

Review

**Pseudostruzione acuta del colon (PAC)**

**De Giorgio e Knowles**

Autori un gastroenterologo italiano e un chirurgo inglese, esperti di motilità intestinale.

Si parla di PAC in presenza di un colon radiologicamente dilatato, di segni clinici di occlusione, di assenza di cause meccaniche.

La cura è per lo più conservativa. Può funzionare la neostigmina. Otto volte su 10 la decompressione con un colonscopio. Si può fare una ciecostomia percutanea TAC-guidata.

La chirurgia classica è limitata alle complicanze.

Altre volte abbiamo parlato di pseudostruzione intestinale cronica o sindrome di Nash e di sindrome di Ogilvie. Siamo in quest'ambito, patologie un po' misteriose, difficili da curare, non frequenti per fortuna, a metà tra l'organico e il funzionale.

**Fattori predittivi di recidiva dopo TEM per cancro del retto**

**Bach et al**

Studio multicentrico su 487 casi, di cui 424 operati con intento di radicalità e senza radiochemioterapia di lunga durata.

Complicanze postop 15%, mortalità 1.4%.

Follow-up: 3 anni. Recidiva in 60 casi. Con percentuali che vanno dal 18% per i casi T1 al 47% per i casi T3.

Fattori che predicono la recidiva: profondità di invasione del tumore, diametro del tumore, invasione linfatica e vascolare, scarsa differenziazione della neoplasia.

Conclusione: fa bene chi diffida della TEM per operare un cancro del retto.

Il rischio di recidiva è decisamente alto.

**La radioimmunoterapia previene la recidiva locale del cancro del colon nei ratti**

**de Jong et al**

Questi chirurghi olandesi hanno iniettato cellule tumorali nel peritoneo dei loro ratti e poi hanno fatto una resezione colica e una anastomosi. Due gruppi sono stati trattati con radioimmunoterapia e un terzo gruppo no. Ebbene, dopo un mese i ratti non trattati avevano quasi tutti un cancro sull'anastomosi, mentre di quelli trattati nessuno aveva un cancro.

Risultato davvero impressionante.

**Sezione correspondence, uno scambio tra Zbar-Ansari e D'Hoore-Penninckx sulla chirurgia del rettocele con o senza mesh, transanale o laparoscopica**

Leggetela per esteso se potete, sono dotte considerazioni, dotte ma anche pratiche, sulla chirurgia dell'ostruita defecazione. Il trend sembra ora essere quello di impiegare reti di supporto, piuttosto che resecare. La trovate sul sito del BJS.

**Una visione pragmatica della chirurgia laparoscopica****Winter**

Mi è piaciuto il leading article di questo dublinese e ve lo voglio raccontare.

Winter ci fa notare che la preoccupazione per la chirurgia profilattica e in elezione, la cosmesi e l'abbreviata convalescenza è un lusso delle nazioni ricche, mentre invece la maggior parte del mondo deve lottare con le urgenze, i casi gravissimi, l'alta mortalità e le risorse limitate.

Non c'è dubbio-continua l'irlandese- che l'approccio laparoscopico sia più dispendioso in termini di materiale disponibile, costo per il gas, ecc. Solo se si riducono: la durata del ricovero, la quantità di analgesici, le complicanze della ferita e la convalescenza...ecco, in questi casi sì che ci sono dei vantaggi a farla. Ma queste- continua Winter- sono affermazioni di scarso significato in nazioni remote e povere dove è limitato anche il rifornimento di suture, antibiotici e antidolorifici.

Dispiacerà alle ditte produttrici, ma il nostro autore asserisce che la maggior parte dell'equipaggiamento laparoscopico oggi in voga è un lusso non essenziale. Anche in Paesi come il Nord America, dove le assicurazioni sono molto attente ai costi, succede che gli strumenti disponibili vengono risterilizzati e usati, il che comporta problemi di etica, sicurezza e affidabilità.

Un campo in cui vi è la massima divergenza tra Paesi ricchi e poveri è la chirurgia robotica, i costi della quale sono proibitivi anche per certe istituzioni ricche. Questo si traduce in un vantaggio per il paziente e per il chirurgo? Probabilmente no, si chiede e si risponde Winter.

