. La sensibilità e la specificità sono state rispettivamente del 74,1% e del 73,2%. L'applicazione dello score alla popolazione separata di validazione ha correttamente identificato il 100% dei pazienti dimessi in ritardo.

Conclusioni: Le variabili identificate sembrano essere clinicamente ragionevoli ed in linea con altri risultati della letteratura. Tale score potrebbe rivestire un ruolo nell'identificazione precoce di quei pazienti a rischio su cui spendere maggiori attenzioni e nella gestione della programmazione di reparto. L'iniziale validazione ha dimostrato una buona capacità predittiva del modello.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

FATTORI CORRELATI ALLO SVILUPPO DI FISTOLA PANCREATICA POST-GASTRECTOMIA

C. Rabuini, G. Cuticone, F. Guerra, E. Eugeni, A. Tamburini, V. Sisti, A. Patriti

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, Pesaro

Obiettivi: Scopo dello studio è di individuare prospetticamente i fattori predittivi indipendenti di fistola pancreatica postoperatoria dopo chirurgia resettiva gastrica. Il dosaggio dell'amilasi nel liquido di drenaggio e nel siero, l'età del paziente, il BMI, la stadiazione TNM ed il tipo di linfectomia sono stati raccolti per ogni paziente così come lo sviluppo di una fistola pancreatica in accordo alla classificazione del 2016 delle fistole pancreatiche postoperatorie del "International Study Group of Pancreatic Fistula" (ISGPF).

Materiali e metodi: Sessanta pazienti sono stati operati consecutivamente di gastrectomia parziale o totale dal Gennaio 2017 al Maggio 2018. Nel database sono stati inseriti età, BMI, sesso, procedura chirurgica, metodica, stadiazione TNM, amilasi sieriche preoperatorie e dal fluido di drenaggio in I,III,V giornata postoperatoria, utilizzo di octreotide nel postoperatorio. I dati sono stati analizzati con analisi multivariata.

Risultati: Venti pazienti (33,3%) hanno mostrato un biochemical leak senza modificazione del management postoperatorio; 2 pazienti (3,3%) dei 60 operati hanno avuto una fistola pancreatica di tipo B con modificazione del management postoperatorio; 3 pazienti (5%) hanno avuto una fistola di tipo C che ha richiesto un reintervento. Il BMI e la stadiazione TNM non sono risultati significativi nella predizione delle fistole e la linfectomia D2 è predittiva per biochemical leak.

Conclusioni: Nei limiti del numero dei pazienti arruolati, l'estensione della linfectomia è risultato essere l'unico fattore indipendente per lo sviluppo di tutti i gradi di fistola pancreatica.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

EARLY OUTCOMES AND PREDICTORS OF MORTALITY AFTER GASTRIC CANCER SURGERY IN THE VERY ELDERLY PATIENTS

A. Duchi, M. Lugaresi, F. Argento, K.E. Yavuzdiler, F. Martini, M. Novello, G. Cavallari, B. Nardo

Policlinico S. Orsola, Università di Bologna

Objective: Gastric cancer is most frequent after the fifth decade of life. Surgical risk is higher in aged population because of general health condition that may affect the postoperative result. This study aimed to identify risk factors for post-operative mortality in octogenarian patients who underwent surgical treatment for gastric cancer.

Patients and Methods: This is a single institution retrospective study. The variables of patients aged 80-85 years and aged > 85 years, were compared by using t-test, chi-square test and Fisher exact test. Therefore multivariate logistic regression analysis was carried out on the combined cohorts (80-85 years and > 85 years together). The patients sample included elective and urgent gastric surgery. 236 patients (181: 80-85 years old and 55: > 85 years old) who underwent surgery for gastric cancer at the Sant'Orsola-Malpighi University Hospital in Bologna between 2010 and 2015 were included in our study. The primary outcome measures were risk factors for post-operative mortality.

Results: Post-operative mortality was 5.5% among 80-85 years old and 9% for the > 85 years old. The two groups significantly differed in the type of surgery (elective vs urgent surgery, $p < 0.009$) and ASA score ($p = 0.006$). In the multivariate analysis of the combined cohort, ASA>III (OR with 95% CI= 3.58 [1.65–20.96], $p < 0.006$) and urgent surgery (OR with 95% CI=4.21 [1.46–14.75], $p = 0.009$) were associated to post-operative mortality.

Conclusions: ASA score>III and urgent surgery, but not age > 85 years, were associated with post-operative mortality. In the very elderly, alias oldest old patients, affected by gastric cancer, preoperative nutritional status and pre-existing comorbidities, rather than age itself, should be considered as selection criteria for surgery. ASA risk assessment may be beneficial for stratification of patients and for ultimately optimizing outcomes.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **08:30-11:00**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

FLUORESCENCE GUIDED GASTRIC CANCER LYMPHADENECTOMY: IS INDOCYANINE GREEN FLUORESCENCE ABLE TO DETECT METASTATIC LYMPH NODES?

B. Molteni¹, P. Porsio¹, S. Molfino¹, C. Maurizio¹, M.S. Alfano¹, S. Benedicenti¹, F. Gheza², N. Portolani¹, G. Baiocchi¹

¹ *Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia*

² *Division of Minimally Invasive and Robotic Surgery, Department of Surgery, University of Illinois, Chicago (USA)*

Background and aim: Indocyanine green (ICG) is a diagnostic reagent used since long time for assessment of hepatic function and cardiac output. Recently ICG was introduced in oncological field including sentinel lymph node (LN) biopsy and lymphography using near infrared fluorescence. Gastric cancer surgery usually includes a standard lymphadenectomy. Our study aims to investigate the feasibility of ICG fluorescence to detect lymphatic drainage in all T stage gastric cancer.

Material and methods: A single center prospective trial was conducted. ICG was injected intraoperative or the day before surgery, via submucosal or subserosal. During gastric cancer standard lymphadenectomy we studied lymphatic flow and LN bright in vivo and ex vivo.

Results: We included 11 patients. A total of 414 LN was resected, 320 bright. Metastatic bright LN were 61 and bright without metastases 259. No bright LN were 94, 85 without metastases and 9 metastatic. 87% of metastatic LN was bright and 2% was not bright.

Conclusion: In conclusion ICG can help to guide a standard lymphadenectomy, but not always highlight metastatic lymphatic station. More studies are needed to investigate a selective lymphadenectomy using ICG.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

CANCRO GASTRICO IN EMERGENZA: ANALISI DEI FATTORI CHE NE INFLUENZANO L'OUTCOME

A. Travaglino, G.M. Buonanno

AORN G. Rummo, Benevento

Obiettivi: Il cancro gastrico è uno dei più frequenti tumori dell'apparato digerente (8,8% delle morti per neoplasia) e lo 'stage' della malattia al momento della presentazione ne influenza la prognosi, la sopravvivenza e l'incidenza delle complicanze chirurgiche.

Nell'1% dei casi l'esordio è in urgenza con un quadro di addome acuto perforativo, condizione rara ma gravata da alto tasso morbilità e mortalità.

Obiettivo di tale studio è di individuare i fattori prognostici che, in urgenza, possono influenzare l'outcome e l'incidenza di complicanze.

Materiali e metodi: Dal Gennaio 2010 al settembre 2017 sono stati sottoposti a trattamento in urgenza n°20 di pazienti e confrontati con n°28 pazienti operati per ca gastrico in elezione. Confrontati con questi ultimi, l'età media in urgenza era avanzata (80 versus 62). Nel primo gruppo, i pz erano in condizioni generali scadute, malnutriti anemici, con lesioni di diam medio sup a 6 cm localizzate per lo più all'antro. Il 90 % di dette lesioni era stage III-IV.

Risultati: La mortalità post -op registrata in urgenza è stata del 23% mentre in elezione è stata del 8%.

Nel primo gruppo si è registrata una maggiore incidenza di complicanze chirurgiche (35% vs. 18%). La sopravvivenza è in corso di valutazione.

Da un'analisi di diversi fattori legati ai pz e delle caratteristiche morfologiche citologiche delle lesioni, associate a una revisione della letteratura, si evidenzia come la presenza di 2 o più comorbilità (ipertensione, anemia, diabete, aritmie, BPCO) rappresenta un fattore indipendente che incide sulle complicanze post-op specie se tali condizioni non sono scompenstate.

Lesioni in fase avanzata e localizzate all'antro favoriscono un malassorbimento rendendo necessario un adeguato supporto previa valutazione dello stato nutrizionale utilizzando specifici scoring system (NRI-NRS2000). Tale approccio, mancando in urgenza favorisce l'incidenza del leakage anastomotico che in urgenza e nei pz a rischio può essere del 7,8 %.

Comorbilità multiple, T-stage, ASA score neoplasie in stadio avanzato influenzano l'incidenza anche della fistola del moncone duodenale.

Conclusioni: In conclusione, per migliorare la sopravvivenza, e ridurre le complicanze, dei pazienti con ca gastrico in urgenza è necessario scegliere la strategia chirurgica più accurata in accordo alla gravità della sepsi e delle condizioni generali del paziente.

Bibliografia

Clin Nutr Res. 2016 Apr;5(2):65-78. doi: 10.7762/cnr.2016.5.2.65. Epub 2016 Apr 30.

Nutritional Care of Gastric Cancer Patients with Clinical Outcomes and Complications: A Review. Choi WJ1, Kim J1.

Bosn J Basic Med Sci. 2016 Apr 13. doi: 10.17305/bjbm.2016.1020. [Epub ahead of print] Perforation of gastric cancer - What should the surgeon do? Ignjatovic N1, Stojanov D, Djordjevic M, Ignjatovic J, Benedeto Stojanov D, Milojkovic B.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

LA RICOSTRUZIONE SECONDO BILLROTH II DOPO GASTRECTOMIA SUBTOTALE PER ADENOCARCINOMA DELLO STOMACO: REVIVAL DI UNA TECNICA ACCANTONATA?

F. Rosa, G. Quero, C. Fiorillo, G. Doglietto, S. Alfieri

Chirurgia Digestiva, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Obiettivi: La tecnica di ricostruzione dopo gastrectomia subtotale distale rimane controversa, con il vantaggio teorico della gastro-digiuno anastomosi secondo Roux-en-Y per quanto riguarda una minore incidenza di gastrite da reflusso biliare. Lo scopo del presente studio è quello di riportare i risultati di una coorte di pazienti, con lungo follow up, trattati con gastrectomia subtotale distale secondo Billroth II presso un centro terziario Occidentale.

Materiali e metodi: Tra 514 pazienti affetti da adenocarcinoma dello stomaco, osservati tra gennaio 2005 e Dicembre 2015, 258 sono stati sottoposti a gastrectomia subtotale secondo Billroth II per una neoplasia del terzo medio-distale. Le variabili cliniche e patologiche sono state raccolte prospetticamente e la fattibilità e l'efficacia della gastrectomia secondo Billroth II è stata valutata per stabilire la prognosi a distanza ed il controllo locale di malattia.

Risultati: 258 pazienti consecutivi (118 donne/140 uomini) sono stati inclusi nello studio. I tassi di mortalità e morbidità post-operatorie sono stati del 2.7% e 17.4%, rispettivamente. I tassi di pirosi gastrica e reflusso biliare sono stati dell'8.3% e 9.2%, rispettivamente.

La sopravvivenza globale e libera da malattia a 5 anni sono state del 58% e del 78%, rispettivamente.

L'età < 65 anni, il numero di linfonodi asportati e gli stadi precoci della neoplasia si sono rivelati, all'analisi multivariata, fattori prognostici positivi indipendenti per la sopravvivenza a 5 anni.

Le complicanze addominali e gli stadi avanzati hanno influenzato negativamente la sopravvivenza libera da malattia a 5 anni, all'analisi multivariate.

Conclusioni: La ricostruzione secondo Billroth II dopo adenocarcinoma dello stomaco fornisce risultati eccellenti in termini di prognosi a breve e lungo termine. Questa tecnica ricostruttiva dovrebbe essere rivalutata e considerata una valida alternativa ricostruttiva dopo gastrectomia subtotale per cancro.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GASTRIC TUBE CANCER AFTER ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE AND A CASE REPORT

D. Gentile, P. Riva, A. Da Roit, S. Basato, S. Marano, C. Castoro

Department of Upper Gastro-Intestinal Surgery, Humanitas University, Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

Aims: Gastric conduit used for reconstruction after esophagectomy for esophageal cancer (EC) has the potential to develop a metachronous cancer known as gastric tube cancer (GTC). This study presents a systematic review of literature and a case report of a patient diagnosed with GTC after Ivor-Lewis esophagectomy for a locally advanced adenocarcinoma of the distal esophagus.

Materials and methods: A comprehensive systematic literature search on GTC after esophagectomy for EC was conducted using PubMed. Characteristics and treatment of EC and GTC were analyzed.

Results: A 61-year-old man underwent esophagectomy + intrathoracic esophagogastroplasty for adenocarcinoma of the distal esophagus which was previously treated with neo-adjuvant chemo-radiotherapy (ypT0N2R0). Subsequently, he underwent adjuvant chemotherapy. After 62 months, follow-up endoscopy revealed a poorly differentiated adenocarcinoma of the distal part of the gastric tube. Abdominal CT scan showed local invasivity of the GTC, therefore the patient was treated with neo-adjuvant chemotherapy followed by surgical resection. A total gastrectomy + lymphadenectomy with right ileo-colonic segment transposition through retromediastinal route was performed. Our patient had an uneventful postoperative course. On the 12th postoperative day (POD), upper gastrointestinal series showed no leakage and the patient started oral diet. He was discharged on the 18th POD. Histological evaluation showed a gastric adenocarcinoma (ypT2N0R0). In our systematic review, a total of 26 studies and 170 patients were analyzed. 143 ECs (84,1%) were squamous cell carcinomas. In 95 patients (55,9%) a posterior-mediastinal reconstructive route was used at the time of esophagectomy for EC. Mean interval between esophagectomy and diagnosis of GTC was 67,18 months (4-236). 184 GTCs were metachronous lesions (98,4%). 164 GTCs were adenocarcinomas (87,7%). 84 GTCs were located in the lower part of the gastric tube. 88 patients were endoscopically treated for early gastric cancer. 63 patients underwent curative intent surgery. 30 total gastrectomies + lymphadenectomy with colon or jejunal interposition were performed. 27 subtotal gastrectomies and 6 wedge resections were performed. 19 patients were treated with chemoradiotherapy or palliative care. 68,2% of endoscopically treated patients, 63,5% of surgically resected patients and 5,2% of patients who underwent chemoradiotherapy or palliative care were alive at a mean follow-up of 25,5 months.

Conclusion: Curative endoscopic resection and major surgery with total gastrectomy are associated with good long term survival. Despite rare, the development of a new GTC must be considered in the follow-up of patients who underwent esophagectomy with gastric conduit reconstruction for EC. Our suggestion would be to perform a yearly endoscopic follow-up with at least 10-year surveillance in order to detect new primary malignancies of the gastric tube and choose the most appropriate treatment.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL CANCRO GASTRICO IV STADIO: UNA PROSPETTIVA ITALIANA

S. Ministrini¹, M. Bencivenga², E. Marino³, A. D'Ignazio⁴, L. Solaini⁵, G. Mura⁶, S. Sofia⁷, B. Molteni¹, M.S. Alfano¹, C. Cipollari², M.C. Vannoni³, K. Polom⁴, M. Degiuli⁷, P. Morgagni⁵, D. Marrelli⁴, F. Roviello⁴, A. Donini³, G. De Manzoni², G. Tiberio¹

¹ Università degli studi di Brescia

² Università di Verona

³ Università di Perugia

⁴ Università di Siena

⁵ Ospedale di Forlì

⁶ Ospedale di Arezzo

⁷ Università di Torino

Obiettivi: Il trattamento chirurgico del cancro gastrico con metastasi epatiche è sempre più diffuso, poiché è noto che è possibile ottenere una buona sopravvivenza, in pazienti selezionati, in caso di intervento chirurgico radicale. Sono tuttavia disponibili poche informazioni riguardanti il trattamento chirurgico delle metastasi extraepatiche. Lo scopo di questa analisi retrospettiva è quello di valutare se le diverse sedi metastatiche hanno lo stesso significato prognostico, oltre ad individuare l'esistenza di sottogruppi di pazienti da indirizzare ad un trattamento chirurgico aggressivo.

Materiali e metodi: Abbiamo analizzato una popolazione di 287 pazienti affetti da cancro gastrico con metastasi sincrone, trattati nei nostri Centri tra Gennaio 2010 e Gennaio 2017. Abbiamo valutato la sopravvivenza dopo trattamento chirurgico in base alle diverse sedi di localizzazione metastatica: peritoneale, ematogena, linfonodale a distanza e con coinvolgimento di più di un sito metastatico. Abbiamo inoltre valutato come la sopravvivenza sia influenzata da fattori legati alle caratteristiche dei pazienti, alle caratteristiche del tumore gastrico e delle metastasi ed alle caratteristiche del trattamento ricevuto.

Risultati: Sette pazienti sono deceduti nel periodo postoperatorio e 18 sono stati persi al follow-up. La mediana di sopravvivenza è di 10.9 mesi. Non sono emerse differenze di sopravvivenza statisticamente significative in base alla sede delle metastasi: la mediana è infatti di 11.2, 11.6, 9.8 e 7.0 mesi per i pazienti con metastasi peritoneali, ematogene, linfonodali a distanza ed in più di una sede, rispettivamente ($p=0.797$). In tutti i sottogruppi abbiamo osservato un'interessante numero di pazienti lungo-sopravvissuti (metastasi peritoneali: 14.3% > 36 mesi, 7.6% > 60 mesi; metastasi ematogene: 13.0% > 36 mesi, 2.2% > 60 mesi; metastasi linfonodali: 12.5% > 36 mesi, 3.1% > 60 mesi; metastasi in più di una sede: 18.7% > 36 mesi, 1.6% > 60 mesi). All'analisi multivariata i fattori che risultano influenzare la sopravvivenza sono: il numero di linfonodi asportati ($p=0.013$), pN ($p<0.001$), la curatività della resezione ($p=0.001$) e l'istologia ($p=0.022$), con un chiaro vantaggio a favore del maggior numero di linfonodi asportati, $pN<3$, resezione radicale (R0) e istologia intestinale. Nel sottogruppo di pazienti trattati in maniera radicale (R0), la mediana di sopravvivenza è di 14.0 mesi; i fattori prognostici sono risultati essere all'analisi multivariata: l'estensione della linfadenectomia ($p=0.014$), pT ($p=0.054$) e pN ($p=0.010$).

