

Stenting e cancro coloretale

J.Hill

Sapete che l'introduzione di uno stent nel retto stenotico che provoca una occlusione permette sia di condurre un trattamento palliativo invece di operare un paziente ad altissimo rischio, senza speranza di guarigione, oppure di preparare il paziente per un intervento di elezione. Più la stenosi è alta più occorre un colonscopio attraverso cui si introduce una guida in metallo al di sopra dell'occlusione. Lo stent è poi introdotto attraverso l'endoscopio oppure dopo aver tolto l'endoscopio attraverso la guida di metallo. A questo scopo occorrono endoscopi con un canale di lavoro largo 3,7 mm. Uno studio di Sebastian del 2004 su quasi 1200 pazienti riferisce un successo tecnico del 94%. Il successo clinico di preparazione al chirurgia ("Bridge to Surgery") era di quasi il 72%. Complicanze relative allo stent: perforazioni (3,7%), migrazione dello stent (11,8%), mortalità legata allo stent (0,6%).

Nonostante questi inconvenienti la manovra continua ad essere molto praticata ma richiederebbe, per poterne definire potenzialità e limiti, un trial randomizzato con 400 pazienti. Finora possiamo dire che l'inserzione dello stent offre vantaggi ai pazienti con occlusione da cancro coloretale, ma che questo non è ancora scientificamente provato.

Agenti emostatici topici

H. Seyednejad et al.

"Il sangue è il nemico del chirurgo!". Questa frase ho cominciato a sentirla dire in sala operatoria fin dal IV anno di Università; vediamo allora come si può stoppare il sangue nel campo operatorio. I più interessati sono i chirurghi epatici e vascolari, ma talvolta pure i nostri specialisti.

EMOSTASI ORGANICA. Le sostanze? Pomate, spugne, polveri, gel. Bovine, umane, porcine. Alcuni nomi? Helistat, CoStasis, Surgifoam, Bioglue, FloSeal ed altri. L'articolo elenca una grande quantità di studi comparativi e la modalità di applicazioni delle varie sostanze.

EMOSTASI INORGANICA. Qualche nome? QuickClot, HemCo, TraumaDex.

EMOSTASI A BASE DI FIBRINA. Altri nomi...Tisseel, Quixil, TachoComb, Vivostat.

Al termine 186 voci bibliografiche.

Funziona meglio la pouch colica a J o la coloplastica trasversale dopo resezione anteriore del cancro del retto?

A.B. Ulrich et al.

Come sapete sono due modi di ricostruzione del colon distale anastomizzato al moncone rettale o al canale anale. Scopo del lavoro è verificare se vi sono differenze in termini di funzione, mortalità e morbilità, in particolare da deiscenze anastomotiche, poiché altri studi suggerivano che dopo coloplastica trasversale vi fossero più deiscenze, per il fatto che l'anastomosi era termino-terminale. Quella della J pouch invece, essendo latero-terminale, è più irrorata. Gli autori tedeschi hanno randomizzati 149 pazienti nei due gruppi: sia le complicanze che le deiscenze sono state simili, quindi nessuna tecnica è superiore all'altra.

Come rinforzare il setto rettovaginale in caso di rettocele complesso, cioè associato ad enterocele o a intussuscezione locale?

A.D'Hoore et al.

Con una mesh.

Gli autori poi fanno uno studio clinico fisiologico e radiologico e concludono che, a due anni, non vi è nessuna recidiva clinica del rettocele, nessuna stipsi o incontinenza de-novo, nessuna stipsi, incontinenza o dispareunia del de-novo (ovvero causata dalla procedura chirurgica). L'operazione è combinata con una fase laparoscopica e una perineale, l'intervento è piuttosto sofisticato e ben descritto nell'articolo con figure a colori. La cura è stata efficace anche sulle lesioni tipo ulcera solitaria del retto e non vi sono state complicanze importanti. Se necessario alla fase perineale può essere aggiunta una ricostruzione sfinteriale.

Al termine gli autori fanno un confronto con la STARR che, notano, ha maggiori complicanze post operatorie e alla defecografia mostra una correzione del rettocele solo 29% dei casi.

