

CANCRO COLORETTALE CON METASTASI EPATICHE SINCRONE

Adam

Il problema riguarda il 15-20% dei pazienti che arrivano all'intervento.

Che fare?

Opzione A: Resezione intestinale ed epatica in un solo intervento

NO in caso di metastasi multiple diffuse, NO in caso di resezione epatica maggiore, ovvero tre o più segmenti, NO se il team non ha sufficiente esperienza in chirurgia epatica, NO se l'intervento è in urgenza, NO se il paziente è fragile.

Altrimenti

Opzione B: Resezione intestinale, chemioterapia e poi resezione epatica dopo 2-3 mesi

Le due opzioni presentano una sopravvivenza sovrapponibile

E se le metastasi non sono resecabili?

La tendenza è: resecare il tumore intestinale e poi fare una chemio palliativa delle metastasi.

Ma se il paziente non ha sintomi intestinali meglio fare prima il trattamento medico, magari associato a uno stent. La strategia ora è meno chirurgica.

TUTTO SULL'INCONTINENZA FECALE

Chatoor et al

Una buona review, che si conclude così:

“Il trattamento dell'incontinenza fecale si sta evolvendo: non è più focalizzato sugli sfinteri, ma è più olistico e riconosce il ruolo della psiche e di tutto il pavimento pelvico nel mantenere la continenza. Le più recenti tecniche di imaging aiutano a selezionare le strategie terapeutiche”.

Questo direi è il messaggio da ricordare.

L'articolo passa in rassegna l'eziologia, la diagnosi, la cura...un po' tutto insomma. Ha il pregio di essere sintetico e offrire un bell'algoritmo di terapia. In qualche punto è un po' categorico (quando afferma che il postanal repair ormai si fa solo associato alla proctectomia per prollasso, oppure quando sostiene la colostomia come prima possibile opzione chirurgica) e non è ricchissimo di bibliografia.

Comunque da leggere. L'email dell'autore è a.emmanuel@ucl.ac.uk

FUNZIONA IL FAST TRACK?

Maessen et al

Si fa un gran parlare (e scrivere) del fast track. Molti lo usano (con soddisfazione).

Sapete bene cos'è: un regime accelerato perioperatorio per ridurre complicanze degenza e costi. In parte è stato stimolato dai successi (talvolta enfatizzati, ma indubbiamente reali) della chirurgia laparoscopica.

Gli autori, in 5 grossi centri nord europei, in Norvegia, Olanda, Svezia, Danimarca, UK (Scozia per la precisione), hanno osservato 425 pazienti consecutivi ricoverati per una resezione coloretale al di sopra della riflessione peritoneale e trattati con fast track. Quattro dei 5 centri erano neofiti del fast track, uno lo usava da 10 anni.

Come hanno reagito i pazienti al fast track?

Bene prima e subito dopo l'intervento (cioè, ad esempio, erano contenti di non avere la preparazione intestinale meccanica o il sondino nasogastrico...e come poteva essere il contrario? Certo non erano pazienti masochisti). Ma quando si è trattato di nutrirsi per os rapidamente, di sospendere presto l'analgesia perdurale, di lasciare l'ospedale appena canalizzati...allora sono

cominciati un po' di problemi e la compliance dei pazienti si è ridotta. Tuttavia la durata mediana della degenza postoperatoria è stata apprezzabile: 5 giorni.

Gli autori concludono che non basta un protocollo per mettere in condizione i pazienti di essere dimessi appena c'è la ripresa funzionale dell'intestino. E che la riuscita del fast track dipende anche dall'esperienza di chi lo applica.

Battuta facile: nessuno dei centri era tedesco...chissà, forse i pazienti sarebbero stati più obbedienti alle regole.

COME SI FA LA MILES AL KAROLINSKA DI STOCCOLMA

Holm et al

Per un cancro del retto distale (di quelli che si sentono col dito, per intenderci).

In Svezia e in Norvegia, ci ricordano gli autori all'inizio dell'articolo, si fa la amputazione addominoperineale del retto in 6-7 casi su 10.