In conclusione la cosa migliore è limitarsi ad un uso realistico e assennato della chirurgia laparoscopica.

## Meta-analisi

**Fluidoterapia in chirurgia coloretale****Rahbari et al**

Come avete notato, l'articolo recensito prima di questo ci offriva dei punti di vista piuttosto insoliti. Ebbene la stessa cosa è per la meta-analisi di questi autori tedeschi, i quali hanno esaminato nove trias controllati randomizzati sulla fluidoterapia dopo chirurgia coloretale; studi nei quali è stato impiegato il doppler esofageo come strumento per indirizzare l'impiego della fluidoterapia (liquidi postoperatori in vena).

Ebbene, la conclusione è che è meglio usare una fluidoterapia restrittiva, ovvero meno liquidi, rispetto a quella standard indicata nei libri di testo, e che la fluidoterapia guidata dal doppler esofageo è migliore di quella guidata dalle variabili emodinamiche convenzionali. Migliore nel senso che riduce le complicanze postoperatorie.

## Review

**Idrosadenite suppurativa****Buimer et al**

È una malattia che si può anche chiamare "acne inversa" e che, dal punto di vista istologico, è da considerare infiammatoria. Deriva dai follicoli piliferi, l'eziologia resta oscura, ma il fumo sembra un fattore determinante. Il trattamento va personalizzato sul singolo paziente in base alla sede e alla gravità della malattia. È essenziale smettere di fumare. Gli antibiotici o altri farmaci possono curare i sintomi iniziali, ma per controllare e prevenire le recidive può essere necessaria la chirurgia radicale. Nell'articolo ci sono delle belle figure a colori su localizzazioni ascellari, inguinali e anogenitali.

Ricordo che l'ultimo caso importante che ho operato era un paziente obeso e diabetico (altri due fattori di rischio) e forte fumatore. La malattia era estesissima e colpiva regioni inguinali, scroto e tutto il perineo. Fu necessario operarlo con il chirurgo plastico facendo degli innesti fascio cutanei. Le immagini dell'intervento sono uscite su articolo di TIC, primo nome Bernardi, anni fa. Il paziente migliorò nettamente, ma non smise di fumare e infatti da sette anni, ogni sei otto mesi, lo rivedo per piccole fistulotomie ambulatoriali. Va avanti così, con recidive anogenitali e ascellari.

Trial clinico randomizzato

**Sedazione per colonscopia: Entonox vs. Midazolam- Fentanyl  
Maslekal et al.**

Molti di voi lettori fanno le colonscopie, il che per un chirurgo è anche un buon metodo per trovare dei pazienti da operare e per fare il follow-up dei propri operati. Io imparai a farle nel '76 da Christopher Williams al St Mark's Hospital e andai avanti fino al 1982. Lui per sedare usava valium in vena e una volta al Gemelli un paziente mi andò in arresto respiratorio e fu salvato dall'anestesista, che non era presente ma arrivò subito. Insomma, occorre usare il farmaco giusto. L'Entonox è ossido di azoto misto a ossigeno, una sostanza efficace e sicura anche nei cardiopatici; è un leggero anestetico che si inala e ha proprietà anche sedative e ansiolitiche. Gli autori lo hanno confrontato con il Midazolam-Fentanyl, un farmaco somministrato endovena, di uso più corrente. Di 131 pazienti, 65 hanno avuto l'Entonox e 66 l'altro farmaco. I gruppi erano omogenei per caratteristiche demografiche, grado ASA e livelli di ansia. Sono stati studiati una serie di parametri come il dolore, la ripresa delle funzioni psicomotorie e i tempi della dimissione. Conclusione: i risultati sono stati in favore dell'Entonox, che quindi è raccomandato dagli autori.

**E' ancora valida la pull-through secondo Turnbull- Cutait?**

**Remzi et al**

La risposta è sì.

Quello che ha fatto Feza Remzi, turco, che alla Cleveland Clinic ha preso il posto apicale di Fazio, è confrontare con uno studio retrospettivo la Turnbull-Cutait (44 pazienti) con la anastomosi coloanale manuale (88 pazienti) per cancro del retto.

I risultati funzionali sono stati simili nei due gruppi.

