

COLORECTAL DISEASE

(Settembre 2008)

Deiscenza anastomotica la sfida continua

P. Wille-Jorgensen e H. Harling

La complicanza più temibile dopo resezioni e del cancro del retto è la deiscenza anastomotica, che avviene tra il 5% e il 20% dei pazienti. In questo fascicolo i chirurghi svedesi tra cui Palman cercano di approfondire quali sino i pazienti più a rischio; stranamente, poiché smentisce altri lavori, il sesso non è tra questi: i maschi non hanno più deiscenze delle femmine. Un altro fattore è il livello della sutura: più questo è vasto più è difficile l'operazione, più è difficile l'operazione più alto è il rischio di deiscenza. Altro fattore è la radioterapia preoperatoria, ma può darsi che il problema non sia rappresentato dalla radioterapia di per sé, bensì dal fatto che la si faccia nei tumori più voluminosi, l'asportazione dei quali richiede una chirurgia più estesa o più difficile. Un altro fattore è probabilmente l'abilità del chirurgo, ma è difficile da dimostrare poiché quasi tutti i chirurghi cercano di convincere i lettori che sono abili. Una riduzione del flusso ematico sembra sia un fattore di rischio e può essere causata sia dalla tensione vascolarizzazione arteriosa sia dal ridotto microcircolo causato dall'edema. Fattori come il fumo possono influire negativamente sul microcircolo. Ma due settimane di astinenza dal fumo non influenzano l'influenza dell'anastomosi.

Cosa si potrà fare in futuro per ridurre le deiscenze forse usare i farmaci che interferendo con il sistema delle metalloproteinasi, possano promuovere la cicatrizzazione tissutale. E' possibile che la profilassi della trombosi con eparina a basso peso molecolare abbia un ruolo, ma finora ci sono solo evidenze sperimentali. Infine un'altra misura preventiva potrebbe essere quella di evitare le anastomosi basse in pazienti ad alto rischio di deiscenza: i fumatori e quelli con la tendenza alla trombosi vascolare.

La cisti sacro-coccigea

P.J Lee et al

Ultimo nome Frizelle: un bel gruppo di chirurghi "degli antipodi", ovvero australiano e neozelandese. Si tratta di una review su molti articoli di cui dieci trial controllati randomizzati tra escissione e ferita aperta vs chiusura primaria e molte "case series" e altri trials su vari tipi di lembi. Anche altre tecniche meno usate vengono commentate: l'escissione con radiofrequenza, la colla di fibrina, l'iniezione di fenolo (stiamo valutando due articoli inviati a Techniques) e alla chiusura assistita da aspirazione. Altre componenti del trattamento, suscettibili di controversie, o date come metodi sicuri, sono: i drenaggi, gli antibiotici e la rasatura. La conclusione degli autori è che non esiste l'intervento ideale ma l'operazione va eseguita su misura (tailored) nel singolo paziente. In particolare nei casi con presentazione iniziale si raccomanda una semplice escissione o anche un'incisione parziale della parete laterale o marsupializzazione; mentre nei casi recidivi si consiglia il lembo romboide modificato, che dà meno complicanze e meno recidive di altri lembi.

Risultati a lungo termine dello stent o della chirurgia palliativa negli occlusi da cancro del colon incurabile

I.G. Faragher et al

Lo stent del colon offre, in questi pazienti, una palliazione durevole ed efficace. Dà meno complicanze della resezione chirurgica palliativa offre un simile sopravvivenza lungo termine.

Ne consegue che i chirurghi oncologi debbono avere nella loro équipe dei bravi endoscopisti per introdurre gli stent nel modo giusto e nella giusta sede.

Fattori predittivi di incontinenza fecale dopo lesioni ostetriche.

J.J. Tjandra et al.