Oltre al disagio della stomia, anche la ferita perineale rappresenta un problema per il paziente. L'operazione prevede che si asporti il mesoretto dal piano degli elevatori, i quali non vengono asportati in toto. Per cui si ha un "effetto cono" verso il basso, con una clearance dei margini circonfenziali minore del dovuto. E se il tumore e i suoi linfonodi presi sconfinano al di là della fascia endopelvica questo aumenta il rischio di recidive.

Questa la premessa per cui gli autori, in 28 pazienti con un T3 e T4, con ChRt adiuvante (in 6 casi IORT), hanno fatto un intervento un po' diverso.

Ovvero hanno operato in genupettorale la fase perineale, hanno condotto l'escissione verso il basso in modo assolutamente cilindrico, senza "effetto cono" (proprio come scriveva Miles), hanno asportato completamente gli elevatori insieme al mesoretto.

E alla fine, con o senza i chirurghi plastici, hanno, in una-due ore, spostato uno o due muscoli glutei nella cavità perineale residua.

Risultato: solo una recidiva e due metastasi a distanza dopo due anni (ed erano T3 e T4!), poche complicanze, perineo ben guarito, arti funzionanti.

L'articolo ha delle figure molto belle a colori.

Che dire? Una cosa diversa, di certo interessante, chirurgicamente impegnativa, sembra con buoni risultati. La fanno in pochi, anzi in pochissimi.

I chirurghi coloretali amano di più fare la resezione anteriore ultrabassa, coloanale, escissione intersfinterica del retto. Ma non dopo radiochemio...e la sindrome da resezione anteriore (urgenza, incontinenza, tenesmo, ostruita defecazione) è sottostimata, ma c'è e come!

Tutto sommato una buona e radicale Miles con perineoplastica...sì, sarebbe da considerare.

Parliamone ai congressi. Invitiamo questi svedesi. O andiamoli a vedere a Stoccolma. Che tra l'altro è anche una bella città.

RAGADE ANALE: MEGLIO LA TOSSINA BOTULINICA O LA NITROGLICERINA?

Brisinda et al

Che la cura della ragade anale potesse essere una tossina batterica o una sostanza esplosiva...chi se lo sarebbe immaginato 20 anni fa?

All'epoca si discuteva solo se fare la sfinterotomia interna posteriore o laterale, in locale o in generale, chiusa o aperta.

Brisinda, Maria e collaboratori devono ringraziare Indru Khubchandani, che ci ha messo in guardia contro l'incontinenza dopo sfinterotomia, nonché i neurologi dell'Università Cattolica che hanno messo loro a disposizione precocemente la tossina botulinica. E' così i chirurghi del Gemelli hanno lodevolmente superpubblicato a ripetizione sull'argomento.

Ora ecco un loro trial prospettico botulino vs TNT. Che cosa è meglio?

Non c'è un netto vincitore. Il limite della pomata è che può non essere tollerata per via della cefalea, il limite dell'iniezione è che può dare temporanea incontinenza. Ma gli autori propendono per il loro cavallo di battaglia, la tossina.

Come essere eclettici, aggiungerei io?

Sezionare lo sfintere solo se c'è ipertono e se la ragade è cronica e se non è guarita con le terapie conservative. Sezionarlo meno o più in base alla manometria o altri fattori clinici: ad esempio le pluripare sono più a rischio (20% di incontinenza, mai grave comunque). Sapere che la tossina a 3 anni guarisce il 66% dei pazienti. Che metà dei casi recidivano dopo TNT a lungo termine. Che 2 volte su 10 la TNT dà una cefalea intollerabile. Che si può usare anche la nifedipina o la L-arginina (per dire le principali alternative).

Tenete d'occhio "Techniques": sta per uscire una review di Lund che vi dirà tutto sulla terapia della ragade anale.

I TUMORI "PIGRI" FORMANO MICROASCESSI

Uheara et al

Senior author l'illustre Moriya, il giapponese della linfadenectomia allargata nei tumori del retto.

Lo studio è sui tumori del retto localmente avanzati e gli autori hanno scoperto che la presenza di microascessi ai margini depone per un accrescimento lento dei tumori. E' quindi un fattore prognostico favorevole.

