

In un leading article J. Murie, l'Editor-in-chief, ci racconta delle cose interessanti.

Che solo il 16% di circa 1200 articoli ricevuti nel 2006 è stato pubblicato (quindi se mandiamo un lavoro a BJS, otto-nove volte su 10 viene bocciato....su TIC quattro volte su 10, per darvi un'idea)

Che l'impact factor della rivista è salito a 3.7 (molto alto per una rivista di chirurgia, tutte le riviste chirurgiche italiane hanno meno di 1, at least to my knowledge).

Che circa il 20% dei lavori vengono respinti senza essere mandati ai referees, dopo il parere di almeno due Editors.

Che il 40% degli articoli viene dall' Europa continentale.

Che BJS ha ben sei Editor e due Copy-Editor, che Ronan O'Connel ha lasciato dopo 9 anni, che la rivista appartiene ad una Società con lo stesso nome, BJS Society.

Insomma, uno staff poderoso, una storia gloriosa, una fama conclamata. Si sapeva, ma certi numeri impressionano veramente. Nella scienza gli inglesi ci sanno fare, non c'è dubbio.

### **La Sindrome di Peutz-Jeghers (SPJ) e lo screening per il cancro del pancreas**

*Latchford et al*

L'articolo viene dal St Mark's Hospital e dall'Università di Liverpool.

I pazienti con SPJ (pigmentazioni mucocutanee e poliposi intestinale) sono ad alto rischio di cancro. In particolare gli autori hanno studiato il rischio di cancro del pancreas, con una revisione della letteratura.

Lasciate prima che vi ricordi, e non vi offendete se lo faccio..., che stiamo parlando dei polipi giovanili, amartomatosi (adenomi, amartomi, polipi linfoidi, polipi metaplastici e polipi infiammatori, ricorderete la classificazione di Morson). Si possono autodecapitare e quindi essere eliminati spontaneamente, si riteneva e ancora un po' si ritiene che non siano neoplastici, ma poiché possono contenere focolai adenomatosi ecco che possono cancerizzare. E si possono formare ovunque, specie nel digiuno, ma anche nel rene o nella colecisti, un guaio....ma attenzione alle pigmentazioni, 9 volte su 10 sono presenti: nella mucosa orale, sulle labbra, sui piedi, in vagina ecc ecc.

Ecco il programma di sorveglianza dei pazienti con SPJ al St Mark's: una volta l'anno emocromo; una volta ogni tre anni: esofago-gastro-duodenoscopia, colonscopia, pasto baritato o capsule endoscopiche; mammella e cervice uterina, come da programma nazionale.

Per il cancro del pancreas gli individui a rischio sono i fumatori di tabacco, i pancreatici, gli anziani. Ma il rischio non è tale da giustificare un programma di screening.

I lati negativi dello screening sono: che non è piacevole sottoporsi ripetutamente agli esami, che vi possono essere delle complicanze legate a questi esami (pensiamo alla ERCP), che la sensibilità e la specificità sono scarse, e che manca una controprova dell'efficacia dello screening.

Lo screening costerebbe oltre 350mila dollari USA per ogni vita salvata.

Eccessivo secondo gli autori ...si vede che gli inglesi guardano al bilancio e sono pragmatici....

Forse troppo pragmatici?

### **Bevacizumab e cancro coloretale**

*Thornton et al*

Stiamo parlando di un farmaco che inibisce l'angiogenesi del tumore. Ma poiché l'angiogenesi serve anche alla cicatrizzazione delle ferite nel paziente operato (pensiamo alla deiscenza di una anastomosi) c'è una qualche preoccupazione sul decorso postoperatorio dei pazienti trattati con Bevacizumab. In effetti gravi complicanze, anche perforazioni gastriche, si sono registrate nel 2%

dei casi. Però il farmaco allunga la sopravvivenza, per cui il suo impiego si è diffuso.