Chiaramente l'articolo è anche un tributo a Turnbull, predecessore e maestro di Victor Fazio, autore della tecnica insieme al brasiliano Cutait. Come sapete l'intervento prevede che venga exteriorizzato per via transanale il colon prossimale alla resezione e che venga poi amputato in un secondo tempo, dopo che si è verificata la adesione con il canale anale, rinforzata comunque da dei punti di sutura.

Un intervento che sinceramente non ho mai fatto.

Leading article

**Come migliorare i report sulla ricerca clinica?**

**Boutron e Ravaud**

Dicono gli autorevoli colleghi che c'è bisogno di maggiore trasparenza: sia gli autori, che gli editori delle riviste, che le case editrici hanno degli obblighi etici da rispettare. Invece troppo spesso si pensa solo alla "beatificazione" del metodo e dei risultati.

Parole al vento in questi tempi di corruzione diffusa?

Beh, intanto se ne parla. Magari chi trasgredisce si vergogna un po'....

Questi due esperti di Oxford e di Parigi ci confermano che non c'è la pulizia che ci dovrebbe essere. E che quel che si legge è a volte taroccato.

Infatti confermo: un articolo da poco uscito su una importante rivista inglese, che riferisce i risultati ottenuti con una relativamente nuova operazione basata su uno strumento di discreto costo, ha un autore con un contratto retribuito dall'industria che lo produce. Ciò risulta su Internet, sul sito della Società americana dei chirurghi coloretali (ASCRS). Chiunque può controllare.

Costui tuttavia nega per iscritto qualsiasi conflitto di interesse. Così: una dichiarazione falsa.

Vedete, cari lettori, ciò sembra proprio dare ragione a quanto scritto nel leading article del BJS appena recensito. Fidatevi fino a un certo punto di quel che leggete, anche su prestigiose riviste.

O su diffusi giornali. Longo ha dichiarato al CorSera (settembre 2008) che PPH e STARR sono operazioni "senza punti di sutura"... SU tic 2 2009 ha commentato molto duramente Ira Kodner, maggior esperto mondiale di etica in chirurgia. E cose interessanti sul conflitto di interessi le ha scritte anche Antonio Amato su TIC 1, 2009. I loro commenti, in italiano, sono anche sul sito SICCR. Spero li abbiate letti poiché TIC ce l' avete in libreria a casa vostra.

Dico spero perché non di rado amici e colleghi mi confidano candidamente che loro Techniques non lo leggono: "non ho tempo...." "è in inglese....", sono le giustificazioni più frequenti.

Beh, l'inglese scientifico non è poi così difficile. Anzi, la rivista può servire per imparare la lingua.

Review sistematica

**Dite ai vostri operandi di smettere di fumare, avranno meno complicanze**

**Thomsen et al**

Considerati undici trial con quasi 1200 pazienti. Quelli che hanno interrotto in modo intensivo il fumo hanno avuto meno complicanze postoperatorie.

In modo intensivo significa: stop al fumo 4 settimane prima dell'intervento, appoggio psicologico, terapia sostitutiva con nicotina, stop al fumo per 12 mesi dopo l' intervento.

Mah, beato chi ci riesce.....

Metanalisi

### **Se fate una stomia di protezione dopo resezione anteriore bassa avrete meno deiscenze e meno reinterventi**

**Tan et al**

Curioso....ci sono questi autori di Singapore i cui nomi e cognomi insieme, in quattro, sono più brevi di un, che so... Pasquale Scognamiglio... italiano.

Stomia o non stomia? Proteggo o non proteggo? Tema spesso affrontato.

Da una parte il chirurgaccio tosto che dice: io sono fico, faccio le mie resezioni basse senza stomie e mi vanno bene.

Dall'altro uno tipo Heald che non dice sono fico ma sappiamo che lo è, il quale di stomie di protezione ne fa spesso e volentieri.

Da una parte gli stomizzatori che dicono: io voglio dormire tranquillo.

Dall'altra i non stomizzatori che dicono: ma insomma, al paziente non piace il sacchetto....poi un altro intervento....altre potenziali complicanze...chi me lo fa fare?

Beh, I singaporesi TanTangSheEu si sono letti 25 studi (solo 4 però erano trial randomizzati) con circa 11.500 pazienti e ci dicono che facendo la stomia di protezione ci sono meno deiscenze anastomotiche, meno reinterventi, meno mortalità.

