

DISEASES OF THE COLON AND RECTUM

Marzo 2011

ESCISSIONE TOTALE DEL MESORETTO: MEGLIO LA CHIRURGIA ROBOTICA O QUELLA LAPAROSCOPICA?

A.L. de Souza et al

Gruppo Prasad e Abcarian, Chicago. Studio retrospettivo su 51 e 36 pazienti in quattro anni. In tutti i casi è stata usata la tecnica "hand-assisted" per liberare la flessura splenica. Come durata dell'intervento, più lunga la robotica. Ma con meno perdite di sangue (il che sapete può avere la sua importanza, più trasfusioni potrebbe significare più immunodepressione e quindi meno guarigioni). Linfonodi asportati e complicanze: nessuna differenza significativa. Conclusione: la TME robotica è fattibile e sicura. Vale il discorso sui costi fatto prima.

Pensate però, un chirurgo può continuare a operare con la robotica anche quando gli trema un po' la mano. Mica male.

QUANDO SI FA LA COLECTOMIA PROFILATTICA IN UN PAZIENTE CON DIVERTICOLITE?

J.F. HALL et al

Dalla nota Lahey Clinic di Boston, Massachussets. Studiati 672 pazienti, il 72% con diverticolite del sigma. Cominciamo col dire che deve essere una "vera" diverticolite, con febbre, peritonismo, aumento della VES, o meglio (mi suggerisce l'amica Ines De Stefano la Proteina C reattiva). Non un attacco di colon irritabile, attenzione alla diagnosi, sapete che un terzo dei pezzi di sigma asportati al St Mark's in un famoso studio di decenni fa avevano solo alterazioni muscolari. La frequenza di recidiva di diverticolite a 5 anni è stata del 36%.

Il punto cruciale dello studio è questo: ci sono fattori predittivi della recidiva, per cui si possa decidere di fare una resezione "profilattica" del colon dopo il primo attacco?

Ci sono. Eccoli: 1) pazienti con storia familiare di diverticolite 2) segmento lungo di colon colpito dai diverticoli 3) ascesso retro peritoneale. Invece, i soggetti con diverticoli del colon destro sono a minor rischio di recidiva.

Comunque, aspettate a "scaldarvi" nella diverticolite. A fine recensioni ce n'è una con ottimi risultati dopo terapia conservativa. Poi leggerete.

SINUS PILONIDALE: MEGLIO LA MESSA A PIATTO O L'ESCISSIONE CON SUTURA DIRETTA?

T. Lorant et al

E' uno studio svedese, in mezzo a tanti articoli di autori turchi (turchi pelosi e scandinavi glabri...non è vero). Ed è un trial prospettico randomizzato su 80 pazienti. La conclusione è che la semplice messa a piatto è meno invasiva ed è da considerare più spesso come primo intervento. E' interessante, perché spesso invece i chirurghi, me compreso, tendono a fare subito l'asportazione. Infatti quando sentii per la prima volta da Marti e Roche a Ginevra che la messa a piatto era una buona opzione rimasi meravigliato. So che di questo si discuterà in una sessione al congresso SICCR di Genova e penso che i moderatori, Roberto Zinicola e Gigi Zorcolo, citeranno questo lavoro. E' stato spedito a

soci un questionario. Spero che molti abbiano risposto, credo che pochi abbiano indicato la messa a piatto come prima opzione. Ma forse mi sbaglio, vedremo.

QUANDO SI ATTIVA IL CERVELLO NELLA NEUROMODULAZIONE SACRALE

L. Lundby et al

Questo lavoro del gruppo danese di Laurberg, il simpatico chirurgo che quando modera la mette giù pesante e fa sembrare tutti degli scolaretti imbarazzati, è affascinante perché sostiene che, nei soggetti con incontinenza fecale, se la neuromodulazione attiva una stimolazione focale di aree cerebrali si ottengono risultati migliori. Ecco il perché dell'approccio olistico, psiche e soma, nell'incontinenza fecale, caldeggiato già qualche anno fa su BJS. L'attivazione cerebrale è stata studiata misurando il flusso ematico nel cervello con una speciale TAC.

