

**PAZIENTI GIOVANI E CANCRO COLORETTALE EREDITARIO (NON POLIPOSÌ)
O HNPCC (Hereditary Non Polypoid Colorectal Cancer)**

Bisgaard

E' possibile prevenirlo, o almeno ridurlo del 63% con colonscopia e eventuale polipectomia..
Costa sì, ma costa di più lasciare non monitorati i pazienti a rischio e poi curarli se si ammalano.
Anamnesi familiare, test molecolari, consultazione genetica. La colectomia e ileoretto anziché la
colectomia segmentarla per prevenire tumori metacroni. Ecco alcune misure.
Pensate che il 35% (più di un terzo!) dei cancri coloretali sono su base genetica.

**LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA PREOPERATORIA E' PIU' FREQUENTE NEI
PAZIENTI CON CANCRO COLORETTALE**

Stender et al

Che la DVT postoperatoria fosse un problema nel cancro coloretale si sapeva (ricordo ancora con
tristezza un mio paziente di 48 anni, padre di un'infermiera, morto all'improvviso a casa sua 3
settimane dopo l'intervento per embolia polmonare, in pieno benessere, dopo una coloanale con
TME), ma che lo fosse anche prima dell'intervento non si sapeva ancora.
Questi autori danesi hanno scoperto, indagando su 193 pazienti, che lo è soprattutto nelle donne e
nei soggetti a rischio anestesiológico ASA III e ASA IV. La DVT preoperatoria è stata
diagnosticata nell'8% dei pazienti. Due hanno avuto una embolia polmonare.

**COME SI CURA LA STIPSI GRAVE NEI PAZIENTI NEUROLOGICI DOPO TRAUMA
SPINALE?**

Furlan et al

In vari modi, ad esempio con clisteri o con elettrostimolazione midollare. Ma, secondo questi
canadesi, la terapia migliore è l'intervento di Malone, o irrigazione anterograda, perché dà la
miglior aspettativa di qualità di vita, con ridotte complicanze.

**DISSEMINAZIONE DI CELLULE TUMORALI DOPO INSERZIONE DI STENT PER VIA
ENDOSCOPICA**

Maruthachalam et al

E' fatale che le novità e i progressi abbiano un rovescio della medaglia.
I livelli plasmatici di CEA e citokeratina sono un segnale di possibile disseminazione di cellule
neoplastiche, e sono risultati aumentati in circa metà dei pazienti dopo inserzione endoscopica di
uno stent.

RESEZIONE NON ANATOMICA DI METASTASI EPATICHE DA CANCRO COLORETTALE

Finch et al

Studio inglese, ampia casistica: 96 pazienti con resezione epatica non anatomica, ben 280 con resezione anatomica e 108 con resezione combinata.

A parità di sopravvivenza, i pazienti con resezione non anatomica hanno avuto meno complicanze e meno mortalità.

CHIRURGIA PER CANCRO DEL RETTO: MENO COMPLICANZE SENZA PREPARAZIONE MECCANICA

Bretagnol et al

Che la preparazione meccanica potesse non servire prima di chirurgia per cancro del colon si sapeva da vari studi recenti.

Ma qui si parla di cancro del retto: 52 pazienti con sphincter-saving procedures senza preparazione meccanica confrontati con 61 casi con preparazione.

Complicanze operatorie: di più nei casi con preparazione.

Deiscenze anastomotiche: la stessa incidenza, 15%

Reinterventi: praticamente la stessa incidenza (10 e 12%).

Complicanze settiche: tendono a essere di più nei casi preparati.

Degenza: più lunga nei casi preparati.

Piuttosto sorprendente vero?

Il fatto è che si è visto che dopo la preparazione aumenta il liquido nell'intestino e quindi aumenta il rischio di infiltrazione attraverso la sutura. E poi si è visto anche che la preparazione non riduce il contenuto di batteri nell'intestino. Infine la preparazione causa in genere disturbi al paziente, come nausea e squilibri idroelettrolitici.

Non saranno contente le ditte che fanno il Selg e l'Isocolan...però è ovvio che servono conferme.

ANCORA CANCRO DEL RETTO: FATTORI DI RISCHIO PER L'INCONTINENZA POSTOPERATORIA.

Lange et al, e gruppo olandese del trial Escissione Totale del Tesoretto

Ecco l' esempio di un tipo di studio che si potrebbe fare anche con la SICCR per dimostrare che "gli specialisti lo fanno meglio" e avere più pubblico nelle nostre sessioni che in quelle della SIC, come è successo a Verona. Linee guida e trial societari, ben pubblicati, queste le armi vincenti.

Lo tenga presente Luigi Basso, responsabile dei trials per il CD.

Comincio con un dato eclatante: a 5 anni dall'intervento il 61% dei pazienti che hanno fatto radioterapia ha incontinenza fecale, contro il 39% di quelli operati senza radioterapia (P 0.001).

Giustamente voi direte: ma un bel po' di quelli senza RT sono morti di recidiva. Meglio campare che essere continenti. Può darsi...ma la qualità di vita conta. E comunque è bene essere consapevoli dei pro e dei contro ed è bene dirlo ai pazienti. Altri fattori che favoriscono l'incontinenza, ma nel gruppo degli irradiati: le perdite di sangue e l'altezza del tumore.

Commento adesso due articoli che riguardano questo tema, uno e' in BJS di ottobre, l'altro di settembre ma va bene detto qui, ora capirete perche'

OTTOBRE, RESEZIONE INTERSFINTERICA PER CANCRO DEL RETTO

Yamada et al

Sapete che si può evitare una Miles facendo la TME, togliendo tutto il retto, lasciando lo sfintere esterno e asportando, tutto o in parte, lo sfintere interno. L'operazione è stata descritta da Schliessel vari anni fa ormai. Schliessel ha sempre riportato una discreta continenza anche perché in genere non irradia i pazienti. Questi autori giapponesi studiano in dettaglio contrazione e sensibilità e concludono che 34 pazienti su 35 sono "grossly continent". Sembra un buon risultato funzionale quindi. Nel dettaglio comunque, 14 pazienti avevano incontinenza, 7 alle feci e 7 alle feci e ai gas. Diciamo più che accettabile. Bene anche il risultato oncologico. Dopo due anni nessuna recidiva locale. Tre metastasi a distanza, due polmonari e una epatica, tutte resecate.

SETTEMBRE, UNA POMATA PER CHI HA INCONTINENZA FECALE

Nisar et al

Già erano usciti articoli sulla fenilefrina, dal St Mark's. Sembrava funzionare, poi invece no. Ora a Nottingham hanno messo a punto e ben studiato il gel L-eritrometoxamina all'1%, applicazione intra-ale, e hanno visto che aumenta il tono di base. Ecco un'arma in più per gli incontinenti dopo resezione anteriore, e non solo. Effetti collaterali cardiovascolari assenti o tollerabili (ipertensione).