Come gli studi precedenti anche questo è australiano: primo nome il compianto Jo Tjandra. La casistica è di 121 donne con lesioni ostetriche di III e IV grado tutte riparate precocemente dagli ostetrici. La continenza è stata studiata dopo un follow-up medio di circa 18 mesi. I risultati sono stati buoni: la maggior parte di

queste donne erano continenti o con lievi disturbi della continenza, un basso score di Wexner a tre mesi si è rivelato un fattore predittivo negativo: chi lo aveva sviluppava incontinenza fecale a 18 mesi.

Funzione sessuale e urinaria dopo resezione anteriore e dopo colectomia segmentaria per cancro

M.T.P.R. Perera et al.

Gli autori concludono che sono più i maschi che le femmine ad avere disturbi urinari e sessuali e che essi sono più frequenti dopo asportazione del retto che non dopo una colectomia segmentaria.

Ulcera anale dopo emorroidectomia

G.F Heard et al.

Benché sia solo un caso clinico lo riferisco perché riguarda un evento non raro e temibile per i proctologi, un evento a difficile cura: l'ulcera anale post operatoria che non guarisce. Ad esempio oggi ho visto un sessantacinquenne diabetico con una ulcerazione anale ragadiforme anteriore dopo un intervento di emorroidectomia (operato, pensate un po', da un amico ginecologo...) il caso riferito invece dagli autori inglesi era un settantanovenne iperteso, che il terzo giorno o dopo l'intervento ha cominciato ad avere intenso dolore anale, senza alcuna lesione. E' stato dimesso e trattato con metronidazolo. Quattro giorni dopo è tornato con una sepsi delle ferite esterne. Il dolore era intollerabile per cui è stato sottoposto ad una colostomia. All'inizio è migliorato, ma dopo otto mesi aveva sviluppato profonde ulcere. A questo punto i chirurghi hanno fatto vedere il paziente ad uno specialista in guarigione delle ferite (professore in riabilitazione in cicatrizzazione delle ferite, università di Cardiff!!!), il quale ha fatto notare che il paziente aveva preso Nicorandil, un vasodilatatore che si usa nel trattamento dell'angina. Ebbene è noto da poco che questo farmaco può causare ulcere. Anche Phillips ha di recente pubblicato su TIC una piccola casistica. Il farmaco è stato ovviamente sospeso e il paziente è guarito. Interessante notare che prendeva Nicorandil da ben quattro anni, ma senza effetti collaterali. L'operazione evidentemente è stata un fattore scatenante. Il messaggio finale è chiaro, indagate se i pazienti prendono Nicorandil prima di operarli di emorroidi.

Una cosa strana: gli autori non specificano se l'emorroidectomia era una Milligan Morgan o una Ferguson, né i referees glielo hanno chiesto. Poiché il lavoro è inglese e si parla di ferite post operatorie sarà stata una M-M. Mi chiedo se con una ricostruzione del canale anale come da Ferguson sarebbe avvenuta questa complicanza.

Ma questa recensione sarebbe stata inopportuna se non vi aggiungessi che il chirurgo plastico può avere un ruolo importante nell'asportare e poi sostituire con un lembo ben vascolarizzato cutaneo o muscolo cutaneo, le ulcere più vaste e resistenti ad altri trattamenti e che i proctologi debbono conoscere gli ultimi prodotti capaci di migliorare il trofismo tissutale e di guarire le ulcere post intervento.

COLORECTAL DISEASE

(Ottobre 2008)

La pouchite e le patologie correlate: una nuova associate

N. Haboubi

Anche qui, come nell'ultima recensione un nuovo intervento (ora non tanto nuovo, ma trenta anni fa non esisteva..) ovvero il reservoir ileo anale, ha creato una nuova patologia, ovvero la pouchite, l'infiammazione del reservoir.

Che può essere causa di fallimento e asportazione del reservoir. Grosso modo il rischio di fallimento è del 5% nei primi cinque anni e sale poi al 10% e 20 % dopo dieci e venti anni dalla costruzione della pouch.. a parte la pouchite, cause di fallimento sono la sepsi e un cattivo funzionamento del reservoir. Anzi, queste sono cause più frequenti.