Sarebbe un intervento da andare a vedere e imparare, lo fanno a Lovanio, in Belgio.

Più modestamente, qualcosa di simile faccio io per curare un enterocele associato con rettocele, prollasso mucoso ed intussuscezione, usando la stessa via combinata con oblitterazione del cavo di Douglas mediante protesi e con o senza rettopessi e omentoplastica, per via transperineale o transanale una Block, una Sarles o una levatorpalastica. Quella dei belgi invece è una sorta di colpo- retto-sospensione con rinforzo del setto retto-vaginale, manovra che resta fondamentale per una valida correzione del rettocele di larghe dimensioni. Quello che secondo l'articolo di Gagliardi et al su DCR 2007 non viene curato dalla STARR.

Irrigazione del colon per i disordini della defecazione

S.M.P Koch et al.

Lo studio viene da Maastricht al confine tra Belgio e Olanda. Uno degli autori mi ha raccontato anni fa proprio a Maastricht una divertente storiella quando gli chiesi cosa pensasse dei belgi. "Sai, una sera qui a Maastricht in un ristorante si riunisce a tavola un gruppo di amici un po' allegroni. Uno di loro fa agli altri "adesso vi racconto una barzelletta sui belgi!" E tutti si mettono in posizione di ascolto. Ma dal tavolo vicino dove sono seduti dei clienti molto eleganti e compassati si alza un signore distinto che si avvicina la tavolo degli allegri olandesi e si pianta davanti al raccontatore di barzelletta, il quale lo guarda incuriosito. "Prima che lei cominci è mio dovere comunicarle che noi siamo belgi". L'altro lo guarda e fa "non si preoccupi, a voi la spiego dopo che l'ho raccontata".

Detto questo, i colleghi di Maastricht hanno ribadito qualcosa che già 15 anni prima il loro capogruppo Baeten aveva pubblicato su DCR e cioè che basta un tubo di gomma e un po' d'acqua (senza costose protesi o suturatici) per migliorare la funzione intestinale degli stitici (ma anche degli incontinenti).

Ricordatevi, cari colleghi, di questa banale economica e innocua irrigazione retrograda del colon perché quando si leggono articoli sul trattamento chirurgico di ostruita defecazione NON viene mai citata tra i mezzi conservativi impiegati prima di candidare i pazienti all'intervento. Forse questo spiega l'atteggiamento interventistico di non pochi centri.

Qualità di vita nei pazienti trattati per fistola enterocutanea

R.G. J. Visschers et al.

Ancora dall'Olanda. Come sapete questi pazienti possono andare incontro a un lungo trattamento intensivo; gli autori si chiedono se questo interferisca con la loro qualità di vita. La conclusione, ottenuta dopo averne studiati 62 su 135 (parte erano deceduti, parte persi al follow-up e parte hanno rifiutato di partecipare), è la seguente: sì, la qualità di vita nei pazienti con fistola enterocutanea è ridotta, specialmente in quelli che hanno associata una malattia di tipo medico come ad esempio un morbo di Crohn.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY

(Novembre 2008)

Tossina botulinica per emorroidi trombizzate

R. Patti et al.

Rosalia Patti è una giovane chirurga dell'Università di Palermo che pubblica su BJS (e non solo...) ma due mesi fa al concorso di ricercatore, con tutti i suoi titoli..., non ha avuto il posto che meritava. Questa è l'Università italiana, una "tragedia nazionale" come l'ha definita di recente l'ambasciatore USA nel nostro Paese.

Questo articolo prende in esame 30 pazienti con emorroidi esterne trombizzate, i quali hanno avuto una iniezione intrasfinterica o di soluzione fisiologica o di trenta unità di tossina botulinica. Prima e dopo è stata fatta una manometria anorettale. Dopo il trattamento il tono di base, e così anche il dolore si sono ridotti in maniera più significativa dopo l'iniezione con tossina botulinica.

