

COLORECTAL DISEASE

Marzo 2011

PIU' RECIDIVE DI TUMORE DOPO DEISCENZA DELLA ANASTOMOSI COLORETTALE?

F. Jorgren et al

Questo è quel che sapevamo da anni, ma pare che le cose siano diverse. Questi svedesi, facendo una analisi multivariata su 114 pazienti con cancro del retto e 136 controlli senza deiscenze hanno trovato che il "leakage" non aumenta né la recidiva locale, né le metastasi a distanza e nemmeno riduce la sopravvivenza.

Ma prima di prendere queste affermazioni come "oro colato" e abbassare la guardia valutiamo i difetti dello studio, che gli stessi autori onestamente ci riferiscono. Lo "statistical power" potrebbe non essere sufficiente, servirebbero più casi. Inoltre nel gruppo con deiscenze sono state fatte più escissioni totali del mesoretto, che come sapete tendono a ridurre le recidive locali. Infine il gruppo con deiscenze aveva un'età più avanzata dei controlli, e secondo alcuni l'età avanzata è un fattore prognostico positivo per la recidiva e le metastasi. Ci sono dei "bias" quindi e servono ulteriori conferme.

SE OPERIAMO PER VIA LAPAROSCOPICA UN CROHN RECIDIVO DOBBIAMO ASPETTARCI RISULTATI INFERIORI DI QUANDO OPERIAMO, SEMPRE PER VIA LAPAROSCOPICA, UN CROHN PRIMITIVO?

R.A. Pinto et al

Gruppo Wexner, dalla Cleveland Clinic Florida.

La risposta è no. Certo...non per averlo fatto personalmente, ma avendo letto e sentito gli esperti, per la chirurgia laparoscopica del Crohn serve molta perizia!

ANCHE I FAUTORI DI PPH E STARR RIFERISCONO GRAVI INSOLITE COMPLICANZE DOPO QUESTI INTERVENTI

G. Naldini

Lode all'onestà dell'autore, uno dei fautori della stapling anale per emorroidi e ostruita defecazione. Ora ci riferisce sulle "GRAVI E INSOLITE" complicanze di PPH e STARR. Già una interrogazione parlamentare anni fa aveva sollevato il problema delle eccessive complicanze dopo PPH. Ma, non se ne fece nulla... sull'onda dell'entusiasmo per la nuova metodica. I "contrari" venivano accusati di conservatorismo. Ebbene, eccole le complicanze gravi, finalmente riferite dalla Società che ha fatto di PPH e STARR il suo "cavallo di battaglia": ematomi rettali, fistole retto-vaginali, necrosi del retto, sepsi perineale, emoperitoneo, stomie, decessi (citiamo Naldini). Su 370 risposte dai soci SIUCP, 46 complicanze gravi. Non poche.

Prima di vedere in dettaglio il modo con cui sono state curate, ecco una curiosità: quando la passione per lo stapling endoanale c'è, è dura a morire, anche di fronte a un'emergenza. Una delle fistole retto-vaginali dopo PPH è stata infatti curata con una STARR, benché il "consensus article" (Corman

et al, Colorect Dis 2006) lodevolmente sponsorizzato dalla Ethicon e firmato anche da vari dirigenti SIUCP, raccomandasse di NON usare la STARR in presenza di una fistola retto-vaginale.

Fra le terapie messe in atto per le suddette complicanze: ileostomie, Hartmann, embolizzazione dell'arteria emorroidaria, legatura delle iliache, sutura del retto e altro ancora.

La conclusione è che il primo approccio per trattare la complicanza dovrebbe essere transanale. In alcuni casi si risolve così. Quando c'è peritonite occorre invece una laparotomia, con o senza stomia escludente.