Conclusioni: I nostri dati dimostrano che non esiste nessuna differenza di sopravvivenza in relazione ai diversi siti metastatici: per tale motivo suggeriamo che i pazienti metastatici, nei quali sia possibile ottenere una chirurgia R0, dovrebbero essere sottoposti al trattamento chirurgico sia della neoplasia primitiva che delle metastasi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GASTRECTOMIA ROBOTICA VS OPEN PER CANCRO: CONFRONTO DEI RISULTATI A BREVE E LUNGO TERMINE

L. Solaini, F. Bazzocchi, S. Pellegrini, A. Avanzolini, D. Cavaliere, G. Vittimberga, P. Morgagni, G. Ercolani

Chirurgia Generale e Oncologica, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì (FC)

Background: Il ruolo della tecnologia robotica nella chirurgia del cancro gastrico non è ancora stato ben codificato. Attualmente i lavori che confrontano l'approccio robotico con quelli standard sono caratterizzati da serie limitate con follow-up spesso non adeguati. Questo studio ha l'obiettivo di valutare i risultati a breve e lungo termine della gastrectomia robotica (RG) rispetto a quella open (OG).

Materiali e metodi: Tutti i pazienti sottoposti consecutivamente a gastrectomia (totale o subtotale) per adenocarcinoma gastrico da Giugno 2008 a Febbraio 2018 presso la Chirurgia Generale e Oncologica, Ospedale Morgagni-Pierantoni (Forlì, FC) sono stati considerati per l'analisi. I criteri di esclusione considerati hanno compreso: tumori Siewert di tipo I e II, gastrectomie in regime di urgenza o a scopo palliativo o su pregresse resezioni gastriche, e resezioni con linfadenectomie D>2. La coorte è stata divisa in 2 gruppi in base al tipo di trattamento (RG vs OG). I casi sono stati matchati utilizzando la tecnica del propensity score (basato sulle variabili preoperatorie) per ridurre l'impatto del bias di allocazione.

Risultati: Sono stati inclusi 191 (60 RG vs 131 OG) pazienti per l'analisi. Sono state registrate differenze significative tra i due gruppi per le seguenti variabili: età>75 anni, cT>2 e cN+. E' stato quindi eseguito il match basato sul propensity score con un rapporto di 1 a 1 e un caliper di 0.2. L'analisi post-match su 98 (49 RG vs 49 OG) pazienti non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di variabili preoperatorie. Il tempo operatorio è stato significativamente più lungo nel gruppo RG (449 minutes, IQR 385-507) rispetto al gruppo OG (262 minutes, IQR 210-312) (p<0.0001). La mediana di linfonodi asportati è stata di 30 (IQR 25-37) nel gruppo RG vs 31 (IQR 21-40) nelle OG (p=0.851) Il tasso di complicanze postoperatorie è stato simile tra i due gruppi. La durata della degenza è stata di 10 giorni (IQR 8-12) nel gruppo RG vs 9 (IQR 8-12) nel gruppo OG (p=0.883). La sopravvivenza a 1, 3 e 5 anni è stata di 97.9, 89.7 e 80.8% nel gruppo RG e 98.1, 77.5 and 77.5% nel gruppo OG (p=0.355). Non sono state registrate differenze significative anche per quanto riguarda la sopravvivenza libera da malattia. La mediana del follow-up è stata di 45 (IQR 17-70) mesi nel gruppo RG vs 56 (IQR 19-75) mesi nel gruppo OG (p=0.141).

Conclusioni: La gastrectomia robotica è una procedura fattibile e sicura e risulta associata a tempi operatori prolungati. Dal punto di vista oncologico e dei risultati a lungo termine la tecnica robotica non si è dimostrata inferiore alla tecnica open.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

IMPACT OF SIEWERT CLASSIFICATION ON GASTRIC CANCER LYMPH-NODE DISSECTION

A. D'Ignazio, D. Marrelli, K. Polom, F. Roviello

Università degli Studi di Siena

Background: The incidence of adenocarcinoma of the esophagogastric junction (AEG) has been increasing worldwide. We investigated the clinicopathological characteristics of patients with Siewert type II and III AEGs and clarified the optimal intra-abdominal lymph-node dissection in these patients.

Methods: This study included 132 patients with AEG who underwent curative resection from September 2002 to December 2012. We used the index of estimated benefit from lymph-node dissection (IEBLD) to assess the efficacy of lymph-node dissection of each station. The clinicopathological characteristics and IEBLDs of each station were compared between patients with Siewert type II and III AEGs .

Results: We analyzed 92 patients with Siewert type II AEG and 40 patients with Siewert type III AEG. The incidence of lymph-node metastasis was high in both groups (64.1% in type II AEG and 75.0% in type III AEG). The 5-year survival rates were similar for the patients with Siewert type II and III AEGs, at 54.0 and 53.4 %, respectively. The IEBLDs of stations located near the esophagogastric junction were generally high in both groups, while the IEBLDs of lower perigastric lymph nodes were higher in Siewert type III than in Siewert type II .

Conclusions: The IEBLDs were similar between Siewert type II and III AEGs at all stations except for lower perigastric lymph nodes. Total gastrectomy should be selected as a standard treatment for Siewert type III AEG, whereas in Siewert type II AEG, preservation of the distal part of the stomach may be an acceptable procedure.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

STRATEGIE RICOSTRUTTIVE DOPO GASTRECTOMIA DISTALE LAPAROSCOPICA: LA NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE

R. Moscato, M. Cuoghi, L. Cinti, F. Rebecchi, M. Morino

Chirurgia Generale 1 Universitaria, Università di Torino, Città della Salute e della Scienza sede Molinette, Torino

Obiettivi: La letteratura è concorde nell'affermare che non esistono differenze significative fra l'approccio chirurgico open e laparoscopico in termini di sopravvivenza libera da malattia, sopravvivenza generale e tasso di complicanze, tuttavia l'approccio laparoscopico al cancro gastrico appare ridurre significativamente la degenza ospedaliera e migliorare il decorso post-operatorio.

È argomento ancora dibattuto quale sia il miglior tipo di strategia ricostruttiva dopo gastrectomia.

L'obiettivo del nostro studio è quello di confrontare le differenti tecniche ricostruttive eseguite con approccio laparoscopico presso il nostro centro.

Materiali e metodi: Abbiamo raccolto e analizzato i dati demografici e clinici dei pazienti sottoposti a gastrectomia distale laparoscopica per patologia oncologica, senza metastasi. Le tecniche di ricostruzione eseguite presso il nostro centro sono state Billroth II (BII) e la ricostruzione su ansa defunzionizzata Roux-en-Y (ReY).

L'esperienza maturata è stata confrontata con l'attuale stato dell'arte presente in letteratura.

Abbiamo analizzato i nostri risultati in base al tasso di complicanze post-operatorie classificate sec. Clavien-Dindo, la riammissione in ospedale entro trenta giorni, la comparsa di reflusso biliare, la durata dell'intervento e della degenza ospedaliera.

Risultati: Da gennaio 2016 a maggio 2018 abbiamo eseguito 86 gastrectomie per neoplasia, di cui 26 videolaparoscopiche: 2 gastrectomie totali, 10 parziali per GIST e 14 distali. In questi ultimi la ricostruzione in VL è stata in 2 casi BII e in 12 casi ReY. Nelle gastrectomie distali un paziente ha avuto complicanze post-operatorie di grado II sec. Clavien, mentre nessun paziente è stato riammesso in ospedale nei 30 giorni successivi all'intervento. La durata operatoria varia da 130 minuti a 165 minuti per la ReY e da 120 a 140 minuti per la BII. La degenza postoperatoria varia da un minimo di 6 giorni ad un massimo di 11. Nessun paziente arruolato ha dimostrato comparsa di reflusso a seguito dell'intervento.

Conclusioni: Le recenti pubblicazioni evidenziano come la ricostruzione ReY comporti una minore incidenza di reflusso biliare post-operatorio, con conseguente ridotta comparsa di gastrite cronica e migliore qualità di vita del paziente, seppur a discapito di un aumento dei tempi operatori, rispetto alle BII. La nostra preliminare esperienza appare allineata con i dati della letteratura; un ulteriore approfondimento con maggior casistica sarà necessario per confermare questa tendenza.

Bibliografia

Optimal reconstruction methods after distal gastrectomy for gastric cancer. A systematic review and network meta-analysis, Cai et al. *Medicine* (2018) 97:20

Comparison of the short-term outcomes between delta-shaped anastomosis and conventional Billroth I anastomosis after laparoscopic distal gastrectomy. A meta-analysis, Ding et al. *Medicine* (2018) 97:9



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 08:30-11:00
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GIANT GASTRIC GIST: WHAT TO DO?

L. Laface, M. Casati, R. Bellini, E. Abate

ASST Vimercate

Obiettivi: I tumori stromali gastrointestinali (GIST) sono le neoplasie mesenchimali più frequenti del tratto gastrointestinale. La maggior parte dei GIST si manifesta in pazienti con più di 50 anni al momento della diagnosi. La loro eziologia non è attualmente nota, lo stomaco è la sede più frequente. Clinicamente, la maggior parte dei pazienti è asintomatica e la diagnosi è incidentale. Si ritiene che i GIST derivino da cellule interstiziali di Cajal o dei loro precursori. Sono generalmente positivi per il proto-oncogene tirosin-chinasico KIT (CD117). I GIST sono stati associati ad alterazioni molecolari e a mutazioni del recettore alfa del fattore di crescita derivato dalle piastrine (PDGFRA). La dimensione di questi tumori varia da pochi millimetri a diversi centimetri di diametro. I GIST con diametro maggiore di 10 cm vengono definiti giganti. In letteratura sono descritti rari casi di GIST giganti.

Materiali e metodi: Riportiamo il caso di un paziente di 63 anni ricoverato presso il reparto psichiatrico per idee autolesive con riscontro alla TC di lesioni encefaliche interpretate come secondarismi. La TC total body individua una lesione solida addominale di 8x6 cm circa inizialmente interpretata come sarcoma. Il paziente, giunto alla nostra osservazione, esegue EUS che identifica bulging del corpo gastrico con lesione discogena, scarsamente vascolarizzata di 7,2x5,8 cm. La biopsia ha confermato le caratteristiche tipiche del GIST tra cui aumento della cellularità, incremento dell'indice mitotico, cellule fuse e immunohistochimica positiva a CD117, CD34, DOG1, actina e citocheratine. PET total body e RMN encefalo escludono lesioni secondarie.

Risultati: Il paziente è stato sottoposto a resezione laparoscopica della lesione in assenza di complicanze, ha iniziato ad alimentarsi in seconda giornata ed è stato dimesso in V giornata post-operatoria.

Conclusioni: I tumori di grandi dimensioni sono rari nel caso dei GIST. La diagnosi differenziale può essere difficoltosa. La tipizzazione istologica è necessaria per ottimizzare il trattamento terapeutico. Il trattamento primario è la resezione chirurgica completa. La chemioterapia con gli inibitori del recettore selettivo per la tirosin-chinasi è efficace e dovrebbe essere considerata in pazienti con GIST ad alto rischio.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

LONG-TERM SURVIVAL IN PATIENTS WITH "POSTERIOR" OR PARA-AORTIC LYMPH NODE METASTASES SUBMITTED TO D2 PLUS LYMPHADENECTOMY

D. Marrelli, A. D'Ignazio, K. Polom, P. Paladini, F. Roviello

Università degli Studi di Siena

Background: The purpose was to evaluate the incidence and prognostic value of metastases to "posterior" (8p, 12b/p, 13) and para-aortic lymph nodes. The additional aim is to observe postoperative Outcome and Long-Term Survival in a large cohort of Western patients submitted to D2 plus lymphadenectomy.

Materials and methods: Removal of "posterior" nodes was performed in 743 patients, and para-aortic lymphadenectomy in a subgroup of 390 patients. After lymph node mapping and retrieval on the fresh specimen, a median number of 41 total lymph nodes were analyzed. The median follow-up period was 37 months for the entire series and 68 months for survivors.

Results: Cancer-related 5-years survival probability of the entire series was $57 \pm 2\%$. In 47 patients with positivity to "posterior" stations, 5-years survival was $17 \pm 6\%$, in 41 patients with para-aortic positivity it was $11 \pm 5\%$. No significant difference between the two groups was found. A trend to worse survival was observed in patients with metastases to both areas ($p = 0.111$). The survival curve of patients with posterior metastasis was overlapping with pN3b stage group. Postoperative complications occurred in 191 of 743 patients and 13 patients died within 30 days from the operation. Surgical complications occurred in 65 patients underwent D2+ "posterior" lymphadenectomy and 80 patients D2+ "posterior"+para-aortic.

Conclusions: Morbidity, mortality, surgical complication rates in patients submitted to the removal of "posterior" nodes vs. additional para-aortic lymphadenectomy were similar. Although metastases to "posterior" and para-aortic nodes are the expression of an advanced nodal stage, not negligible survival rates are observed in subgroups of patients.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

ROBOTIC-ASSISTED GASTRECTOMY VERSUS OPEN APPROACH: OUTCOMES FROM A SINGLE INSTITUTION

D. Marrelli, F. Molinaro, K. Polom, R. Piagnerelli, A. D'Ignazio, F. Roviello

Università degli Studi di Siena

Background: Gastrectomy with adequate margin resection and lymphadenectomy remains the mainstay in gastric cancer (GC) treatment. As stated in many international guidelines, minimally invasive surgery (MIS) is indicated only in early forms, whereas for the advanced disease this approach is still under investigation. A technical advantage of robotic approach could overcome some limitations of laparoscopic surgery, with special reference to extended lymphadenectomy and reconstruction after total gastrectomy, which could be important to extend the indications even to advanced GC. The aim of this study is to compare the short-term outcomes of open vs. robotic approach in the treatment of GC, evaluating postoperative morbidity, mortality and oncological safety.

Materials and methods: From January 2010 to December 2017 76 patients with primary GC were retrospectively analyzed, dividing the cohort into two groups (open and robotic), and matching features like age, sex, the location of the primary lesion and pathological stage (from I to III) for comparison of outcomes. Stage IV cases were excluded. Clinical operative and postoperative features with a tumour pathological findings were evaluated.

Result: The study included 56 patients in the open group and 19 patients in the robotic group. Median age was 73 years in both groups. A number of 28 vs. 15 distal gastrectomies and 22 vs. 4 total gastrectomies were performed in open and robotic group, respectively. Operative time was significantly higher in the robotic group than open group (335 vs. 225 minutes; $p < 0.001$). There were no differences in terms of the extent of lymphadenectomy and number of harvested lymph nodes between the two groups (22 vs. 30; $p = 0.481$). No differences were recognized in terms of major surgical complications (Clavien-Dindo > 3) and reoperation rate. Mortality was null. Robotic gastrectomy group showed a shorter hospital length of stay when compared with open group (8 vs. 10 days; $p=0.022$). Non-differences in terms of overall survival was seen between the two groups ($p=0.792$).

Conclusion: Robotic gastrectomy with extended lymphadenectomy seems to be safe and feasible in GC with satisfactory results both in terms of morbidity and mortality and oncological outcomes. However large-scale trials are needed to assess the real benefit of this approach in terms of quality of life and long-term survival.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

ROBOTIC-ASSISTED VERSUS LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY: AN UP-TO-DATE META-ANALYSIS

G.P. Guerrini, A. Giuliani, G. Tarantino, V. Serra, P. Magistri, G. Assirati, T. Olivieri, B. Cattellani, F. Mereu, R. Ballarin, F. Di Benedetto

UO Chirurgia oncologica, epato-bilio-pancreatica e trapianti di fegato, Università di Modena

Background: Gastric cancer (GC) is one of the most common malignancies worldwide and its incidence and mortality are increasing in recent years. Surgical treatment has been the primary means of treating GC, and surgical techniques have made significant progress over the past few decades, the most important of which is the development of minimally invasive surgery. Advanced minimally invasive techniques including robotic surgery are being employed with increasing frequency around the world, primarily in order to improve the surgical outcomes of laparoscopic gastrectomy. This study was designed to compare robot-assisted gastrectomy (RAG) with laparoscopy-assisted gastrectomy (LAG) in surgical performance, clinical and oncological outcomes for gastric cancer and evaluate the safety and feasibility of robotic surgery.

Methods: A meta-analysis analyzed updated clinical trials that have compared robotic and laparoscopy-assisted gastrectomy to evaluate whether RAG is equivalent to LAG. A literature search was performed in PubMed, Embase, Cochrane Library, Web of Science databases for clinical researches published before January 2018 that compared RAG with LAG. The oncological and clinical outcomes were compared using weighted mean differences (WMD) and odds ratios (OR).

Results: Nineteen studies were included in the analysis, comprising 5953 patients (1830 patients in the RAG group, 4123 patients in the LAG group). RAG was associated with longer operative time (WMD=53.88, 95% CI: 41.8 to 65.7, $P < 0.0001$), less estimated blood loss (WMD= -12.55, 95% CI: -15.4 to -9.68, $P < 0.0001$), less time to restart oral intake (WMD=-0.27, 95% CI: -0.43 to -0.06, $P = 0.02$) and greater number of lymph nodes retrieved. Conversion rate, mortality, morbidity, proximal resection margin, distal resection margin and length of hospital stay were similar to LAG.