Come al solito i giapponesi danno contributi importanti in campo oncologico. Di recente avevo recensito un lavoro giap sulle micrometastasi linfonodali. Riferiva che se la capsula del linfonodo è invasa la prognosi è sfavorevole.

Articoli di questo tipo confermano quanto sia importante che il chirurgo abbia un buon patologo.

CHI PUBBLICA MEGLIO E DI PIU' IN CHIRURGIA

Van Rossum et al

Lavoro atipico.

Vi dico subito che l'Italia è al 15° posto su 23 nazioni valutate in quanto a pubblicazioni indexate in rapporto alla popolazione. Non un gran che. E che solo 3 dei 23 Paesi spendono meno di noi per la ricerca.

Gli USA sono al primo posto come numero di articoli, seguono Giappone e UK. Ma, in rapporto agli abitanti, sono in testa Olanda, Svezia e Svizzera.

E come impact factor, cioè numero di citazioni degli articoli pubblicati, vincono Svizzera e Irlanda. Sarà contento il nostro Luigi Basso, che ha fatto il training in Irlanda e ha la moglie irlandese, e quando può va a Dublino.

Comunque Luigi è il responsabile della Commissione Trials della SICCR.

Abbiamo pure noi il nostro "Irish man", a quanto pare abbiamo scelto la persona giusta!

BRITISH JOURNAL OF SURGERY

Marzo 2007

COME FUNZIONA LA POUCH ILEOANALE A LUNGO TERMINE NELLA COLITE ULCEROSA?

Bengtsson et al

Lo studio è su 42 pazienti con un follow-up di un anno e mezzo, quasi.

Sarebbe perciò meglio dire a medio termine.

Il risultato: la funzionalità della pouch declina col tempo.

Tutto del resto declina col tempo, tranne forse il buon vino.

Lo so, ho scritto poco su questo articolo, sorry. Chi vuole saperne di più chiedi all'autore:

tom.oresland@surgery.gu.se

RISULTATI DELLA POUCH ILEOANALE PER COLITE ULCEROSA. ESPERIENZA DI UN VENTENNIO

Hahnloser et al

Dalla Mayo Clinic, con Pemberton, Wolff e Dozois tra gli autori, tanto per gradire.

Quasi 2000 pazienti!!!! Ben più che in tutta Italia.

Conclusione: i risultati clinici e funzionali sono stabili per 20 anni.

Confrontate questa conclusione con quella del lavoro precedente: gli americani sembrano più rassicuranti degli svedesi.

Ma se andiamo a vedere i numeri si scopre che l'incontinenza diurna è passata dal 5 all'11% e quella notturna da 12 al 21%. Circa il doppio.

Perché allora la conclusione positiva?

Perché, ci dicono alla Mayo, la qualità della vita è rimasta inalterata e 9 pazienti su 10 hanno mantenuto lo stesso impiego dopo l'intervento.

Forse in Italia molti avrebbero fatto una domanda per infermità e avrebbero avuto la pensione. Chissà...

Ultimo particolare: 76 pazienti avevano una colite indeterminata e 47 un morbo di Crohn.

COLOANALE CON E SENZA ESCISSIONE INTERSFINTERICA (EI) PER CANCRO DEL RETTO BASSO

Portier et al

Ultimo autore Lazorthes, l'inventore, insieme a Parc, del reservoir colico per coloanale.

Francesi alla ribalta.

I loro 278 pazienti operati di resezione anteriore ultrabassa e anastomosi coloanale dal 1977 al 2004 sono stati divisi in due gruppi. Quelli con coloanale senza EI (105) e quelli con coloanale con EI (173). EI vuol dire rimozione parziale o totale dello sfintere interno. Tutti hanno subito una colostomia escludente temporanea.

Con EI si è avuta recidiva locale a 5 anni nel 10.6% dei casi. Senza EI nel 6.7% dei casi (P=0.045, differenza non statisticamente significativa). Quindi asportare il canale anale non peggiora il risultato oncologico.

Gli autori in discussione ammettono, anche se forniscono dati precisi non essendo questo lo scopo dello studio, che il punto debole è la funzione e la continenza.

Ricordate il lavoro svedese, dal Karolinska di Stoccolma, recensito poco fa: quello della Miles radicale con perineoplastica?