Il concetto è questo: c'è un'area del cervello, la corteccia frontale controlaterale, che normalmente si attiva quando ci si concentra. Dopo due settimane di neuro modulazione, questa attivazione viene sostituita dalla attività del nucleo caudato ipsilaterale, l'area del cervello coinvolta nell'apprendimento. Quando si attiva il pace-maker, partono proiezioni sia afferenti che efferenti attraverso il nervo vago. All'inizio si attiva la corteccia (=attenzione), poi si attiva il nucleo caudato (= apprendimento e auto-valutazione del miglioramento clinico). Il processo è alla base della migliorata continenza.

Lo studio rappresenta un importante contributo alla comprensione di come agisce la neuro modulazione. Per chi fosse interessato ai rapporti tra cervello e ano retto, segnalo un articolo del 2006 del gruppo Matzel di Erlangen, in cui stimoli tattili dolorifici nella regione peri- e endoanale "accendevano" aree cerebrali alla RMN dinamica. Sapete...sul Goligher (per i più giovani la "Bibbia Coloretale" fino a 20-30 anni fa) erano citati articoli degli anni '50 in cui si tentava di curare la rettocolite ulcerosa con la lobotomia! Non è che torneremo alla psichirurgia per le malattie colon proctologiche?

MA VOI CURERESTE LA RAGADE ANALE CON LA NEUROMODULAZIONE?

A.Yakovlev et al

Aspettate a dire di no...

Yakovlev, Karasev e Dolgich sono tre autori russi, o comunque di origine russa, che di nome si chiamano Alexander, Sergey e Oleg. Lavorano in USA, nel Wisconsin. Chissà se, agli albori, la loro comunità è stata raccontata da un Sergey Dodlatov, per citare il russo che nel secondo novecento ha lasciato pagine memorabili, a metà tra Gogol e Bulgakov, sui fratelli emigrati da Mosca nel cuore del capitalismo. Qui si parla non di impianto stabile di pace-maker, altrimenti davvero i costi sarebbero esorbitanti, ma di una neuromodulazione temporanea della durata di tre settimane, durante le quali i cinque pazienti trattati hanno smesso di aver dolore anale e hanno avuto una cicatrizzazione della ragade. Dopo un anno nessuna recidiva.

Beh, può sembrare bizzarro, ma è molto interessante.

E quale sarebbe il meccanismo d'azione con cui la elettrostimolazione fa guarire la ragade? Ipotesi: liberazione di endorfine, modifiche del flusso ematico, blocco della depolarizzazione della membrana cellulare, modifiche sui neurotrasmettitori.

I colleghi russo-americani suggeriscono che questo metodo potrebbe essere usato in quei pazienti in cui non è il caso di operare la ragade per una prognosi sfavorevole. Quando c'è un diabete o un morbo di Crohn, per esempio. O un deficit immunitario. Indicazioni selezionate insomma. Non la classica ragade da ipertono.

E se la neuromodulazione sacrale servisse anche a guarire le "ferite che non si chiudono" (croce del proctologo...)? Signori della Medtronic! Ganio, Falletto, Altomare, Ripetti, Indinnimeo, Ratto! Perché no... Villani, Naldini, Carriero! E chi altri usa la neuromodulazione sacrale... fateci caso, se durante la stimolazione qualche paziente con ferite anali guarisce... magari fosse! Poi però, se ci scrivete un lavoro, per favore mettetemi negli acknowledgements! Lo dico perché il nostro primo (e unico) studio sulla neuro modulazione sacrale per la stipsi nel 1982 (Gastrointestinal Motility, ed Wienbeck, Raven Press, www.ucp-club.it) non è mai citato dagli italiani... anche se è poi stato ripreso su DCR e BJS. Vabbè, si sa, "nemo propheta in patria". E poi, peggio per me che non l'ho subito pubblicato su una rivista indexata.

SAREBBE BELLO PREVEDERE LA POUCHITE QUANDO FACCIAMO UN RESERVOIR ILEOANALE PER RCU!

J.M. Lipman et al

Ebbene, è possibile, indagando su fattori perioperatori.

Ce lo dicono dalla Cleveland Clinic Ohio, Fazio ultimo autore. Lo studio è interessante, anche se retrospettivo. Ben 673 Pazienti hanno avuto biopsie della pouch e poi sono stati divisi in due gruppi, quelli che successivamente hanno sviluppato pouchite e quelli che non l'hanno avuta. Poi sono state fatte correlazioni con vari fattori pre- e perichirurgici. Si è visto che i fattori di rischio per pouchite sono: la pouch a S, le trasfusioni, l'operazione in due fasi invece che in tre (cioè meno pouchiti quando si fa prima la colectomia, poi il reservoir, poi la chiusura della stomia), la colite totale, le manifestazioni extraintestinali.

