

COLORECTAL DISEASE

MARZO 2009

Review

Consenso 2008 sulla radioterapia neoadiuvante per cancro del retto

Scott, et al

Lo scopo di questa review è scoprire che cosa offre la RT nei pazienti con cancro del retto curabile, cioè senza metastasi a distanza.

Sapete che le possibilità sono tre: 1) non fare la Rt; 2) fare quella da 25 Gy in cinque applicazioni per pochi giorni; 3) fare la chemioradioterapia per varie settimane.

Gli autori hanno chiesto a quattro oncologi di un'ampia area di Inghilterra, con otto milioni di abitanti, quale fosse la loro opzione preferita. Tutti hanno risposto che in caso di cancro del retto localmente avanzato (T3, N1 e T4), ma anche in caso di T3A N0, l'opzione preferita è la chemioradio di lungo corso. A tutti gli altri pazienti, la maggioranza, veniva raccomandata invece la radioterapia di breve corso, se il tumore era situato nel retto distale.

Non so voi, io di cancri ne opero pochi, ma non faccio fare "sempre a tutti" la RT breve. Credo che per lo più i chirurghi oncologi in Italia NON facciano come questi inglesi...tra l'altro è dispendioso. Ed è dimostrato che serve? A me non risulta, ma leggo di più la letteratura sulle patologie benigne. Non so, qualcuno di voi avrà le risposte giuste.

TEM in 143 pazienti con cancro del retto

Baatrup, et al

Il cinquanta per cento dei pazienti erano T1, il 33% T2, il 14% T3 e il 3% stadio sconosciuto.

La TEM è stata eseguita con intento curativo nel 43% dei casi, come terapia di compromesso nel 52% e per palliazione nel 5%.

La sopravvivenza a cinque anni è decisamente buona: 66%. Che sale all'87% se specifica per cancro; nei T1 sale al 94%. Le dimensioni del tumore sono un fattore prognostico negativo.

Tra le conclusioni: i tumori con dimensioni maggiori di 3 cm non dovrebbero essere curati con la TEM.

Beh, intanto un messaggio finale chiaro, questo delle dimensioni come criterio.

Poi, direi buoni risultati clinici a distanza. Mi pare che questi autori siano della corrente pro-Lezoche, sapete, il suo articolo: operiamo i cancri con la TEM, pur sul BJS, sollevò discussioni.

Iniezione intradermica di blu di metilene per il trattamento del prurito anale refrattario

Sutherland et al.

Sembra un argomento vile, ma come sapete da certi pazienti che vi sono capitati, il prurito anale può essere una brutta rognà e rovinare la qualità della vita. Il capitolo sul prurito anale del libro *Fundamentals of Anorectal Surgery* di Beck e Wexner è quello che vi consiglio di leggere, con tabelle sulla diagnosi differenziale, sulla terapia, sulla dieta, ecc. Sono usciti anche sofisticati articoli su *Lancet* dal St Mark's Hospital che hanno correlato il prurito con la perdita di muco irritante, con la disfunzione dello sfintere interno, con la frequenza patologica di rilasciamenti spontanei alla manometria anorettale.

Il talvolta disordinato ma davvero geniale Shafik è stato penso il primo a proporre blu di metilene come terapia e ha lasciato traccia di questo anche in *Tecnicas in Colonproctology* nel 2004.

I colleghi autori di questo articolo, che abitano ai nostri antipodi (Australia, Nuova Zelanda) hanno guarito il 57% e migliorato il 96% dei loro pazienti dopo una sola applicazione; tutti quelli che hanno avuto poi una seconda applicazione sono guariti. Sette casi su 49 hanno avuto lievi e transitori difetti della continenza.

Quella che si inietta è una soluzione di 10ml di blu di metilene all'1%, 20 ml di marcaina allo 0.5% e 40 mg di solumedrol per 1 ml. La soluzione viene iniettata intradermica su tutta l'area affetta da prurito incluso l'ano. Tutti i pazienti sono stati trattenuti una notte e sottoposti ad antidolorifici.

Qual è il meccanismo d'azione? Due teorie: che il blu distrugga le terminazioni nervose, che distrugga invece delle inclusioni epiteliali patologiche.

Credo che ogni proctologo debba avere questa terapia nel suo armamentario.