Ecco quindi sperimentato con efficacia un nuovo rimedio per la trombosi emorroidaria, una tra le più frequenti urgenze anorettali, causa di edema e intenso dolore. Tra gli autori il nostro (SICCR) Sebastiaano Bonventre e il professor Di Vita.

PPH con blocco perianale del pudendo vs. anestesia generale: un trial clinico randomizzato.

R. Gerjy et al

Da Linkopin, Svezia. Tra gli autori Rune Sjodahl (più noto per il cancro del retto) e Per Olaf Nystrom (fautore della PPH).

Lo scopo del lavoro è stato quello di verificare se la PPH può essere eseguita in anestesia locale, cosa per la verità già dimostrata molti anni fa da Gabrielli. Cinquantotto pazienti con prolasso emorroidario sono stati randomizzati per ricevere una anestesia locale o generale, il blocco perianale è stato effettuato lateralmente lo sfintere esterno con una tecnica che Nystrom ha già pubblicato nel 2004 su TIC.

Risultati: il dolore postoperatorio, il ripristino dell'anatomia e la risoluzione dei sintomi sono stati simili nei due gruppi; è confermato quindi che la PPH si può fare in anestesia locale. Il blocco perianale, concludono gli autori, ha diversi vantaggi: si fa in pochi minuti, il paziente si può sistemare da solo sul lettino operatorio in posizione prona, resta varie ore senza dolore e può andarsene a casa in tempi brevi.

Importanza della sensibilità rettale nell'incontinenza fecale

E P. Athanasakos et al

Lo studio viene dal gruppo di Norman Williams, ed è stato condotto su 20 pazienti adulti con incontinenza fecale che erano stati operati da bambini. Sono stati eseguiti i seguenti test: manometria anale, ecografia endoanale, studio EMG del nervo pudendo, test per la sensibilità rettale, defecografia e transito del colon. Gli autori hanno scoperto che quasi tutti i pazienti avevano una compromissione della integrità sfinterica, ma oltre i 2/3 avevano anche la sensibilità rettale e l'evacuazione rettale alterate. Cinque degli otto pazienti con stipsi avevano un alterato transito nel colon.

La conclusione dei brillanti autori inglesi è che, a parte la morfologia degli sfinteri, anche i fattori extra sfinterici, in particolare la sensibilità rettale, giocano un ruolo importante nella patogenesi dell'incontinenza fecale. Ecco perché la semplice sfinteroplastica spesso non dà buoni risultati a distanza. Il problema con gli incontinenti è che i fattori neurosensoriali, difficili da curare, sono alterati.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY **(Dicembre 2008)**

Ora sarete certo stanchi di recensioni convenzionali e so che qualcuno di voi rimpiange i coloriti dialoghi della mia precedente performance, quelli che furono tanto lodati dal Professor Romano al congresso educativo di Roma.

Continuando su questo stile vi informo che la coppia coloretale dell'anno è rappresentata da un professore piemontese con la sua allieva. Poiché lei ama trotterellare in reparto, ma anche sulle Alpi circostanti ed ha inoltre un approccio alla vita ingenuo ed entusiasta li chiameremo Bambi e il Professore. Entrambi leggono la letteratura e sono venuti a sapere che in Spagna, per la precisione nel sud, ad Alicante affacciata sul mare, vi è il simpatico dottor Arroyo, il quale con altri sei colleghi ha condotto uno studio multicentrico sulla STARR.

A Bambi non piace molto la STARR: essendo dedita alla riabilitazione pelvi-perineale diffida della chirurgia nella ostruita defecazione. Tanto è vero che, quando il Professore fu incaricato dalla SIC di moderare una sessione al congresso di Roma la sua allieva gli offrì una serie di spunti alquanto conservativi che suggerivano cautela chirurgica. Sulla base di questi il Professore, che di Bambi si fida, impostò la sua prolusione. Decise cioè di dare il la alla sessione raccomandando prudenza chirurgica. Questa è esattamente la corrente di pensiero di grosse istituzioni come il Saint Mark's Hospital, dove il noto gastroenterologo Mike Kamm raramente passa pazienti stitici ai chirurghi e della Mayo Clinic, dove solo il 5% degli stitici vengono operati da Pemberton e collaboratori. Nonostante l'impostazione del Professore fosse in linea con due

grandi istituzioni straniere, alcuni organizzatori-dirigenti del congresso lo pregarono di voler essere meno conservativo e più aggressivo, in maniera da giustificare l'esistenza sul mercato di varie procedure tecnologiche: di cui l'auditorio, secondo loro, sarebbe stato curioso di conoscerne i modi di impiego e i risultati. Il Professore, che non ha certo un carattere arrendevole, fece però buon viso a cattivo gioco e rese più alla moda la sua introduzione.