Conclusion: This meta-analysis demonstrates that RAG is as safely as LAG in terms of surgical and oncologic outcomes. With lower estimated blood loss and greater number of lymph nodes retrieved and less time to restart oral intake, RAG is a promising approach for the treatment of gastric cancer.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

TRANSHIATAL DISTAL ESOPHAGECTOMY FOR SIEWERT TYPE II CARDIA CANCER CAN BE AN OPTION IN SELECTED PATIENTS

R. Reddavid¹, S. Sofia¹, S. Di Maria Grimaldi¹, R. Trapani¹, M. Solej¹, P. Strignano², S. Gentili³, F. Borghi⁴, R. Leli⁵, A. Ferrero⁶, R. Polastri⁷, M. Camandona², M. Morino², M. Degiuli¹

¹ San Luigi Gonzaga, Orbassano

² Città della Salute e della Scienza, Torino

³ Ospedale Maggiore, Novara

⁴ S. Croce e Carle, Cuneo

⁵ Giovanni Bosco, Torino

⁶ Mauriziano, Torino

⁷ Nuovo Ospedale Degli Infermi, Biella

Objective: Several epidemiologic studies report that EGJ cancer incidence is increasing in Western countries while gastric cancer overall incidence is decreasing. Prognosis of the adenocarcinoma of the cardia is severe. While surgical treatment of Siewert types I and III is nowadays well codified, the optimal procedure for Siewert type II still remains a debated topic. This study retrospectively analyzed the experience of eight reference centers of Piedmont Italian Region in the treatment of Esophagogastric Junction (EGJ) cancer to assess the optimal treatment for Siewert type II cancer.

Methods: This is a large multicenter retrospective study. The results of 598 consecutive patients submitted to resection with curative intent for EGJ cancer in eight reference centers of Piedmont Italian Region during the period January 2000 -December 2016, were reported. Clinical and oncological outcome of different procedures performed in Siewert type II were analyzed to identify the optimal treatment.

Results: Despite a high number of curative resections (73,74%), the 5-year survival rate was poor (32%) for all Siewert types. Five-years survival rates of type I (37,7 %) was better than that of type II (31,9 %) and significantly better than that of type III (26,5%, p=0,015). Siewert type 2 cancers represented 40% of patients' population. In this subsite of patients, the most performed operations were proximal gastrectomy (PG) + trans-thoracic esophagectomy (TTE) (60%), total gastrectomy (TG)+ transhiatal esophagectomy (THE) (24%) and total gastrectomy (TG) +TTE (15%). General post operative complications (particularly cardiovascular and respiratory complications), were higher after PG and TG + TTE. On the contrary surgical complications and particularly anastomotic leak after TG+THE were significantly higher than after PG and TG +TTE; operative mortality were comparable (2 %). The distribution of TNM tumor stage was different in the 3 types of procedures. While 70% of patients in PG-TTE and TG+TTE arms had a cancer at TNM stage 3 or 4, in subsite of TG+THE 50% of patients had a TNM stage 1 or 2 disease. The overall survival rate was significantly higher in TG+THE as compared to trans-thoracic procedures, with a 5-year survival rate of 42,07 % as compared to 32.87% of PG+TTE and to 19.03% of TG+TTE (p=0,035).

Conclusions: In this large sample size retrospective series of EGJ cancers, despite a higher rate of postoperative surgical complication and leak rate, overall survival after trans-hiatal procedure for early TNM stages Siewert type II tumors was significantly higher than after transthoracic approach.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:00-13:30**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

ESOPHAGOJEJUNAL ANASTOMOSIS LEAKAGE (EJAL) AFTER TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER: RISK FACTORS AND INDIVIDUAL RISK SCORE. A GIRCG NATIONWIDE MULTICENTER RETROSPECTIVE STUDY

R. Trapani, B. Cuzzola, S. Sofia, M. Fracasso, A. Alo', S. Di Maria Grimaldi, S. Mungo, R. Reddavid, M. Solej, M. Degiuli

Dipartimento di Oncologia - AOU San Luigi Gonzaga - SCU Chirurgia Generale, Orbassano

Introduction: Despite a continuous development and progressive improvements in perioperative management after surgery for gastric cancer (GC), esophagojejunal anastomosis leakage (EJAL) still occurs after total gastrectomy and it is characterized by high morbidity and mortality rates. The aim of this study is to identify any dependent and independent risk factors for EJAL after total gastrectomy and to develop a clinical prediction model to calculate estimates of the probability of the occurrence of any event (EJAL risk score).

Materials and methods: This is a nationwide retrospective study based on patients' data provided by several referral centres for GC treatment, coordinated by the Surgical Oncology and Digestive Surgery Unit of San Luigi University Hospital of Orbassano (Turin). We considered consistent variables: gender, age, BMI, smoking, respiratory failure, heart disease, neoadjuvant chemotherapy and radiation therapy, ASA score, TNM stage, presence of distant metastases, positive cytology, duration of surgery, type of lymphadenectomy, surgical approach (minimally invasive or open), anastomosis technique, combined resection, residual tumor, intraoperative blood loss, blood transfusion, pre- and postoperative albumin, creatinine and C-reactive protein serum level. Patients will be allocated in 2 arms according to their postoperative course: arm A, patients with diagnosis of EJAL during their hospital stay; arm B, patients with regular postoperative course, without any clinical signs and symptoms of EJAL. Primary endpoint is the identification of any dependent and independent risk factors for EJAL after TG for GC to develop a predictive model to calculate an individual risk score. Secondary endpoints are rate of EJAL, length of hospital stay, morbidity, mortality, anastomotic stenosis, recurrence rate and 5-year overall and disease free survival, in both arms.

Results: The records of a series of 1750 patients who underwent TG for GC from January 2000 to December 2017, were retrospectively analyzed. 566 patients were female and 1184 were male. The average age was 67 years, with a median BMI of 24.4 Kg/m². Respiratory and heart diseases were coexistent in 14.8% and 23.6% of patient's population respectively. Neoadjuvant chemotherapy had been administered in 26% of patients. In preliminary results the rate of observed EJAL was 6% in the present series (106 cases of 1750 TGs), according with reports from recent literature. A significantly greater incidence of anastomotic leak was observed in patients with respiratory failure and after enlarged lymph node dissection. Overall survival was significantly lower in arm A patients as compared to arm B. Data analysis and final results are ongoing and will be completed early.

Conclusions: In preliminary results, coexistent respiratory failure and enlarged lymph node dissections are predictive factors for EJAL. Overall survival is significantly lower in patients from arm A (with anastomotic leak) as compared to patients from arm B (without anastomotic leak).

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

VALORE DIAGNOSTICO DELL'ECOENDOSCOPIA NELL'APPROCCIO TERAPEUTICO DEL CANCRO GASTRICO: I RISULTATI DELLA NOSTRA CASISTICA

F. Luparini¹, W. Siquini¹, F. Antonini², G. Macarri²

¹ Ospedale Madonna del Soccorso, ASUR 5 Marche, San Benedetto Del Tronto

² Ospedale A. Murri, ASUR 5 Marche, Fermo

Obiettivi: Lo scopo dello studio è di valutare l'accuratezza diagnostica dell'Ecoendoscopia Gastrica (EUS-G) nella stadiazione locoregionale di pazienti affetti da carcinoma gastrico per distinguere quali pazienti possano giovare della chemioterapia neoadiuvante.

Materiali e metodi: Studio retrospettivo, nel periodo di tempo compreso tra Gennaio 2011 e Dicembre 2017, su una coorte di 36 pazienti (M:20/F:16) di età media 75,7 anni (range 45-85 anni) ricoverati presso l'Unità Operativa di Chirurgia dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto, con diagnosi di adenocarcinoma gastrico, sottoposti ad EUS-G preoperatoria (GF-UE160 Olympus®, Hamburg, Germany) confrontando i risultati dell'ecoendoscopia con l'esame istopatologico definitivo (TNM 7Ed, AJCC 2010) dopo intervento chirurgico di Gastrectomia Subtotale o Totale con Linfadenectomia D2.

Risultati: L'accuratezza diagnostica complessiva dell'EUS-G relativamente al parametro T è stata 58% (21/36), per i sottogruppi T1, T2, T3 e T4 è stata rispettivamente 69% (9/13); 50% (2/4); 20% (1/5); 64% (9/14). L'accuratezza complessiva dell'EUS-G per il parametro N è stata 85%; nel sottogruppo N0 è stata 86% (13/15) mentre nel sottogruppo N+ è stata 43% (9/21). Si sono riscontrati per il parametro T overstaging ed understaging rispettivamente nel 16% (6/36) e nel 14% (5/36) dei casi. Per il parametro N si sono verificati overstaging ed understaging rispettivamente nel 5% (2/36) e nel 22% (8/36).

Conclusioni: L'Ecoendoscopia è considerata l'esame di prima scelta nel valutare l'invasione locale del cancro gastrico. Nella nostra casistica l'EUS-G si è rivelata accurata nella stadiazione dell'Early Gastric Cancer, consentendo di indirizzare questa categoria di pazienti ad intervento chirurgico d'emblée, mentre per le forme T4, seppure utile nello parametro T, ha dimostrato alcune limitazioni nello studio dei linfonodi locoregionali. Riteniamo che il ricorso all'Ecoendoscopia debba in ogni caso essere complementare alla TC per una corretta stadiazione preoperatoria del TNM clinico, in maniera da orientare l'approccio terapeutico nelle forme localmente avanzate verso un trattamento chemioterapico neoadiuvante prima della chirurgia.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GASTIC CANCER IN OCTOGENARIANS: RISK FACTORS FOR COMPLICATIONS AND LONG TERM OUTCOME

D. Marrelli, K. Polom, A. D'Ignazio, F. Roviello

Università degli Studi di Siena

Background: Recent studies have shown a considerable increase in the number of elder patients with gastric cancer. Our research group has evaluated Gastric Cancer (GC) long term survival in elder patients in a period from 1993 to 2013. The aims of this retrospective study is to determine the predictive factors of morbidity and mortality, and to evaluate the probability of long-term survival in gastric cancer octogenarians.

Materials and methods: A total of 90 patients aging 80 years or over, treated between 1995 and 2013 with histological diagnoses of gastric cancer, were evaluated. Postoperative morbidity and mortality rates and risk factors were examined by univariate and multivariate analysis.

Results: 90 patients underwent surgery. a few number where lost during follow up. 77 completed 5 years follow-up; 27 presented advanced cancer (stage IV), nobody underwent chemo neoadjuvant. Surgical results where: R0 in 51 patients (66.6%), R1 and R2 in 26 patients (33%)
R0 mortality was 63% overall, operative mortality was 7%; R1/R2 mortality was 84% with an operative mortality of 19%.
in 9 advanced GC patients, we performed R0 surgery with a mortality of 66% in 5 years, but all patients survived the first year follow up. in 18 GC patients we performed R1 and R2 surgery with 72% of mortality in 5 years and 17% of mortality in post-operative.
Crude 5-year survival rate, including operative mortality after curative surgery is 26% and 11% in post op.

Conclusions: Results indicate that surgery for GC yields an acceptable operative risk in octogenarians, and provides good long-term results if oncological radicality can be obtained. Pre-operative evaluation of tumor stage, patient's general condition and expected outcome is useful to identify subgroups of patients at high risk of surgical complications and mortality.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA PER CANCRO CON ANASTOMOSI TOTALMENTE INTRACORPOREA: ESPERIENZA DEL NOSTRO CENTRO SU 103 CASI CONSECUTIVI

A. Cacurri, G.M. Palini, B. Pirrera, M. Giordano, N. Zanini, C. Vallicelli, M. Todaro, G.L. Garulli

Chirurgia generale e d'urgenza, Ospedale "Infermi", Rimini

Obiettivi: La gastrectomia laparoscopica con anastomosi totalmente intracorporea non costituisce tuttora un'opzione diffusamente accettata e praticata per il trattamento del carcinoma gastrico in Italia. Questo studio condotto presso il nostro centro valuta i risultati di tale procedura mini-invasiva su 103 procedure chirurgiche mini-invasive consecutive eseguite presso il nostro centro negli ultimi 5 anni evidenziando i vantaggi.

Materiali e metodi: Abbiamo arruolato al nostro studio 103 pazienti affetti da adenocarcinoma gastrico T2- T3 sottoposti a gastrectomia subtotale laparoscopica con anastomosi meccanica totalmente intracorporea con l'ausilio del V-LOC. Abbiamo escluso dal nostro studio i pazienti affetti da Early Gastric Cancer (EGC) limitati alla mucosa, le neoplasie del cardias e della giunzione gastro- esofagea. Per verificare una buona vascolarizzazione e perfusione dell'anastomosi gastrodigiunale durante il tempo ricostruttivo veniva utilizzato il verde di indocianina. Il controllo della tenuta anastomotica veniva eseguito mediante somministrazione di bleu di metilene dal sondino naso-gastrico durante l'intervento.

Risultati: Dal 1° gennaio 2013 al 31 dicembre 2017 sono stati presi in considerazione 103 procedure chirurgiche di gastrectomia laparoscopica con anastomosi totalmente intracorporea eseguite presso il Dipartimento di Chirurgia Generale di Rimini e Riccione, AUSL della Romagna. Si trattava di 56 (54,3%) uomini e 47 (45,7%) donne. Un intervento chirurgico radicale (R0) è stato eseguito in tutti i casi presi in esame. Il numero medio di linfonodi asportati è 35 (range 15-47). Non si sono verificati casi di leak anastomotico e di infezione delle ferite. La perdita ematica intraoperatoria media è stata di 110 ml (range 50-770). Il tempo operatorio medio dall'incisione alla sutura cutanea è stato di 230 minuti (range 110-430). La durata media dell'ospedalizzazione è stato di 5 giorni (range 3-17). I 103 pazienti sottoposti a gastrectomia laparoscopica hanno iniziato ad assumere una dieta solida medialmente dopo 3 giorni (range 3-6) dall'intervento.

Conclusioni: L'approccio chirurgico minimamente invasivo laparoscopico per cancro gastrico e l'adozione di una ricostruzione del transito alimentare totalmente intracorporeo con sutura meccanica ed ausilio del V-LOC° è fattibile garantendo la totale sicurezza in chirurgia gastrica oncologica.

Concludendo, le perdite ematiche intraoperatorie risultano essere trascurabili, si è evidenziato un tempo veloce per la ripresa dell'alimentazione e una degenza ospedaliera breve. La radicalità oncologica risulta essere ottimale.

Rimaniamo del parere, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali che tale trattamento è riservato a esperti in chirurgia mininvasiva ed oncologica, con adeguata familiarità per le procedure chirurgiche di alta complessità. È utile inoltre utilizzare studi randomizzati organizzati da centri di riferimento nazionali ed internazionali, con l'approvazione dei rispettivi comitati etici.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

CHIRURGIA LAPAROSCOPICA DEL CANCRO GASTRICO: TECNICA E RISULTATI A MEDIO E LUNGO TERMINE DOPO OLTRE 130 CASI

M. Uccelli¹, C. Rubicondo^{1,2}, G. Cesana¹, R. Giorgi¹, F. Ciccarese¹, R. Villa¹, A. Oldani¹, S. De Carli¹, A. Zanon¹, V. Messina^{1,2}, D. Djokic^{1,2}, S. Olmi^{1,2}

¹ Policlinico San Marco IOB-GSD, Zingonia - Osio Sotto,

² Università degli Studi di Milano - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, Milano

Obiettivi: La chirurgia mininvasiva del cancro gastrico è attualmente una tecnica validata e standardizzata per il trattamento dell'Early Gastric Cancer (EGC), con risultati equivalenti all'approccio open in termini di outcome chirurgici ed oncologici, ma con i vantaggi della laparoscopica in termini di dolore postoperatorio e tempi di recupero. Sono tuttavia ancora controversi i risultati della chirurgia gastrica laparoscopica per quanto riguarda gli outcome oncologici a lungo termine nel trattamento chirurgico del cancro gastrico avanzato (AGC). L'obiettivo primario di questo studio retrospettivo monocentrico è di valutare i risultati in termini di efficacia, sicurezza e outcome oncologico a medio-lungo termine nei pazienti sottoposti a resezioni gastriche laparoscopica per tumore.

Metodi: Questo studio retrospettivo include un totale di 138 pazienti affetti da adenocarcinoma gastrico e trattati con resezione gastrica laparoscopica, fra luglio 2007 e febbraio 2018. Gli outcome a breve, medio e lungo termine sono stati valutati analizzando i dati intra- e perioperatori, complicanze e mortalità, valutate secondo la classificazione Dindo-Clavidiem; vengono inoltre valutati i dati di sopravvivenza e periodo libero da malattia con un follow-up medio di 42,4±19,1 mesi (range 6-60 mesi).

Risultati: La popolazione è composta da 78 uomini e 60 donne; età media 71.15±10.4 anni; BMI: 26,6±2,7 kg/m². Abbiamo effettuato 39 gastrectomie totali laparoscopiche (LTG) e 99 gastrectomie subtotali laparoscopiche (LSG), sia per EGC (24.6%) che per AGC (71.7%), con un tasso di conversione del 15.2% (21/138). Il tempo operatorio medio è stato di 142±40 minuti (range 65-280 minuti) ed è sempre stata effettuata una linfadenectomia D2 o superiore, con un numero medio di linfonodi rimossi pari a 19.99±7.9 ed omentectomia parziale (tecnica omentum-preserving) in 115 casi (83.3%). Il tasso di complicanze intraoperatorie è stato del 2.2%, mentre la degenza media è stata di 16.9±14.1 giorni (range 7-156) con una ripresa media dell'alimentazione per os dopo 5.6±1.9 giorni. Abbiamo registrato un tasso di complicanze totali pari a 37/138 (26,8%). In 10/138 hanno necessitato di un re-intervento (7.3%). Tasso di mortalità peri-operatoria: 0%. Con un follow-up medio pari a 42.4±19.1 mesi, abbiamo registrato una sopravvivenza media pari al 51.2% a 24 mesi (follow-up completo 71.94%) ed al 31.0% a 48 mesi (follow-up completo 49.7%). La disease free survival a 24 mesi è stata del 46.8% mentre a 48 mesi è stata del 27.8%.

