

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 29   |
| Speaker                  | Ricco                      Silvia                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>La gestione mediante necrosectomia laparotomica delle necrosi pancreatiche infette in urgenza: "the last chance"?</b>   |
| AUTORI                   | L.I. Sgaramella; S. Ricco; G.M. De Luca; G. Di Meo; A. Pasculli; A. Gurrado; M. Testini. U.O.C. di Chirurgia Generale "Vincenzo Bonomo", A.O.U.C. Policlinico di Bari.   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | La pancreatite acuta necrotico-emorragica (PANE) si manifesta nel 10-20% dei casi di pancreatite acuta e si associa a più alti tassi di insufficienza pancreatica e mortalità per sovrainfezione del materiale necrotico. La strategia interventistica attualmente riconosciuta, caratterizzata da alternanza di procedure mininvasive, è lo "step-up approach" mentre, la necrosectomia laparotomica (NL), a causa di alti tassi di complicanze (34-95%), mortalità (11-39%) è riservata solo a rari casi selezionati.  |
| METODI                   | Presentiamo tre casi clinici trattati con NL in regime d'urgenza per necrosi pancreatica infetta (NPI) da PANE presso la nostra U.O.C. di Chirurgia Generale.  |
| RISULTATI                | Tutti i pazienti giunti alla nostra osservazione erano di sesso maschile con un'età media di 61,3 anni ed un quadro sintomatologico che evolveva verso una sepsi con evidenza di rialzo degli indici di flogosi e quadro TC compatibile con NPI (dimensioni variabili da 8 a 23 cm) e in un caso comprendeva un quadro di colecistite in atto. I pazienti venivano inizialmente gestiti con antibiotico e fluido terapia ma, in considerazione del peggioramento clinico e/o al fallimento del trattamento conservativo e mininvasivo (ERCP e/o drenaggio percutaneo), venivano sottoposti a NL in urgenza. Un debridement chirurgico del materiale necrotico e posizionamento di drenaggi veniva eseguito in tutti i casi ed in un paziente si rendeva necessario il confezionamento di una gastroentero-anastomosi per deviare il tratto digerente dal duodeno necrotico. Sequele correlate alla procedura e complicanze non sono state riportate per i pazienti nel periodo di follow up. |
| DISCUSSIONE              | In una comunità scientifica attualmente orientata all'impiego di strategie mininvasive, la NL è confermata essere l'ultima risorsa, utile in casi selezionati con fallimento o non applicabilità dello "step up approach".   |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 2   |
| Speaker                  | Bunino Francesca Margherita under40 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>La colecistite acuta nei pazienti fragili: Colecistectomia o Colecistostomia? Studio retrospettivo e monocentrico sulle due tipologie di trattamento e le scale di valutazione.</b>  |
| AUTORI                   | Bunino F.M., Ceolin M., Mei S., Marrano E., Brocchi A., Kurihara H.<br><br>Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Via Rita Levi Montalcini 4, 20090 Pieve Emanuele, Milan, Italy<br>IRCCS Humanitas Research Hospital -, via Manzoni 56, 20089 Rozzano, Milan, Italy  |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | La colecistite acuta è una delle più frequenti cause di urgenza chirurgica. La colecistectomia rappresenta il Gold Standard terapeutico. Tuttavia, il drenaggio percutaneo costituisce una valida alternativa per la palliazione dei sintomi o come trattamento definitivo nei pazienti fragili. Per un adeguato iter terapeutico, sono necessari score in grado di stimare, oltre al rischio chirurgico, lo status del paziente prima della procedura.   |
| METODI                   | È stato condotto uno studio monocentrico, retrospettivo, su pazienti over 65 afferenti al DEA di Humanitas Rozzano con diagnosi di colecistite acuta, candidati a colecistectomia o colecistostomia. Per ogni paziente è stato calcolato lo score di fragilità (CFS), il rischio chirurgico (ACS score, POSSUM) e il grado di colecistite (TG18, AAST). Di questi è stato calcolato il valore prognostico utilizzando la ROC analisi in associazione ai seguenti outcomes: Complicanze, ICU admission, LOS, mortalità.  |
| RISULTATI                | 139 pazienti sono stati inclusi: 106 sottoposti a colecistectomia (Gruppo A) e 33 a colecistostomia (Gruppo B). Nel Gruppo A, il ACS complications risk ha dimostrato un eccellente valore prognostico (AUC 0.9) per le complicanze postoperatorie mentre nel Gruppo B il AAST severity grading ha ottenuto il maggior valore (AUC 0.667). Per quanto riguarda l'ICU admission il ACS complication risk ha dimostrato un'AUC > 0,8 in entrambe i gruppi. Per la mortalità ACS complication risk, CFS, and P-POSSUM hanno mostrato un buon valore prognostico nel Gruppo A (AUC > 0.8) mentre nel Gruppo B il maggior valore prognostico è stato ottenuto dall'ACS risk e dal CFS (AUC > 0.7).   |
| DISCUSSIONE              | Uno score efficace, nei pazienti fragili, è essenziale per garantire un alto standard di cura. L'AAST score si è rivelato più accurato nei pazienti sottoposti a colecistostomia, mentre il ACS score rimane il gold standard nei pazienti candidati a colecistectomia. Il CFS ha dimostrato un valore prognostico incoraggiante e può rappresentare un valido strumento nell'inquadramento del paziente fragile.   |
| BIBLIOGRAFIA             | [1] G. Wakabayashi et al., «Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos)», J. Hepato-Biliary-Pancreat. Sci., vol. 25, n. 1, pagg. 73–86, gen. 2018, doi: 10.1002/jhbp.517.<br><br>[2] M. Yokoe et al., «Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)», J. Hepato-Biliary-Pancreat. Sci., vol. 25, n. 1, pagg. 41–54, gen. 2018, doi: 10.1002/jhbp.515.<br><br>[3] S. Loozen et al., «Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial», BMJ, pag. k3965, ott. 2018, doi: 10.1136/bmj.k3965. |
| Revisore                 | Non assegnato   |

Accettazione

Non ancora definito

Note

|  |
|--|
|  |
|--|

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 14   |
| Speaker                  | Tartaglia Dario under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis in elderly: more complex but equally safe and effective. A retrospective study on 879 patients.</b>  |
| AUTORI                   | Dario Tartaglia, Federico Coccolini, Alessio Mazzoni, Giacomo Menconi, Rebecca Aglietti, Federica Renieri, Andrea Bertolucci, Francesco Arces, Silvia Strambi, Vito Fabio Asta, Camilla Cremonini, Massimo Chiarugi<br><br>Chirurgia d'urgenza Universitaria - Osp. Cisanello - PISA   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Acute calculous cholecystitis (ACC) is a common pathology in the elderly. Laparoscopy is the gold standard for ACC treatment, regardless of age. This study compares two groups of patients affected by ACC and assesses whether laparoscopy can be safely offered to older people.  |
| METODI                   | Patients with ACC undergoing laparoscopic cholecystectomy were prospectively enrolled from 2010 to 2019. Two age groups were identified: < 70 (group 1) and ≥ 70 y-o (group 2). Clavien-Dindo Classification was used to define post-operative complications. A multivariate analysis was performed to identify predictive factors of morbidity.   |
| RISULTATI                | 832 patients: 530 (63.7%) < 70 y-o and 302 (36.3%) ≥ 70 y-o. ASA score > 2 was more frequent in elderly (17.2% vs 52.6%; p < 0.001). Severe ACC (p < 0.001) and common bile duct lithiasis (p = 0.001) were more frequent in group 2. There were significant differences regarding morbidity (5.1% vs 14.2%; p < 0.001). There were no differences in major complications rate (p = 0.764) and mortality (p = 0.363). Mean postoperative stay was longer in elderly (2 [IQR 1-3] vs 3 [2-4] days; p < 0.001). At the multivariate analysis, AAST grade ≥ 3 (OR 3.187; 95% CI 1.356-7.489; p = 0.008) and the presence of CBD stones (OR 2.912; 95% CI 1.456-5.824; p = 0.003) were identified as predictive factors of morbidity in group 2 (OR 3.358; p < 0.001). |
| DISCUSSIONE              | Laparoscopy can be safely offered in elderly patients, even though they require longer postoperative hospital stay.  |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 13   |
| Speaker                  | Pelloni Maria under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>L'ETÁ , LA VALUTAZIOEN DEL RISCHIO QUIRURGICO E L'INDICE DI CHARLSON COME FATTORI PROGNOSTICI DE MORTALITÁ DELLA COLECISTITE ACUTA COMPLICATA.</b>  |
| AUTORI                   | Autori: Rahy-Martin AC, Pelloni M, Mourdi-Ahel M, Rosas-Bermudez C, Marchena-Gomez J.<br>Istituzione: Ospedale Universitario di Gran Canaria Dr negrín, Las Palmas de Gran Canaria.  |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Introduzione: La colecistite acuta rappresenta una delle uregnze chirurgiche con maggiore prevalenza nella società contemporanea, dove lsono sempre pi' numerosis pazientye anziani e fragili che presentano questa patologia. La manifestazione clinica può oscillare da un cuadro sfumato con sintomi lievi a forme più gravi che possono assiciarsi a un elevato tassom di mortalitá. Il trattamento adeguato del paziente fragile rappresenta una sfida per il chirurgo negli ultimi decenni. L'obiettivo dello studio é stato analizzare retrosepttivamente in risultati ottenuti nelm trattamento della colecistetita acuta complicada ( secondo la Classificazione di Tokyo ) sottopsta a chirugia , considerando le complicanze associate alla chirurgia e la mortalitá, così come l'influenza esercitata dalla fragilitá dei pazienti opertati nel decorso post-operatorio.   |
| METODI                   | Materiali e metodi: studio osservazionale retrospettivo che include l pazienti sottosti a intervento chirurgico urgente tra febbraio 2016 e settembre 2019 nel Servizio di Chirurgia Generale e dell'Apparato Digerente dell'Ospedale Universitario di Gran Canaria Dr Negrín. Come variabili predittive sono state considerate: etá, sesso, grado di Tokyo , comorbiditá, l'indice di Charloin, grado ASA, reperti di laboratorio e tipo di trattamento ricevuto. Come roisultati sono stati consideratio: le complicanze post-operatorie , la degenza e la mortalitá post-operatoria. Una volta realizzata l'analisi descrittiva si e' proceduto a formulare un'analisi univariata e multivariata tra le variabili predittive e la mortalitá post-operatoria.  |
| RISULTATI                | Risultati: nel pñeriodo compreso nello studio sono stati inclusi 222 pazziante con diagnosi di colecistite acuta complicat ( grado II-II della Classificazione di Tokyo). Di questi , 24 ( 10,9%) sono stari trattati con trattamento medico o collocazione di una colecistostomia. Il resto, 198 pazient ( 89,2%) è stato sottoposto a intervento chirurgico. Dei paziente operati, il 57,6& era di sesso maschile e il 42,2% di sesso femminile con un' etá media di 67,7 anni ( +/- 14,9). Sono stati associati con la mortalitá post-operatoria l'etá ( p= 0,01), il Diabete Mellito ( p=0,035), il grado ASA ( p< 0,0019, l'indice di Charlson ( p> 0,001), il quick-SOFA ( p< 0,001) , il grado di Tokyo (p= 0,003) e il tipo di approccio chirúrgico ( p< 0,001). Nell'analisi multivariat si sono comporati come fattori prognostici indipendenti di mortalitá l'indice di Charlson( p= 0,038; OR ,26-IC 955: 1,01-1,56) e il quick-SOFA ( p= 0,006; OR: 1,25-3,85). |
| DISCUSSIONE              | Conclusioni: il 46 % dei pazienti ha presentato complicanze relazionate alla chirurgia (un'emorragia nel 10% dei casi, lesioni dell'albero biliare nell'1% , ascesso/collezioni intraddominali nel 6,6 % e insufficienza d'organo nel 39,4%). Nel 3,5% dei casi è stato necessario un nuovo ricovero ospitalariao. La degenza media è stata di 9 giorni e la mortalitá post-operatoria del 8,8&. La mortalitá é stata relazionata con etá, presenza di diabate come fattore di rischio, l'indice di Charlson , il grado ASA, il qSOA, tipo di approccio quirúrgico e il grado di severitá della colecistite secondo Tokyo,. La comorbiditá – misurata secondo l'indice di Charlson e l'insufficienza d'organo secondaria alla sepsi è risultata il fattore maggiormente determinante di mortalitá nei pazienti con colecistite acuta complicata.   |

## BIBLIOGRAFIA

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 33  |
| Speaker                  | Rizza Vinicio Rizza under40 <input type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Strategie terapeutiche nel trattamento della colecistite acuta nel paziente fragile: esperienza monocentrica</b>   |
| AUTORI                   | Rizza V.°, Lely L.°, Pisciaroli A.°, Torretta A.°, Cicconi M.°, Cerri P.°, R. Pietroletti", Barbera C.°, Valerii G.°, Cellini C*, Colangelo E.^<br>° U.O.C. Chirurgia Generale, P.O. Val Vibrata di Sant'Omero, ASL Teramo<br>" Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Aquila<br>* U.O.C. di Gastroenterologia del P.O. G. Mazzini di Teramo, ASL Teramo<br>^ U.O.C. di Chirurgia Generale del P.O. G. Mazzini di Teramo, ASL Teramo  |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | La colecistite acuta è un evento patologico per il quale sempre più di frequente i pazienti si rivolgono al pronto soccorso per poi essere trattati chirurgicamente o endoscopicamente previa adeguata individuazione e preparazione del timing terapeutico: questo è particolarmente vero soprattutto in seguito alla pandemia Sars Cov-2 che ha caratterizzato lunghi periodi di tempo in cui i pazienti non hanno potuto accedere a visite chirurgiche che permettessero di pianificare trattamenti in elezione. Inoltre se si considera che la popolazione si arricchisce sempre più di pazienti fragili ci si rende conto che è necessario approfondire le conoscenze riguardo quelli che sono i trattamenti possibili al fine di assicurare al paziente delle cure appropriate secondo quelli che sono i progressi scientifici, tecnologici e, non per ultimi, i progressi deontologici. Proprio per questo si propone di analizzare la casistica con relativi risultati ottenuti presso il nostro centro al fine di valutare quali scenari si sono verificati e quali soluzioni, chirurgiche, endoscopiche e mediche, sono state adottate. |
| METODI                   | Preso in considerazione il periodo di osservazione 01/01/2021-31/07/2021 si è andato a valutare come i pazienti degenti presso il nostro centro sono stati trattati in base alla patologia colecistica presentata al momento del ricovero. La scelta del trattamento si è basata sul fatto che presso la nostra ASL è possibile eseguire trattamenti endoscopici, chirurgici e di radiologia interventistica basando l'attività assistenziale sui principi di condivisione e concertazione delle varie figure specialistiche.   |
| RISULTATI                | N videolaparocolecistectomie 67<br>N Colecistectomie open 2<br>N Colecistogastrostomia endoscopica 1<br>N Lesioni della VBP trattate endoscopicamente 2<br>N pazienti con età > 80 anni 5<br>N pazienti con età tra 70 e 80 anni 17<br>N pazienti con Calcolosi semplice della colecisti 2<br>N pazienti con Colecistite litiasica 40<br>N pazienti con Coleperitoneo con colecistite litiasica 1<br>N pazienti con Colecistite e litiasi del dotto della VBP 1<br>N pazienti con altri disturbi della colecisti 2<br>N pazienti con Idrope/ empiema della colecisti 20<br>N pazienti con pancreatite acuta con colecistite litiasica/idrope/empiema della colecisti 3<br>N pazienti obesi 4<br>N pazienti con diabete mellito 2<br>N pazienti con demenza 1<br>N pazienti con Cardiopatia 4<br>N Osteoporosi 1<br>N pazienti con pregressa neoplasia 2<br>N pazienti con celiachia 1<br>N paziente con sclerosi multipla 1 (autosufficiente)   |

N pazienti con sepsi 1  
Successo superiore al 98 %

DISCUSSIONE

In base alla nostra casistica e in base quanto verificatosi nel periodo pandemico il timing corretto e la condivisione dei casi con la concertazione delle scelte terapeutiche tra i vari specialisti permette di ottenere risultati che garantiscano una dimissione del paziente sicura e per quanto riguarda il paziente fragile una dimissione con condizioni cliniche che siano almeno sovrapponibili a quelle antecedenti l'insacco dell'episodio di colecistite.