COME RIDURRE IL DOLORE POST-EMORROIDECTOMIA

H.A. Amoli et al

Forse qualcuno, dopo aver letto la recensione di cui sopra, deciderà, per evitare grane, di fare l'emorroidectomia anziché la emorroidopessi con stapler. Ma sarà preoccupato per il dolore postoperatorio dei suoi pazienti, che, come è noto, è più basso dopo PPH rispetto alla Milligan Morgan. Ebbene, questi autori iraniani lo tranquillizzano. Si può ridurre il dolore anche asportando le emorroidi (che è il gold standard per la cura). Come? Applicando sull'ano degli operati Diltiazem pomata (calcio-antagonista) tre volte al giorno per una settimana.

COLORECTAL DISEASE

Maggio 2011

CHE FINE FANNO I PUNTI METALLICI DELLA PPH?

P. Garg et al

Lo studio è americano. Gli autori hanno condotto un'inchiesta tra vari colleghi chiedendo se, secondo loro, i punti metallici sarebbero stati riassorbiti in breve tempo o no. Più della metà hanno risposto: sì, in tre settimane. Qualcuno ha risposto: mai. Poi hanno chiesto il permesso ai loro pazienti operati di PPH per emorroidi di fare un Rx Addome dopo l'intervento, anche due anni dopo. I punti erano ancora lì. In effetti nella Last Image di Boffi e Pozdemny, TIC giugno 2011, si riporta, con belle foto, un caso di diverticolo rettale, rettocele, recidiva del prollasso emorroidario e ostruita defecazione post-PPH. Ebbene, dopo dieci anni erano ancora presenti punti metallici. La prima conclusione dello studio americano è che i pazienti dovrebbero essere avvertiti della persistenza degli "staples". La seconda è: fino a che punto certi disturbi del paziente dopo emorroidopesi con stapler, come la proctalgia cronica e i polipi granulomatosi sanguinanti, non rari, sono dovuti a punti metallici ritenuti? E ancora: quando è indicata la **AGRAFFECTOMIA**? Su questo c'è un articolo interessante in uscita su TIC 3 2011, di Petersen et al, tedeschi. E' un review sistematica della letteratura sulla agraffectomia. Operazione semplice quando consiste nella asportazione di uno o pochi "staples" con la proctoscopia e una Kelly. Ben più complessa quando richiede l'escissione di un cilindro o una semiluna di retto con tutta la sutura metallica e la fibrosi circostante, seguita da reanastomosi manuale. L'articolo dei tedeschi, che

merita di essere letto, conclude che l'asportazione delle agrapphes è più utile in caso di emorragia e meno in caso di dolore cronico.