Stessa rivista, altro mese

COLORECTAL DISEASE

SETTEMBRE 2009

La fisiologia dell'idrocolonterapia

Seow-Choen

Sapete che molti considerano la idrocolonterapia utile per la stitichezza, le vaginiti, il dismicrobismo della flora intestinale, gli inestetismi dermatologici, le sequele della chemioterapia ed altro ancora. Diverse pubblicazioni indexate, non molte, confermano questi benefici. E soprattutto asseriscono che i possibili danni collaterali (ad es le perforazioni) sono di rarità eccezionale.

Dove lavoro io la usiamo da oltre dieci anni, devo dire mai un incidente. Ci è sembrata utile nelle prostatiti, per la preparazione del colon, nella ostruita defecazione. In più è poco costosa.

Una variante della idrocolonterapia, la irrigazione retrograda del colon, è stata riportata come utile in oltre metà casi di stipsi e di incontinenza da autori come Bartolo, Baeten, Laurberg su importanti riviste.

Ebbene, l'articolo che vi commento ci dice invece che ha l'effetto dannoso di mettere in circolo i germi patogeni del colon.

Devo aggiungere che lo dice non dopo averlo dimostrato con un suo studio prospettico comparativo, ma citando considerazioni della letteratura. E devo anche dire che l'amico Francis Seow-Choen da un po' va controcorrente e pare che si diverta a distruggere verità consolidate o quasi. Ad esempio un altro suo cavallo di battaglia è parlare contro le fibre dicendo che non fanno bene alla stitichezza e non difendono dal cancro.

Penso tuttavia che i colleghi che sono in favore della idrocolonterapia, come Riccardo Annibali, Paolo Gladioli e altri, dovrebbero leggere attentamente questo articolo. Le critiche sono sempre le benvenute, purchè fondate. E sarebbe bello trovare in un prossimo Colorectal Disease una corrispondenza che contesta le affermazioni di Seow-Choen o, più avanti, uno studio clinico ben fatto che le smentisce o le conferma.

Di certo la traslocazione batterica dal colon ai linfonodi o ad altri organi, è fenomeno ben noto. Pensiamo alla prostatite da feci nel retto, all'epatopatia da rettocolite ulcerosa.

Insomma, il problema è stato sollevato. Ma occorre l'evidenza scientifica di uno studio clinico.

SE PERMETTETE PROCEDO ORA IN MANIERA PIU'INFORMALE, TANTO PER CAMBIARE IL RITMO E DISTRARVI UN PO'

Ai i chirurghi delle IBD consiglio due articoli, uno norvegese sui risultati a lungo termine di oltre 300 casi di proctocolectomia e pouch ileoanale, Myrvold tra gli autori (ci dice tra l'altro che entro 20 anni metà di questi pazienti devono subire un reintervento!) e l'altro olandese sul ruolo della ileostomia continente di Kock, primo nome Hoekstra (ci dice che è un intervento ancora valido, ma per tenere basse le complicanze va fatto in centri altamente dedicati).

FISTOLE ANALI

Mesi fa ho recensito un articolo, spagnolo se non ricordo male, che diceva: dopo un'operazione per fistola basta un anno di follow-up per verificare se vi è o no la recidiva. Ossia, o viene entro un anno o non viene. Più o meno così.

Adesso trovo una articolo olandese, gruppo Schouten, Rotterdam, che dice: attenzione, in caso di fistulectomia con lembo di avanzamento rettale, il follow-up fatelo finchè vedete che c'è stata una completa cicatrizzazione del flap. Tre mesi e mezzo. Oltre non serve. Il 68% dei loro flap si sono cicatrizzati entro questi termini e le recidive sono state, a tre mesi e mezzo, solo il 2%.

Mah...e la regola detta prima di seguire fino a un anno?

Insomma, non è che i due articoli mi abbiano molto chiarito il concetto, i tempi, il follow-up, la definizione della **recidiva**.

Quel che a me pare chiaro è che dopo un'operazione per fistola noi possiamo avere una **mancata guarigione della ferita o della fistola**, oppure una **recidiva**, ovvero, dopo la guarigione della ferita, in **quel** punto, in corrispondenza di **quella** ghiandola, si apre una nuova fistola. E infine possiamo avere, e qui già le cose sono meno definibili, una **nuova fistola** a carico di un area, di una ghiandola che non era quella che si era "ammalata" in precedenza. Alcuni colleghi in questo caso userebbero ancora il termine di recidiva? **SI-NO cerciate la risposta giusta e mandatela a ucpclub@virgilio.it**

Vabbè...filosofia delle fistole...