Conclusioni: Il trattamento laparoscopico del cancro gastrico, sia EGC che AGC, con linfadenectomia D2 e tecnica omentum-preserving è fattibile e sicuro e presenta, nella nostra esperienza, un'efficacia paragonabile alla tecnica open in termini di complicanze e mortalità post-operatoria a breve e medio termine. Il follow-up parziale a medio e lungo termine ha mostrato risultati paragonabili alla letteratura sia per EGC che per AGC.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:00-13:30**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

MESENTERIC CYST AND RECURRENT ABDOMINAL PAIN IN A PATIENT WITH GORLIN-GOLTZ SYNDROME: A CASE REPORT

F. Guida, G. D'Onofrio, L. Monaco

Casa di Cura Villa Esther - Pineta Grande Hospital, Avellino

Goltz Gorlin syndrome (GGS) is an infrequent autosomal dominant multisystemic disease with complete penetrance and variable expressivity. It is estimated to have an incidence of 1:50,000 – 1:150,000 cases with a M/F = 1:1. We describe a case of recurrent abdominal pain due to a large mesenteric cyst in a 38-year-old female patient affected by a rare disease : Gorlin-Goltz syndrome.

A 38-year-old female patient was referred to our surgical department for the presence of recurrent and ingravescient abdominal pain in the last month.

Her medical history was positive for the presence of Gorlin-Goltz syndrome. Clinical examination revealed a typical appearance with frontal bossing, prognathism and multiple skin incision for the removal of BCC.

Clinical examination of the abdomen revealed a mass in the right hypocondrium that was of elastic consistence and not painful. In addition, the mass moved with the variation of the patient's position.

Laboratory testings were unremarkable and also beta-HCG were negative. An eco- and CT- scan of the abdomen were performed. Abdomen CT-scan revealed the presence of a 12-cm cystic lesion of the proximal mesentery with fluid content, very close posteriorly to the right renal hilum and inferiorly to the aorto-iliac carrefour. (Fig. 1)

A laparoscopic approach was performed with 3 – trocars technique : two 10-mm trocars (intraumbilical and epigastric) and a 5-mm trocar in the right flank. The exploration of abdominal cavity showed the lesion strictly adherent to mesentery and not dissociable from the proximal ileum.

Also, due the great dimensions of the formation, the laparoscopic mobilization was not possible. For these reasons, a sovraumbilical incision was made and a laparotomic en-bloc resection of the cyst and of the ileum was performed. Digestive continuity was restored with an end-to-end ileal anastomosis with absorbable sutures. A drain was placed near the anastomosis. Postoperative course was uneventful and bowel function restarted in 3rd postoperative day. Oral intake was administered in 6th postoperative day and the day after the drain was removed and the patient was discharged.

Pathologic examination showed a 10-cm mesenteric cystic formation adherent to the resected ileum with fluid, yellowish and dense content (sebum – like). The formation had a thickened wall with infiltration of inflammatory cells. No abnormalities were found in the ileal mucosa.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

OUTCOMES IN NONAGENARIANS AND CENTENARIANS PATIENTS AFTER EMERGENCY AND ELECTIVE SURGICAL SETTING

K.E. Yavuzdiler¹, M. Lugaresi¹, A. Duchi¹, F. Argento¹, F. Martini¹, M. Novello¹, C. Laurino², B. Palmieri², B. Nardo¹

¹ Policlinico S. Orsola, Università di Bologna

² Policlinico Universitario, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduction: An increasing proportion of > 95 years patients and beyond, which we defined Jurassic patients are undergoing more frequently to both elective and emergency surgical procedures. There are limited data looking at outcomes of general surgical procedures in to guide surgeons assessing these so called Jurassic patients.

Patients and Methods: A retrospective analysis was conducted of all patients aged > 95 years undergoing elective and emergency general surgical procedures at a tertiary teaching hospital between 2000 and 2016. Vascular but not breast procedures were excluded. Patient demographics and characteristics were collected. Primary outcomes were 30-day and 90-day mortality rates. The impact of ASA grade, operation severity and emergency presentation was assessed using multivariate analysis.

Results: Overall, 79 patients (58F; 21M) who underwent surgical procedures (56 emergency, 23 elective) were selected for the study. The mean patient age was 96.45 years (range: 95–102 years). The mean hospital stay was 18,9 days (15 days for emergency, 13 days for elective). The in-hospital mortality rate was 0% for elective and 28.5 for emergency procedures respectively ($p=0.004$). The median survival was 675 days (range 6-2909 days), The overall survival was 49.35% and 29.87% at 12 months and 36 months respectively. Emergency and major gastrointestinal operations were associated with a significant increase in mortality.

Conclusions: The risk for Jurassic patients having an elective procedure differs significantly in the short term from those having emergency surgery. Emergency surgery is associated with a significantly increased risk of death, particularly after major gastrointestinal resections. On the contrary, in all selected cases, elective surgery carries none mortality risk.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

EPITHELIAL MESENCHYMAL TRANSITION RELATED PROTEINS AND CD44 AS PREDICTORS OF OUTCOME IN GASTRIC CANCER IN CAUCASIAN PATIENTS

I. Skalama¹, B. Badii¹, C. Foppa¹, F. Staderini¹, T. Nelli¹, P. Montanelli¹, L. Novelli¹, L. Papucci², L. Magnelli², S. Per², N. Schiavone², F. Cianchi¹

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

² Università di Firenze

Background/Hypothesis: Gastric cancer is a leading cause of cancer death worldwide. Gastrectomy and chemotherapy are the only therapeutic option for gastric cancer (GC) patients. Biological disease background appears to be influenced by race and ethnicity.

However most of the studies have been focused on asian patients and much has to be done on caucasian ones. The epithelial-mesenchymal transition (EMT) is a highly conserved and fundamental process that is critical for embryogenesis, wound healing and fibrotic disease. However, recent evidence has demonstrated that the aberrant activation of EMT also plays a crucial role in the genesis, invasion and metastasis in various tumors, including gastric cancer. The aim was to evaluate the expression of EMT related proteins and CD44 in gastric carcinoma in caucasian patients.

Materials & methods: The expression of EMT related proteins; E-cadherin, N-cadherin, Vimentin, Snail 1 and CD44 was evaluated in 92 gastric cancer samples by immunohistochemistry. All the patients underwent a total (34) or partial (58) gastrectomy, depending on the location of the tumor, with a standardized D2 lymphadenectomy. All operations were performed between 2011 and 2015, with different techniques; Robotique, Laparoscopique and open. Clinicopathological characteristics and survival were compared with the expression of EMT-related proteins.

Results: We found that EMT related markers are associated with aggressive clinicopathologic features, diffuse type histology, advanced stage and poor outcome. The positivity of Snail-1, CD 44 and vimentine was associated with higher mortality rate and positive nodes ($p < 0,05$). The positivity of Vimentina, Snail and CD44 in N0 patients was found to be associated with unfavorable outcome.

Conclusion: In this study we have demonstrated that the overexpression of Snail 1, CD44 and vimentine is associated with tumor progression and a poorer prognosis in caucasian patients affected by gastric cancer. The emerging understanding of the molecular pathways underlying EMT could provide novel opportunities in the treatment of gastric cancer allowing to select patients for targeted therapies.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:00-13:30**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GASTRECTOMIA ROBOT-ASSISTITA VERSUS OPEN: CASE MATCH STUDY

R. Caruso, Y. Quijano, E. Vicente, H. Duran, E. Diaz, I. Fabra, B. Ielpo, V. Ferri, L. Malave, R. Isernia, I. Torrij

Ospedale Universitario Madrid Norte Sanchinarroario, Madrid (SPAGNA)

Introduzione: Negli ultimi anni, i progressi nella tecnica chirurgica e la comparsa di strumentazioni sempre più sofisticate hanno permesso lo sviluppo di una chirurgia robotica più complessa. Tuttavia, la gastrectomia con assistenza robotica viene eseguita solo in alcuni centri selezionati. Gli obiettivi di questo studio sono di analizzare i risultati della gastrectomia robotica per il carcinoma gastrico localmente avanzato e confrontarli con resezioni gastriche open.

Materiali e metodi: Questo è uno studio case match di pazienti sottoposti a resezione gastrica robotica (GR) e resezione gastrica aperta (GA) eseguite presso l'Ospedale universitario di Sanchinarro, Madrid, da novembre 2011 a febbraio 2017. Sono stati valutati gli esiti clinico-patologici, perioperatori e postoperatori.

Risultati: Sono stati analizzati due gruppi di pazienti demograficamente simili: il gruppo robotico (n = 20) e il gruppo open (n = 19).

Il tempo medio chirurgico è risultato significativamente più lungo nel gruppo GR rispetto al gruppo GA (416 ± 90 rispetto a 336 ± 96 minuti, p = 0,001). Tuttavia, nel gruppo GR, la perdita ematica intraoperatoria è stata significativamente inferiore (500 ml rispetto a 176 ml, p = 0,05) e il recupero postoperatorio più veloce rispetto al gruppo GA, però non statisticamente significativo (P = 0.306).

Margini di resezione negativa sono stati ottenuti in entrambi i gruppi. Non ci sono state differenze nell'estensione della linfadenectomia tra GR e GA, dal momento che, non sono state rilevate differenze statisticamente significative in termini di numero di linfonodi. Il numero medio dei linfonodi era comparabile tra i gruppi GR e GA, rispettivamente 26 ± 12 e 25 ± 10 (p = 0,16). Non ci sono state differenze rilevanti in termini oncologici a breve termine tra i due gruppi di studio. Le percentuali di complicanze postoperatorie risultano simili in entrambi i gruppi (p = 0,37). La durata media della degenza ospedaliera era sovrapponibile (GR: 15 (12-33) GA 14 (11-16) (p = 0.306)).

Conclusioni: La gastrectomia robotica per carcinoma gastrico localmente avanzato è una procedura sicura e i risultati a lungo termine sono paragonabili ai pazienti sottoposti a resezione aperta. L'approccio robotico ha presentato una degenza ospedaliera più breve, una riduzione del tasso di sanguinamento e una morbilità paragonabili ai risultati della gastrectomia open.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

GASTRECTOMIA SUBTOTALE E LINFECTOMIA D2 ROBOT-ASSISTITA PER CANCRO GASTRICO AVANZATO: QUALI VANTAGGI?

F. Pecchini, G. Casoni Pataccini, I. Roli, F. Bruno, V. Trapani, B. Mullineris, M. Piccoli

Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedale Civile di Baggiovara, Modena

Obiettivi: La chirurgia mini-invasiva robotica ha acquisito nel panorama italiano degli ultimi anni ampio campo di applicazione nel trattamento dei tumori gastrici maligni, quale garanzia, come dimostrato in letteratura, di ridotta invasività, minore tasso di complicanze, ridotta ospedalizzazione e migliori outcomes per il paziente. Nella chirurgia gastrica, particolare attenzione deve essere rivolta alla superiorità tecnica e alla maggiore facilità dell'approccio robotico nell'esecuzione della linfectomia D2, assicurando un alto numero di linfonodi asportati con riduzione dell'associato rischio di lesioni di grossi vasi e sviluppo di fistole pancreatiche post-chirurgiche. Scopo dello studio è pertanto dimostrare sicurezza e vantaggi della chirurgia robot-assistita nel trattamento delle neoplasie gastriche maligne.

Materiali e metodi: Sono stati raccolti e analizzati i dati relativi ai pazienti sottoposti, nel periodo compreso tra Aprile 2015 e Maggio 2018 presso il centro di Chirurgia Generale d'Urgenza e Nuove Tecnologie dell'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Modena, a intervento chirurgico di gastroresezione distale, linfectomia D2 e ricostruzione sec. Roux con tecnica robotica per neoplasia gastrica maligna a sede distale.

Risultati: Su un totale di 65 pazienti sottoposti a gastroresezione distale, il 37% (24 casi) è stato trattato con tecnica robotica; di questi 11 erano femmine e 13 maschi, l'età media di 74 anni (42-88), 4 i pazienti con BMI >30. 20 i casi di neoplasia a sede antrale e 4 quelli a carico dell'angulus. Tutti i pazienti hanno eseguito pre-operatoriamente esofagogastroduodenoscopia con biopsia, ecoendoscopia e studio TC di stadiazione. La durata media dell'intervento è stata 230 minuti (150-330), le perdite ematiche stimate <200 ml; nessuna complicanza intra o post operatoria è stata registrata e nessun caso di conversione laparotomica. All'esame istologico definitivo il numero medio di linfonodi asportati è risultato di 26 (12-41), e i margini di resezione si confermavano liberi da malattia. Al follow-up un solo caso di recidiva cardiaca registrato a sei mesi in paziente già plurimetastatico al momento dell'intervento eseguito a scopo palliativo.

Conclusioni: In base ai risultati preliminari della nostra esperienza e in accordo con i dati della letteratura, l'approccio robotico nel trattamento dei tumori gastrici maligni incrementa gli outcomes chirurgici, anche in pazienti obesi e grandi anziani; la visione tridimensionale ad alta definizione, il tremor-free e la flessibilità degli strumenti consentono al chirurgo di eseguire interventi in sicurezza agevolandone la gestualità e assicurando radicalità oncologica e ridotto rischio di complicanze. In un'ottica di formazione propria del chirurgo che si rapporta con la chirurgia gastrica robot-assistita emerge, inoltre, che la learning-curve richiesta risulti più breve rispetto a quella necessaria per l'acquisizione degli skills laparoscopici.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

ANASTOMOSI INTRACORPOREA ED EXTRACORPOREA NELL'EMICOLECTOMIA DESTRA: RISULTATI A LUNGO TERMINE

A. Schimera, C. Bombardini, S. Giaccari, S. Solari, F. Petrarulo, S. Targa, S. Rubino

Università di Ferrara

Obiettivi: Analizzare i risultati a lungo termine dei pazienti sottoposti a emicolectomia destra laparoscopica con anastomosi extracorporea ed intracorporea e come le due tecniche siano paragonabili dal punto di vista dei risultati a lungo termine.

Materiali e metodi: Abbiamo preso in considerazione i pazienti andati incontro elettivamente ad emicolectomia destra laparoscopica a partire dal 1 Gennaio 2005 fino al 31 Dicembre 2012 nel nostro Istituto. Sono stati esclusi: interventi eseguiti in regime di urgenza/emergenza, conversioni in emicolectomia laparotomica e pazienti con esame istologico definitivo per patologia benigna. 149 pazienti sono stati selezionati e suddivisi in due gruppi: sottoposti ad anastomosi intracorporea (80 pazienti) ed anastomosi extracorporea (69 pazienti). Di questi due gruppi di pazienti abbiamo preso in considerazione: la sopravvivenza a 12, 24, 36, 48 e 60 mesi ed il tasso di sopravvivenza libero da malattia. I dati da noi ottenuti sono stati confrontati utilizzando il test del chi-quadro e considerando $p < 0.05$ come statisticamente significativo.

Risultati: Dall'analisi della sopravvivenza non abbiamo riscontrato differenze sostanziali nei risultati ottenuti nei due gruppi di pazienti. In particolare abbiamo rilevato una sopravvivenza a 60 mesi paragonabile nei due gruppi (68,1% vs 56,1% p-value 0.08). Andando ad analizzare i dati ottenuti nei vari sottogruppi si osserva come, mettendo a confronto i gruppi con uguale diagnosi definitiva, la sopravvivenza sia paragonabile. Difatti prendendo in considerazione la sopravvivenza a 60 mesi abbiamo constatato dati assimilabili a parità di diagnosi: stadio I (82,3% vs 71,4% p-value 0.06), stadio II (82,1% vs 66,7% $p < 0.05$), stadio III (40% vs 50% $p < 0.05$), stadio IV (50% vs 21,4% $p < 0.05$). Successivamente abbiamo confrontato il tasso di sopravvivenza libero da malattia ottenendo risultati sovrapponibili: 71% vs 66,3 % ($p < 0.05$) rispettivamente nei pazienti con anastomosi extracorporea ed intracorporea. Questo ci evidenzia come l'anastomosi intracorporea per l'emicolectomia destra laparoscopica sia una tecnica equiparabile all'anastomosi extracorporea in quanto a risultati a lungo termine.

Conclusioni: I dati ottenuti ci indicano come l'anastomosi intracorporea abbia una efficacia a lungo termine paragonabile sia dal punto di vista di sopravvivenza del paziente che da quello di sopravvivenza libera da malattia e quindi si può ritenere che un approccio meno invasivo rispetto alla anastomosi extracorporea, sia una alternativa sicura e parimenti efficace nella effettuazione dell'anastomosi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

PRECISION MEDICINE TO PATIENTS SURGICALLY TREATED FOR GASTRIC CANCERS: THE ONCOMINE FOCUS ASSAY

A. Rizzuto^{1,2}, D.M. Oliveira², G. Viglietto²

¹ AO dei Colli Monaldi, Napoli

² Università Magna Graecia, Catanzaro

Background: Precision medicine, a term used to describe how genetic information about patients' cancer, is used to diagnose and/or treat their disease, requires tight integration among surgeons, oncologists and molecular biologists. With the introduction of next-generation sequencing (NGS) assays for biomarker analysis there has been an explosion in the development of highly effective targeted therapies in cancer. However, NGS requires different approach to identify multiple types of genetic alterations that characterize tumors such as single nucleotide variations, copy number variations and gene fusions.

Aims: With the aim of ameliorating the characterization of patients with gastro-intestinal cancer and discovering novel biomarkers useful to address patients' therapy, we have set up a pipeline that comprises surgery, molecular analysis of resected tumors, identification of druggable target(s) for each tumor and selection of the corresponding drug.

Methods: This work combines the use of NGS with a novel multi-biomarker assay called Oncomine™ Focus Assay. Oncomine™ enables the simultaneous detection of genetic alterations across 52 known oncogenes that can be targeted by available drugs, whose use has been approved by the relevant regulatory institutions. Relevant targets include hotspot mutations in 34 genes, copy number variations in 19 genes and multiple fusions in 23 genes. Patients were recruited among those subjected to surgery for gastro-intestinal cancer at University of Catanzaro.

Results: By use of the Oncomine™, we analysed 22 gastric cancer including metastatic lesions resected from patients. Most tumors (>80%) showed alterations in at least one of the 52 druggable oncogenes. Of particular note is the finding of CN gains in HER2 and FGFR1 in patients with gastric cancer.