BIBLIOGRAFIA

Revisore

Non assegnato

Accettazione

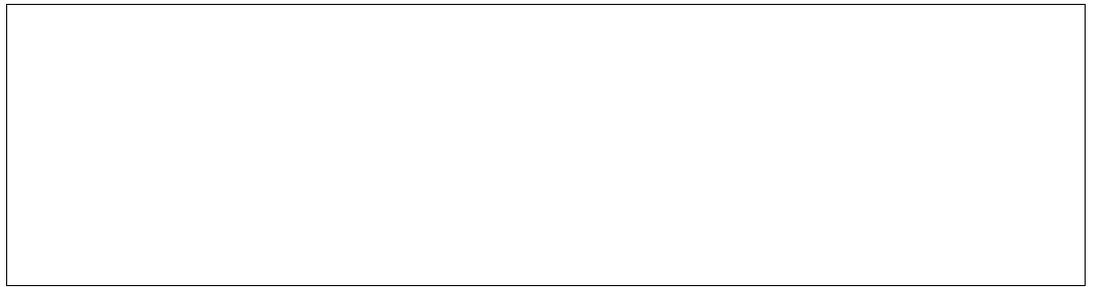
Non ancora definito

Note

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 12   |
| Speaker                  | Bellio Gabriele under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>CHIRURGIA IN NOTTURNA, QUAL E' IL PREZZO?</b>   |
| AUTORI                   | Bellio Gabriele, Biloslavo Alan, Fracon Stefano, Sandano Margherita, Dell'Antonio Andrea, de Manzini Nicolò<br><br>Clinica Chirurgica, Ospedale di Cattinara, ASUGI, Trieste   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | In pazienti che si presentano durante la notte con quadri addominali acuti i benefici di un intervento immediato devono essere rapportati ai possibili rischi connessi alla sua esecuzione notturna. Lo scopo di questo studio è di valutare le differenze di outcomes tra pazienti operati di giorno e di notte.  |
| METODI                   | Pazienti operati in urgenza per colecistite acuta o per appendicite acuta nel periodo 2017-2020 sono stati inclusi. Questi sono stati divisi in due gruppi sulla base dell'orario di inizio della procedura chirurgica (8:00-19:59 e 20:00-7:59).  |
| RISULTATI                | Nel periodo in esame sono stati operati 431 pazienti, di cui 236 durante il giorno e 195 durante la notte. Nessuna differenza tra i due gruppi è stata riscontrata per quanto riguarda la patologia prevalente (P=0.246), il grado ASA (P=0.380) e la severità del quadro clinico (P=0.385). L'approccio laparoscopico è stato preferito in ambo i casi in più del 95% (P=0.420), senza differenze nel tasso di conversione (P=0.600). Nessuna differenza è stata evidenziata nei tassi di complicanze intraoperatorie (P=1.000) e postoperatorie (P=0.776). |
| DISCUSSIONE              | In caso di pazienti affetti da colecistite o appendicite acuta non complicata, eseguire l'intervento chirurgico durante la notte non sembra comportare un aumentato rischio di complicanze intra- e postoperatorie.  |
| BIBLIOGRAFIA             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Althoff FC, Wachtendorf LJ, Rostin P, et al. Effects of night surgery on postoperative mortality and morbidity: a multicentre cohort study. <i>BMJ Quality &amp; Safety</i> 2021;30. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011684">http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011684</a>.</li> <li>Orteggiani A, Ippolito M, Misseri G, et al. Association between night/after-hours surgery and mortality: a systematic review and meta-analysis. <i>British J Anaesthesia</i> 2020;124:623-37.</li> </ul>    |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

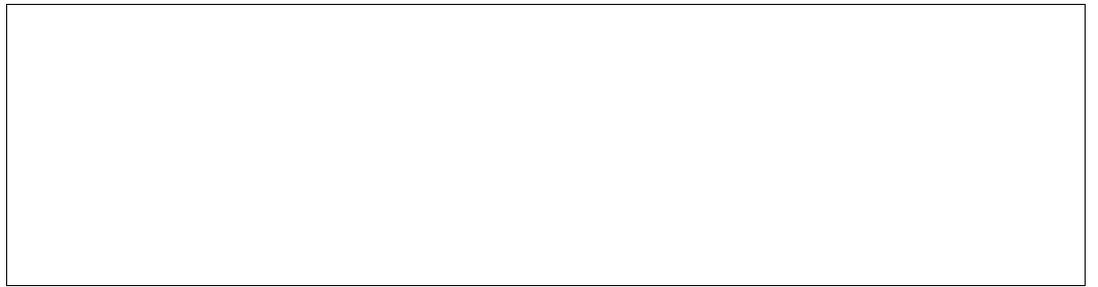
|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 11  |
| Speaker                  | Pellin                      Zaira    under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Laparoscopic Subtotal Cholecystectomy for Acute Cholecystitis Using a Linear Stapler: a Retrospective Analysis of Technical Feasibility and Postoperative Outcomes</b>   |
| AUTORI                   | Giada Aizza <sup>1</sup> , MD, Zaira Pellin <sup>1</sup> , MD, Alan Biloslavo <sup>1</sup> , MD, FACS, Mauro Zago <sup>2</sup> , MD, FACS, Dario Tartaglia <sup>3</sup> , Giovanni Scotton <sup>4</sup> , MD, Antonio LaGreca <sup>5</sup> , MD, FACS, Giulia Bonfanti <sup>2</sup> , MD, Gaia Altieri <sup>5</sup> , MD, Nicolò de Manzini <sup>1</sup> MD, FRCS.<br><br>1 General Surgery Department, Cattinara University Hospital, ASUGI Trieste, Italy<br>2 General And Emergency Surgery Department, A. Manzoni Hospital, ASST Lecco, Italy<br>3 Emergency Surgery Department, Cisanello Hospital, AOU Pisana, Pisa, Italy<br>4General Surgery Department, Bolzano Hospital, ASAA Bolzano, Italy<br>5 UOC Chirurgia d'Urgenza e Trauma, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS Roma – Università Cattolica del Sacro Cuore  |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | Background: Laparoscopic subtotal cholecystectomy(LSC) for acute cholecystitis(AC) is nowadays accepted as an effective surgical strategy when the Calot's triangle cannot be adequately dissected due to severe fibrosis or inflammation. Several surgical techniques have been developed with heterogeneous results. The use of a laparoscopic stapler seems a promising approach, particularly in emergency settings, but data on technical feasibility and postoperative outcome are currently lacking.   |
| METODI                   | Methods:Retrospective analysis of prevalence and morbidity of urgent stapler-LSC(S-LSC) for AC, performed in five Italian Centers between 2010-2020.  |
| RISULTATI                | Results: During the study period, 5516 urgent laparoscopic cholecystectomies were performed for AC. Among these 125(2.3%) were LSC, comprising 32(25.6%) S-LSC. In the analyzed group, the median patient age was 62 years[IQR 54-78] and median time interval between symptoms onset and surgery was 5 days[3-9]. At intraoperative exploration, AC presented as AAST grade>2 in 37.5% and >3 in 21.9%. The median operative time was 147min[117-162] and no cases of biliary or vascular injuries were recorded. The median postoperative length of stay was 8 days[5-12], with no 30-days mortality. Reoperation was never required, only three patients(9.4%) underwent percutaneous drainage of intrabdominal abscesses, while for the others only Clavien-Dindo ≤2 complications occurred. No cases of biliary leak were recorded. At a median follow up of 24 months[12-54], none of the patients developed any episode of pancreatitis, obstructive biliary complication or remnant AC. |
| DISCUSSIONE              | Conclusions: In addition to the techniques already described by Strasberg et al., S-LSC seems a feasible, effective and safe surgical approach with good short- and long-term outcomes.   |
| BIBLIOGRAFIA             |   |
| Revisore                 | Non assegnato   |
| Accettazione             | Non ancora definito   |

Note



|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 1   |
| Speaker                  | Cucinotta Eugenio under40 <input type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Colecistite acuta nel paziente fragile  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>prova di abstract</b>  |
| AUTORI                   | <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Curabitur condimentum neque ut ipsum lobortis, et feugiat metus sodales. Nullam in nulla consectetur augue pharetra accumsan. Etiam erat neque, laoreet id rhoncus sed, gravida et velit. Pellentesque vehicula est auctor pellentesque dignissim. Pellentesque tempor nulla et feugiat ornare. Nulla at an in consequat. Vivamus ullamcorper augue eu felis mattis, eget aliquet lectus luctus. Sed vitae imperdiet elit. Maecenas molestie risus velit, sit amet mattis urna pharetra pulvinar.</p>   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Curabitur condimentum neque ut ipsum lobortis, et feugiat metus sodales. Nullam in nel sapien interdum egestas. Aliquam ligula sapien, tincidunt sit amet finibus ac, facilisis nec tellus. Etiam nisl mauris, porta sed felis in, fermentum lacinia nunc. Aliquam tincidunt lectus felis, et commodo mi laoreet non. Phasellus accumsan arcu in nulla semper, sed porta turpis vestibulum. Nulla venenatis eu sapien in consequat. Vivamus ullamcorper augue eu felis mattis, eget aliquet lectus luctus. Sed vitae imperdiet elit. Maecenas molestie risus velit, sit amet mattis urna pharetra pulvinar.</p> |
| METODI                   | <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Curabitur condimentum neque ut ipsum lobortis, et feugiat metus sodales. Nullam in nulla consectetur augue pharetra accumsan. Etiam erat neque, laoreet id rhoncus sed, gravida vitae imperdiet elit. Maecenas molestie risus velit, sit amet mattis urna pharetra pulvinar.</p>  |
| RISULTATI                | <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Curabitur condimentum neque ut ipsum lobortis, et feugiat metus sodales. Nullam in nulla consectetur augue pharetra accumsan. Etiam erat neque, laoreet id rhoncus sed, gravida et velit. Pellentesque vehicula est auctor pellentesque dignissim. Pellentesque tempor nulla et feugiat ornare. Nulla at non. Phasellus accumsan arcu in nulla semper, sed porta turpis vestibulum. Nulla venenatis eu sapien in consequat. Vivamus ullamcorper augue eu felis mattis, eget aliquet lectus luctus. Sed vitae imperdiet elit. Maecenas molestie risus velit, sit amet mattis urna pharetra pulvinar.</p>         |
| DISCUSSIONE              | <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Curabitur condimentum neque ut ipsum lobortis, et feugiat metus sodales. Nullam in nulla consectetur augue pharetra accumsan. Etiam erat neque, laoreet id rhoncus sed, gravida et velit.</p>   |
| BIBLIOGRAFIA             | <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Curabitur condimentum neque ut ipsum lobortis, et feugiat metus sodales. Nullam in nulla consectetur augue pharetra accumsan. Etiam erat neque, laoreet id rhoncus sed, gravida et veliet non. Phasellus accumsan arcu in nulla semper, sed porta turpis vestibulum. Nulla venenatis eu sapien in consequat. Vivamus ullamcorper augue eu felis mattis, eget aliquet lectus luctus. Sed vitae imperdiet elit. Maecenas molestie risus velit, sit amet mattis urna pharetra pulvinar.</p>  |
| Revisore                 | Non assegnato   |
| Accettazione             | Non ancora definito   |

