

## COLORECTAL DISEASE

giugno 2010

### CONFRONTO TRA DEFECOGRAFIA E ECOGRAFIA PERINEALE 3D

**A. B. Steensma et al**

Ancora "imaging" per la ostruita defecazione, la "piaga del secolo" di cui tutto si deve sapere.

Fra gli autori la brava e graziosa Danielle Oom e il capogruppo Ruud Schouten, i quali provano a rispondere, indirettamente, a Martellucci e Naldini, secondo i quali la defecografia è superiore all'eco perineale.

Vediamo cosa dicono gli olandesi.

Lo studio è prospettico e osservazionale, su 75 pazienti e conclude che i due esami sono ugualmente efficaci nella diagnosi di rettocele e enterocele. Inoltre sono più economici della risonanza magnetica.

### LEGATURA ELASTICA E PPH A CONFRONTO PER LE EMORROIDI DI II GRADO: RISULTATI A LUNGO

**TERMINE**

**V. Shanmugam et al**

Questi autori scozzesi (visitare la Scozia, è bellissima, se avesse il Mediterraneo invece che il Mare del Nord tutta Europa andrebbe lì in vacanza) pubblicano i risultati a 40 mesi, quasi tre anni e mezzo, di un trial prospettico randomizzato su 60 pazienti. Trenta casi di PPH e 30 di legatura elastica. Vediamo il confronto.

Vantaggi della PPH: meno recidive (12%, contro 36% dopo legatura).

Vantaggi della legatura elastica: meno dolore e più rapida convalescenza. La PPH è stata ripetuta in un paziente, la legatura è stata ripetuta in 10 casi. Motivo: persistenza o recidiva dei sintomi. Complicanze. Nel gruppo stapler: un paziente con ragade anale e uno con stenosi anale. Uno con lesione dello sfintere interno, ma senza incontinenza fecale. Tre casi di ritenzione urinaria e impatto di fecaloma. Nel gruppo legatura: una ragade anale che ha richiesto una sfinterotomia interna. Gli scozzesi ci dicono che la Ethicon ha finanziato lo studio. I costi sono stati: 1620 sterline a paziente nel gruppo PPH e 250 nel gruppo legatura. Conclusione degli autori: di certo la PPH costa di più. Per sapere se è veramente più efficace servono altri studi con casistiche più ampie. Ma le linee-guida dicono di non fare la emorroidopessi con stapler per il secondo grado. Magari alla fine la spunterà la THD per le basse recidive, i costi contenuti e le minime complicanze.

### EFFETTI DEL CANCRO COLORETTALE SULL'IMMUNITÀ' DEL PAZIENTE

**C. F.M. Evans et al**

Gli autori hanno studiato i markers dell'immunità, sei tipi di citokine, in 80 casi di cancro coloretale. Il cancro induce una risposta immunitaria, specie nei casi in cui si è disseminato per via sistemica.

Funziona così (ormai è scritto anche sui giornali...): quando frammenti del tumore si staccano dalla massa principale e vanno in giro, vengono catturati dalle cellule dendritiche, le quali funzionano da sentinella e fanno scattare l'allarme. Portano i frammenti al linfonodo più vicino e li fanno "annusare" ai linfociti T killer: la risposta immunitaria è organizzata.

A questo punto possono succedere tre cose: 1) il tumore viene sconfitto (sapete di quel famoso studio di migliaia di autopsie fatte a persone decedute "di vecchiaia": bene, centinaia avevano addosso un cancro asintomatico, debellato dalla risposta immunitaria). 2) il tumore resiste agli attacchi "ingannando" il sistema immunitario con cellule dal tumore stesso "arruolate" 3) il tumore cresce indisturbato ovvero non ci sono risposte del sistema immunitario.

E' quello che hanno descritto questi autori: nello stadio IV c'è una caduta dei linfociti del paziente, con un calo della risposta infiammatoria. Il che previene una reazione anti-tumore.

Come prospettiva clinica, qual è il senso dello studio?

Che in molti pazienti si potrebbe modulare la risposta immunitaria delle citokine THI, come il "tumor necrosis factor-alpha" e l'Interleukina 2. Del resto gli anticorpi sono già usati come vaccino. Non me ne intendo: chi vuole approfondire deve leggersi il lavoro.

Oppure potrebbe scrivere a [dkumar@gul.ac.uk](mailto:dkumar@gul.ac.uk).