Conclusions: This study provides the proof-of-principle that the simultaneous detection of the most relevant genetic alterations across 52 known druggable oncogenes is a rapid and affordable strategy to identify cancer patients that can benefit from target therapy.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **11:00-13:30**
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

CHIRURGIA DEL TUMORE GASTRICO: L'IMPATTO DELLA LAPAROSCOPIA SUGLI OUTCOMES FUNZIONALI ED ONCOLOGICI NELLA NOSTRA ESPERIENZA MONOCENTRICA MULTIDISCIPLINARE

A. Gennai¹, M. Saracco¹, G. Talamo², S. Berti¹, P. Bonfante¹, C. Feleppa¹, A. Tognoni¹, F. Sucameli¹, E. Francone¹, V. Lorenzoni¹

¹ ASL 5 POLL, Ospedale Sant'Andrea, La Spezia

² Scuola Superiore S. Anna, Università di Pisa

Introduzione: La prima serie di pazienti trattati con tecnica laparoscopic-assisted per carcinoma gastrico distale è stata descritta da Kitano et al nel 1991. Successivamente la tecnica si è rapidamente diffusa in Oriente. La gastrectomia subtotale e totale laparoscopica è ritenuta dagli esperti tecnica di difficile esecuzione, in particolar modo per pazienti con elevato BMI o comorbidità cardio-respiratorie. La linfadenectomia laparoscopica deve essere eseguita da chirurghi con elevato expertise. Nonostante le difficoltà tecniche, la letteratura è però concorde sui benefici ottenuti con tecnica mini-invasiva quali riduzione del dolore post-operatorio, miglior risultato estetico, riduzione dell'ospedalizzazione, migliore qualità di vita. Tuttavia la gastrectomia laparoscopica, diffusamente utilizzata in Giappone, rimane appannaggio dei centri high-volume in Occidente.

Materiali e metodi: La nostra casistica comprende 166 pazienti, sottoposti a chirurgia gastrica di cui 158 per carcinoma gastrico/cardias da Gennaio 2006 al Marzo 2015 presso l'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia. La nostra osservazione, retrospettiva, analizza la disease-free survival (DFS) e la overall survival (OS) ed i principali outcomes a breve termine postoperatori. I nostri dati sono stratificati in base allo stadio di malattia ed al tipo di intervento.

Risultati: Complessivamente 158 casi, 140 (88.6%) erano affetti da ca stomaco, 18 (11.4 %) per ca del cardias, sono stati considerati nell'analisi e valutati per la risposta; di questi 91 erano maschi (58%) e 67 femmine (42%), l'età media pari a 74 (± 11) anni. 101 pazienti (63.9%) sono stati sottoposti a resezione laparoscopica, 30 in open (24.7%). In 9 casi (5.8%) è stata eseguita conversione in laparotomica. La Median Survival without disease progression è stata di 441 giorni [183-1278]. La curva di sopravvivenza libera da malattia ha dimostrato dei vantaggi nei pazienti sottoposti ad intervento videolaparoscopico rispetto all'approccio tradizionale open solo nei primi stadi, mentre non sembra impattare significativamente per gli stadi avanzati. Gli event rates al primo anno non sembrano risentire statisticamente della tecnica chirurgica e del tipo di terapia medica, ma solo dell'interruzione del trattamento medico e dello stadio iniziale di malattia. L'interruzione del trattamento è l'unica variabile che incide anche sulla sopravvivenza univariata.

Conclusioni: La gastrectomia laparoscopica è ormai da considerare una tecnica sicura, fattibile e con outcomes oncologici sovrapponibili a quelli della tecnica open. La nostra esperienza ha mostra che negli stadi iniziali di malattia esiste un beneficio a favore dell'approccio mini-invasivo in termini di DFS. Negli stadi avanzati, invece, la tecnica non sembra avere un impatto significativo. Tuttavia, consapevoli dei limiti del nostro studio, riteniamo necessari studi clinici randomizzati e controllati che possano dimostrare o confutare su larga scala i risultati ottenuti.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 11:00-13:30
UPPER GI: ESOFAGO, STOMACO, ONCOLOGICO

SALA P

I NET DEL DISTRETTO GASTROENTEROPANCREATICO. LA NOSTRA ESPERIENZA NEGLI ULTIMI 10 ANNI (2007-2017)

G. Casoni Pattacini, F. Pecchini, I. Roli, F. Bruno, B. Mullineris, V. Trapani, M. Piccoli

Chirurgia Generale, d'Urgenza e Nuove Tecnologie Baggiovara, Modena

Obiettivi: I tumori neuroendocrini (NET) sono relativamente rari e rappresentano meno dello 0,5% di tutti i tumori maligni. In Italia si registrano 3-4 nuovi casi ogni 100.000 persone in un anno, il che equivale a circa 2.500-2.700 nuovi casi all'anno. I più frequenti sono i tumori che riguardano il tratto gastro-entero-pancreatico (60-70%), seguono quelli che colpiscono polmoni e apparato respiratorio (20-30%) o altre regioni del corpo (10%) come cute, tiroide, paratiroide e surreni.

Negli ultimi decenni l'incidenza registrata è aumentata soprattutto perché sono migliorate le tecniche di diagnosi e la conoscenza delle caratteristiche della malattia

Negli ultimi 10 anni nella nostra U.O sono stati operati 51 casi di NET del distretto GEP, di cui 22 (43%) del distretto gastrointestinale e 29 (57%) localizzati a livello pancreatico.

Materiali e metodi: Abbiamo valutato quali sono state le tecniche chirurgiche da noi utilizzate sia per la patologia del distretto gastroenterico (GE) che per il distretto pancreatico.

I risultati dimostrano che con il progredire delle nostre skills chirurgiche nell'utilizzo delle tecniche mini-invasive si è verificato un progressivo incremento nell'utilizzo della tecnica laparoscopica e robotica a discapito delle tecniche tradizionali.

Per quel che riguarda la patologia a carico del distretto GE di 22 interventi eseguiti per NET, 13 sono stati eseguiti con tecnica laparoscopica e 9 con tecnica tradizionale.

Il distretto pancreatico dimostra che su 29 interventi 9 sono stati eseguiti con tecnica tradizionale, 12 con tecnica laparoscopica e 8 con tecnica robotica.

I NET del distretto GE erano localizzati prevalentemente a livello dello stomaco (6), dell'ileo terminale (7), appendice (6) ed i restanti a livello del duodeno, digiuno e colon.

Di questi la maggior parte sono stati operati con tecnica laparoscopica (17) ed in regime di urgenza (14).

I NET del pancreas erano localizzati a livello della porzione corpo/coda nella maggior parte dei casi (21) mentre (8) a livello della testa.

8 sono stati operati tramite l'utilizzo del Robot Da Vinci, 12 con tecnica laparoscopica e 9 con tecnica tradizionale.

Secondo la classificazione del WHO del 2010 29 NET sono stati classificati come G1, 15 come G2, 4 carcinoidi e 3 carcinomi.

Conclusioni: Dall'analisi retrospettiva dei nostri dati si evince come dal 2007 ad oggi il nostro approccio chirurgico verso i NET sia progressivamente virato verso una chirurgia di tipo mini-invasivo a discapito dell'approccio tradizionale grazie al progressivo miglioramento delle nostre conoscenze nell'ambito delle tecniche laparoscopica e robotica. (33 interventi con approccio mini-invasivo su un totale di 51 interventi).

La nostra casistica dimostra come ad oggi, con un buon Know-how sulle tecniche mini-invasive, sia possibile eseguire interventi chirurgici anche per i NET con tecnica mini-invasiva in totale sicurezza.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

DIFFERENT WAYS TO MANAGE INDOCYANINE GREEN FLUORESCENCE TO DIFFERENT PURPOSES IN LIVER SURGERY. A SYSTEMATIC REVIEW

S. Molfino¹, M.S. Alfano¹, S. Benedicenti¹, B. Molteni¹, M. Peroni¹, M. Baresi¹, A. Tarasconi¹, F. Catena², N. Vettoretto³, N. Portolani¹, G.L. Baiocchi¹

¹ Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia

² Department of Emergency Surgery Unit, Ospedale Maggiore, Parma

³ Surgical Unit, Montichiari Hospital, Spedali Civili di Brescia, Montichiari

Objective: Fluorescent properties of indocyanine green (ICG) for hepatic tumor identification and features have been recently studied. The aim is to review the published data on the use of ICG enhanced fluorescence surgery during liver resection.

Materials and methods: A systematic search of literature was performed using MEDLINE, EMBASE, Cochrane and Web-of-Science libraries. For all eligible studies, the following data were extracted: study design, number of cases, management of indocyanine green (dose, time and method of administration), type of surgery, outcome variables, false positive and accuracy value, if reported. For statistical analysis, it was considered significant $P < 0.05$, when published.

Results: 19 articles were fully analyzed and data were extracted. A total of 718 cases were globally analyzed as study group. No side effects of ICG were reported in any articles. 12 prospective observational, 1 randomized and 2 case-control studies were found. Three case reports and one experimental on animal model were also included.

Conclusions: Detection of superficial lesions, segmental staining, biliary anatomy investigation (biliary leakage detection, biliary tree anatomy) were the main clinical application of fluorescence liver guided surgery. The overall quality of the data currently available is limited but the role of fluorescence guided liver surgery seems promising.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **15:00-18:00**
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

INTRAOPERATIVE IMAGING OF LIVER NEOPLASMS WITH ICG: A SIMPLE YET POWERFUL TOOL. PRELIMINARY RESULTS

M.S. Alfano¹, S. Molfino¹, S. Benedicenti¹, B. Molteni¹, P. Porsio¹, F. Gheza², M. Botticini³, N. Portolani¹, G.L. Baiocchi¹

¹ *Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia*

² *Division of Minimally Invasive and Robotic Surgery, Department of Surgery, University of Illinois, Chicago (USA)*

³ *IGIER Università Bocconi, Milano*

Objective: Indocyanine green (ICG) is a widely available dye whose full potential in hepatobiliary surgery is still to be realized, partly because there are no precise guidelines on the optimal dose and timing of ICG injections. This study designed and tested an algorithm for the management of ICG injections before surgery in order to reach the best results in terms of liver staining.

Materials and methods: Patients with liver tumor scheduled for surgery underwent preoperative liver function assessment by LIMON test. Extra ICG iv injections at different dosages and times were performed. In-vivo analysis of the stain detected by near-infrared fluorescence imaging of the liver and of each resected nodule was recorded.

Results: 27 consecutive, unselected patients undergoing surgery for liver tumors were included. The overall success rate of ICG injections in terms of liver staining was 92.6%. The key findings are as follows: in the absence of, or with 7 or more days from, a previous ICG injection, the best dose of ICG injection to administer before the operation was 0.2 mg/kg, and the best timing for this injection was between 24 and 48 hours before the scheduled surgery. ICG fluorescence pattern in tumors was strong staining (41%), weak staining (15%), rim staining surrounding the tumor (30%), and no staining (15%).

Conclusions: ICG fluorescence imaging is a safe, minimally invasive, and inexpensive technique, as ICG is almost routinely administered in the preoperative stage. This study presents the preliminary yet promising findings of the testing of an algorithm for the management of ICG injections before surgery for liver tumors. This first step is the prerequisite for the ultimate goals, which are (i) the characterization of liver nodules, and (ii) the search for additional surface lesions undetected by preoperative radiological work-up.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

INDOCYANINE-GREEN FLUORESCENCE-GUIDED LIVER RESECTION OF METASTASIS FROM SQUAMOUS CELL CARCINOMA INVADING THE BILIARY TREE: A CASE REPORT

S. Benedicenti, S. Molfino, M.S. Alfano, B. Molteni, P. Porsio, N. Portolani, G.L. Baiocchi

Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia

Objective: The concept of fluorescence-guided navigation surgery based on indocyanine green (ICG) is a developing interest in many fields of surgical oncology. The technique seems to be promising also during hepatic resection.

Materials and methods: We reported our experience of ICG-fluorescence-guided liver resection of metastasis located at VIII Couinaud's segment from colon squamous cell carcinoma of a 74-years-old male patient.

Results: After laparotomy, the fluorescing tumor has been clearly identified on the liver surface. We have also identified a large area of fluorescent parenchyma that gets from the peripheral of the lesion up to the portal pedicle such as the neoplasia would interest the right biliary tree in the form of neoplastic lymphangitis. This datum was not pre-operatively known.

Conclusion: Fluorescent imaging navigation liver resection could be a feasible and safe technique helpful in identifying additional characteristics of lesion. It could be a powerful tool but further studies are required.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

IN-VIVO FLUORESCENCE STUDY OF THE ANATOMY OF LYMPHATIC DRAINAGE IN GASTRIC CANCER WITH THE USE OF ICG-FLUORESCENCE TRACING

M. Camoni¹, S. Molfino¹, B. Molteni¹, P. Porsio¹, M.S. Alfano¹, S. Benedicenti¹, F. Gheza², N. Portolani¹, G.L. Baiocchi¹

¹ *Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia*

² *Division of Minimally Invasive and Robotic Surgery, Department of Surgery, University of Illinois, Chicago (USA)*

Objective: Indocyanin-green fluorescence-guided oncological surgery is a majorly developing field, as it can be used in gastric cancers to help radical lymphadenectomy.

Materials and methods: This is a prospective study on 11 patients with gastric cancer submitted to surgery. Indocyanine-green was injected in the tumor before resection in order to better visualize with fluorescence-enhanced infrared camera the lymphatic drainage and lymph node basins both intraoperatively and ex vivo on-the-counter.

Results: In 9 patients, evaluation of fluorescence was effective in showing lymphatic drainage and lymph nodes in the operating field. In 3 of these, surgical strategies for lymphadenectomy was modified intraoperatively because of residual fluorescence (1 case) and detection of fluorescence beyond lymph node stations usually resected in D2 lymphadenectomy (2 cases). In total, 408 lymph nodes were removed, of which only 5 (1,2%) were metastatic and non-fluorescent (all 5 of them were collected from the same lymph node basin in one of the 2 patients in which fluorescence was not effective). No adverse reactions were recorded.

Conclusions: Fluorescent-guided surgery proved to be a safe technique, free of adverse reactions and x-rays exposition and could be effective in allowing visualization of lymph node basins and could be used as a guide to anatomical lymphadenectomy. Although further studies are required.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

GASTRIC CANCER INDOCYANINE GREEN LYMPH NODE NAVIGATION SURGERY: SYSTEMATIC REVIEW

B. Molteni, P. Porsio, S. Molfino, M.S. Alfano, S. Benedicenti, M. Camoni, N. Portolani, G. Baiocchi

Department of Clinical and Experimental Sciences, Surgical Clinic, University of Brescia

Background and aim: Sentinel lymph node (LN) biopsy is a common practice to determinate if a lymphadenectomy is needed in various malignancies. Recent studies have investigated the possibilities to extend sentinel LN biopsy in gastric cancer. Indocyanine green (ICG) is a diagnostic reagent recently introduced in sentinel LN biopsy field. This review aims to determinate the feasibility to use ICG to detect sentinel LN in gastric cancer.

Materials and methods: We carried out electronic research during July 2017. PubMed, EMBASE and Cochrane Library database were examined. Key words for the research were gastric or stomach cancer, indocyanine green, and lymph node.

We consider as inclusions criteria the following: original articles concerning LN navigation surgery in gastric cancer using ICG with near infrared light;

Exclusion criteria are as follow: reviews, case reports, meta-analyses, abstract, posters or letters; animal experimental trial; dye ICG tracer detected by naked eye; studies that include dual tracer; studies without sufficient data.

An excel table was filled including author and publication time, number of patients, clinical T stage, surgical method (laparoscopic or open), injection method, time of injection, dose of ICG injected, type of camera used and test results (identification rate, false negative and number of LN included into basin).

Results: A total of 390 records were identified: 132 PubMed, 238 EMBASE, 18 Cochrane and 2 from others sources. After duplication removal and screening with exclusion of non relevant articles 18 studies were included in the review. The sample size varied from 3 to 212 patients. Clinical T stage varied from T1 to T4, with a higher prevalence of T1 and T2, all N0 and M0. Both laparoscopic and open surgery technique were included.

No adverse event associated with sentinel LN biopsy or ICG injection was described. ICG was injected from 3 days before surgery to intraoperatively, injection way was submucosal or subserosal. Amount of ICG varied from 0,2 ml to 1 ml x 4 point of injection, dilution 33 µg/ml to 1,25 mg/0,5 ml. Identification rate range was between 90,90% and 100% average of sentinel LN detected was 2,9- 10,5. False negative rate varied from 0% to 60%.

Conclusion: ICG fluorescence navigation surgery seems to be safe in detection of sentinel LN in gastric cancer. High false negative rate was found in some studies, probably because the small number of the sample and in some cases in obese patients. Increasing T stage increase the risk of false negative. May IHC can help to better detect micrometastases and to reduce false negative. More studies are needed to overcome this problem. New cameras may help to better detect sentinel LN. ICG navigation surgery seems to be safe in both, open and laparoscopic approaches.

More studies are needed to better understand the role of ICG in gastric cancer navigation surgery.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE **15:00-18:00**
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

USO DEL VERDE INDOCIANINA NEL RITROVAMENTO DEL LINFONODO SENTINELLA IN CHIRURGIA DELLA MAMMELLA: UNA REALTÀ EFFICACE ED ECONOMICA

T. Fogacci, F. Cattin, G. Frisoni, L. Fabiocchi, G. Semprini, D. Samorani

AUSL Romagna Ospedale Santarcangelo di Romagna UO Chirurgia Generale, Rimini

Introduzione: Il verde indocianina (VI) è risultato essere da diversi studi efficace quanto il tecnezio nel ritrovare linfonodo sentinella nel caso di tumore della mammella.

Materiali e metodi: Presso unità di Senologia dell'Ospedale di Santarcangelo di Romagna negli ultimi quattro anni sono stati eseguiti più di 1100 interventi di biopsia del linfonodo sentinella con VI; questa metodica è stata usata anche nei casi di chemioterapia neoadiuvante 30 pazienti, e reinterventi dopo aver già eseguito in passato una altra biopsia del linfonodo sentinella 25 casi.