Note



|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 28  |
| Speaker                  | Lacavalla Domenico under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Diverticolite acuta   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Controllo del sito infettivo addominale con laparostomia e anastomosi primaria nelle diverticoliti complicate: analisi preliminare di un campione di paziente in Chirurgia d'Urgenza.</b>  |
| AUTORI                   | LACAVALLA DOMENICO<br>ANDREOTTI DARIO<br>STANO ROCCO<br>OCCHIONORELLI SAVINO<br><br>S.S.D. CHIRURGIA D'URGENZA, ARCISPEDALE SANT'ANNA - AZ.OSP.UNIV. DI FERRARA   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | La diverticolite acuta è una patologia comune e il tasso di incidenza è stato riportato fino a 115/100.000 abitanti, con una mortalità postoperatoria del 13%. Il trattamento della diverticolite acuta differisce a seconda della gravità della presentazione clinica e strumentale. Ad oggi, sono diverse le classificazioni utilizzate nella pratica clinica quotidiana (Hinchey, WSES). Le strategie di trattamento si sono continuamente evolute passando da una gestione chirurgica aggressiva a una gestione più conservativa. La procedura di Hartmann (HP) è stata a lungo considerata un trattamento sicuro per questa grave condizione clinica, tuttavia, più di 1/3 dei pazienti che si sottopongono a HP non vengono ricanalizzati entro 1 anno e comunque sono esposti al rischio di una procedura chirurgica difficile a causa delle sequele della peritonite generalizzata. Negli ultimi anni in ambito chirurgico è stata presa in considerazione la resezione/anastomosi primaria (PA) come valida alternativa all'HP. I pazienti con Hinchey III e IV con sepsi grave potrebbero trarre beneficio dalla chirurgia per il controllo del danno (MDD). Inizialmente descritta per il trattamento di lesioni addominali maggiori, le indicazioni per la MDD sono state estese a pazienti con pancreatite necrotizzante, peritonite grave o intraperitoneale emorragia. |
| METODI                   | Abbiamo eseguito una analisi preliminare di dati di uno studio dei pazienti dimessi dalla S.S.D. Chirurgia d'Urgenza – Arcispedale Sant'Anna dal gennaio 2020 al luglio 2021 con diagnosi di diverticolite acuta sottoposti a trattamento chirurgico di resezione / laparostomia / anastomosi. Sono stati valutati età, sesso, tempo di degenza, complicanze incorse durante il ricovero, mortalità durante la degenza ed entro un anno, comparsa di laparocele.  |
| RISULTATI                | Dalle analisi preliminari si evidenzia come l'età media dei pazienti sottoposti a laparostomia sia di 58.33, il tempo di degenza media di circa 30 giorni (SD=15.92). Il BMI osservato è stato in media di 28.62. Nessuno dei pazienti sottoposti a tale procedura è morto durante il ricovero. Il tasso di complicanze si attesta al 16,7% (infezione di ferita). I pazienti presi in esame a hanno un ASA, rappresentato nel 67,7%, da uguale o superiore a 3. Il grado Hinchey era sempre superiore od uguale a 3. In due casi su 6, si è osservata la presenza di laparocele.   |
| DISCUSSIONE              | Dall'analisi preliminare si riscontra un basso tasso di complicanze durante il ricovero dei pazienti sottoposti a resezione / laparostomia / anastomosi. Da valutare, dato il campione poco rappresentativo, il tempo di degenza ed il tasso di deiscenza dell'anastomosi che secondo le attuali meta-analisi è circa 7.4% nei pazienti sottoposti a resezione-anastomosi. Ci sono i presupposti per pensare che la laparostomia possa essere un valido aiuto nella gestione del sito infettivo in esiti di diverticolite e un buon compromesso per evidenziare eventuali problematiche anastomotiche precoci, in attesa di conferme da un campione più ampio di pazienti alla fine dello studio.   |
| BIBLIOGRAFIA             |   |

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

|  |
|--|
|  |
|--|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 7   |
| Speaker                  | Mastronardi      Manuela      under40 <input type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Diverticolite acuta   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>IS STILL ACUTE COLON DIVERTICULITIS A SURGICAL DISEASE EVEN IF ONLY MEDICAL TREATMENT IS DEMANDED? A RETROSPECTIVE STUDY BASED ON A PROPENSITY SCORE MATCHING</b>  |
| AUTORI                   | Manuela Mastronardi <sup>1</sup> , Alan Biloslavo <sup>1</sup> , Stefano Fracon <sup>1</sup> , Nicolò de Manzini <sup>1</sup><br>1 Department of General Surgery, ASUGI, Cattinara Hospital, Strada di Fiume 447, 34149, Trieste TS, Italy.   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | Acute left colon diverticulitis (ALCD) is one of the most common gastrointestinal disorders with a lifetime risk of 10–25% in the general population. In Western countries, its incidence and admission rate have recently increased. Although emergency surgery is demanded only in specific cases, patients continue to be usually admitted in surgical ward, even when only medically treated. Only in a few cases they are hospitalized in a non-surgical department. The aim of the study is to evaluate the features promoting the hospitalization of patients with ALCD non requiring surgery. Moreover, the disease management in a surgical or medical environment has been compared in terms of length of stay, treatment of abscess, when present, and follow-up.  |
| METODI                   | This is a retrospective cohort study on electronic medical records of consecutive patients hospitalized at our university hospital for ACLD from January 2019 to December 2020. Patients were divided into two groups, according to the hospitalization department: medical (MG) and surgical (SG) group. MG was propensity-score matched to SG on age, sex, body mass index, cardiac, vascular, lung, and connective tissue diseases, diabetes, and smoke abuse. P values < 0.05 were considered statistically significant.  |
| RISULTATI                | 161 patients were hospitalized for ACLD from January 2019 to December 2020; 111 of them underwent only medical treatment: 72 patients were hospitalized in a surgical department, 39 in a medical one. To compare the two groups, a propensity score matching was performed. Therefore, 39 patients for each group (MG and SG) were considered. In SG 28.2% (11) of ACLD were classified as Hinchey 0; 66.7% (26) as Hinchey I, and 5.1% (2) as Hinchey II; in MG, 59% (23) as Hinchey 0 and 41% (16) as Hinchey I (p=0.13). All patients were treated with antibiotic therapy and no percutaneous drainage of abscesses were performed. Length of hospitalization was not statistically significant different between SG and MG (median: 5 vs 6 days; p>0.05). SG had a surgical follow-up visit in 92.3% (36) of cases; MG only in the 0.7% (3) (p<0.05). Moreover, in SG 56.4% (22) had a total colonoscopy in the 6-8 weeks after the discharge and in 4 cases an adenoma with low grade dysplasia was removed, against the 23.09% (9) in the MG (p=0.003). Only 4 patients (10.3%) in the SG had a subsequent episode of ACLD requiring medical consult; no cases were found in the MG (p=0.04). |
| DISCUSSIONE              | Our study demonstrated that the management of Hinchey 0 and I diverticulitis is comparable between medical and surgical department. Therefore, when only medical therapy is demanded, ACLD could be treated even in a non-surgical environment. However, a specialized follow-up visit should be always planned after the discharge to give a reference point to the patient in case of future episodes. This approach could allow an early diagnosis and increases the possibility to treat the disease in an outpatient setting.  |
| BIBLIOGRAFIA             |   |
| Revisore                 | Non assegnato   |
| Accettazione             | Non ancora definito   |

Note

IDabstract 5

Speaker Notte Francesca under40

ARGOMENTO Diverticolite acuta

**TITOLO DEL LAVORO** A rare case of 20 years intermittent abdominal pain in a young female patient: when embryology matters!

AUTORI Notte Dr. Francesca; Patauner Dr. Stefan; Scotton Dr. Giovanni; Frena Dr. Antonio. Ospedale Provinciale di Bolzano

RELATORE

INTRODUZIONE Meckel's diverticulum (MD) is the most frequent congenital malformation of the gastrointestinal tract, occurring in 2% of the general population. The lifetime risk of complications is 4%. Common complications related to MD include hemorrhage, intestinal obstruction and inflammation. Acute intermittent small bowel obstruction is a rare complication of MD usually associated with a persistent omphalo-mesenteric duct and in the presented case it is r by volvulus.

METODI We report a 23 years history of abdominal pain and intermittent bowel obstruction, multiple hospitalizations and unsuccessful diagnostic. These episodes were underestimated and labelled as psychosomatic disorder. At the age of 25 the young lady was finally submitted to a laparoscopic exploration with the diagnosis of MD with a persistent omphalo-mesenteric duct determining an intermittent small bowel volvulus. The patient was treated with stapled resection of the MD and ligation of the omphalo-mesenteric duct. The patient was discharged on POD 4 and after 6 months of follow-up showed no pain recurrence.

RISULTATI Intermittent volvulus is as a rare complication of MD with a persistent omphalo-mesenteric duct. The surgeon should have a high grade of suspicion in the young patient with a long history of abdominal pain and intermittent bowel obstruction.

DISCUSSIONE MD related complications are mostly identified intraoperatively. When imaging fails the diagnosis, laparoscopic exploration should be early considered.

BIBLIOGRAFIA

Revisore Non assegnato

Accettazione Non ancora definito

Note

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 36  |
| Speaker                  | DE MATTEIS ANTONIO under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Diverticolite acuta   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>NON OPERATIVE MANAGEMENT IN HINCHEY III DIVERTICULITIS: OUR EXPERIENCE</b>   |
| AUTORI                   | Antonio De Matteis, Michele Sacco, Paola Palazzo, Anna Angrisano, Salvatore Pungente, Stefano Pizzoleo, Domenico Lamacchia, Marcello Vecchio, Giovanni Bellanova<br>Department of Surgery PO D. Camberlingo Francavilla Fontana (BR)  |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | To report our experience in NOM of Hichey III acute diverticulitis in stable patients in a spoke center in the period 2020-2021.  |
| METODI                   | For non-septic patients with a TC diagnosis of Hinchey III diverticulitis we started with NOM whenever possible according to clinical evaluation. We imposed bowel rest, parenteral nutrition and antibiotic therapy. In RD 4 we repeated CT abdomen and eventually restart alimentation gradually. Patient would be discharged in RD 8 with indication to colonoscopy and then elective surgery. |
| RISULTATI                | From May 2020 to May 2021 50 patients were admitted in our ward in emergency setting. We applied the described protocol for 44 patients (88%). Only 6 patients (12%) underwent Hartmann procedure, mean CD 2.3. Twenty patients have been already operated in elective setting (40%), mean CD 1.8 .   |
| DISCUSSIONE              | NOM can be a good strategy in order to reduce social and hospital cost for Hartmann procedure linked to the presence of the colostomy. However we need to evaluate the real outcome of a sigmoid resection in these patients, not all of them have been already operated or accept the intervention with a real risk of a new episode of diverticulitis.  |
| BIBLIOGRAFIA             |   |
| Revisore                 | Non assegnato   |
| Accettazione             | Non ancora definito   |
| Note                     |   |

IDabstract

10

Speaker

Micalef

Andrea

under40



ARGOMENTO

Emostatici topici: update

**TITOLO DEL LAVORO**

**Boerhaave's Syndrome: a combined DCS approach.**

AUTORI

Moukachar A., Mariani D., Lenna S., Boella ML., Grignani F., Putignano R., Micalef A., Ferrari G.

ASST Ovest Milanese, Nuovo Ospedale di Legnano

Legnano, Milano

RELATORE

INTRODUZIONE

Spontaneous oesophageal rupture, known as Boerhaave's Syndrome, is a rare but challenging clinical condition with a high mortality. It is caused by a sudden increase in intra-oesophageal pressure, due to incomplete release of oesophageal lower sphincter combined with vomiting, which leads to transmural tear through the oesophagus [1]. Diagnosis is often delayed, increasing the risk of complications and mortality, therefore, a high index of suspicion is warranted in patients presenting with lower chest or upper abdominal pain, fever, or upper gastrointestinal bleeding after forceful vomiting [2]. We report the case of an obese 71-year-old patient admitted to the emergency department for severe epigastric pain occurred after an episode of forced vomiting. Upon admission the patient was not tachycardic, with normal blood pressure, no fever and no signs of shock.

METODI

Physical examination was normal. An ultrasound examination revealed a bilateral pleural effusion confirmed by a chest x-ray. A CT scan was performed and revealed free air outside the oesophagus to the mediastinal space, bilateral dorsal pleural effusion and suspected ingested material in correspondence of the postero-latero-basal segment of the left lower lobe, secondary to a probable transmural perforation in the middle third of the oesophagus. Hence, Boerhaave's syndrome was suspected and, as the patient's general condition was progressively deteriorating, an emergent combined damage control surgery protocol was undertaken. The patient was positioned in right-lateral decubitus and thoracoscopy was performed [Fig. 1]. Intraoperatively, a tear on the left-lower thoracic oesophagus was identified. The chest cavity was debrided and irrigated. Three chest tubes were placed, and the chest wall was closed. Endoscopy was then performed and showed a regular oesophageal mucosa up to 36 cm from the dental arch, where a large full-thickness laceration of the wall was found reaching the cardia [Fig. 2]. A fully-covered metal stent was placed, securing the proximal edges of the prosthesis to the oesophageal wall with three metal clips [Fig. 3 and Fig. 4]. Lastly, a catheter-based jejunostomy was performed on the first jejunal loop [Fig. 5], to provide an adequate nutritional support. The patient was then admitted to the Intensive Care Unit for ventilatory and cardiovascular support with vasopressor therapy. Intravenous broad-spectrum (piperacillin/tazobactam) antibiotic therapy was started. An endoscopic second look was planned at 48 hours, to check the positioning of the prosthesis.

RISULTATI

The post-operative course was complicated by a peri-oesophageal abscess and stent dislocation that required a new endoscopic replacement and percutaneous drainage of the abscess. The Patient was discharged on the 46th post-op day and the endoscopic stents were successfully removed after three months. In this case report, we performed a combined damage control strategy with a left thoracoscopy in order to debride and drain the mediastinum and pleural cavity to control sepsis, the oesophageal repair achieved with an endoscopic stenting, and nutritional support with jejunostomy, that helped to stabilize the patient's clinical status making an enteral nutrition possible.

DISCUSSIONE

-

BIBLIOGRAFIA

Bibliography

Turner AR, Turner SD. Boerhaave Syndrome. NCBI Bookshelf; 2021. doi:28613559

Truyens M, Hufkens E, Geluwe B Van, Vergauwe P, Van Moerkercke W. Boerhaave's syndrome: Successful conservative treatment in two patients. *Acta Gastroenterol Belg.* 2020;83(4):654-656.

Karstens KF, Bellon E, Tachezy M, et al. Surgical Management of Non-Malignant Esophageal Perforations: A Single-Center Analysis over a 15-Year Period. *Dig Surg.* 2020;37(4):302-311. doi:10.1159/000504342

Carrozza F, Dragean C. Spontaneous Esophageal Rupture or Boerhaave's Syndrome. 2020;104(1):1-2.