C'è da meditare se valga la pena conservare gli sfinteri e guarire dal cancro, se poi si porta (spesso?) il pannolone, si ha diarrea, urgenza, tenesmo ecc.? Qual è il vero handicap? Questo o una stomia ben funzionante?

E allora abbiamo bisogno che qualcuno ci dica come selezionare i pazienti: ad esempio una donna pluripara, anziana, dopo radioterapia...non penso proprio possa campare bene dopo EI del retto. Vedete che, come al solito, serve un eclettismo evidence based.

In questo settore particolare ancora non abbiamo notizie risolutive.

LA LEPTINA FAVORISCE LA MITOSI E CONTRASTA L'APOPTOSI NELLE CELLULE CANCEROSE DEL COLON

Hoda et al

Brrr, penseranno alcuni, che ci proponi mai, Pescatori?

Beh, un attimo. Il titolo è chiaro. Il cancro viene perché le mitosi cellulari vanno a mille e perché l'apoptosi, il meccanismo predeterminato della morte cellulare, la morte buona, quella fisiologica che fa spazio a altre cellule nuove e sane, s'inceppa. Le cellule intestinali non muoiono e non se ne vanno nel lume e nel water quando dovrebbero, restano lì, si continuano a moltiplicare e prendono una via sbagliata. Questo detto in soldoni, e fin qui ci siamo.

Beh, la leptina favorisce questo errore.

Cos'è questa leptina? E' un aminoacido liberato principalmente dalle cellule adipose.

Eh sì, è così, avete capito bene. Non è vero che “grasso è bello”. Gli obesi si possono ammalare di più di cancro. E la leptina da oggi è un nemico da abbattere: può rappresentare un obiettivo per nuove terapie anticancro.

Bravi autori californiani. Meno hamburger e meno Coca per i vostri compatrioti. Meno male che c'è la chirurgia bariatrica, dirà qualcuno... ma attenzione, c'è una associazione di premi Nobel che da anni predica a vuoto in favore della sana alimentazione e dice che è meglio mettersi a dieta.

PATOLOGIE EXTRACOLICHE SCOPERTE CON LA COLONSCOPIA VIRTUALE (CV)

Khan et al

Il 13.8% di 225 pazienti sottoposti a CV avevano un cancro coloretale. Più di metà avevano patologie extracoliche scoperte per caso. Quattordici pazienti hanno richiesto un intervento per tali patologie.

Non è poco.

LA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA DANNEGGIA LA TENSIONE TISSUTALE DI OSSIGENO PIU' DELLA CHIRURGIA APERTA

Fleischmann et al

Ecco perché dopo chirurgia laparoscopica si ha un rischio di infezione più alto del previsto. La resistenza all'infezione dipende (anche) dal trasporto di ossigeno ai tessuti. Il pneumoperitoneo provoca dei cambiamenti emodinamici, tra cui una riduzione della gittata cardiaca e un aumento delle resistenze vascolari periferiche. Il che può interferire con la perfusione de tessuti.

IPERCOLESTEROLEMIA E IPOALBUMINEMIA AUMENTANO LA MORTALITA' POSTOPERATORIA DOPO LE DIMISSIONI DALL'OSPEDALE

Palma et al

Chirurgia generale: 2848 pazienti. Il 13% morti nel follow-up. I due parametri indicati nel titolo sono risultati fattori di rischio.

Guardiamo con attenzione i risultati degli esami biochimici in cartella prima di dimettere il paziente!

BRITISH JOURNAL OF SURGERY

Aprile 2007

ANCORA SULL'UTILITA' DELL'OSSIGENO NEL PAZIENTE OPERATO

Garcia de la Asuncion et al

Abbiamo visto in precedenza l'importanza che ha l'ossigeno nel prevenire o contrastare le infezioni. Gli autori spagnoli hanno randomizzato i loro operati di resezione colica in due gruppi: a uno hanno dato il 30% e all'altro l'80% di ossigeno inspirato. Poi hanno rilevato i markers dello stress ossidativi (ad es i livelli plasmatici di malondialdeide) e li hanno trovati più alti nei pazienti che hanno inspirato meno ossigeno.