Ora vado sullo stile Fiction, pittoresco per chi legge. Mi chiede Esmira l'azera (in inglese) "Per asportare un punto metallico che fluttua nel retto, semiattaccato alla parete..pensando magari che sia quello che causa rettorragia, come si fa?" Passa di lì un professore del nord, mio vecchio amico. La guarda con aria di superiorità: in effetti a Esmira manca solo il fazzoletto in testa legato dietro e sembrerebbe una raccogliitrice di ulive di Enna. "Ma, mia cara" le fa" con aria di aristocratico distacco e con accento oxfordiano "come vuoi che si faccia: si mette un proctoscopio, si prende il punto con l'estremità di una Kelly, e si tira. E il punto esce". Esmira, quando è ben sicura di aver capito, scuote la testa, lentamente. Poi tace. "Beh, signorina?" le fa lui "cos'è che non la convince? Guardi che ne ho tolto a decine in questo modo". "Io solo due professore, ma il retto si è lacerato ed è uscito un bel po' di sangue". "Beh, per forza, ma poco male" fa l'altro, quasi offeso. E, come il ministro Brunetta davanti a una precaria qualsiasi, se ne va indispettito. Esmira gira la domanda a me. Rispondo "Anch'io le prime volte facevo così. Poi un collega mi ha insegnato a prendere il punto metallico con la punta della Kelly e chiedere alla ferrista di coagulare la Kelly con l'elettrobisturi. La corrente si trasmette alla pinza e da questa allo "staple", che seziona il tessuto coagulandolo, senza alcuna perdita di sangue". Cerco di fare bella figura con Esmira: sono in trattative con lei per un viaggio chirurgico didattico nelle repubbliche del Caucaso e ho bisogno di protezione locale, il suo staff di Baku è in grado di fornirmelo. Cecenia, Ossezia, Abkazia, da quelle parti non si scherza: è una polveriera. Lo era già ai tempi di Ian Potocky (si pronuncia Potosky), nobile polacco progressista, entusiasta per la Rivoluzione francese, che in un suo bellissimo viaggio dal mar Nero al mar Caspio ebbe modo di avvicinare e conoscere quei fieri abitanti, che non esitavano a rapire e uccidere coloro che ritenevano nemici. Il tutto è raccontato in un libro che lessi anni fa in crociera. Ve lo consiglio. Fa parte dell'ECTA una commissione sull'impiego delle Innovations nei **PAESI IN VIA DI SVILUPPO**. La coordina un chirurgo coloretale mongolo, di Ulan Bator, ex-allievo di Bruno Roche, e ne fa parte la nostra Paola De Nardi, grande viaggiatrice e curiosa di popoli lontani. Chi volesse aderire all'ECTA (mi vengono in mente giovani chirurghi neo-iscritti alla SICCR, come Paola Borzi, Nicola Clemente e Giovanna Busuito, che di certo bramano operare) potrebbe contattare la De Nardi. Oppure direttamente Felix Aigner, di Innsbruck, e da Batma Bashaev, di Mosca, che organizzano residency per il **TRAINING** nelle repubbliche ex-sovietiche ed esercitazioni sul cadavere in Austria. LA MIA SEGRETARIA CATERINADEBONO@LIVE.IT HA LE E-MAIL DI TUTTI. Per ora i Corsi ECTA si tengono in almeno dieci città di Europa e Asia: li fanno Panis a Parigi, Ratto a Roma, Salgado a Marbella, Ziv a Tel Aviv, Meng a Hong Kong, Tsarkov a Mosca, Seow Choen a Singapore . Sono gratis per gli iscritti all'ECTA, basta leggere l'annuncio pubblicato su Techniques e fare domanda. Una bella occasione per imparare e visitare posti esotici, magari detraendo il viaggio dalle tasse.

I PAZIENTI ASIATICI SI ADATTANO PIU' DIFFICILMENTE A UNA STOMIA

R.E. Soulsby et al

Gli immigrati asiatici cominciano ad essere non pochi anche in Italia, si pensi a filippini, ceylonesi e indiani. Per cui questo studio inglese ci può interessare. Si è visto che la qualità di vita di un asiatico stomizzato in UK, specie se non parla bene inglese, è più bassa rispetto ai britannici. I motivi? La

minore comprensione (per la lingua) delle istruzioni sulla gestione dello stoma, le differenze di dieta, di religione, di igiene.

MEGLIO LA RETTOPESSI VENTRALE LAPAROSCOPICA DEGLI INTERVENTI PERINEALI PER IL PROLASSO COMPLETO

N. Wijffels et al

Sono i chirurghi inglesi di Oxford e di Bristol. Bella la baia di Bristol, col mare sempre increspato e i campi da golf sulle colline. A Bristol c'è una notevole tradizione coloproctologica. Mi viene in mente la scala delle feci di Bristol, due volte almeno comparsa su Techniques, la prima in un articolo di Giovanni Riegler, la seconda in un lavoro di Fil Pucciani appena accettato sullo Psyllium nella ostruita defecazione. E poi mi viene in mente David Bartolo e la sua Scuola, i primi che hanno classificato l'incontinenza fecale tenendo conto non solo della severità, ma anche della frequenza dei sintomi. I primi (insieme al gruppo Wingate di Londra) che hanno registrato la emg degli sfinteri anali a domicilio, tipo holter, per studiare meglio la discinesia addomino-pelvica e il puborettale paradosso.