Vermeulen BD, van der Leeden B, Ali JT, et al. Early diagnosis is associated with improved clinical outcomes in benign esophageal perforation: an individual patient data meta-analysis. *Surg Endosc.* 2020. doi:10.1007/s00464-020-07806-y

Aiolfi A, Micheletto G, Guerrazzi G, Bonitta G, Campanelli G, Bona D. Minimally invasive surgical management of Boerhaave's syndrome: A narrative literature review. *J Thorac Dis.* 2020;12(8):4411-4417. doi:10.21037/jtd-20-1020

Han Di, Huang Z, Xiang J, Li H, Hang J. The Role of Operation in the Treatment of Boerhaave's Syndrome. *Biomed Res Int.* 2018;2018(January 1993). doi:10.1155/2018/8483401

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

|  |
|--|
|  |
|--|

IDabstract

24

Speaker

MARCELLINARO ROSA

under40



ARGOMENTO

Emostatici topici: update

**TITOLO DEL LAVORO**

**GLI EMOSTATICI IN POLVERE NEL TRATTAMENTO E PREVENZIONE DEL SANGUINAMENTO INTRA- E POST- OPERATORIO IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA COLORETTALE.**

AUTORI

R. Marcellinaro D. Spoletini, U. Passaro, M. Carlini  
Department of General Surgery, S. Eugenio Hospital – Rome

RELATORE

INTRODUZIONE

Il sanguinamento è una delle complicanze più frequenti nel corso di interventi chirurgici e nel postoperatorio. Un'emostasi inefficace è associata a un aumento delle complicanze, in particolare di infezioni del sito chirurgico, a un aumento del numero di trasfusioni intra- e post-operatorie, della percentuale di reinterventi, della durata della degenza ospedaliera e, di conseguenza, dei costi.

In caso di sanguinamento da vasi maggiori l'emostasi è chirurgica e può essere ottenuta mediante suture, legature, clips, o mediante energy-based devices (bisturi elettrico, radiofrequenza, ultrasuoni, argon).

In addome il sanguinamento a nappo, che può originare dagli organi solidi fegato, milza, rene e pancreas, dall'omento e da diversi spazi extraperitoneali, può essere controllato mediante farmaci o agenti emostatici topici. Questi ultimi esistono da più di un secolo, ma la loro efficacia è supportata da una esigua quantità di studi scientifici, che nella quasi totalità dei casi sono stati condotti su modelli animali. In ogni caso l'uso degli emostatici locali è in costante aumento e questi sono stati impiegati in un'ampia varietà di procedure chirurgiche nelle quali il controllo del sanguinamento può risultare particolarmente difficile (coagulopatie, piastrinopatie, superfici anfrattuose e irregolari, ecc.).

Gli emostatici topici possono essere distinti in attivi (principalmente trombina e fibrina) e passivi. Questi ultimi sono essenzialmente costituiti da cellulosa ossidata, collagene microfibrillare e emosfere polisaccaridiche.

Le emosfere polisaccaridiche (Arista®) sono un agente emostatico topico relativamente nuovo, derivato dall'amido vegetale, che non contiene componenti umani o animali ed è disponibile sotto forma di polvere.

Nel presente studio l'emostatico in polvere Arista® è stato impiegato in 247 resezioni laparoscopiche coloretali allo scopo di valutarne principalmente l'efficacia in termini di riduzione del sanguinamento a nappo intra- e postoperatorio.

METODI

Negli ultimi dieci anni presso il reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Eugenio sono state eseguite 1000 resezioni coloretali laparoscopiche per cancro. Si è trattato di 338 emicolectomie destre, 39 resezioni di colon trasverso, 48 resezioni della flessura splenica, 80 emicolectomie sinistre, 244 sigmoidectomie, 237 resezioni del retto, 4 colectomie totali e 10 resezioni multiple. Tutte le procedure sono state eseguite mediante l'utilizzo di un device a radiofrequenza che consente una dissezione con accurato effetto emostatico.

I 247 casi in studio sono gli ultimi in ordine temporale di questa serie e sono costituiti da: 98 emicolectomie destre, 8 resezioni di colon trasverso, 13 resezioni della flessura splenica, 7 emicolectomie sinistre, 73 sigmoidectomie, 44 resezioni del retto e 4 resezioni multiple. In tutti questi casi l'emostatico in polvere Arista® è stato applicato sulle superfici extraperitoneali nelle resezioni coliche e sulla superficie pelvica sottoperitoneale nelle resezioni del retto, con l'intento di ridurre l'incidenza di sanguinamento a nappo intra- e post-operatorio. In caso di superfici limitate da trattare sono state utilizzate le confezioni da 3 gr di emostatico, nei casi di superfici più ampie le confezioni da 5 gr.

Nei due gruppi di pazienti l'operatore è stato lo stesso e la tecnica chirurgica è stata identica per tempi operatori, apparecchiature e devices utilizzati. Sono state valutate la

facilità d'uso e di applicazione dell'emostatico, la capacità di coprire superfici irregolari e difficili da raggiungere, l'incidenza di infezioni e di reazioni da corpo estraneo del sito chirurgico, l'efficacia del controllo del sanguinamento intra- e postoperatorio. L'incidenza di emorragie a nappo intra- e post-operatorie nel gruppo in studio è stata confrontata con quella della casistica di riferimento di 753 casi. Infine sono state misurate il numero di emotrasfusioni e la degenza media postoperatoria dei pazienti di ciascun gruppo.

## RISULTATI

Nei 753 casi che costituiscono la serie di riferimento, l'incidenza di sanguinamento a nappo intra- e post- operatorio è stata rispettivamente del 2% (15/753) e del 3% (23/753). In nessun caso di sanguinamento intraoperatorio è stato necessario convertire la procedura da laparoscopica ad addome aperto e in nessun caso di sanguinamento postoperatorio è stato eseguito un reintervento. Nei 23 casi di sanguinamento postoperatorio si è reso però necessario praticare 31 emotrasfusioni (media di 1,4 trasfusioni a paziente).

Nei 247 casi in studio l'Arista® è apparso di facile uso e applicazione. Si è dimostrato capace di coprire completamente superfici anfrattuose, irregolari e difficili da raggiungere. Non sono state registrate infezioni e/o reazioni da corpo estraneo nel sito di applicazione. L'effetto emostatico è apparso rapido e immediatamente efficace. Nel gruppo in studio l'incidenza di sanguinamento intra- e post-operatorio è risultata rispettivamente dell'1,2% (3/247) e del 2% (5/247). Anche nel gruppo in studio, come nella serie di riferimento, non sono stati eseguiti conversioni né reinterventi. Nei 5 pazienti che hanno sanguinato nel post-operatorio l'entità della perdita ematica è stata lieve e non sono state praticate emotrasfusioni. La degenza media è risultata sovrapponibile in entrambi i gruppi.

## DISCUSSIONE

L'agente topico Arista® possiede le caratteristiche dell'emostatico ideale. È immediatamente disponibile, non richiede preparazione ed è relativamente poco costoso. È efficace in presenza di sanguinamento a nappo per la sua grande capacità di assorbimento e la grande massa fornita dalla sua struttura fibrosa e densa. Il meccanismo di azione è osmotico e conduce alla coagulazione di proteine, piastrine ed emazie. Formando un gel ematico è in grado di concentrare i fattori della coagulazione sulla superficie trattata. La struttura così creata costituisce un sostegno per la formazione del coagulo di fibrina, indipendentemente dallo stato emocoagulativo del paziente. Le microsfere microporose di 60 µm della quali è costituito assorbono il siero e rappresentano una barriera contro ulteriori perdite ematiche. Si assorbe in 24-48 ore, mentre altri emostatici richiedono fino a 6 settimane.

Nel presente studio ha dato prova di essere in grado di controllare il sanguinamento capillare, venoso e di piccole arteriole dimostrandosi di facile uso in laparoscopia, in grado di coprire superfici irregolari e difficili da raggiungere riducendo significativamente l'incidenza di sanguinamenti intra e postoperatori rispetto ai casi controllo. In letteratura esistono conferme di quanto osservato nella nostra esperienza e si è evidenziata anche una riduzione dei costi e degli sprechi. Infine nel 2010, su 3.633.799 pazienti di New York, a fronte di un aumento dell'uso degli agenti emostatici che è passato dal 28.5 % al 35.2%, l'uso di trasfusioni è sceso del 12% - 15% per interventi di pancreasectomia, gastrectomia e resezione epatica.

Nel mese di luglio u.s., sulla rivista Updates in Surgery è stato pubblicato un position paper nel quale un Board di Esperti Europei ha emanato, sulla base di una metodologia Delphi applicata a 37 dichiarazioni di consenso, 12 raccomandazioni sull'utilità degli emostatici in polvere, in particolare dell'Arista®.

## BIBLIOGRAFIA

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note



|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 18  |
| Speaker                  | Esposito Giuseppe under40 <input type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | I packing: come farli bene  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Plastica diaframmatica con protesi e anterior component separation per ernia diaframmatica complicata da insufficienza respiratoria.</b>   |
| AUTORI                   | Autori: Esposito Giuseppe, Frongia Federica, Runfola Matteo<br>Affiliazione: ARNAS Brotzu, Cagliari – Chirurgia d'Urgenza   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | <p>Un uomo di 58 anni entra presso il Pronto Soccorso con trasportato con MSB il 6/04 per insufficienza respiratoria. All'anamnesi patologica prossima: dispnea ingravescente, astenia, sensorio alterato. In anamnesi patologica remota: agenesia polmonare sinistra (non porta con sé documentazione né sa riferire dettagli) ipertensione arteriosa, iperplasia prostatica benigna, glaucoma, depressione, pregresso intervento non precisato per ulcera peptica perforata.</p> <p>All'ingresso: Vigile, cosciente, collaborante. Dispnoico. SatO<sub>2</sub> 88% con 2 l/min. Emodinamicamente stabile. Viene ricoverato in Medicina ove esegue EGA che mostra: pH 7.246, pO<sub>2</sub> 72.6, pCO<sub>2</sub> 88.2. SatO<sub>2</sub> 92%. Esegue TC torace con mdc. (Immagine 1, 2). Tampone per Sars cov-2: negativo.</p> <p>Esegue TC addome con mdc che ha evidenziato ernia diaframmatica con erniazione in cavità toracica di milza, colon trasverso, flessura splenica del colon, anse digiunali, e conseguente atelettasia polmonare sinistra. Quella che il paziente aveva riferito come agenesia polmonare in realtà era una atelettasia polmonare secondaria ad ernia diaframmatica occupante quasi tutto l'emitorace sinistro.</p> <p>Durante il ricovero in Medicina, su indicazione rianimatoria, il paziente viene sottoposto a terapia ventilatoria non invasiva (HFNC) per 3 giorni, senza osservare miglioramento. Ultimo EGA, terza giornata di ricovero: pH 7.292, pO<sub>2</sub> 69.2, PCO<sub>2</sub> 76.5, satO<sub>2</sub> 92%. È stata posta pertanto indicazione all'intervento chirurgico.</p> |
| METODI                   | <p>Il 9/04 viene eseguito l'intervento chirurgico (Immagine 3) in laparotomia-toracosopia: riduzione in cavità addominale dei visceri erniati, plastica del diaframma con protesi gore dualmesh, plastica della parete addominale con component separation anteriore (ACS). L'assistenza dei chirurghi toracici è stata utile per verificare l'esistenza di aderenze tra parete toracica e visceri addominali, e per valutare lo stato polmonare sinistro. L'ACS si è resa necessaria per creare un volume addominale consono alla riduzione in cavità addominale del contenuto erniario. La protesi 26cmx34cm è stata inserita in una tasca creata sul piano retrorenale esposto al momento della riduzione in cavità addominale della milza e della flessura splenica del colon, e fissata con polipropilene 1 al margine di inserzione del diaframma e alle coste. La protesi è stata inoltre fissata ai margini del difetto erniario con semicontinue in polipropilene 1 (Immagini 3,4,5).</p> <p>Il decorso post-operatorio in terapia intensiva è durato 16 giorni. Particolare attenzione è stata dedicata alla terapia ventilatoria invasiva e al suo successivo svezzamento con lo scopo di riesperdere il polmone sinistro, al monitoraggio della pressione endoaddominale, che si è mantenuta costante su valori medi di 10-11mmHg. Successivamente, trasferimento in reparto di chirurgia d'urgenza per 6 giorni in cui ha progressivamente scalato con successo l'ossigeno terapia e ha continuato la fisioterapia respiratoria prescritta.</p>  |
| RISULTATI                | Paziente dimesso con terapia fisioterapica respiratoria. Follow-up ambulatoriale: buona qualità di vita, buona riserva funzionale, esegue attività fisica moderata.   |
| DISCUSSIONE              | L'ernia diaframmatica complicata richiede un essenziale approccio multidisciplinare (chirurghi toracici, rianimatori, fisioterapisti), un'importante esperienza di chirurgia di parete.   |
| BIBLIOGRAFIA             |   |

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

IDabstract

32

Speaker

Grandi

Samuele

under40



ARGOMENTO

I packing: come farli bene

**TITOLO DEL LAVORO**

**CHIUSURA FASCIALE PRIMARIA DOPO OPEN ABDOMEN: POSSIAMO ASPIRARE AL 100%?**

AUTORI

PESENTI G, FUMAGALLI LA, TAGLIABUE F, BRIVIO A, AIROLDI A, CHIARELLI M, GRANDI S, BONFANTI G, ZAGO M

U.O. Chirurgia Generale e d'Urgenza  
Dipartimento di Chirurgia d'Urgenza e Robotica  
ASST Lecco, Ospedale "A. Manzoni"  
Via dell'Eremo 9/11, 23900 Lecco

RELATORE

INTRODUZIONE

La chiusura definitiva dell'addome dopo trattamento aperto (Open Abdomen, OA), specie se di lunga durata (> 7 giorni), è spesso di difficile attuazione; la ricostruzione della parete non può prescindere dall'aspetto funzionale, che condiziona sia il trattamento riabilitativo che l'outcome del paziente.

METODI

In un periodo di 6 mesi consecutivi sono stati sottoposti a 7 trattamenti con addome aperto 6 pazienti (M:F 4:2, età media 69 anni). In 4 casi si è trattato di quadri di shock settico secondario a peritonite da perforazione colica; i restanti casi sono stati rappresentati rispettivamente da sindrome compartimentale secondaria a sanguinamento spontaneo retroperitoneale e da shock settico secondario a peritonite da perforazione gastrica. In quest'ultimo caso, l'evoluzione clinica ha richiesto un duplice trattamento aperto dopo una prima chiusura fasciale primaria. Nella totalità dei casi è stata utilizzato un device a pressione negativa (NPWT Renasys® in 6 casi, preceduto da Barker-pack temporaneo in cinque casi, mentre in un caso si è ottenuta la chiusura fasciale per prima intenzione senza utilizzo di NPWT dopo 3 giorni di trattamento aperto). L'associazione NPWT/metodo mesh mediated è stata utilizzata in 5 trattamenti, mentre in due casi è stato utilizzato il device Fasciotens® per l'approssimazione dei margini fasciali. La direct peritoneal resuscitation (DPR) è stata utilizzata nei casi di peritonite da perforazione colica e nel primo OA del caso con perforazione gastrica. In 4 casi si è proceduto a confezionamento di stomia (una caso colostomia, due casi ileostomia e fistola mucosa colica, un caso ileostomia e colostomia).