## **PER I TUMORI RETRORETTALI BENIGNI SI PUO' FARE LA TEM**

### **X. Serra Aracil et al**

Dal 15 al 18 giugno 2011 si terranno a Torino i congressi dell'ECTA (Eurasian Colorectal Technologies Association) e dell'EAES (European Association of Endoscopic Surgery). Si parlerà molto di TEM, anche per la recente scomparsa dell'inventore, il tedesco Buess. Pochi lo sanno, ma Buess è anche l'inventore della chirurgia robotica del colon. L'avevo conosciuto ad un congresso in Turchia, l'11 settembre in cui furono buttate giù le Twin Towers a New York. L'avevo incontrato l'anno corso a Praga, all'europeo della EAES: sembrava in buona forma, ma era già ammalato.

Lo ammiravo: la TEM ha sfondato dopo lunghi inizi difficili. Goligher scrisse che la maggior parte delle "innovations" col tempo sono destinate a tramontare perchè si dimostrano falsi progressi.

Non questa.

Per informazioni sui due eventi, da non mancare, contattate il suo allievo, che adesso lavora col professor Morino: [alberto-arezzo@me.com](mailto:alberto-arezzo@me.com).

Il preliminare dell'ECTA è su [www.ectamed.org](http://www.ectamed.org). E anche su "Techniques".

Un'altra persona di rilievo che ci ha lasciato è Irene Habib, gastroenterologa della Scuola di Torsoli, che lavorava a Roma, al Policlinico Umberto I. Irene era una donna intelligente e sensibile, molto in gamba. Combattiva e col senso dell'umorismo. Ha insegnato e scritto cose importanti sull'ostruita defecazione e sulla defecografia, al punto che molti pensavano fosse una radiologa. Veniva spesso alle riunioni del progetto Arcipelago, promosse da Vittorio Piloni. Il suo collega ed amico Luigi Basso mi ha chiesto di ricordarla a tutti voi e lo faccio volentieri.

Torniamo alla TEM. Sapete che permette di fare una (parziale) asportazione del mesoretto, come è stato descritto di recente su DCR e su Techniques. Dunque non ci meravigliamo che la si usi anche per i tumori retrorettali. Ormai con questa metodica si "sconfina" al di là del viscere.

Gli autori spagnoli hanno operato con successo un paziente di 33 anni e lo hanno dimesso in terza giornata. Riferiscono che è il secondo descritto in letteratura. C'è chi in questi casi preferisce l'approccio addominale, anche laparoscopico (in caso di estensioni più alte); chi quello di Kraske, transacrale o transcoccigeo. Chi (compreso il sottoscritto) quello intersfinterico, relativamente esangue e poco invasivo, che però gli autori non menzionano.

## **LA RETTOPESSI VENTRALE LAPAROSCOPICA NON FA VENIRE LA STIPSI**

### **P. Boons et al**

O meglio: dà meno stipsi rispetto ad altri tipi di rettopessi.

Ancora da Oxford, dove, come abbiamo letto prima, di prolassi ne vedono tanti.

Ne hanno operati ben 65 in tre anni con questo intervento. Si parla di prolasso esterno ovviamente.

Molti di voi sanno che la rettopessi al sacro, Ripstein o Wells o, un po' meno, Orr-Loygue, può provocare o aggravare la stipsi. Per vari motivi. Tant'è vero che gli americani (e non solo) negli stitici associano la sigmoidectomia. Che però aggiunge una anastomosi intestinale, con i suoi rischi. E non va associata all'uso di una protesi, che in caso di deiscenza rischia di contaminarsi.

Ebbene: la rettopessi ventrale laparoscopica, già descritta da D'Hoore e Pennincks (Lovanio) su BJS e CRD, non dà questo inconveniente. E le recidive sono molto basse, solo il 2%.

Il follow-up non è lunghissimo: 19 mesi, ma, fatto positivo, è stato completato nell'89% degli operati. Però, piccolo punto debole, è stato effettuato al telefono.

La tecnica consiste in una liberazione anteriore del retto fino all'apice del setto retto-vaginale. La dissezione deve essere anteriore, è importante: in tal modo non si denerva il retto, non si altera la sensibilità, e sappiamo che la iposensibilità può dare stipsi perché il paziente "non sente" le feci. Queste diventano dure essendo l'acqua riassorbita dal viscere e costringono il paziente a "spingere" per eliminarle: la spinta eccessiva si "scarica" sulla parete anteriore del retto e sulla mucosa, che vengono spostate in avanti e in basso. Spesso è così che si formano il rettocele e il prollasso mucoso, che sono perciò effetti più che cause dei sintomi e che talvolta vengono operati inutilmente ignorando il problema "a monte" ovvero la iposensibilità rettale.