Nella casistica compare anche il centro di Oxford, con Lindsey, pezzo grosso dell'Editorial Board di Colorectal Disease e esperto in prolasso del retto. Sapete che l'intervento che va per la maggiore, nel senso di bassa morbilità e poche recidive, è la rettopessi ventrale laparoscopica (si può fare anche con un Pfannestiel, ovviamente), che ricostituisce il "pole-flag" ovvero l'asta della bandiera, laddove l'asta è il sostegno fibroconnettivale che va dal promontorio sacrale al corpo perineale (centro tendineo) e la bandiera, sfilacciata e logora con gli anni e i parti, sono i vari organi e muscoli, retto, vagina, sfinteri anali. La teoria del "pole-flag" è stata proposta con successo dagli uro-ginecologi australiani, per i prolassi pelvici e l'incontinenza.

Spesso è inutile ricucire la bandiera ormai deteriorata, cioè plicare i muscoli ecc, meglio ripristinare l'asta, che poi sosterrà tutto il resto. E' la chirurgia delle mesh, certo promossa dall'industria, ma poggiata anche su solide basi razionali. La protesi dal sacro alla vagina, posteriormente, e al retto, anteriormente, è il fulcro di questo intervento mini-invasivo, che non va a disturbare i nervi ipogastrici né il plesso venoso presacrale, né i legamenti laterali del retto. In Italia lo fanno Milito, Infantino e altri. All'estero ha cominciato D'Hoore, con Pennicks, a Lovanio. Il primo lavoro è comparso su BJS di qualche anno fa.

Cosa ci dicono da Bristol (e da Oxford)? Che i loro 80 pazienti (quasi metà ASA III e IV) hanno avuto solo il 13% di complicanze postoperatorie, tutte lievi tranne una, e solo il 3% di recidive a due anni. Gli autori concludono che questo intervento addominale ha **la stessa bassa morbilità degli interventi perineali** (e fin qui siamo d'accordo) e dieci volte meno recidive, e qui non siamo d'accordo... direi **meno** recidive. Ma per sostenerlo scientificamente ci vorrebbe il solito trial prospettico randomizzato, difficile da fare nel prolasso del retto, patologia che richiede in genere una chirurgia su misura. Il difetto principale dell'articolo è che non prende in considerazione la stipsi postoperatoria, che come sappiamo è il problema maggiore dopo una rettopessi.

Magari gli americani continueranno a fare la Altemeier e molti europei e asiatici ecc la Delorme-Rehn...però comincio a pensare che un chirurgo **colorettale** debba avere la rettopessi ventrale nel suo menu.

COLORECTAL DISEASE

Giugno 2011

ESCISSIONE TOTALE DEL MESORETTO PER VIA LAPAROSCOPICA RISULTATI A LUNGO TERMINE NEL CANCRO DEL RETTO

H.Y.S. Cheung et al

Questi cinesi di Hong Kong hanno operato 177 pazienti, seguiti con un follow-up mediano di quattro anni. Conversione in "open" solo l'1%. Recidive locali: 5.1%. Sopravvivenza a cinque anni: 74%. Liberi da tumore: 71%. Ottimi risultati quindi. Nessuno dei pazienti aveva un T4 comunque, considerato una controindicazione alla chirurgia laparoscopica.

Fino a pochi anni fa c'era ancora qualche riserva sulla efficacia dell'approccio laparoscopico per cancro del retto. Ora non più, con questi dati.

Attenzione però: l'equipe dei chirurghi è specialista in chirurgia laparoscopica colorettale. Come si sa: "Specialists do it better".

UN NUOVO STAPLER PER L'ANASTOMOSI COLORETTALE LAPAROSCOPICA

L. Maggiori et al

Primo autore Maggiori e ultimo Panis, francesi, Direttivo e Commissione ECTA. La nuova suturatrice è la Chex Frankenmann, che costa meno della CDH Ethicon e della EEA Covidien. Poco meno (70 euro), ma ci dicono i francesi che è una differenza statisticamente significativa. Deiscenze? Simile la percentuale: 9 vs 8%. Massima soddisfazione dei chirurghi nella rimozione dello stapler: voto 9.5 su 10. Mortalità zero su 110 pazienti, mica male...