RISULTATI

La durata media del trattamento aperto è stata di 10.6 giorni (3 – 24). La mortalità complessiva è risultata del 16% (1/6 pazienti). Si è ottenuta la chiusura primaria della fascia nel 100% dei casi trattati (7 OA, 6 pazienti); in un caso si è reso necessario l'utilizzo della component separation technique anteriore. In un solo paziente si è ottenuta la chiusura primaria della fascia con il solo Barker Pack; in 6 casi si è utilizzata una tecnica mesh-mediated, tra cui i due casi trattati con tecnica mista mesh mediated/Fasciotens®. E' sempre stata associata una medicazione a pressione negativa temporanea pre-fasciale/incisionale dopo la chiusura primaria della parete. Non abbiamo osservato fistole entero atmosferiche.

DISCUSSIONE

Nella nostra esperienza recente, l'utilizzo di più tecniche combinate nella gestione dell'addome aperto, anche in relazione al decorso clinico del paziente, si traduce nella possibilità di chiusura diretta della parete anche in caso di OA di lunga durata (> 7 giorni) e in un conseguente miglioramento dell'outcome.

BIBLIOGRAFIA

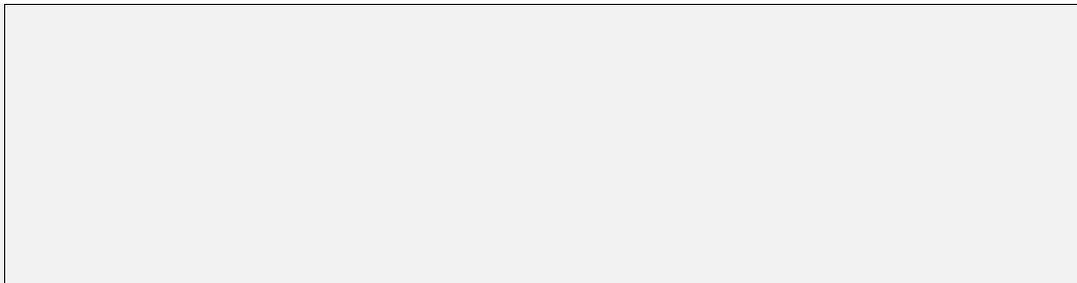
Revisore

Non assegnato

Accettazione

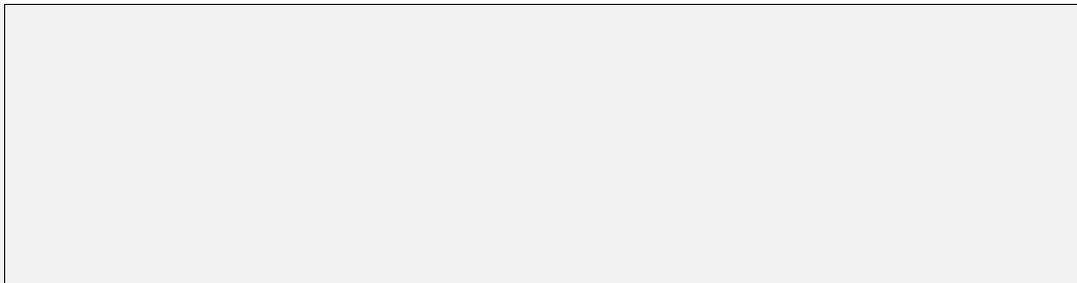
Non ancora definito

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing notes. It occupies the upper right portion of the page.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 3  |
| Speaker                  | Bunino Francesca Margherita under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | I packing: come farli bene   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Il Frailty clinical scale score come predittore di mortalità nei pazienti trattati con addome aperto. Esperienza monocentrica.</b>  |
| AUTORI                   | Bunino F.M., Marrano E., Ceolin M., Mei S., Brocchi A., Kurihara H.<br><br>Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Via Rita Levi Montalcini 4, 20090 Pieve Emanuele, Milan, Italy<br>IRCCS Humanitas Research Hospital -, via Manzoni 56, 20089 Rozzano, Milan, Italy   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | La tecnica dell'Addome Aperto (OA) è spesso utilizzata nella chirurgia del trauma e nelle urgenze addominali con un alto tasso di mortalità e morbidità postoperatoria. Recenti studi hanno correlato la mortalità con l'età dei pazienti sottoposti a OA. D'altro canto, la "fragilità", indipendentemente dall'età è stata vista incrementare la mortalità in tutti gli interventi chirurgici urgenti. L'intento di questo studio è quello di correlare la mortalità al Frailty Clinical Scale Score (CFSS) nei pazienti sottoposti a OA.  |
| METODI                   | Abbiamo condotto uno studio monocentrico, retrospettivo, includendo tutti i pazienti sottoposti a OA tra gennaio 2015 e luglio 2020, senza criteri di esclusione. Età e CFSS sono stati considerati come variabili continue nell'analisi statistica.   |
| RISULTATI                | 141 pazienti sono stati inclusi (età media $66.9 \pm 15.1$ ), di cui il 58,2% di sesso maschile, con BMI medio di 25,5 ( $25.5 \pm 6.2$ ). Le indicazioni all'OS sono state: 13 (9,3%) per trauma; 91 (64,5%) per emergenze non-trauma relate, 37 (26,2%) per rescue surgery. La causa più frequente è stata la peritonite diffusa (n=74; 52,4%) con una mortalità a 30 giorni del 23,5%. Mortalità totale e mortalità ad un anno sono state rispettivamente il 47,5% e il 43,3%. È stato dimostrato che la mortalità postoperatoria correla con l'età al di sopra dei 65 anni ( $p=0.01$ ) e con il CFSS ( $p=0.0001$ , I.C. 95% 1,31-1,53) con hazard ratio rispettivamente di 2,14 e di 1,13. La mortalità non correla con BMI, ricovero in terapia intensiva, sesso e metodo di chiusura fasciale. |
| DISCUSSIONE              | Il Frailty clinical scale score è stato validato nella stima dello status preoperatorio del paziente chirurgico e fragile, come predittore di morbidità e mortalità. Quando l'addome aperto rappresenta un'opzione chirurgica il CFSS dovrebbe essere calcolato e considerato insieme all'età nell'ottica di un'adeguata scelta terapeutica per il paziente in virtù del suo valore predittivo sulla mortalità postoperatoria.   |
| BIBLIOGRAFIA             | [1] F. Coccolini et al., "Open abdomen and age; results from IROA (International Register of Open Abdomen)," Am. J. Surg., vol. 220, no. 1, pp. 229–236, Jul. 2020, doi: 10.1016/j.amjsurg.2019.11.022.<br>[2] M. Morais, D. Gonçalves, R. Bessa-Melo, V. Devesa, and J. Costa-Maia, "The open abdomen: analysis of risk factors for mortality and delayed fascial closure in 101 patients," Porto Biomed. J., vol. 3, no. 2, p. e14, Oct. 2018, doi: 10.1016/j.pbj.0000000000000014.<br>[3] J. Hewitt et al., "Frailty predicts mortality in all emergency surgical admissions regardless of age. An observational study," Age Ageing, vol. 48, no. 3, pp. 388–394, May 2019, doi: 10.1093/ageing/afy217.   |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for taking notes. It occupies the upper right portion of the page.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 8   |
| Speaker                  | Coppola                      Andrea                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | I packing: come farli bene  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Può la Pressione Negativa associata al Packing Epatico migliorare Outcome e Sopravvivenza nelle lesioni IV-V grado AAST-OIS? Preliminare esperienza di un Trauma Center di I livello.</b>  |
| AUTORI                   | Andrea Coppola*, Alessandro Esposito†, Paola Maietta†, Arianna Mottola†, Xheseda Dumani†, Maurizio Castriconi‡ e Patrizio Festa†<br><br>*Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Via S. Pansini 5, 80131, Napoli.<br>†U.O.S.D. Trauma Center, A.O.R.N. A. Cardarelli, Via A. Cardarelli 9, 80131, Napoli.<br>‡U.O.C. Chirurgia D'Urgenza, A.O.R.N. A. Cardarelli, Via A. Cardarelli 9, 80131, Napoli   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | Il fegato è il secondo organo, dopo la milza, ad essere maggiormente coinvolto nei traumi maggiori. La mortalità nelle lesioni IV-V grado AAST-OIS permane alta nonostante l'avanzamento tecnico e procedurale sia chirurgico che rianimatorio. L'utilizzo del Packing Epatico (PE) è ampiamente validato, portando un impatto positivo, sia in termini di sopravvivenza, sia in termini di risparmio di parenchima. L'utilizzo delle Temporary Abdominal Closure (TAC) anch'esso ha ampiamente dimostrato la sua utilità in tutti quei traumi addominali che comportano la necessità di second look chirurgici o la prevenzione della Sindrome Compartimentale Addominale (SCA), anche grazie all'ausilio di sistemi a pressione negativa di nuova generazione. Lo scopo di questo studio è valutare l'impatto in termini di sopravvivenza, il tasso effettivo di resezioni epatiche e quindi, le outcome a breve termine, dopo utilizzo sistematico di PE e Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) nelle lesioni epatiche maggiori. |
| METODI                   | Questo studio retrospettivo è stato condotto dal Trauma Center di I livello dell'Ospedale A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli. La popolazione in studio comprende tutti i pazienti con una diagnosi di trauma epatico, operati per lesione epatica maggiore AAST-OIS IV-V grado tra l'Agosto 2019 ed il Luglio 2021. L'associazione di NPWT e PE come protocollo terapeutico ha permesso il confronto tra due gruppi di pazienti. Sono stati presi in esame i seguenti dati: età, sesso, BMI, grado di lesione, Hb all'ingresso, ph e INR all'ingresso, durata intervento, numero di garze utilizzate nel PE, mmHg di NPWT, durata di NPWT, resezioni epatiche maggiori, tempo di degenza e mortalità a 30 giorni.   |
| RISULTATI                | Sono stati 45 i traumi epatici esaminati, 27 dei quali gestiti in TNO e pertanto scartati. I restanti 18 hanno subito intervento chirurgico, di questi 11 con solo PE (gruppo 1) e 7 sia con PE che NPWT (gruppo 2). L'età media è stata 34,5 anni (36,5 vs 30,14), il rapporto M/F di 13/5, il BMI medio di 25.72 (26.18 vs 25), le lesioni riscontrate sono state 12 di IV grado e 6 di V grado (8/3 gruppo 1 vs 4/3 gruppo 2, l'Hb media all'ingresso è stata di 9.5 g/dl (9,07 vs 10,2), ph medio di 7,24 (7.2 vs 7,3) ed INR medio di 1,42 (1,45 vs 1,37), la durata media dell'intervento è stata di 106 minuti (105 vs 107), sono state utilizzate in media 6 garze, le pressioni negative sono state pari ad una media di 80 mmHg, la durata di NPWT media è stata di 48 h, le resezioni epatiche maggiori sono state 6 (4 vs 2), la degenza media è stata 35,4 giorni, la mortalità a 30 giorni è stata del 10% (2 vs 0).  |
| DISCUSSIONE              | Nella nostra serie di pazienti le indicazioni al PE sono state dettate dallo stato emodinamico severamente compromesso e dal grado di lesione riscontrato. Il PE da solo è sicuramente in grado di aumentare sopravvivenza e risparmiare parenchima epatico in previsione di una strategia chirurgica definitiva, a paziente stabile. Nella nostra esperienza il sistematico utilizzo della NPWT associato al PE ha permesso un'adeguata stabilizzazione con depacking a 36-48 h riducendo le resezioni epatiche maggiori, a discapito di una prolungata degenza. Ulteriori studi sono necessari al fine di poter stabilire rischi e benefici dell'utilizzo sistematico di PE ed NPWT.  |

**BIBLIOGRAFIA**

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 21   |
| Speaker                  | Benuzzi Laura under40 <input type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | La nuova Consensus SICUT 2021-22   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Introduzione del Sistema Codice Colore in un centro CTZ di Milano – Progetto pilota</b>   |
| AUTORI                   | Autori: Benuzzi L1, Sammartano F1, Fazzini L, Baroni S, Messina LAG, Stella M1.<br>1 Dipartimento di Chirurgia Generale I e Politrauma, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano, Italia<br>2 Dipartimento di Ingegneria Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo, Italy   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Introduzione: Una corretta pianificazione dell'attività chirurgica di emergenza e urgenza comporta una ridotta attesa operatoria per i pazienti e un miglior utilizzo della sala, riducendo al minimo i tempi di inattività. In letteratura sono state descritte molte soluzioni per una gestione ottimale dei tempi operatori: l'applicazione del Sistema Codice Colore per gli interventi chirurgici di diverse specialità si è dimostrata la più efficace. Su questo background, l'azienda ospedaliera ASST Santi Paolo e Carlo di Milano ha avviato un progetto pilota applicando il Codice Colore alla propria sala di urgenza.   |
| METODI                   | Materiali e metodi: Tutti gli interventi chirurgici di emergenza e urgenza eseguiti dal primo maggio 2021 al 17 Luglio 2021 presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano sono stati inseriti nello studio ed analizzati con metodo retrospettivo. Sono stati inclusi pazienti senza limiti di età e di specialità. L'azienda ha a disposizione una sala operatoria per le urgenze giorno e notte, distinta dalla sala elettiva. Per l'applicazione del Codice Colore è stato introdotto un regolamento interno con la suddivisione in codici: rosso per paziente in imminente pericolo di vita e/o instabilità emodinamica; giallo per paziente con danno d'organo e/o a rischio di perdita di funzione; verde per paziente a rischio di danno d'organo; bianco per paziente non a rischio di peggioramento clinico immediato; lilla per fratture prossimali di femore. Attraverso un nuovo software specifico tutto il personale sanitario ha la possibilità di visualizzare la successione degli interventi e i tempi di occupazione della sala. L'analisi si è concentrata in questa fase iniziale, in maniera descrittiva, sul numero di interventi in relazione al codice colore, i tempi di attesa e il rapporto tra codice colore e diagnosi/trattamento. |
| RISULTATI                | Risultati: Nel periodo analizzato si sono svolti 196 interventi chirurgici di cui 127 (64.8%) codici gialli, 36 (18.4%) verdi, 21 (10.7%) rossi e 12 (6.1%) tra bianchi e lilla. Il numero maggiore di interventi ha coinvolto l'equipe di Chirurgia Generale seguita dall'unità di Ortopedia (74 vs. 45). La media di minuti di attesa ha rispettato il protocollo aziendale in correlazione alla letteratura, nello specifico: 40 minuti per i codici rossi, 255 per i gialli, 673 per i verdi, 1006 per i bianchi e 318 per i lilla. Si sono svolti 19 interventi chirurgici in fascia notturna 20.00-08.00 di cui 13 codici gialli, 3 rossi e 3 verdi. Analizzando la suddivisione settimanale, il numero maggiore di interventi si è svolto a inizio settimana: lunedì per i codici gialli, martedì e mercoledì per i codici verdi.   |
| DISCUSSIONE              | Conclusioni: Benché ancora in fase di sperimentazione, l'introduzione del Codice Colore ha permesso una corretta gestione dei pazienti sottoposti a intervento secondo le tempistiche indicate. Il progetto, infatti, riunisce le diverse specialità favorendo i pazienti più gravi. La suddivisione precedente classificava nelle emergenze i codici rossi e nelle urgenze riuniva i restanti codici rendendo soggettiva la gestione del paziente. L'informatizzazione dei processi porta al continuo miglioramento dei servizi offerti al cittadino e della qualità del lavoro del personale sanitario. Permangono ancora alcune problematiche nella pianificazione dei pazienti in attesa di intervento chirurgico a parità di colore.  |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |

Accettazione

Non ancora definito

Note

|  |
|--|
|  |
|--|

IDabstract

22

Speaker

Abbati

Claudia

under40



ARGOMENTO

Laparoscopia e occlusioni del tenue

**TITOLO DEL LAVORO**

**Occlusione intestinale migrante da fitobezoar**

AUTORI

Claudia Abbati, Annalisa Gagliano, Antonella Lometti, Fabrizio Sammartano, Nicola Cangiano, Stefano Zaccone  
Chirurgia Generale III, ASST Santi Paolo e Carlo - Presidio San Carlo, Milano

RELATORE

INTRODUZIONE

Presentiamo il caso di un uomo di 69 aa, sottoposto in passato ad intervento di piloroplastica sec. Judd associata a vagotomia tronculare per peritonite da ulcera perforata, che si reca in Pronto Soccorso in seguito a ripetuti episodi di emesi associati a distensione addominale.  
L'indagine TC effettuata all'ingresso mostra distensione gastrica estesa sino alla III porzione duodenale, dove si evidenzia un brusco salto di calibro in assenza di masse evidenziabili con la metodica.  
Il paziente viene pertanto ricoverato e sottoposto ad EGDS, che tuttavia si dimostra negativa.

METODI

Posizionato SNG con risoluzione della sintomatologia, si effettua un tentativo di rialimentazione, che fallisce dopo un paio di giorni per il ripresentarsi del quadro occlusivo. L'esecuzione di una nuova TC con mdc (ev e per os) mostra questa volta distensione delle anse digiuno-ileali con salto di calibro a livello dell'ileo distale e versamento libero addominale.  
Si decide per laparotomia esplorativa con riscontro di occlusione meccanica ileale causata dalla presenza di un fitobezoar all'ultima ansa. Si effettua enterotomia, svuotamento ed enterorafia. Il paziente viene prontamente dimesso senza complicanze.

RISULTATI

L'occlusione intestinale da fitobezoar rappresenta una forma atipica di occlusione meccanica.

DISCUSSIONE

Interventi chirurgici che alterano la motilità gastrica, la funzione pilorica o diminuiscono la produzione di acido, causano un ridotto svuotamento gastrico con conseguente ristagno del contenuto alimentare. Ulteriori condizioni che hanno favorito la formazione di fitobezoar nel nostro paziente sono risultate un'alimentazione ad alto contenuto di fibre, tipica della dieta mediterranea, associata ad un insufficiente apporto idrico ed una scarsa attività masticatoria.  
Le indagini strumentali iniziali (imaging ed endoscopia), non hanno permesso di raggiungere un risultato diagnostico. La variazione del quadro occlusivo, migrante da ostruzione alta ad ostruzione dell'ileo distale, ha posto il sospetto della presenza di corpo estraneo endoluminale, confermata dal riscontro intraoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 9  |
| Speaker                  | Pellin                      Zaira    under40 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Laparoscopia e occlusioni del tenue  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>NEW TRENDS IN ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION MANAGEMENT: A COMPARISON BETWEEN A LIBERAL VS A PROTOCOL-BASED MODEL APPROACH.</b>   |
| AUTORI                   | Gioia Pozza 1*/ Zaira Pellin 1*, Anna Zulian 1, Paola Germani 1, Martina Guerra 1, Livia Bressan 1, Giada Aizza 1, Alan Biloslavo 1, Nicolò de Manzini 1<br>*equally contributed<br>1 Department of General Surgery, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina Trieste, Cattinara Hospital, Trieste, TS, Italy.  |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Introduction: The treatment of adhesive small bowel obstruction (ASBO) is often characterized by surgeons' personal preferences rather than a dedicated flow-chart. In 2018 we developed an evidence-based protocol in order to standardize the treatment of ASBO, based on the assumption that, whenever possible, an attempt of non-operative management (NOM) is desirable.   |
| METODI                   | Methods: This is a retrospective, population-based cohort study. We enrolled all patients diagnosed with adhesive small bowel obstruction treated at University Hospital of Cattinara (Trieste, Italy) before (2016) and after (2019) the introduction of ASBO's treatment protocol. The primary endpoint of the present study was to verify if our protocol-based model approach decreased the need of surgery. The secondary end-point was to compare the length of hospital stay (LOS), the recurrence rate (RR) and the morbidity rate before and after the introduction of our protocol in the daily practice. Statistical analysis was performed with SPSS software using t-test, Mann-Witney test, Chi-Squared test or Fischer-Exact test. Two-sided p-value < 0.05 was considered significant.   |
| RISULTATI                | Result: We enrolled a total of 136 patients: 66 patients (48.5%) in the pre-protocol year and 70 (51.1%) in the post-protocol year. Demographic features were equally distributed between the two groups. Amongst the two groups, 8 patients showed radiological signs of bowel ischemia, therefore were promptly treated operatively. 60,6% and 32,8% (p=0,017) of patients in the pre- and post-protocol year were respectively treated with upfront surgery. In the pre-protocol group, 34.4% of patients underwent NOM compared to 65.7% of the post-protocol group (p<0,001) with a success rate of 95.3% and 68.2% (p=0,015), respectively. The total number of surgeries performed amongst the two groups were similar (69.7% VS 57.1%, p=0.129). Median LOS was 7 days (IQR 5-12), but NOM patients had a shorter median LOS when compared to surgically treated patients (4 VS 10 days, p<0,001). The readmission rate was lower after surgery (12.8% VS 28%, p=0.027). Surgery is followed by a low comorbidity rate, even when performed after a failed attempt of NOM (33.4%). |
| DISCUSSIONE              | Conclusion: The use of a standardized evidenced based protocol has reduced upfront surgical treatment of ASBO however, the total number of patients who needed surgery didn't differ between the two groups. NOM has a high success rate and, even when it fails, it does not leads to an higher morbidity rate after surgery.   |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |

Note



|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 30   |
| Speaker                  | Squillante Simone under40 <input type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Laparoscopia e occlusioni del tenue  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>OPEN ABDOMEN IN PAZIENTI PERFORATI CON MORBO DI CROHN: STUDIO RETROSPETTIVO MONOCENTRICO.</b>   |
| AUTORI                   | <p>Simone Squillante,<br/>Dirigente medico UOC Chirurgia Generale d'Urgenza, AORN Cardarelli Napoli</p> <p>Ferdinando Fusco<br/>Dirigente medico UOC Chirurgia Generale d'Urgenza, AORN Cardarelli Napoli</p> <p>Maurizio Castriconi<br/>Direttore UOC Chirurgia Generale d'Urgenza AORN Cardarelli Napoli</p>   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Le malattie Infiammatorie croniche (IBD) ed in particolare il Morbo di Crohn rappresentano una delle sfide più temibili per ogni chirurgo. Nel nostro studio abbiamo raccolto i dati della nostra esperienza nell'approccio alla perforazione intestinale in questi pazienti mediante la tecnica dell'addome aperto per valutarne fattibilità, efficacia e vantaggi.   |
| METODI                   | Nel periodo fra Settembre 2019 e il Giugno 2021, 17 pazienti (età media 32,3 anni) con perforazione del tenue operati presso la nostra UOC di Chirurgia d'urgenza e tutti operati in prima istanza con laparotomia ed addome aperto. La diagnosi di Crohn era già nota in anamnesi e tutti i pazienti erano studiati mediante TC con mdc in Pronto Soccorso.   |
| RISULTATI                | 10 pazienti sono stati sottoposti ad un secondo intervento con anastomosi (58,8%) e 5 pazienti non sono stati ricanalizzati ma sottoposti ad ilestomia terminale (29,4%), 2 paziente sono stati inizialmente ricanalizzati ma successivamente sottoposti ad ilestomia terminale (11,7%)  |
| DISCUSSIONE              | Le deiscenze anastomotiche in questo tipo di pazienti possono portare a catastrofi addominali con peritoniti severe e fistole enteriche complesse. La nostra esperienza ha evidenziato un vantaggio della terapia a pressione negativa associato ad una terapia nutrizionale adeguata in termini di complicanze e riuscita della tenuta anastomotica e della chiusura della parete, Tale tecnica secondo noi potrebbe essere validata nella pratica chirurgica e con studi con più ampio numero di pazienti. |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 34   |
| Speaker                  | Isernia                      Roberta                      under40 <input type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Laparoscopia e occlusioni del tenue  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Ernia inguinale con impegno dell'uretere nei pazienti adulti non trapiantati: case report e revisione della letteratura.</b>  |
| AUTORI                   | R.M. Isernia, L.Franzoso, G.M De Luca, A. De Luca, L.R. Navazio, ?? Fazzolari, S.Giungato.   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | I casi di ernia inguinale con impegno dell'uretere nei pazienti adulti non trapiantati (in particolare il segmento distale) sono fenomeni estremamente rari.   |
| METODI                   | Un uomo di 77 anni con una storia di cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, obesità e diabete è stato indirizzato dal suo medico di famiglia al chirurgo generale per disturbi urinari e una tumefazione inguinale sinistra che causa lievi algie occasionale e stitichezza.   |
| RISULTATI                | È stata eseguita una TC con contrasto, che ha rivelato un'ernia inguinoscrotale sinistra, contenente il sigma e l'uretere pelvico sinistro e consensuale idronefrosi sinistra. Dunque è stata eseguita un'ernioplastica inguinale secondo Lichtenstein con mesh autogrippante (Bard Adhesix) e successiva risoluzione completa dell'idronefrosi. Il decorso postoperatorio è stato regolare con una completa risoluzione della stitichezza in prima giornata postoperatoria. |
| DISCUSSIONE              | Le ernie inguinali contenenti un segmento ureterale hanno un quadro sintomatologico molto vario: da asintomatiche fino all'insufficienza renale acuta da idronefrosi; per questo motivo è importante eseguire un corretto management della patologia comprendente un imaging accurato e successiva terapia chirurgica (ernioplastica) che nella maggior parte dei casi è risolutiva con o senza il trattamento dell'insufficienza renale acuta.                              |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 16  |
| Speaker                  | Frongia Federica under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Trauma splenico   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Lacerazione diaframmatica post-traumatica tardiva con erniazione del lobo epatico destro: case report.</b>   |
| AUTORI                   | F. Frongia MD, G. Esposito MD, P. Mura MD, M. Runfola MD, FACS.   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | La lacerazione diaframmatica tardiva è una rara complicanza dei traumi ad alta velocità e, spesso, di difficile riconoscimento. L'erniazione diaframmatica post-traumatica a destra è meno comune che a sinistra. La lesione si verifica gradualmente, per via della differenza di pressioni tra torace e addome, e può manifestarsi anche dopo mesi o anni. Ciò fa sì che si mettano in atto dei meccanismi di compenso nella dinamica respiratoria che, quando non complicata, determinano una sintomatologia sfumata, rendendo difficile una diagnosi precoce. Il trattamento è chirurgico.  |
| METODI                   | Presentiamo un caso di epatotorace attraverso lacerazione diaframmatica tardiva destra. Il paziente (20 anni) è stato ricoverato presso altra sede un mese prima per politrauma stradale, dove la TC rilevava fratture costali destre multiple, contusione polmonare destra, frattura acetabolare e piccolo focolaio contusivo epatico di S7. Giunge per dolore in ipocondrio destro irradiato alla spalla omolaterale e lieve dispnea da alcuni giorni. Alla TC con mdc eseguita in urgenza si rileva erniazione intratoracica di pressochè tutto il lobo epatico destro attraverso lacerazione diaframmatica con porta erniaria di circa 9 cm con segni di disomogenea perfusione del parenchima. I parametri emodinamici e laboratoristici si sono mantenuti nella norma, pertanto è stata posta indicazione a intervento chirurgico in regime di urgenza differita. L'accesso chirurgico, mediante laparotomia sottocostale destra con refend mediano, ha messo in evidenza una completa erniazione in torace del lobo epatico destro, attraverso un difetto diaframmatico di 10 cm, che si estendeva medialmente fino al margine laterale della vena cava inferiore. Modesto versamento citrino in cavità toracica, senza evidenti lesioni del parenchima polmonare. Si procede a mobilizzazione completa del lobo epatico destro, quindi riduzione dello stesso in addome e sintesi della breccia diaframmatica. Posizionamento di drenaggio toracico (28 Fr) in aspirazione. |
| RISULTATI                | Il decorso post-operatorio è stato complicato dalla persistenza di esile falda di pneumotorace e versamento pleurico a destra, per cui il drenaggio è stato lasciato in sede, prima in aspirazione e successivamente a caduta, per 6 giorni. Viene dimesso in VII GPO, asintomatico. RX torace e ETG addome programmati a 30 giorni. A 6 mesi dall'intervento, residua lieve sopraelevazione diaframmatica, in assenza di alcuna sintomatologia o altre alterazioni patologiche.  |
| DISCUSSIONE              | La lacerazione diaframmatica tardiva destra è un evento raro che può verificarsi anche dopo molto tempo a seguito di un trauma ad alta velocità. Si tratta di una condizione a lenta evoluzione, ma che, se non riconosciuta precocemente, può comportare complicanze gravi e potenzialmente mortali per il paziente. Essendo una condizione con bassa probabilità di riconoscimento al momento del trauma e a potenzialità di comparsa tardiva, appare necessario tenere un alto indice di sospetto clinico per il riconoscimento di questa rara complicanza, specialmente quando si valutano pazienti con traumi toraco-addominali ad elevata dinamica, così da poter garantire un trattamento precoce, prima della comparsa di complicazioni dell'ernia diaframmatica post-traumatica.   |
| BIBLIOGRAFIA             |   |
| Revisore                 | Non assegnato   |
| Accettazione             | Non ancora definito   |