Torniamo alla tecnica della colpo-rettopessi ventrale.

Una striscia di polipropilene (20 cm x 3) si sutura al promontorio sacrale e alla parete anteriore del retto e la volta vaginale (o la cervice uterina) si ancora alla mesh. Il tutto si ricopre col peritoneo.

Laparoscopico o open (con un Pfannestiel)... mi sa proprio che un coloproctologo questo intervento deve saperlo fare.

## COLORECTAL DISEASE

agosto 2010

### MA LA RIABILITAZIONE, IN PARTICOLARE IL BIOFEEDBACK, SERVE O NON SERVE PER CURARE L'INCONTINENZA FECALE?

G. Lacima et al

Sì, il biofeedback serve.

Direte voi: ma certo che serve, ci mancherebbe altro, lo sapevamo bene.

Giusto. Però autorevoli colleghi, come Mike Kamm, per decenni al St Mark's Hospital, macchè, non ci credono. E il gruppo della Colorectal Clinic di Orlando ha pubblicato su "Techniques" che col passare del tempo gli effetti benefici del biofeedback (BFB) fatalmente decadono.

Questi spagnoli invece, di Barcellona, hanno seguito a lungo i loro pazienti riabilitati, 79 casi, non pochi, per di più incontinenti alle feci solide. E hanno visto (si legge nell'abstract) che l'86% erano ancora del tutto continenti dopo cinque anni.

Risultati eccezionali francamente. Stupefacenti. Per l'incontinenza alle feci solide...molto, forse "troppo" positivi. Proviamo a essere scettici e andiamo a vedere se lo studio è fatto come si deve.

Abbiate la pazienza di seguirmi. Vi sarà utile, prometto. Leggiamo la sezione METODI.

Diceva tanti anni fa Bonadonna, famoso oncologo dell'Istituto Tumori di Milano, che per capire se un lavoro è valido bisogna verificare i Metodi. In questo articolo la sezione METODI dura ben tre pagine, non si può dire che gli autori siano stati superficiali nel descriverli.

Ebbene, innanzitutto veniamo a sapere che gli spagnoli hanno osservato 184 pazienti con incontinenza e che i 79 avviati al BFB erano quelli in cui erano state escluse lesioni correggibili chirurgicamente, come prollasso del retto o lesioni sfinteriali. NON HANNO PERO' ESEGUITO ECOGRAFIA ANALE O PERINEALE NE' RMN, almeno...non se ne fa menzione, QUINDI E' CHIARO CHE ALCUNI CASI CON LESIONI SFINTERIALI SONO SFUGGITI. Poi: tutti i 79 hanno eseguito manometria anorettale con studio dei vari parametri inclusa la compliance rettale. E va bene. Poi: in tutti i casi sono stati valutati con uno score per l'incontinenza. Quale però? Lo score di Miller e Bartolo...ANNI '80, CHE NON TIENE CONTO DELLA QUALITA' DELLA VITA E DI

ALTRI FATTORI ED E' STATO SUPERATO DA ALMENO ALTRI QUATTRO SCORE NEGLI ULTIMI 20 ANNI (Es. Cleveland ovvero Jorge-Wexner, di gran lunga il più diffuso; St Mark's ovvero Vaizey-Kamm; il nostro, che usano Mellgren e Rothenberger alla Minnesota University; infine quello dell'AMS ). Poi: tutti avevano effettuato per mesi, senza successo, terapia medica e dietetica. E va bene. Come hanno eseguito il BFB? Questo è importante! Con dei risultati così, vediamo se lo fanno come si fa di routine oppure in modo speciale. Beh, in effetti è meticoloso: 5 sessioni almeno, di 45 minuti l'una con un palloncino nel retto, ad opera di un o una fisioterapista. Però gli autori scrivono che in casi selezionati sono state fatte più di 5 sessioni (MA NON DICONO QUANTI E PER QUANTO TEMPO NE' COME LI HANNO SELEZIONATI) . Inoltre ai pazienti è stato prescritto di fare "esercizi sfinteriali" a casa tra una sessione e l'altra, due volte al giorno per 10 minuti: sappiamo che quasi metà l'ha fatto per cinque anni. Nel complesso quasi il 70% dei pazienti hanno collaborato con i fisioterapisti. Questo è importante. Infine: vi è un gruppo controllo, pazienti con incontinenza non trattati. E la durata degli effetti del BFB è calcolata in modo molto preciso, con una "geometric mean ratio" e con una "odds ratio". Bene, come avete visto ci sono luci e ombre, cose fatte e dette bene e altre meno bene, le lacune le metto in maiuscolo.

