

Chirurgia laparoscopica con una singola incisione (SILS)**I. Hassan e V. Advani**

Pare sia la principale novità della chirurgia mini-invasiva.

Vediamo luci e ombre.

Presenta indubbi vantaggi cosmetici.

Ma... è più difficile della laparoscopica standard per certe manovre da fare (e altre da non fare).

E' molto spinta dall'industria, è di moda...perciò attenzione, che non succeda come per la colecistectomia laparoscopica, dicono gli autori, che all'inizio fece molte lesioni del coledoco.

"Primum non nocere".

I pazienti finora operati non sono quasi mai obesi. Invece la laparoscopica standard si può fare senza grandi problemi negli obesi. La stessa "laparoscopica standard" non ha ancora sfondato, è considerata solo a alternativa alla "open". Per due motivi. Ancora non si è convinti che sia adeguata per la chirurgia oncologica e richiede una particolare curva di apprendimento

E' IMPERATIVO, concludono gli autori, che, prima "che ci si butti" sulla SILS, si attendano i risultati della letteratura, dei vari studi pilota condotti in centri specialistici ma soprattutto dei trial controllati.

Per ora, stando a quanto riferisce questo editoriale di CRD, ci sono soltanto sette articoli a disposizione, con 19 pazienti. Pochi.

Sappiamo solo che si può fare. Il che non significa che si debba fare.

Corpi estranei nel colon e retto: una review sistematica**M. A. Kurer et al**

Disponibili, nella letteratura in inglese (22 report non considerati per questioni di lingua...tanti, peccato) articoli su 188 maschi e 5 femmine.

Età media intorno ai 40 anni.

In quasi metà dei casi i corpi estranei erano bottiglie o bicchieri. Ma c'erano anche mele, carote, contenitori di sigari. Nella maggior parte dei casi la rimozione è avvenuta per via transanale. Nel 5% dei casi in psicotici, che talvolta hanno riferito che erano stati degli "spiriti cattivi"....

Il motivo dell'inserzione?

Non sempre per motivi sessuali: in un quarto dei casi (almeno...così riferivano i pazienti) per auto-trattare stipsi, emorroidi, prurito anale.

Nel 12% dei casi si è trattato di violenza causata da altri.

L'oggetto più insolito? Una camera d'aria di ruota di bicicletta.

Lavaggio peritoneale laparoscopico per diverticolite: una review sistematica**B. R. Torenvillet et al**

Gli autori non hanno trovato articoli perfetti dal punto di vista della metodologia scientifica.

Comunque, in totale, sono stati esaminati 235 pazienti. La metodica si è dimostrata efficace, con poche complicanze e pochissime stomie.

Che cosa succederebbe se a Varese o a Mantova....**M. H. Khani e K. Smedh**

...venisse fuori una legge per cui i pazienti con cancro del retto andassero a farsi operare SOLO IN UN CENTRO e non nei vari reparti di chirurgia sparsi nelle cliniche e negli ospedali della città?

Vi immaginate la lotta dei vari primari e direttori per non “mollare l’osso”? Magari anche giustificata, ma si dovrebbe guardare agli interessi del paziente, non dei chirurghi. Ebbene, hanno provato a farlo in Svezia, a Vasteras, cittadina con 4 ospedali, ed è venuto fuori che l’accentramento ha portato ad un aumento della sopravvivenza degli operati. E’ una conferma del concetto “gli specialisti lo fanno meglio”. Più casi e più competenza (evidentemente hanno scelto il centro migliore) portano migliori risultati.

La Trans-STARR con la suturatrice Contour per ostruita defecazione non dà risultati migliori della STARR con la doppia suturatrice circolare

H. Wadhawan et al e C. Isbert et al

Sono due studi, il primo totalmente inglese, il secondo anglo-tedesco, che portano alle stesse conclusioni: la trans-STARR non funziona meglio della STARR.

Che altro dicono?

Il primo articolo che il problema principale dopo entrambe le metodiche resta l’urgenza defecatoria e che circa il 20% dei pazienti soffre di incontinenza fecale “de novo” dopo l’operazione. Non è poco. Dopo plastica manuale transanale di rettocele l’incontinenza “de novo” è solo del 5% (Ayabaca et al, DCR fine anni ’90).

Il secondo articolo riferisce che la percentuale di sanguinamento postoperatorio importante è la stessa, sia dopo STARR che dopo Trans-STARR (3%, accettabile).

Onestamente, per quanto riguarda la soluzione della stipsi, mi aspettavo che ci fossero vantaggi con la Contour, visto che la resezione è più “controllata” (cioè sotto visione diretta) e che la quantità di tessuto asportato è maggiore.

Invece, dati alla mano, così non è.

Il 10% dei pazienti ha avuto cattivi risultati funzionali, con entrambe le metodiche.