Dalla letteratura si sa che la pouchite viene spesso nei pazienti operati per colite ulcerosa e raramente in quelli operati per poliposi, ma un recente studio polacco (Banasiewicz) dimostra che il rischio è simile nelle pouch ricostruite per RCU e in quelle "costruite" per poliposi. Quindici anni fa Setti Carraro al Saint Mark's

Hospital ha pubblicato insieme a Talbot e Nicholls una classificazione della pouchite, basata sulla gravità (A,B,C) in cui lo stadio C può essere associato a displasia. L'autore di questo editoriale, Haboubi, che è un patologo, commenta i dati forniti da Abdel Razeq et al (articolo in questo stesso numero di Colorectal Disease), ovvero i fattori predittivi della pouchite dopo proctocolectomia restaurativa in 198 pazienti con RCU. Uno su tre ha sviluppato pouchite (e questo lo sapevamo da altri studi); di queste pouchiti 35 erano acute e 29 croniche. La pouchite si definisce cronica se i sintomi continuano per oltre 4 settimane dopo il trattamento. Lo studio ci dice anche che se i sintomi (diarrea, ecc) compaiono oltre 4 anni dall'intervento c'è il forte sospetto che non si tratti di pouchite, ma di qualcos'altro. Infine lo studio esamina i rapporti tra pouchite e colangite sclerosante, tra pouchite e ileite da deflusso. Interessante notare che voi sono delle predisposizioni genetiche per lo sviluppo di questa triade, il che è preoccupante e affascinante insieme. Ho nella mia borsa rossa, tra i fascicoli da recensire, un numero di International Journal of Colorectal Disease (ottobre 2008, in collaborazione con il Karolinska Institute di Stoccolma e l'Ospedale Mauriziano di Torino), che identifica due nuove proteine (WASP e WAFL) che sono un potenziale marker genetico per la RCU. Vedete come genetica, istopatologia e chirurgia si intreccino e come le nostre cognizioni si debbano estendere ad altri campi.

Trattamento delle fistole retto-vaginali di Crohn

C.D.Hannaway, T.L.Hull

Dalla Cleveland Clinic. Tracy Hull è stata da poco presidente della Società americana dei chirurghi coloretali, la sua review si basa su 27 articoli e ci spiega qual è il modo migliore per trattare queste fistole. Prima di decidere se operarle o no e come il chirurgo deve riflettere sulla localizzazione della fistola (alta, bassa o trans-sfinterica), lo stato del canale anale (stenosi, ulcerazioni) e a presenza di Crohn attivo nel retto (proctite). E anche un'altra cosa, aggiungo io la severità dei sintomi: una fistola retto vaginale di Crohn asintomatica o pouchite sintomatica è meglio non operarla. Dopo un paragrafo sul trattamento medico compreso l'Infliximab, di cui vi faccio grazia, gli autori passano in rassegna i tipi di operazioni disponibili. In caso di sepsi acuta perianale è più saggio limitarsi a un drenaggio chirurgico, eventualmente con l'apposizione di un setone drenante. Se il retto è sano e poco infiammato una buona opzione è la fistulectomia con avanzamento di un lembo di mucosa rettale. Il successo varia tra il 54 e il 68%. Tale intervento è poco indicato se i è una stenosi o una ulcerazione del canale anale, se vi è un difetto anteriore degli sfinteri il chirurgo è obbligato a effettuare anche una sfinteroplastica. Infine l'impiego di una stomia di protezione. Questa può essere necessaria in caso di Crohn recidivo e paziente sotto steroidi. Un intervento trans vaginale protetto da colostomia può dare il 92% dei successi.

Review sistematica della qualità di vita dopo chirurgia coloretale, laparoscopica o "open"

H.M. Dowson et al.

La review si basa su 23 articoli e su 2946 pazienti. Andiamo subito al risultato: la qualità di vita è simile.

Cancro coloretale ereditario: l'importanza dello screening dei familiari

K.R.Aryal et al.

Gli autori riferiscono di due famiglie nelle quali le madri dei due pazienti che per primi si sono presentati agli autori con un cancro del colon sinistro in giovane età, avevano anch'esse un cancro del colon asintomatico.