Leggiamo la sezione RISULTATI. Viene fuori che, nella maggioranza dei casi, in realtà il FOLLOW-UP MEDIO E' STATO DI TRE ANNI, NON CINQUE COME SCRITTO NELL'ABSTRACT. Per 5 anni è stata seguita meno di metà dei pazienti, troppo pochi per dare conclusioni attendibili. Anzi, dopo tre anni... quasi il 40% DEI PAZIENTI E' STATO PERSO AL FOLLOW-UP. Troppi, il limite accettabile è massimo 20%. E NON SI SPECIFICA se il follow-up è stato fatto solo sulla base dei diari dei pazienti dati ai fisioterapisti o se è stato fatto dal medico, con un questionario o con una visita.

Infine NESSUN CENNO, DOPO IL BFB, A INDAGINI SULLA QUALITA' DELLA VITA, es. il Rockwood o il GIQLI, che ormai è prassi inserire in uno studio sulla continenza. Ovvero: quel che conta è l'impatto dell'incontinenza sulla QoL in chi ancora "ha perdite" dopo BFB.

In conclusione, come avete visto, non è tutto oro quello che luccica, anche se l'articolo è su una rivista indexata con 2.4 di impact factor. Sì, dallo studio emerge che il BFB è utile, ma sul fatto che regga alla prova del tempo nella maggioranza dei pazienti...beh...ci sono ragionevoli dubbi. Quel che è certo, a far bene i conti, è che regge IN UN QUARTO dei pazienti, non nei tre quarti. Ve l'ho fatta lunga... perché? Perché volevo dimostrarvi che la lettura del solo abstract, come spesso facciamo quando sfogliamo le riviste, è a volte fallace. E' più faticoso, gentili colleghi, ma dobbiamo leggere criticamente. E presentare correttamente i nostri risultati. Non è un "optional", serve a guarire più pazienti. Ecco perché ogni due anni la SICCR fa un Meeting Educazionale. E fa anche dei corsi apposta, con Altomare, Infantino e Ratto se non sbaglio. Frequentateli, sa tutto [marina.fiorino@siccr.it](mailto:marina.fiorino@siccr.it).

## **VA BENE LA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA PER RICANALIZZARE UN PAZIENTE DOPO HARTMANN?**

**M.R.S. Siddiqui et al**

Va bene, va bene.

Lo dice questa review, basata su otto studi e 450 pazienti, 193 operati per via laparoscopica e 257 open. Meno complicanze e più breve ricovero nel gruppo laparoscopico. (Meno di così non potevo scrivere, dopo lo sproloquio di prima...).

## **ATTENTI A FARE UNA SFINTEROPLASTICA PER INCONTINENZA IN UN PAZIENTE CON IL COLON IRRITABILE!B. N. Chaudary et al**

Un articolo inglese, come il precedente. Non dimentichiamo che Colorectal Disease è innanzitutto la rivista ufficiale dei coloproctologi di UK e Irlanda.

Studio prospettico su 177 pazienti (tutte femmine) con incontinenza fecale viste in 10 anni a Bristol.

Buona parte di coloro che avevano uno score dell'incontinenza alto e pressione anale a riposo normale o

alta hanno, ci dicono gli autori, una sindrome del colon irritabile, che è la principale causa dell'urgenza e delle "perdite". In questi casi la sfinteroplastica ha esito peggiore, quindi occorre un atteggiamento "olistico", più conservativo, che tenga in considerazione corpo e psiche.

In questo Chaudary e i suoi colleghi sono d'accordo con i connazionali Chator et al, che tre anni fa hanno pubblicato un importante articolo su Br J Surg proprio su questo approccio più avanzato.

Insomma, occorre saper "guardare al di là dell'ano" e il buon chirurgo è "un bravo medico che sa anche operare".

## **"IL DISEGNO DELLA FAMIGLIA" E L'APPROCCIO OLISTICO IN PROCTOLOGIA**

### **C. Miliacca et al**

Cristina Miliacca è una psicologa che ha lavorato qualche anno con noi a Roma. Il "disegno della famiglia" è un sistema semplice semplice per capire se il paziente che ci troviamo di fronte ha una componente psicosomatica rilevante. E ci permette meglio di procedere con l'approccio olistico raccomandato dagli inglesi ( e da noi). Ci offre più chances di inquadrare e guarire certi pazienti.