INFERTILITA' FEMMINILE DOPO POUCH ILEOANALE PER RETTOCOLITE ULCEROSA

Lepisto et al

Uno studio finlandese che si propone di valutare se le donne con pouch ileoanale possono concepire di meno e avere problemi in gravidanza e durante il parto.

Già si sapeva che la pouch ileoanale non crea problemi importanti per il parto ma li crea per la fertilità femminile.

C'è un gruppo di operate (57) e un gruppo di controllo (60).

Dopo due anni di tentativi per restare incinte la gravidanza è arrivata nel 56% delle operate, nel 91% dei controlli ($P < 0.01$). La gravidanza è stata condotta a termine nel 72% e nel 88%; 21 su 39 operate e 13 su 53 controlli hanno avuto un cesareo ($P = 0.05$).

Più spesso incontinenza nel gruppo di controllo (evidentemente perché più spesso hanno partorito per via vaginale).

Quindi: sì, la pouch ileoanale influenza negativamente la fertilità femminile (e si sapeva) e induce più cesarei. Ma la scelta se fare il cesareo deve essere presa, secondo gli autori, più in base a regioni ostetriche che addominali-intestinali, poiché le complicanze durante la gravidanza e il parto dopo pouch sono rare.

Nel complesso la proctocolectomia restaurativa ne esce bene.

STUDIO SPERIMENTALE: LA SEZIONE DEL MESENTERE RIDUCE LE CELLULE INTERSTIZIALI DI CAJAL

Nishimura et al

Queste cellule sono presenti dall'esofago all'ano e rappresentano il controllo nervoso della motilità intestinale. Ricordate Golgi e Cajal? L'italiano e il portoghese? Il rigido e l'accorto? Il litigio tra premi Nobel? Una faccenda colorita: ne parliamo in una passata recensione.

Il nome è andato a Cajal...le "sue" cellule agiscono da pacemaker e fanno da intermediarie nella trasmissione degli impulsi nervosi a livello dell'intestino.

Queste cellule sono danneggiate in alcune malattie: nella stipsi cronica idiomatica, nelle IBD, nel megacolon congenito, nel morbo di Chagas.

Gli stessi autori in uno studio precedente hanno trovato una riduzione delle cellule di Cajal nel neoretto dopo resezione anteriore. In questo lavoro hanno studiato l'effetto della denervazione, tre tipi diversi di denervazione (sezionando comunque il meso), sul numero delle cellule di Cajal e sul numero delle cellule gangliari del segmento intestinale denervato.

Non ve la faccio troppo lunga...e vado alle conclusioni.

Lo studio è stato condotto su 48 ratti e ci sono delle bellissime figure istologiche a colori.

Mentre dopo la denervazione chirurgica le cellule di Cajal nel tratto denervato sono diminuite (rispetto ai controlli) non sono invece diminuite le cellule gangliari, né è aumentato lo spessore della muscolatura intestinale.

"E a noi che ce ne importa?" cantava Carosone...

Ce ne importa sì, perché spiega i cambiamenti di motilità, quindi di funzione intestinale, quindi i sintomi dopo resezione del retto o del sigma. Insomma la c.d. sindrome da resezione anteriore (= disfunzione defecatoria) contempla anche le modifiche che il chirurgo induce sulle cellule pacemaker di Cajal quando fa le sue sezioni mesenteriche durante le legature dei vasi e la linfadenectomia.

Ecco il rovescio della medaglia della escissione totale del mesoretto. Dobbiamo badare all'aspetto oncologico, ma anche a quello funzionale = *q u a n t o* si vive ma anche, e forse di più, *c o m e* si vive.

Se qualcuno di voi, essendo ormai un "chirurgo fatto", magari con la sua età... pensa: vabbè, ma in fondo? Io continuo a resecare come so, Cajal o non Cajal...