"I tuoi timori erano sbagliati" disse il giorno dopo alla sua Bambi, che ancora appariva contrariata per il voltafaccia del suo capo "non hai letto l'articolo di Arroyo e dei suoi su BJS dicembre 2008?"

"Certo che l'ho letto!" esclamò Bambi e lo guardò con aria di sfida.

"Beh risultati ottimi, casistica ampia: 104 pazienti, follow-up piuttosto lungo: oltre due anni, risultati molto buoni. Dopo 2 anni soltanto 11 insuccessi. Per di più l'operazione è durata solo 45 minuti e la degenza due giorni. Sei convinta ora che la STARR è un buon intervento?"

Bambi prese fiato e rispose "e il rovescio della medaglia? Questo non me lo ha detto..."

"Che cosa intendi?"

"Lei professore sa quanti stitici operano alla Mayo Clinic, vero?"

"Sì, il 5%, ma che c'entra questo con gli spagnoli?"

"Beh...Arroyo et al hanno fatto la STARR quasi al 60% dei loro stitici."

"Caspita, e come mai così tanti?"

"Semplice: hanno usato solo una piccola parte delle terapie conservative suggerite dalla letteratura."

"Immagino avranno usato le fibre, i lassativi e la riabilitazione. Perché che cos'altro c'è?"

E Bambi, sorniona "la psicoterapia e l'irrigazione, ad esempio."

"Cioè tu vuoi dire" fa il Professore scettico, "che con quattro chiacchiere psicologiche e un lavaggio del colon si può risolvere l'ostruita defecazione? Ma chi lo dice questo?"

"Caro Professore, lo dicono chirurghi molto esperti come Kodner (Int J Colorect Dis) e Baeten (Br J Surg)."

"E perché la psicoterapia dovrebbe far bene?"

"Perché il 66% dei pazienti con ostruita defecazione hanno ansia o depressione e perché Keighley ha dimostrato che una psicopatologia è un fattore predittivo negativo per la chirurgia."

"Beh, in effetti non è poco. E l'irrigazione?"

"L'irrigazione è un metodo economico e quasi privo di effetti collaterali che fa stare meglio metà degli stitici."

Il Professore poggia il mento sulla mano e riflette, poi guarda Bambi che capisce di aver incrinato le sue neo convinzioni interventiste. "Quello che vuoi dire è che gli spagnoli non hanno fatto quanto dovuto prima di porre l'indicazione chirurgica?"

"Esattamente. Proprio così!"

"Però ammetti che i risultati sono stati buoni e anche la STARR ha dato poche complicanze."

E Bambi, incalzando: "poche complicanze non direi, in oltre metà dei casi c'è stata un'emorragia intraoperatoria che ha richiesto una sutura a mano al di sopra di quella meccanica: secondo altri autori questa sutura intrappola le ghiandole mucose del retto provocando cisti da inclusione; inoltre poiché la deiscenza di una anastomosi dipende dalla volemia, una ipotensione da ridotto flusso sanguigno può far cedere la anastomosi. Infine ¼ dei pazienti hanno riferito incontinenza fecale dopo 1 mese e nei primi 2 giorni tre sono stati rioperati d'urgenza."

"Beh, tre non sono tanti" fa conciliante il Professore.

"In questa casistica no, ma in altre come quella di Gagliardi e della SICCR i reinterventi sono stati il 19% e se vuole saperne un'altra il 20% dei pazienti secondo Boccasanta, 1 anno dopo la STARR, hanno una defecazione dolorosa."