Asportazione con radio frequenza di cancro pelvico recidivo

J.H. Lefevre et al.

Gli autori riferiscono su otto casi con recidiva locale inoperabile di cancro del retto (sei) e di sarcoma della pelvi (due). La recidiva si era manifestata dopo 4 anni e aveva una dimensione di 3-4 cm. Sei pazienti su otto hanno avuto complicanze post operatorie, come una fistola colovesicale, due ostruzioni ureterali risolte con uno stent. Dopo un anno e mezzo dal reintervento sei pazienti erano ancora vivi. L'asportazione con radiofrequenza è stata effettuata da un radiologo durante la laparotomia oppure per via per cutanea sotto TAC.

Complicanze post operatorie dopo stomia di protezione per resezione anteriore

T.Mala, A. Nesbakken

Gli autori hanno studiato 72 pazienti che hanno ricevuto una stomia di protezione dopo resezione anteriore per cancro del retto (in 62 casi una ileostomia, in 10 casi un colostomia). Il succo dell'articolo è che un paziente su quattro ha avuto complicanze relative alla stomia e tre sono deceduti. Il 13% dei pazienti è rimasto con una stomia permanente. In conclusione proteggere una anastomosi bassa con una stomia ha un consistente rovescio della medaglia.

Continenza e qualità di vita dopo lesioni degli sfinteri anali dopo parto

D.N. Samarasekera et al.

Tra qualche giorno devo operare due giovani donne con grave incontinenza post ostetrica, 35 e 33 anni. Vediamo il destino che le attende.

Gli autori hanno ricontrollato oltre 100 donne con una lesione di questo tipo sottoposte a sfinteroplastica. Ebbene i risultati indicano che la continenza e la qualità di vita a lungo termine non sono buone. Oltre metà soffrono di un persistente difetto sfinteriale. Gli autori concludono che è importante prevenire le lesioni da parto, specie in donne che potrebbero avere un difetto occulto dopo un primo parto vaginale. In sostanza più cesarei.

I risultati della chirurgia per cancro coloretale sono peggiori se facciamo operare gli specializzandi?

D.W.Borowski et al.

I risultati sono buoni; nel senso che non ci sono state differenze tra gli operati dagli specializzandi e gli operati dagli specialisti, in termini di deiscenze, mortalità operatoria e sopravvivenza.

Lo studio è condotto su 1578 casi.

Gli autori concludono che l'attività chirurgica dei giovani specializzandi può essere maggiormente sfruttata. Temo che questa raccomandazione non lasci grandi tracce nelle scuole di specializzazione in chirurgia del nostro Paese!...

Chirurgia laparoscopica coloretale con una singola porta di accesso

F.H.Remzi et al.

L'articolo viene dalla Cleveland Clinic e contiene otto belle foto a colori. Gli autori hanno effettuato una emicolectomia destra in meno di due ore per via laparoscopica attraverso una incisione ombelicale e periombelicale di 3,5 cm. Le perdite ematiche sono state di sole 100 cc e la lunghezza della degenza di soli 4 giorni. La legatura dell'arteria ileocolica è stata eseguita con il Ligasure e l'anastomosi ileocolica è stata effettuata per via extracorporea

COLORECTAL DISEASE

(Gennaio 2009)

Resezione laparoscopica per cancro del retto: a che punto siamo?

R. Bergamaschi, R Essani

Una recente review della Cochrane ha identificato 48 studi con più 4000 pazienti, ma solo tre (600 casi) erano trial prospettici randomizzati. Gli autori di questa review ci fanno notare però che 2 su 3 riguardavano probabilmente cancri del retto sigma. Alcuni limiti potenziali della chirurgia laparoscopica sono il difetto di angolazione delle suturatici attualmente disponibili, la possibilità di essere radicali nella dissezione circonfrenziale e distale, la funzione sessuale dopo l'intervento. Sugeriscono gli autori che i prossimi trials debbano essere indirizzati su questi punti critici.