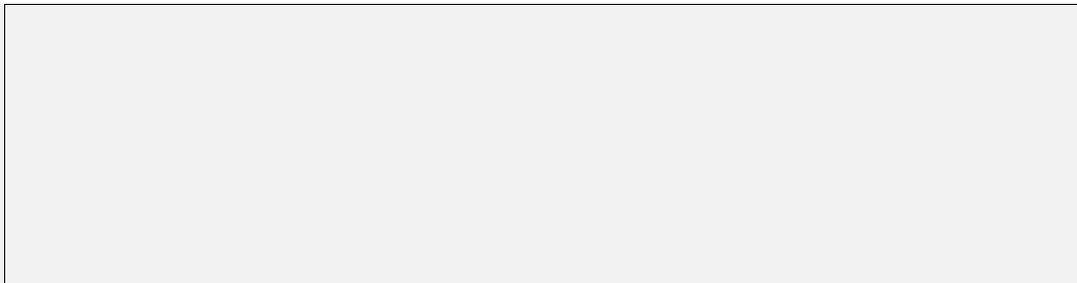
Note



|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 23   |
| Speaker                  | DORIA Emanuele under40 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Trauma splenico  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Non Operative Management of blunt splenic injuries: a five years Trauma Center experience</b>   |
| AUTORI                   | Doria Emanuele, Elia Giuseppe Lunghi, Diego Visconti, Mauro Santarelli   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Non operative management (NOM) in splenic trauma is the gold standard approach to blunt splenic trauma in haemodynamic stable patients with an estimated success rate of 80–90%. NOM can be safely applied in centers with expert surgeon teams, Intensive Care Unit, immediate access to blood and blood product (or alternatively in the presence of a rapid centralization system) and advanced imaging radiology.  |
| METODI                   | We analyzed 87 consecutive patients between January 2017 and May 2021 admitted with blunt spleen trauma from a database of the Emergency Surgery Unit of the CTO Hospital of Turin. They were classified according to AAST (2014 and updated 2018) and WSES (World Society of Emergency Surgery) classifications after they performed a Contrast-enhanced CT investigation. Data collection included also: patient demographics, initial vitals and laboratory values, procedures performed, need for intensive care unit (ICU) admission, ICU length of stay, blood products received, complications, Injury Severity Score (ISS), timing to surgery, hospital length of stay, disposition, mortality, need for re-admission. |
| RISULTATI                | Operative Management (OM) was performed in 43 patients (49.4%), while NOM in 44 patients (50.6%). Patients who underwent angioembolization (AE) were 15, 34% of the NOM group. The failure rate of Non Operative Management (FNOM) was 9%, due in two patients for complications of spleen injuries and in other two cases for peritonism and ileal injuries. AE failed only in one case.<br>A total of 8 patients died, but nobody for specific spleen injuries: 2 in NOM group and 6 in OM group. The mean hospital stay was lower in NOM group than OM group, 21.1 vs 33.1 days.  |
| DISCUSSIONE              | In our experience NOM is a safety treatment for blunt splenic trauma with a successful rate of 91% in haemodynamic stable patients. From 2017 to 2021 the number of patients who underwent to NOM increased constantly, from 35% to 70% thanks to AE contribution too. Nowadays our results are reaching those of the most important Trauma Center in Europe.  |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 26   |
| Speaker                  | Visconti                      Diego    under40 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Trauma splenico  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Diffusione e fattibilità del trattamento non operatorio (TNO) delle lesioni spleniche post-traumatiche nell'adulto: un'indagine nazionale</b>   |
| AUTORI                   | D. Visconti - AOU Città della Salute e della Scienza, Torino<br>D. Parini - Ospedale Santa Maria della Misericordia ULSS 5 Polesana, Rovigo<br>D. Mariani - ASST Ovest Milanese Ospedale Nuovo, Legnano<br>A. Biloslavo - Cattinara University Hospital, Trieste<br>G. Bellio - Ospedale di Piove di Sacco, ULSS 6 Euganea, Piove di Sacco, Padova<br>M. Ceolin - IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milano<br>V. Cozza - Fondazione Policlinico Universitario A Gemelli IRCCS, Roma<br>S. Musetti - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa<br>E. Pivetta - AOU Città della Salute e della Scienza, Torino<br>H. Kurihara- IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milano<br>M. Zago - Ospedale A. Manzoni Hospital, ASST Lecco<br>M. Santarelli - AOU Città della Salute e della Scienza, Torino<br>M. Chiarugi - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Le revisioni delle classificazioni e nuovi algoritmi decisionali promuovono il TNO delle lesioni spleniche nell'adulto come standard anche in centri non dedicati all'emergenza traumatica. Tuttavia permangono difficoltà conoscitive e limitazioni logistiche che ne impediscono una corretta applicazione. Scopo di questo lavoro è identificarle per promuovere soluzioni che ne consentano una maggiore diffusione.   |
| METODI                   | Un'indagine è stata condotta mediante SurveyMonkey® e diffusa alle strutture di emergenza ospedaliera nazionale. E' stata strutturata in: conoscenza ed utilizzo delle classificazioni; possibilità di invio ad un centro di radiologia interventistica; follow up durante e dopo il ricovero; dati relativi al centro.  |
| RISULTATI                | 321 sono state le risposte, con una completezza del 62%. Il 40% dei partecipanti dichiara di lavorare in centri HUB. Più del 70% riferisce di conoscere le classificazioni pur utilizzandole poco nella pratica clinica. In caso di trasferimento di pazienti, le tempistiche ed il timore di deterioramento rappresentano le maggiori difficoltà (88%). L'alternativa al TNO rimane la splenectomia (87%). La carenza di protocolli interni non permette di standardizzare la sorveglianza del paziente. Anche il follow up con imaging non risulta standardizzato.   |
| DISCUSSIONE              | Lo scarso utilizzo delle classificazioni rappresenta una difficoltà di adesione al corretto TNO. Le tempistiche per il trasferimento ed il timore di deterioramento suggeriscono una centralizzazione più razionale dei pazienti, secondo le loro necessità e le risorse sia locali che del centro di riferimento. E' necessaria una standardizzazione di protocolli nazionali uniformando, in base alle realtà locali, il follow up clinico e strumentale; studi prospettici comparativi chiarirebbero l'approccio radiologico migliore ed il timing. Infine, studi prospettici osservazionali multicentrici dovrebbero essere condotti per indagare la reale diffusione ed efficacia del TNO.  |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for taking notes. It occupies the upper right portion of the page.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| IDabstract               | 31  |
| Speaker                  | Grandi Samuele under40 <input checked="" type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Trauma splenico   |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Are grade V blunt splenic injury suitable for splenic artery embolization (SAE)?<br/>Case series from a referral hospital during pandemic year</b>   |
| AUTORI                   | GRANDI S, MALAGNINO A, BRIVIO A, ZAMBURLINI B, GIBELLI L, PESENTI G, TAGLIABUE F, FUMAGALLI LA, CHIARELLI M, SCAINI A, VIGANO' P, CAPPELLO A, FACCIOLI P, ZAGO M<br><br>A. Manzoni Hospital, Lecco<br>General and Emergency Surgery Division – Robotic and Emergency Surgery Dept   |
| RELATORE                 |   |
| INTRODUZIONE             | Although accident injuries decreased during COVID-19 lock-down, the gradual relaxation of the restrictive measures has shown up previous common illnesses, especially trauma-related diseases. Management of grade V (AAST 2018) blunt spleen injury (BSI) remains debated. Evidences stated that splenic artery embolization (SAE) have to be always pursued in stable patient, even if radiological findings are alarming.  |
| METODI                   | We present 5 cases of V grade spleen injuries occurred during this pandemic year. Table 1 summarizes cases and management data. Decision-making for any case was discussed among the trauma-team (general surgeon, anesthesiologist, emergency physician and interventional radiologist).<br><br>Table 1<br><br>SAE group (N=3)<br>Surgery group (N=2)<br>Sex (Male)<br>3<br>2<br>Mean Age<br>37 (18-50)<br>37.5 (16-59)<br>Motorcycle accident<br>2<br>2<br>Bike accident<br>1<br>0<br>Mean arterial pressure<br>89 (72-98)<br>88 (83.3-93)<br>Mean Systolic arterial pressure<br>120 (96-140)<br>117 (110-125)<br>Mean Lac (mmol/L)<br>1.6 (0.6-2.6)<br>3.65 (1.3-6)<br>Mean Base excess (mmol/L)<br>0,45 (-0,2 – 1.1)<br>- 3.3 (-11 – 4.4)<br>Mean Heart Rate<br>87 (78-95)<br>100 (80-120)<br>Mean Hemoglobin (gr/dL) |

14.5 (13.1-15.5)  
 14.75 (14.5-15)  
 Transfusion  
 1  
 1  
 Mean ICU Stay (days)  
 2 (1-3)  
 1 (1-1)  
 Mean ISS score  
 29 (25-33)  
 25.5 (25-26)  
 Mean Time from presentation to definitive management (min)  
 160 (112-220)  
 87.5 (55-120)  
 Mean hospital stay (days)  
 6.6 (5-8)  
 5.5 (5-6)

**RISULTATI**  
 SAE was undertaken in 3 hemodynamically stable/stabilized patients with radiological findings of active bleeding into the peritoneum. Median time to procedure was 160 minutes and one patient needed blood transfusion. Splenectomy was performed in 2 patients, one unstable and one judged not suitable for SAE. No complications occurred in surgery group and one minor complication consisting of spiral migration, successfully removed in a second look procedure, in the SAE group. Spared spleens were monitored with Contrast Enhanced Ultrasound (CEUS).

**DISCUSSIONE**  
 Embolization is a safe e feasible procedure for management of BSI in stable patients, even if radiological findings are worrisome as active peritoneum bleedings. Spleen salvage in AAST 2018 - grade V stable BSI, has to be pursued always bearing in mind the effective hospital resources.

**BIBLIOGRAFIA**  
 Coccolini, F., Montori, G., Catena, F. et al. Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg* 12, 40 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13017-017-0151-4>  
 Morell-Hofert, D., Primavesi, F., Fodor, M. et al. Validation of the revised 2018 AAST-OIS classification and the CT severity index for prediction of operative management and survival in patients with blunt spleen and liver injuries. *Eur Radiol* 30, 6570–6581 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07061-8>  
 Lee R, Jeon CH, Kim CW, Kwon H, Kim JH, Kim H, Park SJ, Kim GH, Park CY. Clinical Results of Distal Embolization in Grade V Splenic Injury: Four-Year Experience from a Single Regional Trauma Center. *J Vasc Interv Radiol*. 2020 Oct;31(10):1570-1577.e2. doi: 10.1016/j.jvir.2020.01.029. Epub 2020 Apr 25. PMID: 32340865.