Non correte il rischio di operarli senza necessità e avere disastri o recidive, che poi dovrete scontare, o di operarlo ma poi sottoporlo anche a una psicoterapia e vederlo guarito.

Se voi dite a un paziente che prende psicofarmaci o si dichiara ansioso o depresso: "Vada dallo psicologo o dallo psichiatra e poi torni da me così la potrò curare meglio" c'è il fondato rischio che non lo vedrete mai più. Se invece gli mettete davanti un foglio e una penna e gli chiedete di disegnare la sua famiglia...beh, in 99 casi su 100 lo farà senza protestare e vi comunicherà cose (linguaggio non verbale) che non vi avrebbe detto e che saranno preziose per curarlo meglio. All'inizio farete interpretare il disegno a uno specialista, poi sarete capaci di interpretarlo voi. Provare per credere.

Non ve la faccio lunga, per carità. Chi vuole approfondire legga il lavoro. Vi illustro solo un paio di esempi (se l'ho già fatto in passato, perdonatemi).

Quello di un giovane con rettocolite ulcerosa che disegnò se stesso "appiccicato" al padre, di grandi dimensioni e con un piede a forma di fallo che invadeva le sue gambe. Venne fuori in seguito che si era ammalato di RCU da quando il padre lo molestava sessualmente.

E ancora, quello di una trentenne operata di PPH e poi nove volte rioperata per inspiegabile proctalgia, che nel disegno mise vicino a se stessa la madre sollevata a mezz'aria, morta oltre dieci anni prima, e nel disegnarla scoppiò a piangere.

Chiaro che in entrambi i casi la componente psicosomatica era elevatissima e la sola terapia chirurgica non sarebbe bastata.

Ma, uscendo da una visione aneddotica, l'articolo dimostra che col "disegno della famiglia" si possono valutare 10 parametri del disegno stesso, ognuno dei quali (presenza-assenza) ha un corrispettivo nel pattern psicologico del paziente.

Siamo chirurghi, abituati ad esplorare il corpo. Ma vi assicuro che esplorare anche la mente è molto utile per curare nel modo giusto. Alla fine contano i "guariti", non gli "operati".

## **LA THD (DEARTERIALIZZAZIONE TRANSANALE EMORROIDARIA CON DOPPLER) PER LA CURA DELLE EMORROIDI DI SECONDO E TERZO GRADO**

### **A. Infantino et al**

E' uno studio multicentrico, con vari autori della SICCR, su 112 pazienti trattati col nuovo (ormai non tanto) metodo, con una media di 7 legature per transfissione in ciascun paziente. In caso di prollasso mucoso interno è stata eseguita anche una muco-ano-emorroidopessi, con una sutura continua. Non è stata eseguita sempre, il che smentisce l'affermazione, da alcuni ancora sostenuta contro l'evidenza scientifica, che alle emorroidi sia sempre associato un prollasso mucoso. Oltre metà (54%) dei pazienti sono stati dimessi lo stesso giorno. Solo 15% gli operati in anestesia generale. Solo un caso ha richiesto un ricovero, dopo una settimana, per emorragia. Un altro per ritenzione urinaria. Tre trombosi emorroidarie.

Follow-up mediano non molto lungo ma discreto: 15 mesi. Recidive davvero poche: 6.2%. Alla fine dell'abstract (come vi dicevo: non leggete solo l'abstract...) c'è scritto che la procedura è "painless" ovvero indolore. In realtà, leggendo il testo, non è proprio così. Tuttavia 7 pazienti su 10 non hanno richiesto nessun analgesico. Quindi il rischio di dolore è decisamente basso.

Le poche recidive e il minimo rischio di complicanze legate alla metodica (3.6%) fanno giustamente concludere agli autori che il metodo è efficace.

Con l'indicazione giusta ovviamente.

## **QUAL'E' LA STORIA NATURALE DEL PROLASSO MUCOSO INTERNO DEL RETTO?**

### **N. A. Wijffels et al**

Ritorniamo a questo "famoso e gettonato" prolasso mucoso interno del retto (PMIR) di cui 30 anni fa non si parlava mai o quasi mai e che ora invece, per fortuna o per disgrazia, dà da mangiare a migliaia di proctologi in tutto il mondo ed è occasione di accese dispute scritte e orali.