L'articolo è una metanalisi, e per i tre quarti si addentra nei meandri della angiogenesi tumorale, con questi vasi nel cui stroma ci sono cellule tumorali, vasi tortuosi, con shunt e stop, nei quali la liberazione del farmaco è quindi problematica. Si parla del vascular endothelial growth factor (VEGF), di cui nell'uomo sono state identificate quattro isoforme ecc ecc ecc....e poi dei recettori di questo fattore di crescita, dei loro effetti sulla mitosi...insomma biologia cellulare, un campo dove il chirurgo medio si perde alquanto. E infatti mi ci sono perso...finché ho letto e capito in cosa consiste la forza di questo Bevacizumab. "Mr Beva" ....lega e neutralizza tutte le isoforme dei VEGF -A, che è poi quello essenziale per l'angiogenesi e la emopoiesi, favorita legandosi con il VEGFR-2.

Quindi.."no Martini no party"...no VEGF-A no angiogenesi" e in questo caso Mr Beva è George Clooney che si porta via il carburante per la festa.

Ma che cosa combina invece di male Mr Beva in sala operatoria? Fa danni, perchè altera la cicatrizzazione...Ma se la altera, non lo si potrebbe cominciare prima, così picchia sulla angiogenesi del tumore ma non picchia sulla angiogenesi della cicatrizzazione?

Yes indeed...proprio questo hanno fatto alcuni ricercatori con questo Bevacizumab, che è un po' Dr Jeckyll, un po' Mr Hyde. Hanno studiato la sua durata d'azione sulla neoangiogenesi e lo hanno dato in anticipo, ovvero hanno posticipato l'intervento, così da neutralizzarne gli effetti negativi sulle suture. Lo schema: un intervallo di 28 giorni tra il farmaco e l'intervento.

In conclusione, nella malattia tumorale avanzata, in unione con la chemioterapia classica s'intende, Mr Beva ci fa il downstaging e ci trasforma un caso da palliabile a curabile.

"Thank you Sir!..."

## **Il gliceriltrinitrato allo 0.2 % fa guarire prima le ferite anali ma non riduce il dolore dopo emorroidectomia**

*Tan et al*

E' una sfilza di Tan, Lay, Taj e Eu, questa degli autori, senza contare l'ineffabile impronunciabile K.K.Sng. ....provate a dirlo voi...comunque stiamo parlando del gruppo di Singapore che, sempre su BJS, ha pubblicato la più vasta casistica mondiale di emorroidopessi con stapler. Forse ricorderete una mia recensione un po' critica per l'incompleto follow-up.

Ora invece gli orientali si cimentano con la emorroidectomia standard manuale.

Un ripensamento?

No, semplicemente eclettismo, eclettismo con gli occhi a mandorla.

In realtà l'articolo non è superoriginale: un lavoro simile era stato fatto e pubblicato su DCR da Patti et al, di Palermo (Nino Pulvirenti, li hai fatti iscrivere alla SICCR? Questi siculi pubblicano bene!). I quali Patti et al poi avevano scoperto come si fa davvero ad abbassare il dolore dopo Milligan-Morgan: con la tossina botulinica A.

Farmaco usato a Singapore, il Rectogesic allo 0.2%, della Cellergy Australia. Ora è in commercio in UK, e arriva alla farmacia del Vaticano se richiesto, il Rectogesic allo 0.4% della Prostrakan. Ditta che sta per partire con un trial SICCR, laborioso protocollo Gagliardi.

A Singapore hanno applicato la pomata in reparto 4 ore dopo l'intervento di emorroidectomia diatermica in anestesia generale. Più fibre, più diosmina, più paracetamolo più diclofenac.

Primo endpoint: la cicatrizzazione delle ferite (5 gradi). Secondo endpoint: il dolore postoperatorio (VAS da 1 a 10)

In tutto 82 pazienti studiabili: 40 col farmaco e 42 col placebo.

Dopo 3 settimane erano completamente guariti 17 pz su 40 nel gruppo farmaco vs. 8 su 42 nel gruppo placebo. Dopo 24 ore dall'intervento, 39 pz su 40 nel gruppo farmaco si sentivano bene, avvertivano poco dolore, vs 33 su 42 dopo placebo.