Resezione immediata o dilazionata di metastasi epatiche sincrone da cancro coloretale?

J.G. Hillingso, P. Wille-Jorgensen

Si tratta di una review sistematica della letteratura e viene dalla Danimarca. Si basa su sedici studi retrospettivi; undici di questi dimostrano che il gruppo dei pazienti che hanno subito la resezione colica e delle metastasi epatiche in un unico intervento tendono ad avere una degenza più breve. Quindici studi

confrontano la mortalità operatoria che sembra essere inferiore nei pazienti con intervento in due stadi. Undici studi, infine, con frontino la sopravvivenza a cinque anni che sembra essere simile nei due gruppi. Gli autori concludono che la doppia resezione, intestinale ed epatica può essere effettuata in pazienti selezionati purché siano disponibili in sala operatoria un chirurgo coloretale e un chirurgo epato-biliare.

Ricordo quello che faceva il compianto Sir Alan Parks al S. Mark's Hospital: provvedeva alla resezione coloretale, poi chiudeva il paziente e gli consigliava di aspettare qualche mese, ristudiare il tumore e farsi fare la resezione epatica da Blumgart all'Hammersmith Hospital. Si parla di trenta anni fa, ma il concetto di offrire al paziente l'abilità di due specialisti diversi è ancora valido. Con buona pace dei chirurghi generali.

Chirurgia del prolasso interno del retto.

R. Collinson et al.

Su questo "leading article" ho mandato una correspondence a Colorectal Disease che dice quello che sto per scrivervi.

L'articolo ha il pregio di cercare di fare il punto su una patologia che 15-20 anni fa era trattata con speranza di successo usando la rettopessi posteriore. Poi diversi studi dimostrarono che nel 50% dei casi la rettopessi non funzionava. Per un po' di tempo allora il prolasso interno del retto è stato piuttosto ignorato dai chirurghi, finché due nuovi interventi sono stati proposti più di recente: la rettopessi ventrale o (anteriore) laparoscopica e la STARR, con buoni risultati a breve termine. Quindi ora i chirurghi credono di nuovo che la chirurgia del prolasso interno possa funzionare.

Fin qui gli autori.

I quali però non riportano altri studi che, tra il 2004 e il 2008 riferiscono che metà dei pazienti operati con rettopessi laparoscopica o prolassectomia transanale o STARR, hanno ancora ostruita defecazione da 18 mesi a 4 anni dopo l'intervento. Il che ci obbliga di nuovo, come venti anni fa, alla massima cautela chirurgica.

Mi chiedo se la chiave del successo non stia nel tipo di intervento chirurgico (tutto sommato uno vale l'altro, in termini di risultati continuo a pensarla così in mancanza di seri studi prospettici comparativi), bensì nella nostra capacità di scoprire e curare le vere cause dei disturbi. Rettocele e prolasso interno mi sembrano più gli effetti del prolungato ponzamento. Se curiamo solo gli effetti è chiaro che il paziente ha alte probabilità di restare o diventare sintomatico.

Più chirurgia radicale nell'anziano con cancro coloretale.

R. Nascimbeni et al.

Lo dicono quattro autori di Brescia. I progressi nell'assistenza medica del paziente anziano durante gli ultimi trenta anni hanno portato ad una riduzione degli interventi palliativi e della mortalità operatori.

Stadio della malattia e risultati psicosociali nel cancro coloretale

A.E Simon et al.

Gli autori ci ricordano che lo stadio della malattia influenza la sopravvivenza negli operati cancro e dunque influenza anche i risultati psicosociali della chirurgia. Questo è ben documentato per il cancro della mammella, meno per il cancro coloretale. Per questo lo studio si focalizza su 128 pazienti sottoposti a questionari per misurare l'ansia, la depressione, la qualità della vita, il supporto sociale, le difficoltà del reinserimento e la qualità dell'assistenza medica sul territorio dopo l'intervento. Risultati interessanti: pazienti con cancro coloretale più avanzato pertanto (...prevedibile...) più ansiosi e più depressi rispetto a quelli con cancro non avanzato. Percepivano il supporto sociale come più ridotto (...e siamo in Inghilterra...) e avevano una peggiore qualità di vita. Le donne (...questo forse è inaspettato...) con cancro avanzato avevano sintomi coloretali più severi e una qualità di vita sia fisica che emozionale più scarsa rispetto ai maschi.