Pensate a noi poveri chirurghi. Operiamo un paziente di fistola e la ferita non si chiude...oh accidenti! Allora abbiamo sbagliato tecnica? Un insufficiente curettage? Un'ischemia del lembo preparato male? O il mancato clistere? O degli antibiotici sbagliati? O medicazioni affrettate? O mancata pulizia della ferita? O quella pomata cicatrizzante non funziona?

E poi invece magari scopriamo, come è successo a una mia giovane paziente, che c'erano degli ossiuri che continuavano a contaminare la ferita....o, come in un altro caso, che c'era una sella turcica semivuota all RMN con ipopituitarismo e una ridotta produzione di ormone della crescita, quello che aiuta la cicatrizzazione... o che c'era stato un calo delle difese immunitarie per la morte di un parente...

Eh già, che mestieraccio. Però, vedete, bisogna pensare **largo**...

Un messaggio comunque è chiaro da questo lavoro olandese. Anche in mani espertissime il lembo di avanzamento rettale "regge" meno di sette volte su dieci. (E, sapete, "regge" meno se il paziente fuma nel postoperatorio, questo è accertato....lo hanno scoperto proprio loro un paio d'anni fa).

OPERATE UN CANCRO DEL COLON URGENZA?

Bene, sappiate che avrete più complicanze, dicono i norvegesi Sjo et al.

Quindi meglio aspettare, preparare meglio il paziente, mettere lo stent. Quando si può ovviamente.

Larsen et al, sempre norvegesi, parlano di cancro del retto avanzato T4a, che supera la fascia del mesoretto e invade organi vicini. In questo caso occorre estendere l'escissione del mesoretto al di là della fascia ovviamente e resecare in tutto o in parte altri organi, spesso con l'aiuto dell'urologo e del chirurgo plastico. Si tratta ovviamente di pazienti in cui è stata fatta la radiochemioterapia neoadiuvante, e gli autori si chiedono quale sia il ruolo della RMN postoperatoria per confermare la radicalità dell'intervento e indicare un eventuale reintervento. E rispondono anche: la RMN non può distinguere bene tra fibrosi e tumore residuo, quindi va presa con le dovute riserve. Lo studio è stato fatto sulla rispettabile casistica di quasi 100 pazienti. In 23 organi della pelvi il patologo ha trovato invasione tumorale, in 15 casi che la RMN aveva dato come positivi c'era solo fibrosi o muco.

Alla fine del fascicolo il collega italiano **Fabio Marino scrive una corrispondence sull'uso del Gabentin, un anticonvulsivo, 300mg al dì per la prima settimana e poi aumento graduale ogni settimana fino 1200 g al dì, per tre mesi, in caso di PROCTALGIA CRONICA DOPO PPH. Si tratta di un caso clinico, il paziente stava bene dopo 15 mesi.**

Sapete che questo sintomo, che spesso rovina la qualità di vita dei pazienti, è descritto in letteratura dal 2% (Ravo et al) al 16% (Cheetham et al). Può essere dovuto a vari fattori, ma non la faccio lunga se no mi dite che sono fissato con la PPH e le sue complicanze.

Vado sul pratico: attenzione, siete tentati di rioperare il paziente? Aspettate, avete un altro farmaco: l'Adalat. A meno che non vi sia un ascesso ecc ecc, ma qui si parla di proctalgia senza causa apparente. Una brutta rognà. Mi ricordo ai congressi, dieci anni fa: scoperta l'operazione indolore per le emorroidi! Mah...lo avevano detto prima anche per la crio- e poi per la laser- e lo dicono ora anche per il doppler... temo continueranno... Andatevi a leggere cosa scrive Ira Kodner, past President dei chirurghi coloretali americani e massimo esperto di Etica in Chirurgia, su Techniques, numero 2, giugno 2009, pagina 167. E' anche su www.siccr-org, in italiano.

"QUESTE TECNICHE (lui si riferisce a PPH e STARR, ma vale per molte altre), PRIMA CHE FOSSERO DISPONIBILI DATI SCIENTIFICI, SONO STATE RECLAMIZZATE DAI MEDIA, CREANDO DOMANDA DA PARTE DEL PUBBLICO. ALCUNI MEDICI SI SONO TROVATI IMPREPARATI MA PER AVERE VANTAGGI LE HANNO ESEGUITE SENZA TRAINING SPECIFICO, E COSI SONO AVVENUTE GRAVI COMPLICANZE PER I PAZIENTI". Che volete...il business...l'entusiasmo...la moda...l'ingenuità dei pazienti.

Beh, fortunatamente per la proctalgia cronica dopo PPH c'è ora un'arma in più: il Gabentin.