Detta così, sembrerebbe facile la conclusione: sì, certo, allora, nella resezione anteriore BASSA, la stomia di protezione facciamola SEMPRE!

MA....questa metanalisi non prende per nulla in considerazione i rischi del DOPO, cioè le complicanze legate alla STOMIA: retrazione, necrosi, prolasso, ernia, irritazione cutanea, (25% dei casi!!!) e alla chiusura della stomia: deiscenze, occlusioni, sepsi (36%!!!) decesso (1.4%!!!).

Che non sono mica poche.

E quindi, in conclusione, che dobbiamo fare?...chiederanno alcuni lettori.

Mah, intanto spiegare bene tutto al paziente, i pro- e i contro, consenso informatissimo ecc ecc.

E poi...mah, non posso essere io a dirvelo, c'è chi fa la stomia, come si chiama...ha un nome, quella in cui si tira fuori l'ansa e poi si apre solo se ci sono deiscenze. Certo che se uno bravo come Heald più spesso la faceva...ricordo a Basingstoke, non ci dobbiamo certo vergognare. Se si fa, meglio l'ileostomia, pare dia meno deiscenze (ma più occlusioni...). Una volta c'era il "tubo di Ravo" il Coloshield, ma hanno levato dal commercio, un po' funzionava. Insomma, still a problem.

### **Appendicite acuta, provate prima con gli antibiotici!**

**Hansson et al**

Il titolo dice tutto.

### **Proctocolectomia restaurativa: meglio open o laparoscopica?**

**El-Gazzaz et al**

Il confronto è tra 119 pazienti con intervento laparoscopico (conversione: 7.6%) e 238 open.

Il post operatorio a 30 giorni, i risultati a lungo termine e la qualità di vita a uno e a cinque anni sono state simili. Vantaggio dei casi laparoscopici: più rapida canalizzazione attraverso la stomia provvisoria e una degenza post operatoria leggermente più breve. Svantaggio: intervento più lungo (272 vs. 163 minuti; P=0.040).

### **Tipo di reservoir e risultati funzionali a lungo termine dopo proctocolectomia restaurativa**

**Block et al.**

Il lavoro precedente veniva dalla Cleveland Clinic Ohio, questo da Goteborg, dove tanti anni fa Kock inventò la ileostomia continente con reservoir. Fedeli al loro maestro, i chirurghi scandinavi

hanno confrontato un gruppo di pazienti con reservoir ileoanale secondo Kock con quello più classico a J, 289 pazienti vs. 123. i risultati funzionali a lungo termine (continenza, frequenza dell'alvo, ecc.) sono stati migliori nel gruppo con la Kock's pouch. Quale può essere il motivo? Probabilmente che questo reservoir ha un volume del 30% più grande rispetto all'altro ed ha una forma sferica anziché cilindrica.

**Un programma di screening basato sul test del sangue occulto nelle feci da un'ottima risposta per la colonscopia ed ha un forte impatto clinico sul cancro coloretale.**

**Parente et al**

Questo studio ha dato dei risultati nettamente migliori di altri studi analoghi (ricordo una iniziativa simile di un gruppo di Firenze). Viene dai gastroenterologi di Lecco: probabilmente una cittadina del Nord offre prospettive di una migliore risposta da parte della popolazione.

Su circa 80 mila persone, ben metà hanno eseguito il test, che è stato positivo in 2392 casi. Un terzo di questi aveva un adenoma con displasia e quasi il 5% un cancro coloretale. La compliance per la colonscopia è stata molto alta: il 92% (davvero tanto, pensate, quasi tutti hanno detto "ok, se mi dice che è importante, la faccio dottore!"). Quali pazienti hanno accettato più volentieri di fare la colonscopia? Quelli con meno di 60 anni, di sesso femminile, di elevato livello educativo e che non facevano un lavoro manuale.

Come dire: un vecchio operaio con la licenza elementare se ne frega. Ma purtroppo si tiene il suo cancro. E magari ci muore.

Sappiamo infatti che un tumore diagnosticato in fase pre-sintomatica è quasi sempre non invasivo e guaribile!

