

TORACOSCOPIA NEONATALE E PEDIATRICA: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

S.Mazzariol¹, N.Toppan, S.Pascotto, S.Presotto, P.Midrio².

¹ UOS Anestesia Pediatrica, Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Ca' Foncello, Treviso

² UOC Chirurgia Pediatrica, Ospedale Ca' Foncello, Treviso

INTRODUZIONE

La patologia toracica neonatale e pediatrica è rara e l'approccio toracoscopico richiede notevole esperienza sia chirurgica che anestesiologicala.

Riportiamo l'attività di toracoscopia di un singolo centro.

MATERIALI E METODI

Da ottobre 2015 ad oggi sono stati trattati 19 pazienti, di cui 2 neonati (ernia diaframmatica sinistra), 10 lattanti (9 Congenital Pulmonary Airway Malformation, 1 corpo estraneo), 7 superiori all'anno (2 teratomi mediastinici, 2 CPAM, 1 ernia diaframmatica destra, 1 pneumotorace recidivante, 1 cisti da echinococco).

In tutti i pazienti, tranne i neonati, è stata effettuata l'esclusione polmonare. Nei lattanti è stato utilizzato un catetere Fogarty introdotto parallelamente al tubo endotracheale. Nei rimanenti pazienti sono stati utilizzati un bloccatore bronchiale ed un tubo bilume sinistro.

RISULTATI

Delle procedure toracoscopiche 5 sono state convertite in toracotomia per incertezza di diagnosi e assenza di lobatura polmonare (2 lattanti con CPAM), incompleta esclusione (1 lattante con CPAM), scarsa visibilità dei margini chirurgici (1 echinococco, 1 teratoma).

Tre lattanti hanno richiesto monitoraggio di 24 ore in terapia intensiva.

Per analgesia a tre pazienti, di cui un lattante, è stato eseguito l' erector spinae plane block (ESP); ad 1 è stato posizionato catetere peridurale toracico; a tutti eseguita anestesia locale prima dell' inserzione dei trocars e nelle 48 ore del postoperatorio infusione continua ev di tramadolo e ketorolac e paracetamolo ev a boli ad orario fisso.

CONCLUSIONE

L'esecuzione di interventi in toracoscopia in età neonatale e pediatrica è fattibile e sicuro solo se eseguito da un team anestesiologicalo e chirurgico esperto di questo tipo di pazienti. L'esclusione polmonare agevola l'operatore e riduce i tempi d'intervento. La gestione del postoperatorio è safe anche in reparto. E' utile e opportuno, tuttavia, avere a disposizione la terapia intensiva.

Riferimenti: silvia.mazzariol@aulss2.veneto.it