Risultati: La detection rate del linfonodo sentinella con VI è stata del 99% in totale, per quanto riguarda la media dei linfonodi asportati è stata 1.9. Nelle pazienti precedentemente trattate con chemioterapia neoadiuvante la detection rate è stata del 90% con media di linfonodi asportati di 4.2, anche per nuova biopsia del linfonodo sentinella dopo l'asportazione del primo la detection rate è stata del 92%

È stata eseguita anche l'analisi dei costi per linfonodo rispetto al tecnezio sui primi 300 casi quando le due metodiche, tecnezio e VI, sono state fatte in combinazione con una differenza di euro 1500 per il tecnezio contro euro 102 per il VI.

A questo si deve aggiungere il maggior confort per le pazienti in quanto la metodica con il VI si esegue direttamente in sala operatoria prima dell'intervento chirurgico, risparmiando la necessità di inviare la paziente in medicina nucleare.

Per quanto riguarda il fatto che c'è un lieve aumento del numero di linfonodi sentinella ritrovati (1.9 vs 1,4) con il VI questo in realtà è un vantaggio in quanto in alcune occasioni ha permesso di ritrovare linfonodi sentinella metastatici sfuggiti al tecnezio ed in altre invece ha permesso una decisione più adeguata seguendo le linee guida internazionali sulla dissezione ascellare se linfonodo sentinella positivo.

Il tempo di intervento si allunga solo di 3-4 minuti rispetto all'intervento con tecnezio, dato che migliora poi con l'esperienza.

Conclusioni: Il VI risulta essere equivalente nel ritrovare il linfonodo sentinella rispetto al tecnezio ma estremamente più economico in tutti i casi; nel caso specifico della chemioterapia neoadiuvante risulta invece essere assolutamente superiore per il numero di linfonodi asportati per la detection rate. Pertanto non ci sono motivi per non utilizzarlo sempre in tutti i casi di biopsia del linfonodo sentinella nel tumore della mammella.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

RARA DISTOPIA COLECISTO-COLEDOCICA CON COLECISTO-COLEDOCO LITIASI: UTILITÀ DEL RENDEZ-VOUS E DELLA FLUORESCENZA ICG

E. Mattone¹, E. Schembari¹, M. Teodoro¹, R. Lombardo¹, S. Latteri¹, A. Pesce², M. Mannino¹, M. Sofia¹, G. La Greca¹

¹AOE E. Cannizzaro, Catania

²AOU Policlinico Vittorio Emanuele, Catania

Obiettivi: La colecistectomia laparoscopica è una procedura ben codificata per il trattamento di molteplici patologie a carico della colecisti. Essa, tuttavia, può risultare particolarmente difficile in presenza di aberrazioni del dotto cistico, dell'arteria cistica o della colecisti stessa. L'utilizzo della fluorescenza con verde indocianina durante l'intervento chirurgico in laparoscopia può risultare molto utile in presenza di aberrazioni anatomiche.

Materiali e metodi: Si presenta alla nostra osservazione una paziente di 79 anni con dolore in ipocondrio destro, accentuato dopo il pasto, nausea e vomito. Gli esami di laboratorio rilevano la presenza di leucocitosi (12.90 K/aEL) con spiccata neutrofilia (84.20%), incremento delle transaminasi (AST: 208 U/l, ALT 173 U/l), della bilirubina totale (11.10 mg/dL) e diretta (6.97 mg/dL) e della PCR (17.67 mg/dL). L'esame ecografico dimostra la presenza di una raccolta fluida pericolecistica, ispessimento della parete della colecisti e dilatazione dell'epato-coledoco. L'esame TC rileva la presenza di colecisti distopica retroepatica, colelitiasi e coledoco-litiasi. Tali reperti vengono confermati anche dalla RM. Viene dunque posta la diagnosi di colecistite acuta litiasica e viene proposto alla paziente il trattamento combinato laparo-endoscopico di rendez-vous. Viene somministrato il verde indocianina per via endovenosa 60 minuti prima dell'inizio dell'intervento chirurgico. Si procede dunque all'identificazione degli elementi del triangolo di Calot e all'isolamento del dotto cistico e dell'arteria cistica. Viene quindi effettuata una colangiografia intraoperatoria transcistica che conferma la presenza di due calcoli nell'epatocoledoco. Si procede dunque alla bonifica della via biliare tramite rendez-vous e successivamente alla colecistectomia.

Risultati: La fluorescenza con verde indocianina si è dimostrata utile nell'identificazione del dotto cistico e dell'albero biliare, evitando così possibili lesioni iatrogene. Nel caso in esame è stato inoltre possibile identificare l'anomalia biliare caratterizzata dal diverso decorso del dotto cistico e del coledoco. Nel periodo post-operatorio la paziente non ha riportato complicanze degne di nota ed è stata dimessa in terza giornata programmando controlli ambulatoriali e prescrivendo terapia domiciliare. I successivi controlli ambulatoriali dopo 7, 10, 15, 30 e 60 giorni non hanno altresì evidenziato la presenza di complicanze.

Conclusioni: Sebbene la colecistectomia video-laparoscopica venga considerata una procedura sicura e ben codificata per il trattamento di numerose patologie a carico della colecisti, essa può risultare difficile in presenza di aberrazioni anatomiche. La fluorescenza con verde indocianina può aiutare il chirurgo nella corretta visualizzazione della colecisti e dell'albero biliare, riducendo così il rischio di lesioni iatrogene.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

L'UTILIZZO DELLA FLUORESCENZA IN CHIRURGIA BARIATRICA: OUTCOME E COMPLICANZE

C. Musolino, M.P. Giusti, E. Galfrascoli, M.A. Zappa

Ospedale Sacra Famiglia Fatebenefratelli, Erba

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio retrospettivo è quello di analizzare se l'utilizzo del test al verde indocianina intraoperatorio (IGC) permette di ridurre l'incidenza delle complicanze precoci legate alla chirurgia bariatrica; nella sleeve gastrectomy (SG) e nel Bypass gastrico (RYGB).

Materiali e metodi: Dal 2014 al 2017 abbiamo valutato 66 pazienti sottoposti a SG, di cui 33 con ICG test intraoperatorio e 33 senza e 94 pazienti sottoposti a RYGB, di cui 47 con ICG test intraoperatorio. Le procedure chirurgiche sono state standardizzate e attuate dalla stessa equipe operatoria.

Risultati: Nei 33 pazienti sottoposti a SG senza ICG test l'età media è di 43anni, il tempo operatorio medio (T.O.) è 105 min con degenza media di 4giorni.

Il BMI preoperatorio è di 37kg/m² e a 3 mesi BMI di 33kg/m².

Si è verificata una fistola gastrica trattata con posizionamento di protesi endoscopica ad un mese dall'intervento

Dei 33 pazienti sottoposti a SG a cui è stato somministrato ICG l'età media è di 45anni con un T.O. di 86 min e degenza media di 3giorni.

Il BMI preoperatorio medio è di 44 kg/m² e 37 kg/m² a 3 mesi.

Nel postoperatorio, in prima giornata, in questo gruppo, abbiamo riscontrato 2 episodi di emorragia per lesione dei vasi gastrici brevi. In un caso è stato necessario l'esecuzione di splenectomia laparotomica, mentre nel secondo caso l'emostasi con clips metalliche in laparoscopia ha risolto la complicanza.

I pazienti sottoposti a RYGB senza ICG presentano un'età media di 40anni, tempo operatorio di 132 con degenza di 4giorni. Il BMI preoperatorio è di 45kg/m² e 38kg/m² a 3 mesi.

In prima giornata postoperatoria abbiamo riscontrato episodio di sanguinamento della trancia gastrica trattata endoscopicamente.

I pazienti sottoposti a RYGB con ICG hanno un'età media di 46anni, tempo operatorio di 128 min e degenza di 4 giorni.

Il BMI preoperatorio è di 43kg/m² e 36kg/m² a 3 mesi.

Non si sono verificate complicanze postoperatorie, ma l'utilizzo dell'ICG ha permesso intraoperatoriamente la visione di un ematoma intramurale rifornito lungo la trancia gastrica ed un sanguinamento della stessa risoltasi con emostasi intraoperatoria.

Conclusioni: Questo studio preliminare evidenzia come l'utilizzo del verde indocianina possa essere utile nell'evitare sanguinamenti intraoperatori non altrimenti visibili e permetta quindi il loro trattamento immediato.

L'utilizzo della fluorescenza non prolunga la tempistica operatoria e non modifica l'efficacia dell'intervento.

L'esiguità del campione, tuttavia, in relazione alla bassa incidenza di complicanze, non permette di stabilire una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

RUOLO DELLA BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA NELLA PROGNOSE A LUNGO TERMINE DEI PAZIENTI CON MELANOMA CUTANEO: STUDIO PROSPETTICO CON DIECI ANNI DI FOLLOW-UP

F. Aisoni¹, L. Chimisso¹, M.G. Sibilla¹, S. Danese¹, C. Cittanti¹, S. Bonazza¹, M. Portinar², A. De Troia², P. Carcoforo¹

¹ Università degli Studi di Ferrara

² U.O.C. Chirurgia 2.Ospedale Sant' Anna, Cona, Ferrara

Introduzione: MSLT-I conferma il valore prognostico della biopsia del linfonodo sentinella (SLNB) nei pazienti con spessore intermedio del melanoma. Successivamente è stato suggerito come l'impatto sulla sopravvivenza globale di questa procedura, seguita da linfadenectomia immediata in caso di presenza di metastasi al linfonodo sentinella, potrebbe essere accertata con un follow up più lungo (> 5 anni). Lo scopo di questo studio è stato valutare l'impatto prognostico a lungo termine (> 10 anni) della SLNB e definire i fattori predittivi di metastasi al linfonodo sentinella, recidiva e mortalità melanoma specifica (MMS).

Metodi: Questo è uno studio prospettico osservazionale, monocentrico, su 289 pazienti con melanoma cutaneo primario sottoposti a SLNB da Gennaio 2000 a Dicembre 2007, e seguiti fino al Gennaio 2014.

Risultati: Lo spessore di Breslow mediano era 1,4 mm (0,9-2,6 mm). I pazienti con linfonodo sentinella positivo erano 59 (20,4%). Il tempo di follow up mediano era 116 mesi. E' stato visto come solo l'aumento dello spessore di Breslow risultava associato ad un aumento del rischio di sviluppare metastasi al linfonodo sentinella. I 10 anni liberi da malattia (DFS) e la sopravvivenza globale erano inferiori in pazienti con linfonodo sentinella positivo rispetto a quelli con linfonodo sentinella negativo (57,0% e 65,3%, rispettivamente). Invece, lo spessore di Breslow > 2mm è un fattore predittivo indipendente di recidiva, mentre questo ed il sesso maschile di mortalità melanoma specifica.

Conclusioni: A 10 anni, le metastasi al linfonodo sentinella da sole non sono un fattore predittivo nè di recidiva, nè di mortalità melanoma specifica e, probabilmente, potrebbero rappresentare solo una manifestazione di malattia, e sarebbero dovute principalmente alle caratteristiche del tumore e del paziente.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

AXILLARY REVERSE MAPPING.TRY TO IDENTIFY AND SPARE LYMPHATIC PATHWAYS IN BREAST CANCER SURGERY TO PREVENT BREAST CANCER RELATED LYMPHEDEMA RF-2013-02358165

A. De Troia, S. Panareo, S. Danese, L. Chimisso, F. Aisoni, S. Solari, P. Carcoforo

U.O.C. Chirurgia 2 - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Obiettivi: 1)Valutare la corrispondenza (crossover) tra il linfonodo sentinella di drenaggio della mammella e il linfonodo ARM di drenaggio del braccio per indagare la comparsa di BCRL post SLNB per carcinoma mammario. 2)Valutare le possibili alterazioni sub-cliniche anatomico-funzionali del drenaggio linfatico dell'arto superiore nelle donne sottoposte a chirurgia ascellare.3)Valutare l'incidenza di linfedema nelle pazienti in cui il linfonodo del braccio viene preservato rispetto a quelle in cui viene asportato in corso di linfadenectomia ascellare per carcinoma mammario.

Materiali e metodi: È uno studio randomizzato controllato finanziato dal Ministero della Salute (Ricerca Finalizzata 2013) su pazienti consecutive affette da carcinoma mammario (T1-T2) e sottoposte a biopsia radioguidata di linfonodo sentinella (SLNB) ed eventuale successiva linfadenectomia ascellare radicale (ALND) in caso di metastasi del linfonodo sentinella. La popolazione dello studio è costituita da pazienti candidate a SLNB e randomizzate in due gruppi: 1) Gruppo Sperimentale (150) in cui le pazienti sono sottoposte a SLNB e procedura ARM con tecnica fotodinamica; in caso di metastasi del SLN, sono sottoposte a successiva ALND con tecnica ARM (radioguidata e fotodinamica) e preservazione del linfonodo ARM; 2) Gruppo di Controllo (150), in cui le pazienti sono sottoposte a SLNB e procedura ARM con tecnica fotodinamica; in caso di metastasi del SLN, sono sottoposte a successiva ALND con tecnica ARM (radioguidata e fotodinamica) ed exeresi del linfonodo ARM.

Risultati preliminari: Da gennaio 2018 ad aprile 2018 20 pazienti sono già state sottoposte agli interventi. In tutte le pazienti è avvenuta l'identificazione del linfonodo ARM con tecnica fotodinamica. Non vi sono state complicanze perioperatorie secondarie all'intervento di exeresi del linfonodo sentinella con tecnica ARM. Durante il corso delle 20 procedure di SLNB con tecnica radioguidata e fotodinamica in 2 casi è stato riscontrato il fenomeno di crossover tra linfonodo sentinella (radioguidato) e linfonodo ARM (fotodinamico). In questi due casi il linfonodo è risultato essere non patologico. In 14 pazienti il linfonodo sentinella è risultato negativo all'analisi istopatologica. In una paziente il linfonodo sentinella è risultato essere micrometastatico; in 5 positivo per macrometastasi. 4 pazienti sono state sottoposte ad ALND di cui 3 randomizzate nel Gruppo di Controllo (asportazione del linfonodo ARM dopo sua identificazione) e una nel Gruppo Sperimentale con risparmio del linfonodo ARM. Nelle pazienti sottoposte ad ALND, le linfoscintigrafie preoperatorie non hanno dimostrato alterazioni nel drenaggio linfatico disto-proximale di entrambi gli arti. Intraoperatoriamente, è stato sempre identificato il linfonodo ARM, sempre coincidente sia con tecnica fotodinamica che con tecnica radioguidata.

Il follow-up multidisciplinare non ha dimostrato segni clinici di linfedema.

L'arruolamento delle pazienti prosegue nella nostra U.O.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

ANGIOGRAFIA A FLUORESCENZA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL PUNTO DI SEZIONE IN CHIRURGIA COLORETTALE

A. Picchetto, G. D'Ambrosio, S. La Rocca, F. De Laurentis

Università di Roma Sapienza, Az. Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivi: La deiscenza anastomotica (AL) rimane la più importante complicanza chirurgica nel cancro colo-rettale (CRC) con dei tassi variabili riportati in letteratura tra il 3 e il 20% e un aumento della mortalità associata dal 6% al 22%.

Attualmente non vi sono dei test intraoperatori validati predittivi della tenuta anastomotica.

Diversi fattori come la tensione anastomotica, vascolarizzazione e l'esecuzione di un'appropriata tecnica chirurgica, sono riportati in letteratura essere correlati con il rischio di AL.

L'angiografia a fluorescenza (FA) con Verde di Indocianina (ICG) è una metodica utilizzata per valutare la microperfusione in chirurgia epatobiliare, intestinale, dei trapianti e plastica.

L'obiettivo di questo studio prospettico è di verificare la fattibilità ed attendibilità della FA con ICG per valutare la vascolarizzazione del moncone colico prossimale in chirurgia colo-rettale al fine di stabilire il punto ottimale di sezione (PoT).

Metodi: I risultati preliminari di questo studio prospettico si riferiscono a 18 pazienti sottoposti a emicolectomia sinistra o resezione anteriore del retto VLS per CRC.

Dopo legatura e sezione di arteria e vena mesenterica inferiore, ampia mobilizzazione colica sinistra e sezione del moncone colico/rettale distale e prima dell'estrazione del pezzo operatorio, è stato somministrato un bolo di ICG (0.2 mg/kg) per via endovenosa.

La perfusione del colon è stata visualizzata e valutata tramite la FA in un tempo medio stimato di 1-2 minuti e la linea di demarcazione del tessuto perfuso è stata confrontata con il PoT precedentemente deciso dall'operatore. Tale PoT clinico è stato quindi valutato come inadeguato, adeguato o ottimale.

In tutti i pazienti l'air leak test è risultato negativo.

È stato valutato il tasso di variazione del PoT dopo FA e il tasso di AL sia clinicamente nel periodo postoperatorio che con clisma opaco ed endoscopia a 30 giorni dall'intervento chirurgico.

Risultati: In 15 pazienti la FA ha confermato come ottimale il PoT identificato dall'operatore, mentre in 2 è stato considerato inadeguato e in un caso adeguato.

Nel gruppo "inadeguato" in 1 caso il PoT dopo FA è risultato essere distale di circa 4cm, mentre nell'altro era 3cm craniale. In entrambi i casi il PoT è stato modificato in accordo con il risultato della FA.

Nel paziente considerato "adeguato" non è stato modificato il PoT, ma, non essendo questo ottimale alla FA, nonostante l'air-leak test negativo, si è preferito eseguire una ileostomia temporanea. Il controllo a 30 giorni ha mostrato una deiscenza anastomotica.

La metodica ha cambiato il programma chirurgico nel 16.6% dei casi (3/18).

Non sono state riportate reazioni avverse all'ICG.

Conclusioni: I risultati preliminari dello studio mostrano la fattibilità e sicurezza della metodica senza un sensibile prolungamento dei tempi operatori.