Ecco, un attimo, senta questa (mmh.. speriamo di non avervela già raccontata)

Nel 1982 al St Mark's Hospital, quando ero un mezzo pisciello (33 anni) e alloggiavo al secondo piano di una baracca di legno a City Road, avendo come vicini di stanza John Nicholls e altri, arrivò un simpatico e garbato signore dai capelli bianchi e dall'età di oltre sessant'anni. Era il Professor Catchpole, chirurgo accademico australiano, che aveva deciso di cambiare emisfero e passare un anno sabbatico al St Mark's a studiare quali fossero e perché avvenissero le modifiche della motilità

intestinale dopo resezione del retto e del colon sinistro. Con molta umiltà e pignoleria questo anziano luminare (già aveva pubblicato parecchio) infilava le sonde e faceva le manometrie ai pazienti prima e dopo l'intervento. I computer erano agli albori, i tracciati erano di carta e tutta la baracca era infiorata di strisce con onde e ondine, su cui il simpatico calcolava a mano il motility index. Ogni tanto si entusiasmava e mi raccontava. Una notte piovve pesante (si sa in UK succede) e al mattino la baracca era semiallagata, i tracciati fradici, mancò poco che Catchpole piangesse... Con santa pazienza si mise a asciugare e ricalcolare, tanto era il suo desiderio di concludere, capire e poi applicare alla clinica le sue scoperte. Ecco perché certi articoli ci devono interessare, credo.

IL MANICO FA LA DIFFERENZA...

Sjovall et al

Ora siamo in Svezia e gli autori hanno pensato: ma se si applica lo stesso protocollo di cura, esattamente lo stesso, ai pazienti con cancro coloretale in 9 ospedali della stessa nazione...i risultati clinici saranno gli stessi?

E hanno studiato 2775 casi operati dal '96 al 2000. Notate bene: studio prospettico.

No, i risultati non sono stati gli stessi!

Tolti i casi operati d'urgenza che sono andati peggio (e si è visto che l'intervento d'urgenza di per sé era un fattore di prognosi negativa) gli svedesi si sono trovati con delle differenze non trascurabili.

Per esempio, andiamo alla cosa più importante, la sopravvivenza a 5 anni. Sopravvivenza cruda, cioè che considera anche i morti per cause non dipendenti dal tumore. Nel complesso, ovvero facendo la media dei 9 centri, è stata del 47%.

Più che buona direi, visto che c'erano anche le urgenze e i casi Stage IV.

Ma se andiamo a vedere ospedale per ospedale ci sono state differenze significative nella sopravvivenza, differenze ben significative, che variavano dal 36 al 64%!!!

Mi chiederete: ma tra ospedale e ospedale c'erano differenze nella severità dei casi? Questo potrebbe aver influito.

Giusto.

Beh, poca roba. Ovvero un ospedale ha avuto casualmente pazienti più anziani e due ospedali pazienti con tumori più avanzati. Ma le differenze non sono dipese da questo

Piuttosto è emerso un dato interessante: in ogni ospedale il chirurgo, con la linfoadenectomia, asportava un numero diverso di linfonodi. E/o il patologo ne esaminava un numero diverso. Chi 3, chi 8, chi 15...

E pensate, la mortalità operatoria, ovvero a 30 giorni, pure ha avuto variazioni considerevoli. Ad esempio, in elezione: dall'1% all'11%!!! In urgenza: da 0 a 20%!!!

Che cosa concludono gli autori?

Che per uniformare verso l'alto i risultati occorre una collaborazione tra ospedali e un approccio multidisciplinare. In particolare la presenza degli specialisti assicura i migliori risultati, come già dimostrato in letteratura.

Sì, dimostrato in USA, UK, Germania, Spagna, Olanda e ora anche in Svezia.

LE RIVISTE INTERNAZIONALI HANNO DECISO DI FAR REGISTRARE I TRIAL PROSPETTICI RANDOMIZZATI

Gruppo Editori Riviste Chirurgiche

Gli editori delle riviste chirurgiche internazionali richiedono agli autori che iniziano un trial prospettico randomizzato che essi lo registrino. Per essere registrato il trial deve avere certe caratteristiche metodologiche che questo annuncio-articolo elenca, tipo i finanziamenti, l'approvazione del comitato etico ecc

Ecco un altro scritto che interessa da vicino la SICCR e i suoi trial. Non sarà sfuggito a Basso e Altomare. Comunque, just in case, Luigi e Donato, leggetevelo bene, grazie.