Difetto dell'articolo: non c'è alcuna dichiarazione sul conflitto d'interesse. Ovvero non si sa se lo studio è stato sponsorizzato dalla nuova ditta. Peccato.

CHIRURGIA DELE FISTOLE ANALI: RECIDIVE E INCONTINENZA DIECI ANNI DOPO

S. Stremitzer et al

Chirurghi viennesi. Studio molto pregevole per la durata del follow-up mediano: 10 anni. Abbastanza pregevole per la casistica: 300 pazienti in una sola istituzione. Meno pregevole per i troppi casi persi al follow-up: quasi metà.

Il dato rilevante è la percentuale alta di recidive in rapporto al numero degli interventi: solo il 32% dei pazienti sono guariti dopo una sola operazione. In totale, il 20% avevano incontinenza dopo dieci anni. Non pochi. Ma si sa, così è. Se no non avrebbero inventato il LIFT, la VAAFT, il "plug", la colla di

fibrina, il laser, l'impianto di cellule staminali, l'iniezione di pastrine e così via, tutti interventi che risparmiano gli sfinteri.

Metodi che gli austriaci non hanno usato. Hanno usato invece la fistulotomia oppure la fistulectomia con setone o con lembo rettale mucoso. Va detto, per spiegare i dati non brillantissimi, che un terzo delle fistole erano complesse o recidive. E poi c'è un punto oscuro: le recidive ... saranno state tutte vere recidive o nuove fistole?

Resta il messaggio finale: le fistole anali sono "una rogna".

FATTORI PREDITTIVI DELLA RIUSCITA DELLA NEUROMODULAZIONE SACRALE PER INCONTINENZA FECALE

S. Gallas et al

Una caterva di autori per questo megastudio prospettico multicentrico francese, fra i quali i noti Lehur, Leroi, Rullier, Michot, Sielezneff, con 200 pazienti consecutivi (impianto permanente).

Ebbene, quali sono i fattori che possono far prevedere il successo dell'intervento?

Non la manometria anorettale, non l'età, né l'eziologia dell'incontinenza. Sono due: la consistenza delle feci e l'intensità della stimolazione. Paradossalmente i pazienti con feci semiformate sono quelli andati meglio. Così pure quelli con bassa intensità di stimolazione.

Gli autori concludono che si ripromettono di valutare anche il tempo di transito intestinale e la scala delle feci di Bristol.

ESCISSIONE INTERSFINTERICA DEL RETTO PER CANCRO: CI CREDETE CHE LA CONTINENZA POSTOPERATORIA E' BUONA?

G. Barisic et al

No, francamente io non ci ho mai creduto, chiedo scusa ai vari autori che l'hanno scritto, a partire da Schlissel, e poi i russi Rybakov e altri ancora. Ne ho operato pochi casi e, dal punto di vista funzionale, è andata così così... (tradotto in numeri ne ho fatte quattro, due hanno soiling e una urgenza fecale, solo una è perfetta).

Secondo questi autori serbi (gruppo Krivokapic), l'11% hanno avuto incontinenza totale e il 13% soiling costante. Beh...uno su quattro "perde". A me due su quattro. Ma loro ne hanno fatte dieci volte più di me (45 casi) e quindi la fanno meglio. La letteratura sul cancro del retto ci dice che il "volume" conta per i risultati. E comunque chi fa meno di 5 cancri del retto l'anno potrebbe anche smettere di farlo perché perde la mano, come un pianista che non si esercita. E' chiaro che chi lo fa senza i giusti criteri, mesoretto ecc ecc, ne potrà fare 1000 l'anno ... sempre cattivi risultati avrà.

Il grado dell'incontinenza, concludono i serbi, dipende da quanto sfintere interno si lascia.