La dimostrazione dell'adeguata vascolarizzazione del moncone colico dovrà essere validata da maggiori casistiche ai fini della prevenzione della AL.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

USO DEL CGF (CONCENTRATED GROWTHFACTORS) NEL TRATTAMENTO DELLE ULCERE DEL PIEDE DIABETICO

R. Compagna¹, A. Florio¹, F. Calemma², G. Fatigati², F. Di Costanzo², B. Amato²

¹ Dip. Scienze Cardio-toraciche e Respiratorie-Università della Campania, Napoli

² Dip. Medicina Clinica e Chirurgia - Università di Napoli

Obiettivi: Le ulcere venose "non – healing" delle estremità degli arti inferiori nei pazienti diabetici, legate ai deficit del microcircolo (ulcere da "piede diabetico") peggiorano drasticamente la qualità della vita dei pazienti anziani che ne sono affetti. Negli ultimi anni l'utilizzo del plasma autologo ricco di piastrine (PRP) e ricco di fattori di crescita concentrati (Concentrated GrowthFactors, o CGF) ha riscontrato notevole interesse nel trattamento di tali lesioni ulcerative.

Al fine di verificare l'efficacia clinica del CGF quale ausilio alla guarigione delle lesioni ulcerative croniche da "piede diabetico" in pazienti anziani, rispetto al trattamento convenzionale, è stato condotto uno studio prospettico randomizzato multicentrico, di cui si presentano i risultati preliminari.

Materiali e metodi: Sono stati arruolati, 40 pazienti over 70 (età media 75+/- 4) (rapporto M/F:1/5) con ulcera cutanea da "piede diabetico" (da oltre 6 settimane e non tendente alla guarigione) e sono stati valutati nello studio.

Venti di questi pazienti, randomizzati, sono stati trattati con applicazione settimanale di CGF autologo per 6 settimane (Gruppo A) e altri 20 pazienti sono stati trattati con trattamento convenzionale (medicazione quotidiana con immersione del piede in soluzione di ipoclorito di sodio al 5% per 5 min. e quindi medicazione con iodopovidone crema) per 6 settimane (Gruppo B). Tutti i pazienti sono stati equilibrati dal punto di vista glicemico e metabolico, hanno effettuato terapia antibiotica sistemica e sono risultati non affetti da arteriopatia ostruttiva periferica. I risultati del trattamento sono stati calcolati per percentuale di miglioramento nell'area dell'ulcera (end-point primario) e per riduzione della sintomatologia dolorosa (end-point secondario).

Risultati: Rispetto alla terapia convenzionale, un miglioramento significativo nell'area dell'ulcera è stata osservata dopo la terapia con CGF (valore P=0.001). La variazione dell'area dell'ulcera post- CGF e quella della terapia convenzionale è stata rispettivamente di 4,82 +/- 10,72 cm. e di 0,15 +/- 0,25cm., mentre il miglioramento percentuale medio nell'area dell'ulcera post-CGF e della terapia convenzionale è stato del 67,6% +/- 36,6% e 28,06% +/- 13,67%, rispettivamente. Il miglioramento soggettivo del dolore associato all'ulcera è stato osservato nell' 85% i pazienti del Gruppo A, contro il 55% dei pazienti del gruppo B: i parametri sono stati valutati con metodica VAS (Visual Analogue Scale), ed il risultato è stato significativamente migliore nei pazienti sottoposti a medicazione con CGF, rispetto al gruppo controllo.

Conclusioni: La metodica di medicazione con CGF è una procedura sicura e non chirurgica per il trattamento di ulcere diabetiche "non-healing" degli arti, anche in pazienti anziani. I risultati ottenuti sono incoraggianti tuttavia necessitano di ulteriori studi con dimensioni maggiori del campione e periodi di follow-up più lunghi.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

TROMBOLISI INTRA-ARTERIOSA CON UROKINASE + PROCEDURA ENDOVASCOLARE QUALE TERAPIA DI PRIMO LIVELLO PER L'ISCHEMIA ACUTA CRITICA DEGLI ARTI INFERIORI

R. Compagna¹, F. Calemma², A. Florio¹, F. Di Costanzo², G. Fatigati², B. Amato²

¹ Dipartimento di Scienze Cardio-toraciche e Respiratorie, Università degli Studi della Campania, Napoli

² Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli

Obiettivi: L'ischemia acuta dell'arto inferiore, i cui tassi di amputazione e di mortalità secondaria sono ancora elevati, rappresenta una condizione di rischio significativo per la sopravvivenza dell'arto inferiore interessato e, seppure possa essere gestita con un intervento chirurgico, vede la trombolisi percutanea intra-arteriosa (TPA) mediante catetere, seguita da procedura di PTA o Stent, quale alternativa terapeutica valida, specie in condizioni di impedimenti chirurgici legati al paziente o alla organizzazione sanitaria. La TPA come trattamento per la CLI acuta non è comune e dipende dalla esperienza degli operatori.

Questo studio valuta l'uso della trombolisi percutanea intra-arteriosa con urokinase a basso dosaggio in combinazione con trattamento endovascolare quale un possibile trattamento percutaneo primario nella gestione dell'ischemia critica acuta degli arti.

Materiale e metodi: Un'analisi retrospettiva ha valutato i risultati di 62 arti in 55 pazienti (età media, 72 anni) trattati con infusione intra-arteriosa di urokinase diretta da catetere e successivo trattamento endovascolare per la terapia dell'ischemia acuta degli arti inferiori. Il gruppo comprendeva 32 innesti di bypass e 30 arterie native. Tutti gli arti non presentavano impotenza funzionale alla prima osservazione. La durata media dalla insorgenza dei sintomi era di 5 +/- 2 giorni. La dose media di farmaco somministrato è stata di 2,1 milioni di unità di urokinase (range 0,8-4,5 milioni di unità) con una durata mediana del trattamento di 28 ore (intervallo 4-86 ore). Il successo terapeutico è stato definito come ricanalizzazione del 95% di un segmento occluso con ritorno di flusso anterogrado. Successivamente al controllo angiografico si è proceduto nell'86% dei casi a procedure endovascolari di completamento, mediante PTA (58% dei casi) o stenting (62%).

Risultati: Cinquantasette pazienti non hanno richiesto alcun ulteriore intervento prima della dimissione, 14 hanno avuto un intervento reiterato e uno è deceduto (per un'emorragia cerebrale). Le complicanze emorragiche maggiori sono state definite come qualsiasi evento emorragico che porta a un intervento chirurgico, ricovero prolungato o inatteso, necessità di trasfusione, decesso, emorragia intracranica o una diminuzione dell'ematocrito del 15%, o dell'emoglobina di 5 g / dl. Sono stati calcolati i tassi di mortalità e di amputazione a trenta giorni. Le caratteristiche del paziente e i parametri di infusione sono stati valutati in rapporto al successo terapeutico o alle complicanze maggiori.

Conclusioni: I tassi di lisi primaria del trombo, nei pazienti trattati, sono stati favorevoli nei pazienti trattati con la procedura proposta. I tassi di complicanze sono stati incoraggianti e comparabili con gli studi presenti in letteratura.



MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

EFFICACIA DI UNA NUOVA MATRICE FLUIDA IN ULCERE TUNNELLIZZATE O CAVITARIE NEL PIEDE DIABETICO: UNO STUDIO PRELIMINARE

R. Guerniero

Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Obiettivi: Dimostrare la sicurezza e la efficacia di una matrice fluida acellulare, Flowable Wound Matrix, in pazienti portatori di piede diabetico con lesioni cavitare o tunnellizzate interessanti strutture profonde.

Metodi e Materiali: Tra il marzo 2016 e febbraio 2018 sono stati trattati presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale e Geriatrica dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, 43 pazienti portatori di piede diabetico con lesione cavitare e/o tunnellizzate. Le lesioni, dopo terapia antibiotica mirata, medicazioni avanzate, bendaggio elastocompressivo sono state sottoposte a detersione chirurgica ed applicazione di biomateriale fluido cavitario. I bordi della ferita chirurgica erano avvicinati con punti di sutura o lasciati guarire per seconda intenzione.

Risultati: Dopo 6 settimane, il 78,26% dei pazienti è guarito completamente dopo una singola applicazione del FWM. Il tempo di guarigione per tutte le ferite cicatrizzate era di $30,85 \pm 12,62$ giorni, o di $26,11 \pm 5,43$ giorni nei pazienti per i quali i margini della ferita erano approssimati da punti e $57,66 \pm 3,05$ giorni nei pazienti che guarivano per seconda intenzione ($P = 0,01$). È stata osservata una rigenerazione tissutale permanente in un'alta percentuale di pazienti e sono stati raggiunti tempi di guarigione più brevi. Gli autori dello studio hanno osservato un basso tasso di complicanze come l'amputazione maggiore e l'ospedalizzazione aumentata.

Conclusioni: L'FWM sembra ideale per ulcere tunnellizzate e cavità con geometria irregolare. Questa nuova matrice porosa consente la chiusura della lesione riducendo i tempi di guarigione e la chirurgia di demolizione.

MERCOLEDÌ 17 OTTOBRE 15:00-18:00
CHIRURGIA FLUO GUIDATA, ISCHEMIA CRITICA ARTO

SALA P

SALVATAGGIO D'ARTO: ESPERIENZA DI UN ANNO IN UN DEA DI SECONDO LIVELLO

M. Assenza, P. Ferrari, I. Iannone, D. Angelieri, C. De Padua, S. Santillo, B. Cirillo, L. Esposito, S. Ribaldi, D. Rossi

Università La Sapienza Policlinico Umberto I, Roma

Obiettivo: Valutare i risultati a breve e lungo termine di traumi complessi d'arto per capire quando sia possibile effettuare il salvataggio d'arto, anche mediante l'ausilio dei nuovi device che la tecnologia ci mette a disposizione (stent vascolare, VAC therapy, ecc), e valutarne l'efficacia in termini di qualità di vita, mortalità e rapporto beneficio/costo.

Materiali e metodi: Sono stati raccolti i dati di 10 pazienti con ingresso presso il nostro DEA nell'anno 2017, con diagnosi di trauma complesso dell'arto inferiore.

Risultati: In tutti i casi il salvataggio d'arto è riuscito con successo, anche mediante l'ausilio di tecniche di microchirurgia vascolare e di chirurgia plastica. Si sono registrati però due casi di morte per sepsi e successiva MOF. In un caso il recupero funzionale è stato minimo, con alterazione della qualità della vita del paziente. Negli altri casi invece è avvenuto un ottimo recupero della funzionalità dell'arto.

Conclusioni: Il salvataggio dell'arto nella maggior parte dei casi risulta tecnicamente praticabile. Il paziente deve essere però gestito nell'immediato post-operatorio da un team multidisciplinare, che sappia cogliere le complicanze precoci, soprattutto di tipo infettivo/settico. All'atto chirurgico deve sempre precedere una importante valutazione del risultato funzionale previsto. Oggi con l'introduzione di nuove protesi, la vita del paziente amputato raggiunge una qualità ottima, pertanto il salvataggio dell'arto non può prescindere da un risultato funzionale ottimale.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

A MENDELIAN RANDOMIZATION APPROACH TO PREDICT THE RISK TO DEVELOP PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

M. Gentiluomo¹, Y. Lu², O. Obazee², F. Canzian², D. Campa¹

¹ Department of Biology, University of Pisa

² Genomic Epidemiology Group, German Cancer Research Center (DKFZ), Heidelberg (GERMANIA)

Objective: Genome-wide association studies (GWAS) have identified various genetic loci associated with multiple traits that are established or putative risk factors for pancreatic adenocarcinoma (PDAC). Using a Mendelian Randomization (MR) approach we tested the hypothesis that the cumulative effects of common genetic variants related to PDAC risk factors could also predict the risk of developing PDAC.

Materials and methods: Using the GWAS Catalog web tool (<https://www.ebi.ac.uk/gwas/>), we identified 320 SNPs strongly associated with several PDAC risk factors such as adiponectin levels, alcohol consumption, allergy, bilirubin levels, type 1 diabetes, folate levels, hepatitis, metabolic syndrome, smoking behaviours and vitamin D levels. BMI and type 2 diabetes were excluded, because they have been already studied and reported by others. The selected variants were analysed within a series of 3727 PDAC patients and 3522 controls using publicly available genome-wide data from the Pancreatic Cancer Cohort Consortium (PanScan I, PanScan II, PanScan III). For the SNPs for which genotyping was not available, we used imputed data obtained with IMPUTE 4 and the 1000 Genomes as reference panel. For each risk factor, we generated a genetic risk score (GRS) adding all alleles known to be associated with that factor. Logistic regression computing odds ratios (OR), 95% confidence intervals (95% CIs) and p values were used to estimate the association between each GRS and PDAC risk. To test this approach, we performed preliminary analyses using genetic variants associated with fasting insulin level.

Results: The results show an association between the score obtained from the alleles associated with fasting insulin and PDAC risk. In particular, the increase in the genetically determined fasting insulin levels is associated with the increased risk of developing PDAC (OR=1.03, 95% CI=1.01-1.05, p=0.041). The association with fasting insulin levels is observed only in males, while in women there is no statistically significant association.

Conclusions: The data reported in our study, although preliminary, suggest that using genetic variants in an MR approach could be a valid and innovative tool to increase our knowledge about risk factors for PDAC.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

DISSECTING THE GERMLINE BACKGROUND OF PANCREATIC CANCER: PRELIMINARY RESULTS OF NGS SCREENING FOR HEREDITARY VARIANTS IN DNA DAMAGE REPAIR GENES

M. Pallocca, F. Goeman, F. De Nicola, S. Scalera, M. Panetta, P. Nisticò, V. Vaccaro, F. Cognetti, G. Ciliberto, M. Fanciulli, M. Milella

Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

Aims: There is no accepted guideline for germline hereditary screening of Pancreatic Adenocarcinoma (PDAC), even if in the last years several evidences have been reported that link germline defects in the DNA Repair machinery to PDAC pathogenesis (Shindo et. Al JCO 2017; Pihlak et. Al Oncotarget 2017). A subgroup of these patients could be effectively characterized as it happens with subsets of Breast and Colorectal Cancers.

Materials and methods: We designed a custom panel using QIAGEN QIAseq technology including 65 genes involved in the DNA Damage Repair (DDR) (BRCA1; BRCA2; ATM among others) and sequenced the isolated PBMC of 48 PDAC patients. Raw data was analyzed using the QIAGEN Analysis Workbench Cloud software, and mutation VCFs were annotated via ANNOVAR. Custom Python scripting was used to merge our dataset with EXCHANGE data (from ENIGMA/LOVD BRCA consortia) and other publicly available mutational datasets.

Results: Out of 48, 2 patients (4%) harbored BRCA1 mutations considered to be pathogenic for Breast Cancer Susceptibility. These variants were known and annotated in the EXCHANGE dataset and ClinVar. We then used ClinVar annotation to keep only variants known to be Pathogenic. With this filter, we found 8 other patients (17%) carrying rare (MAF < 1%) pathogenic mutations in 6 distinct genes of the DDR pathway. 4 of these were associated with the insurgence different polyposis types. Furthermore, we managed to compare our variants with the ones recently reported in the last CELL/TCGA issue as being genetically predisposing for cancer according to advanced bioinformatic integration of 10389 cancers (Huang. Et. Al 2018, Cell). Only the two BRCA1 variants were a match according to this dataset.

Conclusions: This preliminary data shows that a subset of PDAC patients could carry pathogenic germline variants, that could benefit from familiar genetic counseling. Sequencing of approximately 250 additional patients in our pancreatic cancer biobank is ongoing and results will be correlated with familiar history, somatic genomic profiling of tumors and clinical data.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

FEASIBILITY AND POTENTIAL IMPACT ON CLINICAL DECISION MAKING OF NGS-BASED GENOMIC PROFILING IN ADVANCED PANCREATIC ADENOCARCINOMA (APDAC)

M. Milella¹, V. Vaccaro¹, B. Casini¹, E. Gallo¹, D. Assisi¹, G. Pizzi¹, G. Vallati¹, L.R. Grillo², B. Antoniani¹, V. Barucca³, C. Spoto⁴, M. Imperatori⁵, G. Grazi¹, E. Pescarmona¹, F. Marandino¹, M.G. Diodoro¹, F. Cognetti¹, S. Buglioni¹

¹ IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

² Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma

³ Ospedale Misericordia, Grosseto

⁴ Ospedale S. Maria Goretti, Latina

⁵ IRCCS CROB, Rionero In Vulture

Objectives: NGS-based genomic profiling is the method of choice to assess focused panels of druggable molecular drivers and some NGS-based tests have obtained regulatory approval. Despite increasing knowledge on PDAC biology and distinct molecular subclasses, the feasibility and potential clinical impact of NGS-based genomic profiling in aPDAC has not been thoroughly explored. Moreover, no targeted or immunological agents have proven effective so far, calling into question the potential clinical relevance of molecular profiling in this disease. We therefore analyzed aPDAC cases which underwent NGS-based profiling at our Institution.

Methods: We retrospectively reviewed clinical and treatment data of aPDAC patients (pts) treated at our Institution, who underwent NGS-based genomic profiling with either the OncoPrint[®] 22-gene panel (11 pts, 13 samples) or the FoundationOne[®] 315-gene panel (6 pts).

Results: Clinical triggers of NGS testing were: 1) unusual clinical history/response to treatment; 2) clinical evidence of low metastatic potential; 3) differential diagnosis in metastatic disease. NGS-based profiling was obtained in all but 1 pt (inadequate bioptic material); surgical specimens and biopsies (including EUS-guided biopsies) were the source of tumor tissue in 11 and 8 cases, respectively. KRAS and TP53 mutations were the most frequent recurrent alterations, followed by CDKN2A; SMAD4 loss was observed in only 1 patient; in 4 patients no mutations could be identified among the 22 genes of the OncoPrint[®] panel. Potentially druggable alterations were found in 4 patients (FGFR3 mut, MET ex 14 mut, PTEN loss/STK11 mut, PALB2 mut) and CDKN2A alterations in 3 additional pts. MSI was tested in 4 patients (all 4 MSS) and tumor mutational burden was low (3-5 mut/MB) in all 3 pt tested. Absence of SMAD4 alterations was used to support the clinical decision to proceed with loco-regional treatment in 3 pts (surgery in 1 pt; RT in 2 pts). Discrepancies in the molecular profiles of a primary pancreatic lesion and of a pulmonary nodule, supported the clinical diagnosis of a second lung primary in one case.