"Se ho capito bene, la tua tesi è che la STARR pur avendo dei buoni risultati clinici comporta una serie di nuovi problemi come sanguinamento incontinenza e proctalgia che rappresentano delle nuove complicanze e che alcuni di questi durano a lungo e deteriorano la qualità di vita del soggetto."

"Proprio così Professore e non mi sembra poco per un'operazione così tanto propagandata e che finora non è stata confrontata con le altre né si è dimostrata ad esse superiore".

Un alone pericoloso dopo chemioterapia neo adjuvante e resezione epatica per metastasi da cancro coloretale**G.Mentha et al.**

La peculiarità di questo studio svizzero sta nel fatto che i 23 pazienti presi in esame avevano delle metastasi da cancro coloretale ai due lobi del fegato e avevano un'occlusione della vena porta. In questi casi la chirurgia è impegnativa e occorre un approccio multidisciplinare.

I risultati sono ottimi: mortalità operatoria zero e assenza di complicanze molto gravi. Non solo, anche la sopravvivenza mediana è più che buona: quasi quattro anni a partire dall'inizio del trattamento, eseguito con intervento in due stadi.

Il messaggio più rilevante di questo studio è che all'istologia dopo il primo intervento dieci pazienti avevano in pericoloso alone di cellule tumorali proliferative che infiltrava il parenchima epatico intorno alla metastasi. Questo alone aumentava tra la prima e la seconda operazione ed ha costituito una spia che ha spinto i chirurghi a modulare l'estensione chirurgica per ridurre il rischio di recidive. L'articolo è corredato da delle belle foto a colori che mostrano questi reperti istologici.

Questo era l'unico articolo coloretale nel fascicolo di gennaio 2009 del British Journal of Surgery.

Si può non operare il cancro del retto dopo chemioradioterapia neo adjuvante?**A.Habr-Gama, R.O. Perez**

Veniamo subito al punto cruciale; che fare se dopo la radiochemioterapia non vi è più traccia di tumore, né di linfonodi positivi? Operare o attendere?

Fino a pochi anni fa la risposta era: operare, ma dopo il 2004 i chirurghi coloretali di San Paolo del Brasile hanno pubblicato dei lavori importanti che dimostrano il contrario. La validità di questa condotta chirurgica è dimostrata, ci dicono gli autori, da ben 120 pazienti che nel loro centro hanno evitato l'intervento chirurgico negli ultimi 15 anni. Un intervento (resezione anteriore bassa o amputazione addomino-perineale del retto) che, non dimentichiamolo, può comportare una stomia permanente, una fastidiosa incontinenza o urgenza defecatoria con complicanze o mortalità post operatorie. Invece, in casi di scomparsa del tumore, si può non operare. A patto che l'esplorazione rettale, la TAC o l'ecografia endorettale e il CEA plasmatici siano negativi. E naturalmente che il paziente non abbia sintomi.

La comunità scientifica internazionale ha fatto fatica a digerire questi concetti. Tanto è vero che un paio di anni fa è arrivato a Techniques da San Paolo un articolo in questo senso, i referees lo hanno criticato e l'articolo è stato pubblicato come semplice corrispondence. Però i fatti sono questi, l'evidenza scientifica parla chiaro e siamo costretti a prenderne atto.

Ma non è finita: Angelita Habr-Gama e il suo gruppo sostengono che quando la chemioradioterapia neoadjuvante provoca un marcato down staging del tumore, la semplice escissione locale a tutto spessore può ben sostituire una resezione radicale maggiore. I pazienti in cui il tumore resta assente dopo la radiochemio per un anno non vanno peggio, ci dicono i brasiliani, rispetto a quelli sottoposti a un intervento classico. Nel senso che i 120 non operati hanno sviluppato una recidiva locale solo una volta su dieci e in TUTTI i casi è stato possibile salvarli con resezione radicale, escissione locale o brachiterapia. Ed erano tutti casi in cui il tumore era diagnosticabile col dito o con il rettoscopio.