Metastasi ovariche da cancro coloretale. Analisi clinico-patologica su 103 pazienti.

D.D. Kim et al.

Tre autori su cinque si chiamano Kim, chiaro quindi che l'articolo viene dalla Corea. Un cancro sincrono dell'ovaio era presente soprattutto nei pazienti con cancro del colon più che del retto. La sopravvivenza a cinque anni delle pazienti con cancro coloretale e metastasi ovariche è stata del 40%, la prognosi peggiore

la hanno le paziente con metastasi ovarica bilaterale. In un paziente su tre la metastasi ovarica era metacrona. Gli autori raccomandano perciò una TAC entro sei mesi dalla resezione intestinale per una diagnosi precoce delle metastasi ovariche nelle donne in pre menopausa. Questo è da ricordare quando decidiamo il follow-up nei nostri pazienti.

Recidive locali dopo amputazione addomino-perineale.

M Davies et al.

Su quaranta pazienti solo due, pari al 5% hanno avuto recidive locali, 18 e 24 mesi dopo l'intervento. La conclusione è che la recidiva locale dopo amputazione ad domino perineale non è diversa da quella dopo resezione anteriore. I tumori localizzati a livello della giunzione ano-rettale devono essere radicalmente escissi in blocco con l'elevatore dell'ano, come descritto originariamente da Miles. Quello che Miles non faceva e che adesso ovviamente va fatta è l'escissione totale del mesoretto.

Efficacia della embolizzazione arteriosa come trattamento definitivo nel sanguinamento intestinale basso.

D.C Koh et al.

Il titolo dice tutto.

Iniezione intersfinterica di silicone per incontinenza fecale.

M.M. Soerensen et al.

E' uno studio prospettico su 33 pazienti, con un follow-up di un anno dopo iniezione di PTQ per incontinenza di vario tipo.

Come dimostrato in un recente studio della SICCR con il Durasphere e contrariamente a quanto riportato in uno studio di Tjandra con il PTQ i risultati non sono brillanti.

Intussuscezione rettale e incontinenza fecale.

R.Collinson et al.

Lo studio è su quaranta pazienti nei quali la defecografia aveva dimostrato intussuscezione retto-ale. Secondo gli autori il reperto non ha una eccessiva importanza clinica. Il motivo principale per cui l'articolo va letto, secondo me, è perché riporta in una bella figura la classificazione radiologica di Oxford del prolasso rettale interno.

Chiusura primaria modificata nel trattamento in day surgery del sinus pilonidalis

M.G. Muzi et al.

Si tratta di uno studio prospettico su 150 pazienti operati con anestesia locale. Tra gli autori il nostro Gianni Milito e la brillante Federica Cadeddu. L'articolo descrive in modo minuzioso una sutura per strati, diversa da quella convenzionale. Solo il 6% di complicanze e nessuna recidiva a 22 mesi...

Caspita Gianni, sei forte!

Cisti da inclusione rettale dopo PPH e STARR

J. Jongen, T.M. Raimond, P. Denardi

Gli autori, da tre diversi centri, Germania, Inghilterra, Italia, riferiscono su questa complicanza da loro diagnosticata con RMN ed ecografia endorettale e trattata con messa a piatto.

Queste "cisti" assomigliano molto alle "tasche" e ai "diverticoli" rettali patologici descritti da me dopo PPH un paio di anni fa sulla stessa rivista e da Selvaggi dopo STARR su Techniques.

Quel che è certo che questi nuovi interventi hanno creato nuove patologie. Dobbiamo conoscerle per saperle curare, ma soprattutto prevenire.