COLORECTAL DISEASE

Luglio 2011

TRATTAMENTO DELLE RECIDIVE LOCALI DEL CANCRO DEL RETTO

M.B. Nielsen et al

Ecco una delle frequenti review sistematiche che hanno consentito a Colorectal Dis di passare in pochi anni da 1.6 a 2.4 di "Impact factor". Insieme alle Metanalisi e ai Trials prospettici randomizzati questi sono articoli molto citati.

Da quando si fa l'escissione totale del mesoretto, le recidive locali da cancro del retto sono come è noto diminuite, ma colpiscono comunque dal 5 al 10% dei pazienti (io personalmente ho l'8%) e sono un serio problema, che causa gravi sintomi e bassa sopravvivenza. Gli autori svedesi hanno identificato 19 studi in letteratura sul trattamento delle recidive locali. Uno solo di questi è italiano e viene dal Policlinico Gemelli. Meno di un terzo dei pazienti (dal 20 al 30%) si possono aspettare un intervento potenzialmente curativo. Le complicanze postoperatorie non sono poche: variano dal 15 al 68%. Una nuova recidiva colpisce dal 4 al 54% dei pazienti rioperati, a seconda delle casistiche. La sopravvivenza a 5 anni dei rioperati radicalmente varia dal 9 al 39%.

Gli autori concludono che la prognosi è ora migliore rispetto al passato, per vari motivi: lo staging più accurato, il trattamento neoadiuvante e l'aumento dell'esperienza chirurgica nei centri dedicati. All'articolo segue un Invited Comment di Paris Tekkis che sottolinea l'importanza della exenteratio pelvica. Paris (Paride) è un chirurgo coloretale greco-cipriota, ma ora inglese d'adozione, in odore di Cattedra a **Londra**, prolificissimo scrittore di lavori, membro dell'Editorial Board di Techniques. Non ha 40 anni. Del resto anche il primo ministro inglese è un quarantenne, il nostro è un ultrasettantenne.

MEGLIO LA TEM DELL'ESCISSIONE LOCALE PER GLI ADENOMI DEL RETTO

E.J.R. de Graaf et al

Uno studio olandese. Se fosse ancora vivo Gerard Buess, inventore della TEM, lo avrebbe letto con molto piacere.

Gli autori hanno preso in considerazione i loro 359 casi di adenomi del retto, 50 operati con escissione locale transanale (manuale) e 319 con la TEM. I casi erano omogenei in quanto a dimensioni e distanza del tumore dalla rima anale.

Occorre però subito dire una cosa: evidentemente l'esperienza dei chirurghi olandesi è maggiore con la TEM (insomma, la sanno fare meglio, avendone fatte molte di più) rispetto all'escissione locale. Questo potrebbe essere il punto debole dello studio.

Comunque ecco i risultati. Tutte le differenze sono statisticamente significative.

Complicanze postoperatorie: 10% dopo escissione manuale, 5% dopo TEM. Margine di resezione positivo per residuo di patologia: 50% dopo TEM, 88% dopo escissione manuale (alti entrambi!). Recidiva: 28% dopo manuale, 6% dopo TEM. Ancora più alta dopo frammentazione dell'adenoma.

Mah, sarà che l'escissione transanale manuale l'ho imparata da Parks che arrivava alla giunzione retto-sigmoidea...Sarà che ne ho fatte un buon numero...Sarà che con le varianti di Faivre e Francillon si può arrivare bene anche in alto...Sarà che non faccio la TEM...Sarà che sono per la chirurgia "low cost"...Sarà che con un buon endoscopista e la mucosectomia endoscopica si possono fare miracoli...(il mio non è un parere obiettivo, scientifico, lo ammetto)...però aspetterei altri studi prima di abbandonare la "via vecchia".