Il fatto che questo articolo sia un "leading article" del British Journal of Surgery gli conferisce una rilevanza importante e una sorta di riconoscimento ufficiale.

Del resto nulla di nuovo sotto il sole: fanno notare i brasiliani che già settanta anni fa Cuthbert Dukes scriveva che parte dei pazienti con cancro del retto potevano essere curati con la sola radioterapia.

Resezione ad domino-sacrale per cancro del retto recidivo

P.M.Sagar et al

Circa trenta anni fa mi capitò di trovarmi in Australia, a Sidney, dove eravamo per un congresso, niente meno che con John Goligher. Ai più giovani ricordo che il professor Goligher è stato per decenni il padre della chirurgia coloretale e ha scritto una Bibbia sull'argomento. Avevo progettato di scrivere un libro in cui i principali chirurghi coloretali del mondo mi avrebbero raccontato, in una intervista, il loro contributo di tecnica chirurgica. Le interviste sarebbero state corredate di dati e disegni. L'idea era di chiedere a Goligher di scrivere l'introduzione. Glielo proposi e lui accettò. Ci mettemmo a tavolino e gli domandai allora di indicarmi quali fossero secondo lui i chirurghi da mettere in questo libro. Mi disse che mi avrebbe fatto un elenco, dividendoli in eccezionali, bravissimi e bravi. Mi scrisse l'elenco in 3 pagine, una quindicina di nomi e mi raccomandò di non rivelare la fonte. Ebbene, tra i chirurghi coloretali eccezionali (oltre a Welch e a Parks) c'era Locallio, l'inventore della resezione addomino-sacrale, praticamente una resezione anteriore ultrabassa in cui, dopo l'escissione del retto sigma il paziente veniva girato e si eseguiva una anastomosi per via transsacrale (vi ricordo che all'epoca la suturatrice circolare era raramente disponibile, la stavano inventando i chirurghi russi).

Mi vergogno a dirlo ma ho perso quel prezioso elenco e il libro non fu mai scritto.

Ebbene, non caso Peter Sagar è un "nipote" di John Goligher e lavora al General Infirmary di Leeds, dove Goligher era consultant e grande capo (veniva dal Saint Mark's Hospital, naturalmente).

E riprende la tecnica di Locallio, ex chirurgo "eccezionale".

Sagar si occupa da anni della chirurgia del tumore del retto recidivi o estesi ad altri organi, in questo caso ci riferisce i risultati ottenuti in 40 pazienti con cancro del retto recidivo, che aveva invaso l'osso sacro, operati insieme a un neurochirurgo con resezione addomino sacrale in due stadi, dopo aver eseguito TAC, RMN e PET. Ovvero mobilizzazione addominale, stomia, asportazione del tumore e di una parte dell'osso sacro per via posteriore. Questa chirurgia è pesante, un paziente è deceduto durante l'intervento e 24 hanno avuto complicanze post operatorie. La sopravvivenza è però buona: i 20 pazienti con resezione R0, ovvero tutto il tumore asportato, hanno avuto un periodo di tempo medio libero da malattia di quasi 5 anni. E di quasi 3 anni gli R1.

La conclusione è che l'intervento è efficace e che la RMN è stata utile per identificare i pazienti con un'estensione del tumore laterale nella pelvi, a rischio di resezione R1. il prossimo passo tecnico, ci dicono gli autori, è quelli di seguire un intervento radicale anche nei tumori con invasione laterale.

La stimolazione elettrica induce la peristalsi del colon: studio sperimentale.

S. Aellen et al

Lo studio è frutto della collaborazione tra la fisiologia universitaria e la chirurgia ospedaliera di Losanna, con la collaborazione della Med Tronic. Ultimo autore Jean-Claude Givel.

Gli autori hanno inserito degli elettrodi nel siero muscolare del cieco di 8 maiali, la motilità del colon destro è stata poi studiata con video-manometria e transito. La motilità intestinale è stata analizzata con un sistema di traccia magnetica mediante una capsula endoluminale con impulsi raccolti all'esterno. Gli autori sono riusciti a riprodurre una peristalsi del colon destro simile a quella dell'uomo.