Ma al conteggio preciso del VAS non c'era differenza significativa tra le medie dei punteggi del dolore.

Interessante la frase di apertura della Discussione.

“Sebbene la emorroidopessi con stapler sia in aumento nel centro degli autori, l’emorroidectomia diatermica viene spesso eseguita perché costa meno e perché è gradita dai pazienti”. Non sarà che i pazienti singaporesi hanno letto ( e i chirurghi no) l’ultima metanalisi Cochrane che riferisce più complicanze e più recidive dopo PPH? Mah. Misteri dell’Oriente.

Sul mal di testa da TNT gli autori ci dicono che non ha creato guai particolari.

Bene, allora, se riduce la convalescenza (e forse anche il dolore), che aspettiamo a metterla anche noi questa economica pomata alla trinitroglicerina nei nostri emorroidectomizzati?

O, in alternativa, i cerotti tipo Dermatrans, di cui si parlò molto bene alla Consensus Conference della SIC sulle emorroidi. O la tossina botulinica A, come suggeriscono Patti et al in ben due studi su DCR.

Grazie, autori di Singapore, per questo utile e onesto studio che rivaluta la emorroidectomia rispetto alla vostra preferita emorroidopessi. Questo significa essere attenti alle novità, ma anche pronti a riconsiderate, anzi a migliorare, le terapie più collaudate.

### **Se diamo meno liquidi i pazienti operati non escono prima**

*MacKay et al*

Da Edinburgo, gran bella città, tante nuvole, tanta pioggia, molti verdissimi campi da golf.

E da Glasgow, città bruttina ma con bellissimi dintorni.

I pazienti studiati sono 80 e gli autori sono scozzesi, come l’Editor-in-chief John Murie.

Si tratta di uno studio originale, ispirato dal fast track o postoperatorio accelerato, e basato sulle recenti cognizioni che un bilancio idrosalino positivo fa aumentare il peso e le complicanze.

I pazienti sono stati randomizzati, un gruppo ha ricevuto 2000 di liquidi, un gruppo 3000.

Risultati: il gruppo con restrizione di liquidi non ha avuto una degenza più breve.

Beh...vi confesso che l’ipotesi di partenza non mi convinceva più di tanto, per cui il risultato negativo non mi sorprende. Lo studio comunque è stato corretto: i due gruppi (liquidi ristretti, liquidi normali) non avevano differenze per la massa corporea, il grado ASA, il tipo di intervento, la patologia operata, l’età e il sesso, le trasfusioni di sangue (solo 6 unità in tutto, 3 da una parte e 3 dall’altra). Il mese dell’intervento fa poca differenza in Scozia, inverno o estate, gran caldo non fa mai e la perspiratio da compensare è trascurabile...e infatti questo parametro è stato ignorato.

Vabbè, pazienza, in una cosa resteremo tradizionali, nel prescrivere i liquidi per il postoperatorio.

### **La resezione e anastomosi primaria per malattia diverticolare complicata da’ meno eventi avversi in mano agli specialisti**

*Constantinides et al*

Il primo autore è greco ma lo studio è un trial ufficiale della Associazione Inglese di Colonproctologia.

Starà con le antenne dritte Gian Andrea Binda che da tempo propugna questa soluzione chirurgica e che ha condotto un trial sull’argomento. Ma pare che in Liguria imperi l’impostazione tradizionale, cioè l’Hartmann.

Del resto in Liguria, come in tutta l’Italia, i chirurghi generali faticano a digerire questa ormai assodata verità: che “gli specialisti lo fanno meglio”, e quindi possono osare di più.

E difatti gli autori inglesi riferiscono che anche là i chirurghi generali fanno più Hartmann. Hanno timore di fare direttamente una resezione con sutura.