Conclusions: NGS-based profiling is feasible in aPDAC, even on limited diagnostic material, and could add useful information for clinical pt management.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

THE ROLE OF MOLECULAR PATHOLOGY AND IMMUNOTHERAPY IN ADJUVANT SETTING OF PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA: TUMOR VOLUME AND MICROSATELLITE INSTABILITY INVERSELY AFFECT EARLY PROGRESSION FREE SURVIVAL

N. Funel, L.E. Pollina, M. Palmeri, G. Di Franco, S. Guadagni, N. Furbetta, D. Gianardi, M. Bianchini, L. Rossi, G. Stefanini, M. Gentiluomo, D. Campa, E. Vasile, L. Fornaro, S. Catanese, G. Di Candio, A. Falcone, F. Mosca, L. Morelli

University of Pisa

Objectives: Pancreatic Ductal AdenoCarcinoma (PDAC) presents in about 1% of cases MicroSatellite Instability (MSI), a phenotype correlated to damage of DNA Mismatch Repair (MMR) system. Tumor cells with MSI express aberrant protein and potentially immunogenic antigens: since, Immunotherapy (IT) with ICK inhibitors represents a kind of personalized treatment for patients with MSI-related cancer and supports the evaluation of MSI phenotype in PDAC. The aim of this study is to evaluate MSI in metastatic PDAC patients after surgery featuring first line of chemotherapy (CT) in order to evaluate a possible role of immunotherapy treatment.

Materials and methods: Ten patients with metastatic PDAC after pancreatic resection and adjuvant CT were for MSI analyses. Immunohistochemistry evaluations for genes MLH1, MSH2, MSH6 and PMS2 were performed. We considered MSI when at the least 30% of selected markers lost their protein expression. Pathological data of primary tumor were assessed according to VIII edition of TNM and tumor size was evaluated as volume (cm³). Clinical data, Progression Free Survival (PFS) and Overall Survival (OS) were obtained by Long-Rank tests.

Results: The mean follow-up was 19 months; living patients were 70% (7 out of 10). The median PFS and OS were 7.5 months and 23 months, respectively. All of these patients presented a microsatellite stability, in which no alterations of protein expression in MMR system were found. Indeed, nobody underwent IT. However, regarding PFS, we identified two different groups (each one composed by 5 patients), based on their early (E) or late (L) metastatic pathology (less or more than 6 months after surgery, respectively). We found a significant difference of PFS between these two groups (E 2.20 vs L 14.63; HR=4.644; CI 95% 3.982-103.200; p=0.0018). Furthermore, we found significant differences between E and L group in terms of mean tumor score (2.780 vs 1.870; p=0.0067) and mean tumor volume (88.68 vs 8.30; p=0.0068). No significant differences in OS were observed, until now.

Conclusion: Our study confirmed that MMR/MSI alterations are extremely rare in patients with PDAC and this represents a limit in order to include these patients in IT clinical trials. However, whether MSI pathways might be involved in early metastatic process of PDAC still remains unclear. Nevertheless we demonstrated that both tumor scoring and tumor volume play a pivotal role in early recurrence of PDAC. The molecular analysis of PDAC should be performed to define a correlation with early metastasis that may increase the know-how around PFS in PDAC patients.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

ROLE OF STELLATE CELLS IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA DRUG RESISTANCE EVALUATED IN A 3D MODEL IN VITRO

O. Firuzi¹, P.P. Che², M. Buijs², B. El Hassouni², S. Coppola³, I. Carnevale², M. Lohr⁴, R. Heuchel⁴, L. Saso⁵, G. Peters², E. Giovannetti^{2,6}

¹ Medicinal and Natural Products Chemistry Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz (IRAN)

² Department of Medical Oncology, Cancer Center Amsterdam, VU University Medical Center, Amsterdam (PAESI BASSI)

³ Physics of Life Processes, Huygens-Kamerlingh Onnes Laboratory, Leiden University, Leiden (PAESI BASSI)

⁴ Division of Surgery, CLINTEC, Karolinska Institutet, Stockholm (SVEZIA)

⁵ Department of Physiology and Pharmacology Vittorio Erspamer, Sapienza University, Rome

⁶ Cancer Pharmacology Lab, AIRC Start-Up Unit, University of Pisa

Pancreatic ductal adenocarcinoma has one of the lowest 5-year survival rates among all cancers and it is going to be the 2nd leading cause of cancer death in 2030. Drug resistance and early metastasis are among the main causes of this dismal prognosis and tumor microenvironment may give a considerable contribution to this aggressive behavior. Pancreatic stellate cells (PSCs) are the main source of cancer-associated fibroblasts in stroma, and are suspected to induce drug resistance by paracrine secretion of hepatocyte growth factor (HGF) and activation of the MET receptor in cancer cells. We first examined the effect of human PSC conditioned medium on the growth and drug resistance of six different primary cell cultures isolated from PDAC patients by sulforhodamine B (SRB) assay growing as monolayers. Further, we developed a spheroid 3D-co-culture with PDAC5-SSEA4 and immortalized or primary PSC cells and examined the effects of different drugs by luciferase assay, immunofluorescence and confocal microscopy. Conditioned medium of stimulated PSC cells, i.e., primed with PDAC conditioned medium, gave growth advantage to different primary PDAC cells and made them several times more resistant to gemcitabine and oxaliplatin. PDAC5-SSEA4/PSC spheroids were much more resistant to gemcitabine and oxaliplatin compared to PDAC5-SSEA4 spheroids. However, MET inhibitors such as tivantinib and PHA-665752 were equally effective in homo and heterospheroids. Of note, immortalized and primary PSC cells had similar influences on the behavior of PDAC cells in spheroids. In conclusion, we successfully developed a 3D-spheroid model to evaluate the interaction of primary PDAC cells with PSCs. Pharmacological studies provided evidence that spheroids containing PSCs are much more resistant to cytotoxic drugs. Conversely MET inhibitors seem to be valuable tools to overcome the drug resistance of PDAC cells caused by the presence of PSC cells.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

DEVELOPMENT OF A FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION (FISH) METHOD FOR DETECTION OF INTRA-TUMOR BACTERIA INVOLVED IN PANCREATIC CANCER CHEMORESISTANCE

S. Coppola¹, I. Carnevale^{2,3}, D. Deng⁴, N. Funel³, T. Schmidt¹, G. Kazemier⁵, E. Zaura⁴, E. Giovannetti^{2,3}

¹ Leiden Institute of Physics, Leiden University, Leiden (PAESI BASSI)

² Department of Medical Oncology, VU University Medical Center Amsterdam, Amsterdam (PAESI BASSI)

³ Cancer Pharmacology Lab- AIRC Start-Up Unit, University Hospital of Pisa

⁴ Department of Preventive Dentistry, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, Amsterdam (PAESI BASSI)

⁵ Department of Surgery, VU University Medical Center, Amsterdam (PAESI BASSI)

Introduction: Pancreatic cancer (PC) is projected to become the second leading cause of cancer-related deaths in 2020. Recent studies demonstrate that bacteria are a component of pancreatic tumor microenvironment, and they may also play a critical role in mediating resistance to chemotherapy [1]. Remarkably, a prospective study showed that the presence of two oral pathogens, *Porphyromonas gingivalis* and *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, was associated with an elevated risk of developing PC [2].

Material and Methods: This study aimed at developing a novel fluorescence in situ hybridization (FISH) based method to specifically detect oral bacteria in formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) sections from PC patients. Multi-wavelength confocal spinning disk microscopy was used to discriminate with high spatial resolution and sensitivity the tissue high autofluorescence signal from even low number of emitters/bacteria. Bacterial FISH probes were primers for the 16s rRNA molecule.

Results and Discussions: FISH allowed the in situ localisation and the study of spatial organisation of bacterial cells as they occur in PC. FISH results were always definitive and well-detectable both in 4 and 20 µm FFPE sections. The intensity of the fluorescence was a direct measure for the activity of the bacterial cells, whereas inactive cells were recognised by their low intensity fluorescence. Thus, our method gives a optimal sensitivity of fluorescence and low background by subtracting autofluorescence components.

Our FISH preliminary data confirmed the presence of bacteria in the pancreatic tumor microenvironment and support further studies aimed at elucidating how oral bacteria are involved in PC etiology.

It is well-known that the chemoresistance (intrinsic and acquired) has been a major problem for PC treatment [3] and a recent study showed the role of bacteria in resistance to gemcitabine [1]. To this end, the establishment of our reliable FISH protocol allows us to further investigate the potential role of oral bacteria in the failure of standard treatments for PC.

Conclusion: Our new robust methodology will contribute to obtain meaningful data and to unravel the complex interaction between oral bacteria and pancreatic cancer chemoresistance in clinically well-annotated tissues, ultimately identifying specific bacteria as potential biomarkers for early detection/treatment.

1. Geller et al., Science 357, 1156-1160 (2017)

2. Farrell JJ et al., Gut 61, 582-588 (2012)

3. Coppola et al., Drug Resist. Updates 31, 43-51 (2017)

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

EZH2 AS A NOVEL THERAPEUTIC TARGET FOR TREATMENT OF PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

M. Capula¹, I. Carnevale^{1,2}, N. Funel¹, E. Giovannetti^{1,2}

¹ Cancer Pharmacology Lab-AIRC Start-Up Unit, University Hospital of Pisa

² Department of Medical Oncology, VU University Medical Center Amsterdam, Amsterdam (PAESI BASSI)

Aim: Enhancer of Zeste Homolog-2 (EZH2) is over-expressed in pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) and plays an essential role in cancer-stem-cell self-renewal through methylation of histone-H3-lysine-27 (H3K27m3). Therefore, in the present study we explored the effects of the EZH2-inhibitor 3-deazaneplanocin A (DZNeP) and its interaction with gemcitabine in PDAC cells.

Material and methods: Experiments were performed on 8 immortalized PDAC cell lines and 7 primary cultures. Quantitative-RT-PCR was used to detect EZH2 mRNA expression. Western blot analysis was performed to evaluate the effect of DZNeP on EZH2 and H3K27m3 protein expression; while LC-MSMS was used to detect protein expression of the nucleoside transporters hENT1/hCNT1. At last, cell migration was evaluated using wound-healing assay.

Results: EZH2 mRNA expression was detected by quantitative-RT-PCR in 15 PDAC cells, including 7 primary cell cultures, where the expression was highly correlated with the expression in their originator tumors (Spearman-R2=0.89, P=0.01). EZH2 expression levels in tumor cells ranged between 0.1 to 0.6 (ratio with beta-actin), and were significantly higher than levels observed in the HPNE immortalized ductal pancreatic cells (0.04) and in fibroblasts (0.03).

DZNeP (5 µM, 72 hour-exposure) modulated EZH2 and H3K27m3 protein expression and synergistically enhanced the antiproliferative activity of gemcitabine, with combination index values of 0.2 (PANC-1), 0.3 (MIA PaCa-2) and 0.7 (LPC006). DZNeP induced cell cycle arrest in the G1-S boundary, while the drug combination reduced the percentages of cells in the G2/M phase (e.g., in PANC-1 cells from 27 to 19%, P<0.05). The synergistic interaction was associated with increased apoptosis, particularly after the DZNeP/gemcitabine combination. Moreover, DZNeP enhanced the mRNA and protein expression of the nucleoside transporters hENT1/hCNT1, possibly because of the significant reduction of deoxynucleotides content (e.g., 25% reduction of deoxycytidine nucleotides in the PANC-1 cells).

DZNeP decreased cell migration, which was additionally reduced by DZNeP/gemcitabine combination, as detected with the wound-healing assay, which was 20% in LPc006 cells after 8 hours of exposure to the DZNeP/gemcitabine combination (P<0.05). This reduced migration was associated with increased E-cadherin expression both at mRNA and protein levels, in PANC-1 and LPc006 cells. Furthermore, DZNeP and DZNeP/gemcitabine combination significantly reduced the volume of PDAC spheroids, decreasing the proportion of CD133+ cells.

Conclusion: All these molecular mechanisms underlying the synergism of DZNeP/gemcitabine combination support further studies on novel therapeutic approaches targeting EZH2 for the treatment of PDAC.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

COMPARISON BETWEEN METABOLIC PROFILE OF PANCREATIC JUICE AND PLASMA BY 1H NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE SPECTROSCOPY IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA PATIENTS

F. Marchesi¹, G. Castino¹, G. Capretti¹, P. Takis², F. Gavazzi¹, C. Ridolfi¹, G. Nappo¹, R. Avigni¹, P. Allavena¹, A. Mantovani¹, A. Zerbi¹

¹ Humanitas University, Rozzano (MI)

² Giotto S.r.l., Sesto Fiorentino

Objective: Metabolic reprogramming is a hallmark of cancer progression and can severely impact on the efficacy of the anti-tumour immune response. Cancer cell metabolic alterations result in modification of biological fluids, which could therefore represent a source of metabolic markers of disease. In a previous work, we have reported the results of a 1H nuclear magnetic resonance (NMR) spectroscopy analysis performed on pancreatic juice from 40 patients who underwent a pancreaticoduodenectomy in our institute. We found that metabolic profile of pancreatic juice singles out pancreatic adenocarcinomas (PDAC) from other less aggressive pancreatic diseases, with an accuracy of 82.8%. Notably, significantly higher concentration of lactate can be detected in pancreatic juice, suggesting a metabolic switch towards glycolysis. Here we now extended the analysis to plasma samples, to perform a comparison of the metabolic profile of juices and plasma from PDAC patients.

Methods: All the patients were enrolled in the study after signed informed consent. We performed a metabolomic analysis by 1H NMR spectroscopy of 29 plasma samples (22 PDAC and 2 chronic pancreatitis, 1 neuroendocrine tumor, 3 papillary-ampulla, 1 Intraductal Papillary Mucinous Neoplasia) of which we had previously performed similar analysis on the juice.

Results: Multivariate statistics allowed us to appreciate that the metabolic profile of PDAC specimens differentially segregated compared to non-PDAC, with an accuracy of 70.5% obtained by cross-validation. 20 metabolites (phenylalanine, citrate, glutamine, tyrosine, acetate, valine, leucine, lactate, isoleucine, 3-hydroxy-butyrate, glycine, glucose, formate, L-alanine, acetone, histidine, glycerol, pyruvate, creatine, creatinine) were responsible for this classification. NMR signals showed that only concentration of glucose and creatinine resulted significantly increased ($P < 0.05$) compared non-PDAC patients.

Conclusions: This analysis indicates that the metabolic profile of pancreatic juice is distinct from the profile detected in plasma and has a stronger value in discriminating among PDAC and non-PDAC patients.

GIOVEDÌ 18 OTTOBRE 11:20-13:00

SESSIONE AISP - AISP E LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI: INSIEME NELLA LOTTA
CONTRO IL CANCRO DEL PANCREAS - Comunicazioni orali selezionate

SALA A

PANCREATIC CANCER IN WOMEN: LATE ONSET OF MENOPAUSE, USE OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY AND ORAL CONTRACEPTIVES AND TWO-PARITY ARE PROTECTIVE FACTORS

L. Archibugi¹, B. Graglia¹, S. Stigliano¹, M. Roberto¹, C. Capalbo¹, P. Marchetti¹, M. Milella², G. Nigri¹

¹ Università di Roma Sapienza Ospedale Sant'Andrea, Roma

² IFO - Istituto Regina Elena, Roma

Objectives: Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) has a slightly higher incidence in men compared to women, although the difference in smoking or alcohol consumption or other known risk factors between the two genders cannot explain this disparity completely. Reproductive and hormonal factors have been demonstrated in pre-clinical studies to have an influence, but the few published data on the topic are inconsistent. The aim of our study is to investigate the role of reproductive and hormonal factors on PDAC occurrence in women.

Materials and methods: We conducted a unicenter case-control study on women; risk factors were screened through questionnaires about gynecologic and medical history. Cases were matched to controls for age with a 1:2 ratio.

Results: 253 PDAC and 506 matched controls (mean age 69 in both groups) were enrolled. Age of onset of menopause was significantly lower in cases (48.8 vs. 49.9; $p=0.006$). Also, the rate of late onset menopause (30.9% vs 49%), use of oral contraceptives (OC) (18.5% vs 25.9%) or hormonal replacement therapy (HRT) (6.8% vs 15.7%) or having had two kids (35.8% vs 48.3%) were higher in the control group. Nulliparity was higher in among cases (11.2% vs 7.5%; $p=0.09$), although not significantly. At a logistic regression multivariate analysis adjusted for age, smoking, history of diabetes, history of chronic pancreatitis, use of alcohol, family history of pancreatic cancer and BMI, older age at menopause (OR:0.95 per year; 95% CI:0.91-0.98; $p=0.007$), use of HRT (OR:0.31; 95% CI:0.15-0.64; $p=0.001$), use of OC (OR:0.52; 95% CI:0.30-0.89; $p=0.018$) and having given birth to two children (OR:0.57; 95% CI:0.38-0.84; $p=0.005$) were significant, independent protective factors. No difference among cases and controls was found on age of onset of menarche, parity different from two, or number of abortions.

Conclusions: The results of this study provide a strong support for the hypothesis that PDAC is related to reproductive or hormonal factors.

In our cohort, late onset of menopause, use of HRT and OC and having given birth to two children are protective factors for the occurrence of PDAC. Nulliparity was borderline significant for increasing the risk.

Conversely, age at menarche, history of abortions, multiple abortions, years of use of HRT or OC were not related to risk.

These data confirm some previous findings on menopause age and number of births while, to our knowledge, this is the first study to show a protective effect of HRT and OC use.

SEGRETERIA
ORGANIZZATIVA



AIM Group International

Via Flaminia, 1068 - 00189 Roma - Tel. +39 06 330531 - Fax +39 06 33053229

chirurgia.unita2018@aimgroup.eu • www.chirurgiaunita2018.it • aimgroupinternational.com