ALTA MORTALITA' POSTOPERATORIA NEL CANCRO DEL COLON DELL'ANZIANO AL DI SOPRA DEI 75 ANNI IN UK

O. Faiz et al

Enorme casistica, quasi 29mila pazienti, non necessariamente operati da specialisti, anzi più da chirurghi generali, in vari ospedali inglesi. Un dato interessante: la mortalità, già piuttosto alta in ospedale (intorno al 10%), si triplica nell'anno successivo all'intervento. Per la precisione: 26% per cancri del colon prossimale, 36% per cancri del colon distale.

Meno decessi con la chirurgia laparoscopica.

CONDILOMI ANALI E NEOPLASIA ANALE INTRAEPITELIALE: COME LA CURANO I CHIRURGI E COME LA CURANO I DERMATOLOGI

D. Dindo et al

Gli autori, svizzeri di Zurigo, hanno mandato un questionario: "Come curate queste malattie?". Ben 1017 dermatologi e 393 chirurghi coloretali hanno risposto.

E' venuto fuori che i dermatologi (57%), molto più dei chirurghi (28%), curano i condilomi anali con Imiquimod crema (Aldara) e con Podofillina. Nel 40% dei pazienti i dermatologi asportano i condilomi, usando anche il laser e la crioterapia. Attenzione però, (questa è una nota mia) la letteratura, almeno quella chirurgica, non è a favore! Problemi: dolore, emorragia, impossibilità di esame istologico, diffusione nell'aria di particelle di condilomi vaporizzate dal laser. Colpisce (negativamente..) che molti dermatologi (38%) e molti chirurghi coloretali (32%) non fanno mai un esame istologico dei condilomi. E anche che il 56% dei dermatologi e il 59% dei chirurghi coloretali non si preoccupano di determinare i sottotipi dei papilloma virus, se oncogeni o no.

Ho appena parlato al telefono di questi problemi con Aldo Infantino (che se ne intende) e insieme ci siamo dichiarati delusi per questa carenza. Mi ha confermato, come del resto ampiamente scritto nell'articolo, che l'Aldara è usato ed è efficace nei pazienti con neoplasia anale intraepiteliale.

In conclusione, una "survey" interessante, anche se non troppo consolante.

UN ALTRO VANTAGGIO DELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA: MENO COMPLICANZE DOPO SEPSI DELLE FERITE CHIRURGICHE E MENO SPESE PER CURE E MEDICAZIONI

M. W. Dobson et al

Potrei non aggiungere nulla, il titolo dice tutto. Comunque...precisiamo.

Su 603 resezioni laparoscopiche e 2246 resezioni open del colon, l'incidenza di sepsi delle ferite chirurgiche è stata simile: 5.8% in laparoscopica, 4.8% in open.

MA... le conseguenze cliniche della complicità sono state molto minori nel gruppo laparoscopico. Nessun rioperato vs. il 12% di rioperati per la sepsi dopo chirurgia open. Non è mai servito aspirare con la VAC casi di sepsi post-chirurgia laparoscopica, mentre è servito nel 12% delle sepsi dopo open. Quasi tutti quelli con sepsi dopo laparoscopica si sono medicati da soli a casa, mentre i due terzi dopo open sono dovuti tornare in ambulatorio. E così via. Quindi spese notevolmente ridotte con la chirurgia laparoscopica.

Dimenticavo. Lo studio viene dalla Cleveland Clinic Ohio. Tra gli autori Fazio e il suo successore Feza Remzi, oltre alla brava e simpatica Tracy Hull e a Dan Geisler, colui che ha fatto più interventi laparoscopici "one port" di chiunque altro al mondo.

Remzi è turco, ha 37 anni ed è successore di Fazio, il cui predecessore era Turnbull, quello della "no touch" technique...Eppure di WASP ("white, anglosaxon, protestant" insomma, con le carte in regola) disponibili alla Cleveland Clinic ce n'erano e come.

USA, grande apertura a quelli bravi! Indipendentemente dalle origini. Che differenza con l'Italia...

Ve lo immaginate da noi un marocchino poco più che trentenne capo della chirurgia, che so, all'Istituto Tumori di Milano?