Sembrerebbe un numero basso, ma il follow-up è breve (un anno) e si sa dalla letteratura che in questa chirurgia “ il tempo è galantuomo”, ovvero qualsiasi tecnica si usi la percentuale di successi cala anno dopo anno, dal 90% di successi dopo un anno (Boccasanta et al, DCR 2004) al 50% dopo 5 anni (Michot, DCR 2006).

Vale quanto ho scritto in un’altra recensione per la chirurgia delle emorroidi: ha senso pubblicare articoli con follow-up breve in patologie in cui la durata del follow-up è essenziale?

Sapete che negli ultimi tempi, per vari motivi, ad es. invenzione di nuovi interventi, spinta dell’industria su giornali e TV, acquisizione del DRG, coinvolgimento di colleghi e di Società con generose sponsorizzazioni, aumento di queste patologie per via dello stress e della cattiva alimentazione ecc, si tende ad operare i pazienti con ostruita defecazione più che in passato. Tuttavia, anche tra coloro che provano le nuove tecnologie, c’è chi resta abbastanza moderato e selettivo nelle indicazioni (ed è il caso del gruppo Shorthouse, in UK, gli autori del primo articolo, 25 casi in due anni) e chi invece si allarga (i tedeschi del secondo, 150 casi in due anni).

Infine, in nessuno dei due lavori si esclude il conflitto di interesse. Ma David Jayne, l’autore che ha raccolto e elaborato i dati nel secondo articolo è stato retribuito dalla ditta che fabbrica gli stapler (website ASCRS, 2006-2007).

Su questi problemi etici applicati agli studi clinici e alle pubblicazioni scientifiche, il nostro Antonio Amato farà tre piccoli convegni a Sanremo (a.amato@asl1.liguria.it).

La PPH dà buoni risultati a lungo termine per le emorroidi di terzo grado

S. Sultan et al

Questo mi sembra uno studio convincente, sono vari gli aspetti positivi.

Innanzitutto la durata del follow-up: sei anni.

Poi le indicazioni, soltanto il terzo grado (si sa che nel quarto la PPH funziona poco)..

E il numero degli operati: 150 pazienti in oltre 5 anni. Non sono troppi, significa che questi chirurghi francesi non sono aggressivi e usano anche altre tecniche.

A parte la mancanza di un gruppo di controllo, l'unica lacuna è l'intervista telefonica per valutare i risultati a lungo termine. Sappiamo che non è l'ideale. Oltretutto il questionario telefonico non è riportato in tabella. Però, almeno, è stato condotto da un osservatore "indipendente", non dal chirurgo che ha operato.

C'è un 3.3% di reinterventi per emorragia dopo PPH, non trascurabile.

A distanza, il prolasso emorroidario recidivo è stato del 6.1% e il 7.7% dei pazienti avevano sanguinamento. Insomma, meno del 10% di insuccessi a 6 anni. Risultati buoni.

Nessuna complicanza di quelle "life-threatening" che sono state non di rado riportate in letteratura dopo PPH, tipo sepsi pelvica, stomie ecc. Positivo anche questo.

In conclusione la PPH nelle emorroidi di terzo grado è una buona opzione.

Proprio come è scritto nelle linee guida della SICCR pubblicate su Techniques da Altomare et al pochi anni fa.

Non basta mettere a piatto le fistole anali. Bisogna asportare l'epitelio patologico della fistola!

P. J. Van Koperen et al

Importante studio istologico prospettico sulle fistole basse.

Il messaggio è chiaro: non basta fare la fistulotomia, altrimenti si lascia un epitelio patologico, squamoso, presente soprattutto vicino all'orifizio interno. Questo tessuto va asportato con un efficace courettage o con forbici o con elettrobisturi. Molti di voi già lo sanno.

Lesioni degli sfinteri anali da parto. Se riparate da un chirurgo coloretale fanno recuperare la continenza otto-nove volte su dieci

F. J. Mc Nicol

Basta, vi ho detto tutto nel titolo. Per la precisione la continenza torna normale nell'87% dei casi.

Da far leggere ai non pochi medici di base che in questi casi dicono alla paziente: "Per carità, signora, non si faccia toccare!" (mi è capitato...)

Invece dovrebbero dire: "Non si faccia toccare da un chirurgo qualsiasi! E nemmeno dall'ostetrico (con rispetto parlando, per carità). Vada dallo specialista!".

Si possono prevedere cattivi risultati e scarsa qualità di vita quando si fa una ileostomia escludente dopo proctocolectomia e reservoir ileoanale?

M. Scarpa et al

Dal gruppo di Angriman, Padova.

Sì, si possono prevedere.

Se l'intervento è fatto d'urgenza.

Se si usa una bacchetta standard per l'ileostomia escludente.

Se la distanza della stomia dall'ombelico non è sufficiente.

Se si forma un'ernia parastomiale.

Se il paziente è anziano.