Invece da questo studio emerge che la mortalità operatoria è stata del 4% dopo anastomosi primaria e del 26% dopo Hartmann (evidentemente l’Hartmann gli specialisti la fanno nei pazienti ad altissimo rischio...).

Insomma i chirurghi coloretali in UK più spesso resecano e anastomizzano in one stage, e fanno bene. La cosa più notevole è che a questo studio hanno preso parte 50 Ospedali! I mondiali di calcio li abbiamo vinti noi, ma in questo campo Inghilterra batte Italia.

Vediamo se la SICCR saprà rispondere in modo adeguato.

## **Iniezione intra-ale di collagene per l'incontinenza fecale**

*Stoikovic et al*

Una recente review di Mike Kamm, sempre su BJS, aveva delle conclusioni piuttosto scettiche sugli agenti volumizzanti.

Invece lo studio che ora commento sembra incoraggiante.

Qui 73 pazienti consecutivi con incontinenza fecale sono stati sottoposti a iniezione di collagene. Il 73% hanno riferito un miglioramento. Not bad.

Quelli andati peggio: i giovani con incontinenza post-traumatica.

Quelli andati meglio: gli anziani con incontinenza idiopatica.

La gravità dell'incontinenza non sembra avere influenza sull'esito del trattamento.

Lo studio mette quindi in discussione alcune osservazioni precedenti. Pare non sia vero, come credevamo, che i candidati migliori ai bulking agents siano quelli con incontinenza lieve da piccolo deficit localizzato, in genere post-traumatico. Pare che l'iniezione di collagene possa avere efficacia nell'incontinenza da distrofia sfinteriale, da deficit diffuso, quella che in passato si trattava molto ( e ora si tratta (sempre meno) con il post-anal o il total pelvic floor repair.

....."Pare".....nella letteratura chirurgica sull'incontinenza tutto è così fluido e mutevole...

Anni fa c'era entusiasmo per la gracileplastica e lo sfintere artificiale, adesso per gli agenti volumizzanti...le sfinteroplastiche ora se la passano davvero male.....chissà cosa ci riserva il futuro. Di certo un vantaggio delle iniezioni intra-anali è che sono veramente mini-invasive. Ed anche il costo è abbordabile. Credo vadano considerate come trattamento di prima linea, sempre più spesso.

Once again il chirurgo è chiamato a operare poco nell'incontinenza fecale.

## **Danni tardivi della radioterapia short-term per il cancro del retto**

*Pollack et al*

Avevamo appena recepito che la RT short-term dava meno problemi rispetto alla RT di lunga durata...ed ecco uno studio americano-svedese che ci mette in guardia contro i danni della short-term!

Gli autori ci riferiscono su 252 pazienti, vivi 15 anni dopo il trattamento.

Più di metà hanno risposto a un questionario e si sono presentati per una visita e una rettoscopia (ecco però un bias...di quasi metà non abbiamo notizie: erano forse quelli che stavano peggio e avevano meno voglia di rispondere e tornare dal chirurgo?).

Vediamo comunque: intanto, una conferma. La RT short-term ad alte dosi ha un rovescio della medaglia: quelli che l'hanno fatta hanno avuto più complicanze tardive rispetto a quelli che non l'hanno fatta. Questo dà ragione a Bill Heald che al regionale SICCR dell' Umbria ci metteva in guardia proprio su questo.

Complicanze tardive dicevamo. Quali?

Malattie cardiovascolari e incontinenza uro-fecale.

Nessuna differenza invece per fratture pelviche o del femore, occlusione intestinale e qualità di vita.

Come sempre dunque... tutto, anche la short-term, ha i suoi pro e i suoi contro.

Ed è bene conoscerli per informare i pazienti. E anche per selezionarli: se un soggetto è cardiopatico-vasculopatico o se tende all'incontinenza potrebbe non essere indicata la Rt short-term ad alte dosi.

## **Recidive e metastasi nel teratoma sacrococcigeo**

*Derikx et al*

Un articolo olandese (Europa continentale, 40% delle pubblicazioni su BJS).