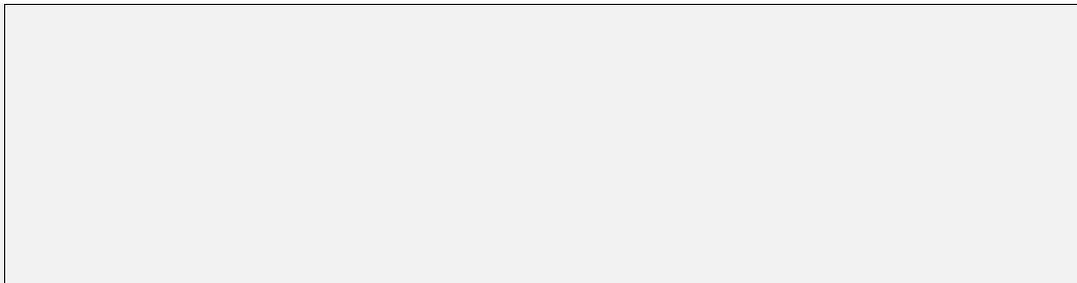
**Revisore**  
 Non assegnato

**Accettazione**  
 Non ancora definito

**Note**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 4  |
| Speaker                  | Musetti Serena under40 <input type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Trauma splenico  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Blunt Splenic Trauma: Milestones and outstanding issues</b>   |
| AUTORI                   | Serena Musetti, Camilla Cremonini, Dario Tartaglia, Enrico Cicuttin, Federico Coccolini, Massimo Chiarugi<br>Chirurgia d'Urgenza Universitaria, Trauma Center, Nuovo Ospedale Santa Chiara, Cisanello, Pisa (AOUP)   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Spleen injuries are among the most frequent trauma-related injuries. The approach for diagnosis and management of blunt splenic trauma (BST) has been considerably shifted towards non-operative management (NOM) in the last few decades. Non operative management (NOM) of blunt splenic injuries ranges from observation alone with monitoring to the splenic angio-embolization (SAE). Aim of this study was to analyze our centre experience in the last 10 years in the management of blunt splenic trauma.  |
| METODI                   | We reviewed the chart of patients admitted to Emergency Room for BST during the period 2011-2021. Trauma management required a multidisciplinary approach. Hemodynamical unstable patients not responder to intravenous fluid administration with positive ultrasound underwent directly surgery. CT scan with intravenous contrast is the gold standard in hemodynamically stable or stabilized trauma patients and identify the presence of associated lesions which requires operative management; it can define the anatomic spleen injury and the presence of vascular lesions such as pseudoaneurysm and contrast blush. The presence of vascular lesions can lead to consider angioembolization as the first-line intervention. Our interventional radiology department is available 24/7, as well as intensive care unit and the operating room.   |
| RISULTATI                | We analyzed 189 patients with BST. An emergency splenectomy was performed in 50 patients (26.5%). NOM defined as only monitoring was performed in 86 patients (45,5%). The remaining 53 patients (28%) underwent SAE. SAE included 14 proximal, 20 distal and 9 combined arterial embolization. Ten out of 86 patients (11,6%) treated with observation, eventually required SAE for evidence of pseudoaneurysms at the imaging follow-up. NOM failure requiring splenectomy occurred in 13 patients, 9 undergone SAE. Of these, four developed early post-procedure hemodynamic instability due to bleeding and rupture of pseudoaneurysms. The remaining 5 patients (3 proximal and 2 distal SAE) presented sepsis caused by a splenic abscess after a mean of 14 days (range 7-21). In four NOM patients directly splenectomy was necessary due to hemodynamic instability. NOM failure rate in literature comprehends splenectomy performed in patients at first managed both monitoring and with SAE: in our series failure rate is 9.3%. No significant difference between the embolization techniques used in our series was found, as it is in the literature. |
| DISCUSSIONE              | We found a rate of NOM failure consistent with those reported in the literature, however the occurrence of SAE could lead to serious complications. Strict monitoring after SAE is mandatory in order to early recognize a condition of hemodynamical instability and later signs of sepsis caused by splenic abscess. During the past 10 years emergency splenectomy rate has been reduced as a result of the consolidation of the NOM and SAE in our trauma center practice. There's still some open issues such as the differences between embolization techniques, the lackness of standardized follow-up protocol and of a standard of practice for vaccinating patients after SAE.   |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for taking notes. It occupies the upper right portion of the page.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 20   |
| Speaker                  | Benuzzi Laura under40 <input type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Trauma splenico  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Gestione del trauma splenico: confronto tra un CTS e un CTZ nell'area metropolitana milanese – Esperienza di 5 anni</b>   |
| AUTORI                   | <p>Autori: Benuzzi L1, Sammartano F1, Ferrara F1, Baldi C1, Cimbanassi S2, Chiara O2, Stella M1.</p> <p>1 Dipartimento di Chirurgia Generale I e Politrauma, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano, Italia</p> <p>2 Dipartimento di Chirurgia Generale e Trauma Team, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan, Italy</p>  |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | <p>Introduzione: La lesione splenica è la più comune nei traumi addominali. La sua gestione si è evoluta negli ultimi anni, da un semplice approccio operativo alla più recente gestione non operativa (NOM) finalizzata a preservare la milza in pazienti selezionati. L'influenza del livello del centro traumatologico (CT) sull'approccio delle lesioni spleniche non è mai stata valutata in Italia. Lo scopo di questo studio è confrontare la gestione del trauma splenico in un centro traumatologico di alta specializzazione (CTS) con un centro di zona (CTZ) di Milano.</p>  |
| METODI                   | <p>Materiali e Metodi: Tutti i pazienti soggetti a trauma con lesione splenica dal primo Gennaio 2015 al 31 Dicembre 2020 ricoverati presso il CTS ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e il CTZ Ospedale San Carlo Borromeo di Milano sono stati inclusi nello studio e analizzati con metodo retrospettivo. I pazienti considerati hanno ricevuto NOM, con o senza angio-embolizzazione, o trattamento chirurgico di emergenza. I dati clinici e patologici sono stati estratti e analizzati dal database di ciascun centro. È stato inizialmente effettuato un confronto tra i due centri e, in seguito, sono state svolte due analisi separate tra i pazienti sottoposti a NOM e splenectomia. Sono stati analizzati parametri quali l'Injury Severity Score (ISS) e l'Organ Injury Scale (OIS) della milza. I risultati di tale studio sono stati valutati separatamente e un'analisi multivariata è stata eseguita per individuare eventuali fattori di rischio associati a NOM e splenectomia.</p> |
| RISULTATI                | <p>Risultati: 181 pazienti sono stati inclusi nello studio, 134 (74%) appartenenti al CTS e 47 (26%) al CTZ. La gestione non operativa è stata eseguita più frequentemente dal CTZ, in confronto alla laparotomia di emergenza registrata in più casi nel CTS. Considerando gli interventi chirurgici, la splenectomia è stata eseguita maggiormente nel CTZ. Il rapporto splenectomia/laparotomia d'emergenza è risultato 30.8% e 100% per CTS e CTZ, rispettivamente. Nel centro traumatologico di alta specializzazione i pazienti presentavano un'incidenza maggiore di altre lesioni addominali e non addominali con un ISS più alto e l'insuccesso della NOM si è registrato in un solo caso (3.3%). Alla regressione logistica multivariata, la pressione sistolica, l'ISS e l'OIS della milza sono risultati fattori predittivi significativi per il NOM, mentre solo l'OIS è risultato un fattore predittivo significativo per la splenectomia.</p>   |
| DISCUSSIONE              | <p>Conclusioni: Entrambi i centri hanno dimostrato l'applicazione della NOM con un alto tasso di successo, sebbene il CTS la scelga con maggior fiducia anche per lesioni spleniche di alto grado. Da questo studio preliminare si rileva una differente gestione nel trattamento di tali lesioni e nell'outcome dei pazienti a seconda dei centri considerati.</p>  |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |

Note

IDabstract 6  
Speaker Molinari Enrico under40

ARGOMENTO Traumi ano-rettali

**TITOLO DEL LAVORO** Postoperative day three C-reactive protein predicts morbidity requiring inpatient treatment after colorectal surgery: a reliable tool to promote an early and safe hospital discharge in the setting of an enhanced recovery program

AUTORI Molinari Enrico , Andrianello Stefano, Maggino Laura, Laterza Ernesto  
Department of Surgery "Mater Salutis" Hospital, Legnago (VR), Italy

RELATORE

INTRODUZIONE Early predictors of a complicated postoperative course after colorectal surgery are needed in the setting of enhanced recovery surgery (ERAS). The aim of the study is to identify a reliable predictor able to drive an early and safe discharge at home.

METODI This is a retrospective study including 201 patients who underwent elective colorectal surgery with an ERAS program between January 2017 and December 2019. We focused on white blood cells, C-reactive protein (CRP) measured on postoperative day (POD) 1 and 3. The primary endpoint was the development of any complication requiring inpatient treatment.

RISULTATI A total of 60 (29.9%) patients developed the primary endpoint. POD3 CRP  $\geq 13\text{mg/dL}$  showed the best diagnostic performance with an AUC of 0.958, 85% sensitivity, 85.7% specificity, 93% negative predictive value and 44.7% positive predictive value. About 72% of patients with POD3 CRP  $\geq 13\text{mg/dL}$  developed a complication requiring inpatient treatment. At multivariate analysis, transverse colectomy (OR13.8, CI95% 1.1 – 177.1,  $p=0.043$ ), rectal resection (OR16, CI95% 1.2 – 214.5,  $p=0.036$ ), chronic obstructive pulmonary disease (OR 10.6, CI95% 1.4 – 78.9) and POD3 CRP  $\geq 13\text{mg/dL}$  (OR:82.3, CI95% 11.4 – 590.9,  $p<0.001$ ) were independent predictors of the primary endpoint.

DISCUSSIONE POD3 CRP after colorectal surgery with an ERAS program is the most reliable predictor of development of any complication requiring inpatient treatment. Patients with POD3 CRP  $< 13\text{mg/dL}$  could be safely discharged at home on POD3.

BIBLIOGRAFIA

Revisore Non assegnato

Accettazione Non ancora definito

Note

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 38   |
| Speaker                  | DE MATTEIS ANTONIO under40 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| ARGOMENTO                | Urgenze in chirurgia oncologica  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>DAMAGE CONTROL SURGERY IN NON-TRAUMATIC PATIENTS: A SPOKE CENTER EXPERIENCE</b>   |
| AUTORI                   | Antonio De Matteis , Michele Sacco, Paola Palazzo, Anna Angrisano, Stefano Pizzoleo, Salvatore Pungente, Domenico Lamacchia, Marcello Vecchio, Giovanni Bellanova<br>Department of Surgery PO D. Camberlingo Francavilla Fontana (BR)  |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | To describe the management of non traumatic emergency surgery cases with severe sepsis in a spoke center without intensive care unit.  |
| METODI                   | From October '19 to May '21 we performed a Damage Control Surgery in four cases (2 M, 2 F mean age 46 yo). We made 1 laparostomy with skin closure, 2 open abdomen with ab thera(R), 1 Barker home made technique). Two cases of post operative peritonitis in previous colonic surgery; 1 case of duodenal perforation in peptic disease; 1 case of diastatic perforation of cecum in a sigmoid obstructive cancer. In 3 cases ICU transfer were performed immediately after surgery; in 1 case patient was admitted in our department after surgery.   |
| RISULTATI                | Two patients admitted from emergency department with severe sepsis and unstable. In the other 2 cases patients were accepted directly in surgical department coming from another hospital. In one case was performed resuscitation prior to surgery. Median time of surgery was 80'. In 3 cases source control was made by resection of colon without anastomosis; in the case of duodenal perforation a duodenostomy by tube and abdominal drain with an open abdomen with skin closure was performed. All patients were re-admitted in our ward after a mean ICU stay of five days. We registred no 90d mortality. |
| DISCUSSIONE              | From October 2019 to May 2021 near 400 patients in emergency were treated. In four cases we performed a Damage Control Surgery.<br>Open Abdomen in damage control surgery in severe unstable non traumatic patients is a winning strategy even in a spoke center without ICU. To perform this strategy an organized and consolidated network is necessary.   |
| BIBLIOGRAFIA             |  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |
| Note                     |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| IDabstract               | 27   |
| Speaker                  | Labruna Vittorio under40 <input type="checkbox"/>  |
| ARGOMENTO                | Urgenze in chirurgia oncologica  |
| <b>TITOLO DEL LAVORO</b> | <b>Vantaggi della VATS nella gestione dell'emotorace da mieloma multiplo a localizzazione costale</b>  |
| AUTORI                   | Vittorio Labruna*, Vincenzo Della Vittoria*, Veronica M. Lanni ** e G. Maurizio Buonanno**<br>*U.O.C. di Chirurgia d'Urgenza, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "S. Pio", Benevento<br>** Specializzanda in Chirurgia generale (II anno), Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli   |
| RELATORE                 |  |
| INTRODUZIONE             | Le metastasi ossee sono la più frequente causa di morbidità nel mieloma multiplo MM, ricorrendo in circa l'80% dei pazienti, con la comparsa di lesioni osteolitiche, fratture patologiche, compressioni radicolari e grave sintomatologia dolorosa nel 60% circa dei pazienti (1). Le manifestazioni conseguenti riducono significativamente la sopravvivenza globale; rischio di morte aumentato del 20% (2).<br>Presentiamo un caso di emotorace coagulato inveterato in una donna di 60 anni, affetta da MM in corso di trattamento chemioterapico, dovuto alla localizzazione costale metastatica del MM.   |
| METODI                   | Nel corso degli ultimi 20 anni, la chirurgia toracica videoassistita (VATS) ha assunto maggiore importanza anche nella gestione delle urgenze pleuriche.<br>In VATS è stata eseguita la rimozione dei coaguli dopo la loro frammentazione mediante pinza da presa e irrigazione-aspirazione pleurica con soluzione fisiologica. La lesione secondaria è stata trattata con ablazione per diatermocoagulazione e l'emostasi è stata perfezionata con corrente bipolare ed emostatici locali.<br>La lesione secondaria è stata trattata con ablazione per diatermocoagulazione e l'emostasi è stata perfezionata con corrente bipolare ed emostatici locali. |
| RISULTATI                | In questo modo è stata ottenuta una efficace riespansione del polmone destro e la paziente è stata dimessa dopo 2 settimane.<br>Non si sono verificate complicanze correlate alla procedura.   |
| DISCUSSIONE              | L'approccio video-toracoscopico è certamente la metodica da preferire alla toracotomia. Essa è vantaggiosa per la gestione degli emotoraci coagulati, soprattutto se essi sono una complicanza di una malattia sistemica. In questo modo è possibile ripulire efficacemente la cavità pleurica con il reclutamento funzionale di distretti polmonari ed evitare le complicanze empiematose. Inoltre, trattandosi di complicanza di malattia sistemica, essa è eventualmente meglio ripetibile, rispetto alla toracotomia, perché meno gravosa  |
| BIBLIOGRAFIA             | (1) Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, Lust JA, Lacy Mq, Dispenzieri A, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clinic Proc. 2003; 78:21.<br>(2) Saad F, Lipton A, Cook R, Chen YM, Smith M, Coleman R. Pathological fractures correlate with reduced survival in patients with malignant bone disease. Cancer 2007;110:1860-7.  |
| Revisore                 | Non assegnato  |
| Accettazione             | Non ancora definito  |

Note

IDabstract 37

Speaker DE MATTEIS ANTONIO under40

ARGOMENTO Urgenze in chirurgia oncologica

**TITOLO DEL LAVORO** "EMERGENCY SURGERY IN A "NO-COVID-19 SPOKE CENTER" IN OCTAGENARIAN: ONE YEAR EXPERIENCE"

AUTORI Antonio De Matteis, Michele Sacco, Paola Palazzo, Anna Angrisano, Stefano Pizzoleo, Salvatore Pungente, Domenico Lamacchia, Marcello Vecchio, Giovanni Bellanova  
Department of Surgery PO D. Camberlingo Francavilla Fontana (BR)

RELATORE

INTRODUZIONE We reported our surgical emergency activity in a 'CoViD-free' spoke centre on octogenarian people during 2020.

METODI This report refers to patients admitted directly from Emergency Department and undergone to operation within maximum 3 hours from diagnosis. The data refer to a period from January 2020 to December 2020. Thirty operations performed for emergency, mean age 85.6 yrs (20 F, 10 M); 14 bowel perforations (6 gastric, 6 sigmoid diverticular, 2 gallbladder), 13 mechanical occlusions (6 strangulated hernias, 4 ileal volvolous, 3 colonic cancer), 2 ileal ischemia, 1 traumatic spleen rupture.

RISULTATI The patients had these preoperative assessment (mean values): CCI 7.2; SOFA 3,7; ECOG 1; APACHE 11,7; p-POSSUM 24/15; clinical SIRS 30%. Laparoscopic approach was possible in 10% of patients. The mean CLAVIEN-DINDO is 1,7 (only 5 pts with CD>3b). We recorded no intraoperative deaths and four deaths within 30 days. The mean hospital stay was 8.2 days. No deaths occurred in the next 90 days.

DISCUSSIONE In our spoke centre without ICU ward we treated a great number of over 80 yo people. Only in five cases it was necessary to transfer patients to our Hub centre for intensive care (16%).  
The management of octogenarian patients who need emergency surgery is feasible even in a spoke centre with good results. It is possible thanks to a trained surgical team and the right coordination based on hospital GL and protocols shared with anaesthesiologists and radiologists.

BIBLIOGRAFIA

Revisore Non assegnato

Accettazione Non ancora definito

Note