**BRITISH JOURNAL OF SURGERY**  
**GIUGNO 2009**

Review

**Chirurgia dei tumori stromali gastrointestinali (GIST).**

**Gervaz et al**

I GIST sono i tumori mesenchimali più frequenti dell'apparato digerente: 15 casi ogni milione di individui. Da dieci anni un gruppo giapponese ha scoperto che sono curabili con gli inibitori della tyrosine-kinasi.

Tuttavia una gran parte di questi sarcomi richiedono una resezione chirurgica.

Nella review si parla anche di esofago, stomaco, ecc. Per quanto riguarda il colon retto, come per gli altri organi, il messaggio fondamentale di questa revisione è che non occorre una linfadenectomia (quindi, ad esempio, niente escissione totale del mesoretto). Purtroppo quattro volte su dieci il GIST dà metastasi locale o a distanza; la gestione corretta in questi casi è associare un reintervento con l'imatinib.

Seguono 99 voci bibliografiche.

Trial clinico randomizzato

### **Meglio il “plug” o il lembo rettale di avanzamento dopo escissione di una fistola anale transfinterica alta?**

**Ortiz et al**

Di lembi rettali ne ho fatti una cinquantina, per lo più con successo (sì, scusate, sono stato vago, allora diciamo: sicuramente più di metà con successo). Ma ci sono bravi specialisti, come Phillips, che non si vergognano a dire che i loro risultati non sono buoni e non usano questo intervento. Ed è per questo che è stata inventata la LIFT procedure, che appare su un prossimo TIC e sarà presentata al Congresso di Catania da chirurghi spagnoli con un video che vi consiglio di vedere.

Nell'ultimo anno e mezzo mi sono capitate due disavventure in pazienti di questo genere, entrambi donne pluripare, con sfinteri deboli. Per due volte, tolta la fistola “ho fatto il flap”. Per due volte il flap ha “mollato”. Sì insomma, il flop del flap (ahah, che spirito...). Nella seconda paziente ha ceduto di nuovo un “re-doflap”. Nel primo caso ho dovuto fare una sigmoidostomia escludente con una ulteriore plastica. La fistola si è chiusa ma gli sfinteri sono deboli e quando si chiuderà la stomia la paziente avrà un po' di incontinenza, spero solo transitoria. Nel secondo caso, dopo il fallimento del “re-doflap” ho messo un setone che però non ha funzionato e ho mandato la paziente a un collega esperto in colla di fibrina per un trattamento conservativo ambulatoriale che spero funzionerà (ma lui mi ha detto che è scettico).

Ebbene, in entrambi i casi ho rimpianto di non aver usato fin dall'inizio il “plug” della Cook, anche se so che le percentuali di successo non sono alte, come dimostrato da almeno due lavori in letteratura, tra cui uno di Wexner.

Il “plug” è fatto di sottomucosa liofilizzata di maiale, il nome commerciale è Surgisis.

Cosa dice questo studio spagnolo su BJS? Dice una cosa non molto incoraggiante: il trial è stato interrotto per il gran numero di recidive nel gruppo operato con il “plug” (12 su 15, confrontate con 2 su 16 in caso di lembo rettale!!!).

Temo che questi risultati non abbiano fatto piacere alla ditta produttrice. Tuttavia, è vero che il “plug” ha un costo, ma è anche vero che è molto semplice metterlo, che funziona una volta su tre nella media degli articoli finora pubblicati e che se fallisce il chirurgo può pur sempre usare il lembo di avanzamento rettale.

Forse la tecnica di posizionamento del “plug” deve essere migliorata, forse la stessa sostanza deve essere perfezionata...ma non suonerei ancora definitivamente le campane a morto per questa tecnica, estremamente semplice e non invasiva, che talvolta può essere la prima scelta.

Del resto anche il trial del St Mark's di Phillips con la PPH fallì miseramente per proctalgia grave nei 2/3 degli operati, eppure, continuando la metodica, si è visto in seguito che la proctalgia cronica dopo PPH era sì un problema sì possibile, ma colpiva ben meno pazienti: tra il 2 e il 16%.