Multicentrico, su 173 bambini.

Scopo del lavoro: identificare i fattori di rischio.

Otto pazienti sono deceduti dopo l'intervento. Nove avevano metastasi al momento dell'operazione.

Diciannove hanno avuto recidiva del tumore a 10 mesi, di questi sette sono deceduti.

Quali i fattori di rischio per la recidiva?

Resezione incompleta (ovviamente).

Malignità all'istologia (ovviamente) o teratoma a cellule immature.

Dimensioni, età del bambino al momento dell'intervento e età al momento della diagnosi, invece, non hanno influito sulla recidiva.

In conclusione, l'11% dei teratomi hanno dato recidiva dentro tre anni; la malignità e resezione incompleta i fattori di rischio per la recidiva.

Nell'adulto il teratoma sacrococcigeo è raro, Roche ne descrive un caso sull'ultimo TIC.

### **Chi non sopporta lo stress fa male la chirurgia laparoscopica**

*Hassan et al*

Già di per sé lo studio è originale, se poi consideriamo che viene dalla Germania...Paese dove si immagina che le persone siano più fredde di noi mediterranei, allora diventa ancora più interessante.

Che cosa hanno fatto gli autori?

Hanno preso degli studenti di medicina dell'ultimo anno e a loro hanno affidato la videocamera in un simulatore di chirurgia laparoscopica. Poi hanno preso degli specializzandi tra il primo e il terzo anno, inesperti quindi, e a loro hanno messo in mano i ferri della chirurgia laparoscopica, sempre in un simulatore.

Tutti hanno dovuto rispondere a un questionario atto a valutare la risposta allo stress.

E poi ogni "cavia" ha avuto un punteggio a seconda delle sue prestazioni "chirurgiche" al simulatore.

E' venuta fuori una cosa abbastanza ovvia, ma ben documentata: gli stressabili si muovevano peggio con ferri e telecamera.

Forte il finale: nessuno degli specializzandi ha lasciato chirurgia, uno solo degli studenti ha deciso di fare chirurgia, tutti gli altri studenti hanno deciso di non fare chirurgia.

Mi chiedo cosa sarebbe successo facendo lavare gli studenti stressabili in sala operatoria, in urgenza, mani sugli organi, contatto con sangue e sudore e fatica. Qualcuno avrebbe lasciato Medicina?

O forse qualcuno sarebbe andato in analisi.....

Di certo, se la Ethicon o la Tyco leggono questo articolo, assumeranno solo promotrici molto molto rilassanti per non stressare i chirurghi che vogliono addestrare alla laparoscopica.

"Le belle ragazze vi agitano o vi rilassano?" magari troverete questa domanda in un questionario agli stand delle Ditte al prossimo congresso.....

In Italia si fanno poco questi studi sui chirurghi, di più nel nord Europa. Ricordo un abstract sul BJS di un anno fa in cui avevano fatto passare a una coppia di studenti inglesi una notte senza sonno dopo una serata sobria, e a un'altra coppia una notte con sonno ma dopo una serata alcolica. Beh, la mattina dopo al simulatore quelli che avevano sbevazzato sono andati molto peggio di quelli insonni.

Attenti perciò a farvi vedere al pub la sera prima di operare! Un testimone potrebbe citare la letteratura e incastravi col giudice in caso di complicanze. E se vostro figlio si stressa facile, non fategli fare il chirurgo laparoscopico.

Del resto ricordo che smisi di fare le polipectomie endoscopiche perché mi dava ai nervi vedermi davanti il polipo e non poterlo subito acchiappare con le mani. Fu così che scoprii di essere un ansioso.

Sembrano solo questioni di colore...ma provate a pensare se avete mai letto in uno studio prospettico, tra i parametri predittivi di failure chirurgico, la stressabilità o la sobrietà del chirurgo...Mai, ve lo dico io. E invece, come vedete, contano anche queste cose per il successo di un intervento.

### **La storia dei tre articoli**

*J.Murie et al*

Attenzione, è il grande Editor-in-chief che scrive!