COMMENTO NEGATIVO DI "GEMELLUS" SULLA CHIRURGIA ROBOTICA DEL RETTOCELE COMPLESSO

E' un commento a fine fascicolo. "Gemellus" è un chirurgo coloretale bravo del team di Colorectal Disease, che fa dei commenti sapienti e spiritosi su articoli della letteratura. Non so da chi...non so se è vero...ho sentito dire che è Peter Mc Donald, del St Mark's Hospital. Comunque spesso leggo i suoi corsivi, ne vale la pena.

Qui "Gemellus" commenta un articolo del gruppo Lehur (Nantes) sulla chirurgia robotica del rettocele complesso (rettocele- prolasso mucoso interno del retto o intussuscezione-enterocele) e della ostruita defecazione. Ricordo bene l'articolo. I francesi sostenevano che l'intervento in robotica è fattibile e permette di vedere e risparmiare le fini strutture, nervose e non solo.

Sapete come la penso sulla chirurgia dell'ostruita defecazione. Meno se ne fa e meglio è. Meno si spende e meglio è. Ci sono molti metodi conservativi, economici e non rischiosi per curare i problemi non chirurgici che ha il paziente, metodi ai quali i chirurghi interventisti non amano ricorrere. L'irrigazione, la idrocolonterapia, il supporto psicologico, la riabilitazione. Su questo non vi annoio oltre.

Non sapete come la penso su Lehur. Penso che (beato lui) sta in una città bellissima e tranquilla, (i castelli della Loira), con donne alte magre ed eleganti, che non "se la tirano". Che è un furetto sveglio, simpatico e intelligente. Che pubblica molto e per lo più bene. Mi dicono che sia bravo a operare. Ha organizzato un ottimo congresso ESCP e si è anche offerto di organizzare un congresso ECTA. E' allievo di Ghislain Devroede, un chirurgo canadese molto pensante e molto equilibrato,

esperto nell'approccio olistico, che ho ammirato moltissimo. Basta leggere il suo capitolo su "Psicopatologia della Stipsi" sul libro Constipation di Wexner e Bartolo per capire che ha una marcia in più di noi. Dunque Paul Antoine Lehur ha avuto un magnifico maestro. Entrambi sono stati nell'Editorial Board di Techniques.

Ma su qualcosa mi permetto di criticarlo: il suo forse eccessivo entusiasmo per le nuove tecnologie. Ora pubblica sulla Robotica. Ebbene, non so se questa della Robotica nella ostruita defecazione sia una soluzione valida e opportuna, non vorrei prendesse piede in Italia, dove abbiamo un gigantesco deficit sanitario. E abbiamo già una pleora di operazioni, "da sotto e da sopra", dirette al rettocele, spesso presente ma non clinicamente rilevante negli stitici (lo hanno scritto Piccirillo e Wexner su Techniques già dieci anni fa).

Quello che dice testualmente "Gemellus" sull'articolo di Lehur, facendo una battuta sulle spese da sostenere, è: "da questo articolo ho imparato che la Robotica per il rettocele complesso è fattibile, ma decisamente faccio notare che è **un milione di euro** distante dall'essere positiva come costi-benefici. Inoltre impiega comunque un assistente, oltre al chirurgo, e sei port per cinque centimetri e mezzo di incisione, dura un'ora di più e non vi sono dati sull'efficacia e i risultati a lungo termine".

Qualcosa di simile Lehur, data la sua passione per le innovazioni, lo fece per il costosissimo ABS o sfintere artificiale: lo sosteneva, insegnava a impiantarli per conto della Ditta, pubblicava buoni dati short-term...e poi è finita che l'ABS non lo producono più perché (v. studi di Altomare, Wexner e altri su BJS e DCR) funziona una volta su quattro e dà una caterva di complicanze. Impianti, espunti, reimpianti, sepsi, stipsi grave, clisteri obbligati, interventi e re interventi, patimenti del paziente, delusioni del chirurgo... e spese, tante spese.

Meglio dunque aspettare prima di entusiasarsi.