### **Chirurgia “fast-track”: inibitori della ciclo-ossigenasi 2 e rischio di deiscenza anastomotica.**

**Holte et al**

La percentuale di deiscenze anastomotiche varia dal 3 al 6% dopo resezione del colon. Non si sa se sono influenzate dagli analgesici. In questo studio danese di 502 pazienti, durato nove anni, è stato registrato l'effetto di un analgesico inibitore della ciclo-ossigenasi (celecoxib) e della non preparazione intestinale meccanica preoperatoria. Il risultato è che il celecoxib ha un effetto negativo sulla cicatrizzazione della anastomosi.

### **Rapporti tra il sistema linfatico del colon e la genetica nei pazienti con morbo di Crohn**

**Nascimbeni et al**

Tra gli autori il nostro gastroenterologo Gabrio Bassotti di Perugia, ma l'articolo viene da Brescia. Devo dire la verità, l'argomento mi è un po' ostico e la recensione la faccio per dar merito ai colleghi italiani.

Gli autori hanno studiato i follicoli linfatici nei pazienti con morbo di Crohn.

Quando facciamo una proctoscopia e guardiamo bene, con la giusta inclinazione di luce, la mucosa del retto la vediamo come "bucherellata": sono gli orifizi dei follicoli linfatici. C'è tutto un background che comprende le placche di Peyer, i linfonodi mesenterici, i recettori alla linfotossina alfa e beta, la dipendenza dei follicoli linfatici isolati dai batteri endoluminali, ecc, ecc. Roba da gastroenterologi fini, non da grossolani chirurghi quali noi siamo...

In circa 100 pazienti è stato studiato il DNA genomico ed è stato messo in relazione con gli aggregati linfatici nei pezzi operatori resecati per colite granulomatosa.

Senza farla lunga, le conclusioni sono che i pazienti con morbo di Crohn e con mutazioni genetiche mostrano un rimodellamento dei follicoli linfatici del colon sia nelle aree infiammate che in quelle sane, il che dimostra che potrebbero avere una risposta immunitaria difettosa ad opera di strutture linfatiche organizzate.

Secondo gli autori ciò rappresenta un progresso per comprendere la patogenesi del morbo di Crohn.

### **La biochimica può farci diagnosticare la recidiva del Crohn.**

#### **Lamb et al**

Come il precedente, questo studio è il frutto di collaborazione tra chirurghi e gastroenterologi, con in più l'apporto dei biochimici.

Poiché ho già stremato alcuni di voi con la recensione precedente, in questa vi dico solo cosa i colleghi inglesi hanno scoperto. Che il dosaggio della calprotectina o della lattoferrina fecale può dirci se un paziente operato per Crohn ha una recidiva della malattia in caso di sintomi postoperatori.

Beh, non è poco. Messaggio semplice, scoperta utile.

### **Risultati della chirurgia delle fistole anali nel morbo di Crohn**

#### **van Koperen et al**

Giuro che non vi parlo più di Crohn fino al 2010...!

Però le fistole anali in questi pazienti sono una brutta rogna, lo sapete.

Vanno operati? Non vanno operati? Vanno anche resecati? Devono fare l'infliximab?

Nel chiedermi questo mi viene in mente un mio paziente toscano col morbo di Crohn, cinquantenne, ultracalmo (anche troppo: per scherzo, ma non tanto, gli dico che lui le emozioni le butta fuori dall'ano in forma di fistole...). Ha una simpatica faccia rubizza, è cercatore di tartufi, ha un fisico ben piantato, ma l'ho dovuto operare all'ano più di 10 volte in cinque anni e, come ci diciamo tra noi divertiti, "ha un sedere che sembra una carta geografica. "

I colleghi olandesi hanno operato 61 pazienti, che già non sono pochi per un singolo centro, e quel che è pregevole, li hanno seguiti per un follow-up mediano di oltre sei anni.

Interventi: 24 con setone, 28 con fistulotomia e 9 con fistulectomia e lembo di avanzamento rettale. Il setone drenante è stato usato nelle fistole più alte, la messa a piatto in quelle più basse.

Recidiva della fistola in 15 pazienti, circa il 25%. Il triplo delle fistole non di Crohn, più o meno.

E la continenza? Magari pensate che era buona in quelli trattati con setone. Invece no: metà avevano soiling. Magari pensate che sia stata ottima dopo il lembo rettale ...macchè, 3/4 di questi avevano soiling. E 2/3 dopo fistulotomia.