E il titolo del suo articolo non vi ricorda un po' LA STORIA DELLE TRE CARTE?

Infatti, come nel gioco delle tre carte, "carta vince carta perde, dov' è la carta più alta?" Lo sprovveduto perde sempre truffato dalla velocità e dai trucchi del boss, in genere napoletano...così l'Editor, non dico sprovveduto, ma non avvezzo ai trucchi di bassa lega, viene in genere "fregato" dai c.d. articoli fraudolenti.

Se volete sapere quando un articolo si definisce fraudolento guardate alla fine del fascicolo di ogni DCR e lo scoprirete. Un articolo è fraudolento quando più di metà del testo è stato già pubblicato altrove (così hanno pizzicato di recente su DCR un caposcuola USA che lavora nel caldo sud a cui un resident aveva spacciato per nuovo un testo in realtà già pubblicato), o quando pezzi di testo vengono copiati da articoli altrui senza citarli (questo capitò a degli italiani, ben noti, su DCR....credo per una contesa tra un gruppo italiano e uno tedesco su chi potesse controllare il trial di una Ditta....quando ne parlai a uno di questi autori, mio amico, mi rispose, un po' seccato "ma io che ne so, manco l'ho letto quel lavoro!"). Un articolo è fraudolento quando viene mandato in contemporanea, per la valutazione, a due o più riviste (Capitò negli anni '70 ad un articolo dall'Università di Ancona, che pubblicò gli stessi dati in inglese su Surg Gynec Obst e in francese su J Chirurgie ). Infine: un articolo è fraudolento quando uno degli autori non ha dato alcun contributo, cioè si trova lì "a sbafo" (qui si contano a grappoli, pensate ai nomi dei parenti dei direttori messi in ogni pubblicazione, per mandarli in cattedra da giovanotti).

Beh....accorciamo.

Cosa ci racconta l'Editor-in-chief J.Murie?

Che al Professore tedesco Neuhaus, dell'Università di Berlino, viene richiesto da BJS un articolo "a invito" sulle vie biliari. L'esimio ricorda di averne scritto uno in tedesco proprio con quelle caratteristiche richieste...e allora lo prende e lo manda al BJS.

Un momento, direte voi, prima lo traduce, almeno quello! O glielo manda in tedesco?

No, né l'una né l'altra. Non lo manda in tedesco, è ovvio, perché BJS è in inglese. Ma neanche lo traduce perché lo aveva già in inglese, infatti lo aveva già mandato anche a.... Surgery. B U M ! Colpo di scena, impicci, proteste, accuse, l'articolo viene d'autorità cancellato da BJS, onta sugli autori, che giurano buona fede....tutto ciò lo troverete da pag. 1560 a pag. 1562 del fascicolo.

Un altro esempio: leggete il lavoro sulla emorroidopessi con stapler edito nel 1998 da Monduzzi. La tecnica proposta (borsa di tabacco ben al di sopra dell'anello anorettale per ridurre il dolore ) è originale? No, la stessa tecnica era stata pubblicata un anno prima su TIC 1997, come prolassectomia con stapler. Vedere per credere: l'articolo in questione è sul sito [www.ucp-club.org](http://www.ucp-club.org). Ma all'epoca TIC non era indexata, l'articolo del '97 poteva essere sfuggito. E sfuggì anche dopo, perché non compariva su Medline. Gli Atti di Monduzzi invece erano indexati, ed è stato l'articolo del '98 quello più citato. Vedete quindi l'importanza di uscire con pubblicazioni presenti in Index Medicus, anche se a basso impact factor. Tenetelo presente quando scegliete dove spedire un lavoro.

Tuttavia i veri articoli fraudolenti esistono, le riviste internazionali li marcano stretti...perciò: non duplichiamo le pubblicazioni, non spediamole contemporaneamente a due riviste, controlliamo bene Internet per sapere se la nostra ricerca è originale.

Peccato perdere la reputazione.