Io e alcuni colleghi abbiamo semplicemente pubblicato nel 1997 su "Techniques" la prolassectomia con stapler, eseguita con successo in dieci casi, ma c'è chi su questo intervento ha costruito la carriera e non poche fortune. Dicendo e scrivendo anche che il PMIR va operato perchè altrimenti si trasforma in prolasso esterno. Chirurgia preventiva quindi. Che se non altro a volte ha un effetto placebo, questo l'ho verificato io stesso tanti anni fa, quando tendevo a operare di più. E' quello che Church, Cleveland Clinic, chiama "honeymoon", la luna di miele tra il paziente e il chirurgo, ovvero: il paziente sta bene per un po' per compiacere chi l'ha operato.

Due parole sulla classificazione del PMIR: La nostra è in 3 gradi, proctoscopica, pubblicata con la Quondamcarlo su Int J Colorect Dis 12 anni fa circa. In questo articolo usano la classificazione di Oxford, radiologica, in 4 gradi. Dicevo...ha senso una terapia preventiva del PMIR? Il PMIR, nella sua storia naturale, diventerà prolasso esterno? E' quello che si sono chiesti gli autori inglesi.

La domanda è lecita: nell'ambiente chirurgico c'è chi pensa di sì. Ma "antichi" lavori importanti di Allen Mersh e Mellgren dicono di no. Ebbene ecco la conclusione da Oxford, dopo aver studiato 531 casi: "Non c'è sufficiente evidenza scientifica per ritenere che il PMIR sia destinato a evolvere verso il prolasso esterno".

Con buona pace degli interventisti.

## **PERFORAZIONE RETTALE E PERITONITE DOPO PPH**

### **J. L. Faucheron et al**

Vi dico subito che gli autori sono dei supporter della THD, lo scrivono loro alla fine (sarà che si sono spaventati e hanno cambiato tecnica...anch'io non ho più fatto la STARR perché ho dovuto rioperare il mio primo e unico caso per rettorragia grave) però la perforazione dopo PPH l'hanno vista sul serio.

In un 39enne con emorroidi di terzo grado, quindi in apparenza (ma vedremo poi..) con l'indicazione giusta. La sera dell'intervento: forti dolori addominali e febbre. Tentativo di terapia conservativa. Esplorazione rettale: piccolo difetto della linea di sutura. TAC: pneumoperitoneo. Peritonite fecale diffusa all'apertura dell'addome, lavaggio, chiusura del difetto con tre punti, colostomia. Due mesi dopo:chiusura della stomia. Tre anni dopo il paziente sta bene. Epicrisi degli autori: il paziente aveva un voluminoso prolasso interno del retto, avevamo sbagliato l'indicazione, ora nel terzo grado facciamo la THD.

Torneremo sull'argomento nell'ultima recensione.

## **L'ECOGRAFIA PERINEALE DINAMICA (EPD) NELL'OSTRUITA DEFECAZIONE**

### **J. Martellucci e G.Naldini**

Una Correspondence da Pisa, che sottolinea il ruolo della EPD nei pazienti con stipsi da ostruita defecazione.

Una volta al mese Vittorio Piloni viene a fare questo esame nel mio ambulatorio all'Ars Medica, a Roma.

Molto, molto istruttivo. Per valutare molte cose (rettocele, discinesia addomino-pelvica, enterocele, intussuscezione rettale, cistocele ecc) basta un semplice ecografo, con una sonda di superficie. Uno strumento che è in qualsiasi ospedale. Eppure questo esame si fa di rado, un po' perché ci vuole un notevole "know how", un po' perché c'è poca informazione tra i colleghi. Eppure molto sul ruolo dell'ecografia transanale, transvaginale e transperineale è stato scritto da Bruscianno et al su Int J Colorect Dis di pochi anni fa. Ma, dicevo, c'è disinformazione. Pur essendo quello suddetto uno studio italiano i colleghi pisani non lo citano. E ripetono alcune cose già scritte. Fanno bene però: "repetita juvant" ...insisti insisti... qualcosa verrà recepito.

Scrivete a [vittorio.piloni@libero.it](mailto:vittorio.piloni@libero.it) oppure a [jam@hotmail.com](mailto:jam@hotmail.com) e venite a Roma o andate a Pisa a imparare la EPD. Vi sarà davvero utile. In molti casi sostituisce la defecografia e la RMN e completa l'esame clinico.