Questo è forse il messaggio principale: frequenti disturbi funzionali (anche perché il retto può essere infiammato e avere poca compliance, e le feci possono essere liquide). Una chirurgia ingrata.

### **Misura dei cuscinetti anali nell'incontinenza fecale idiopatica**

**Thekkinkattil, et al**

Il primo nome sembra o magari è indiano o birmano, ma lo studio viene dalla "John Goligher Colorectal Unit" di Leeds.

La cosa interessante è che i cuscinetti anali, complessi di tessuto connettivo che contengono cellule muscolari lisce e canali vascolari, sono stati valutati con la ecografia transvaginale. I cuscinetti anali insieme allo sfintere interno hanno il compito di tenere chiuso il canale anale. Il fatto che dopo chirurgia per malattia emorroidaria vi possano essere perdite di aria, muco o feci, potrebbe dimostrare che queste strutture siano importanti nel mantenere una buona continenza. Sapete che c'è chi ha costruito su questo il non dimostrato dogma che le emorroidi prolapsate non vanno tolte ma riposizionate in alto, senza considerare che, come dimostrato da Haboubi e Greco in uno studio di prossima pubblicazione, le emorroidi prolapsate non sono più dei normali cuscinetti anali poiché hanno delle alterazioni strutturali (più sclerosi, meno elastina ecc.) che ne fanno perdere quella elasticità importante per la continenza.

I colleghi di Leeds hanno reclutato un gruppo di pazienti con incontinenza idiopatica, cioè senza lesioni sfinteriali, e hanno dimostrato che i cuscinetti anali in questo gruppo erano meno voluminosi e quindi meno efficaci per la continenza rispetto ai soggetti normali asintomatici.

Questa conclusione è importante, perché finora si riteneva che la cosiddetta incontinenza idiopatica fosse dovuta principalmente a una neuropatia del pudendo o a difetti sfinteriali occulti. Inoltre lo studio dimostra l'importanza dell'ecografia transvaginale rispetto a quella transanale: è utile valutare la morfologia delle strutture endoanali senza comprimerle con la sonda ecografia.

## **BRITISH JOURNAL OF SURGERY**

### **LUGLIO 2009**

Review

### **Un nuovo marker tumorale per il cancro coloretale: il microRNA**

**Aslam et al**

Recenti studi hanno identificato dei piccoli ribonucleotidi (microRNA) che regolano l'espressione genetica a livello del RNA messaggero.

I microRNA hanno un ruolo importante nel controllo di molti processi biologici, come lo sviluppo, la differenziazione, la proliferazione, l'apoptosi della cellula. Sono implicati nella patogenesi, nella diagnosi e nella terapia di infezioni virali, di malattie cardiovascolari, neurologiche e muscolari. Così pure nella biologia dei tumori (oncogenesi, progressione, invasività, metastasi e angiogenesi). Questa review è dedicata ad esaminare il ruolo del microRNA nella diagnosi precoce, nella prognosi e nella futura terapia del cancro coloretale.

Snapshots

**Esofagectomia totale e gastrectomia parziale per rottura dell'esofago dopo vomito (sindrome di Boerhaave) con trasposizione sottocutanea del colon.**

**Samuel et al**

Gli "snapshots" sono una o due foto con breve didascalia (tipo le "last image" di Tic).

Questa che compare su BJS è piuttosto impressionante. Nonostante una specie di "monomamellone" visibile sul torace che lo fa sembrare un alieno, il paziente deglutisce normalmente ed è asintomatico.

Lo so, è un po' sadico decantare una figura e non allegarla. Chiedo scusa... ma almeno adesso sappiamo in 500 e non in 5 cos'è la sindrome di Boerhaave!

**Cambiando i parametri di stimolazione si migliora l'efficacia della neuromodulazione sacrale per incontinenza fecale**

**Dudding et al**

Ennesimo bel lavoro su questo argomento del gruppo di Kamm al St Mark's Hospital. Tra parentesi Mike Kamm è ritornato nella sua patria, l'Australia.

Andiamo alla conclusione che è la seguente: i risultati possono migliorare con degli impulsi di minor ampiezza e di più ampia frequenza.