E' utile identificare i pazienti a rischio di pouchite per dar loro consigli di prevenzione. E anche per stratificare il rischio. I pazienti con pouchite vanno più incontro degli altri a fistole, stenosi e occlusione intestinale.

DISEASES OF THE COLON AND RECTUM

Maggio 2011

CANCRO DEL RETTO, RESEZIONE RADICALE

CHE RAPPORTO C'È TRA NUMERO DI LINFONODI ASPORTATI, RADIOTERAPIA PRE- E SOPRAVVIVENZA?

C.G. Pan et al

Pensate, per tornare su un concetto già espresso a proposito del chirurgo turco capo a Cleveland, come negli USA sanno fra fruttare i volenterosi ingegni stranieri per il successo delle loro Università...

Tra gli autori di questo articolo: un cinese, un indiano e un greco... Qui da noi fanno i camerieri, e sui lavori c'è il nome dei figli dei cattedratici.

Basta, non voglio fare troppo il grillo parlante. Ci sono figli di papà che sono ottime persone e anche noi italiani qualche Nobel lo abbiamo preso. E poi...gli americani sono bravi con gli stranieri, ma con gli indigeni non sono certo stati teneri. Ho letto cose raccapriccianti in un bel libro di Lindquist sui padri dell'antirazzismo nell'800, Ponte alle Grazie Editore, Milano.

Veniamo allo studio (scusate...ogni tanto **devo** dire qualche boutade e fare qualche digressione per non farvi venire a **noia** le recensioni): l'Università in questione è quella della California.

La ricerca parte da due presupposti: 1) all'intervento è essenziale raccogliere almeno 12 linfonodi per lo staging del cancro e per impostare altre terapie e il tipo di follow-up 2) dopo radioterapia preoperatoria si raccolgono meno linfonodi sul pezzo.

Gli autori si sono prefissi di valutare nei pazienti operati in vari ospedali (con o senza RT) il numero minimo di linfonodi da raccogliere per non rischiare un "downstaging" e per avere una buona sopravvivenza.

I dati sono stati presi dal Registro del Cancro della California.

California dunque non è solo Silicon Valley o AIDS o Hollywood o inquinamento a Los Angeles, ma anche una accurata organizzazione sanitaria per la raccolta dei dati. Pensate che in tutti i pazienti risultava in cartella quanti linfonodi erano stati raccolti e esaminati! Non solo, anche il grading, lo staging (I, II e III), la condizione socio-economica e altro ancora. Eppure...come vedremo, c'erano carenze che gli autori ci diranno in conclusione.

Oltre 17mila i casi studiati. Nel 10% circa NESSUN linfonodo raccolto (...e su questo un quesito emergerà alla fine dell'articolo). Almeno 12 linfonodi raccolti nel 30% dei casi. Il cruciale numero di 12 è stato raggiunto o superato nel 40% dei casi con radioterapia preoperatoria. I casi con più di 12 linfonodi raccolti sono stati quelli con la migliore sopravvivenza. Questo il risultato più importante.

Alla fine le critiche al Registro: 1) non spiega perché sono stati raccolti nessuno o pochi linfonodi; 2) non riporta se il chirurgo era specialista coloretale o no; 3) non riferisce il tipo e il dosaggio della chemioterapia; 4) non riferisce il dosaggio e i tempi della radioterapia.

Insomma... a quanto pare in California il governatore Schwarzenegger non ha lavorato abbastanza bene! (ah ah...)

CANCRO DEL COLON-RETTO, RESEZIONE PALLIATIVA QUALI SONO I FATTORI PREDITTIVI DI COMPLICANZE POSTOPERATORIE E SOPRAVVIVENZA A DISTANZA?

A.P. Stillwell et al

Tra gli autori Petra Buttner (epidemiologa) e Yik-Hong Ho (chirurgo coloretale). La prima sarà statistica di Techniques dall'anno prossimo. Il secondo è il Chairman del nostro Editorial Board. Il lavoro viene da Townsville e Brisbane, Queensland, Australia e cerca di aggiungere dati a un argomento della letteratura che presenta in effetti delle lacune.

I casi sono 379, pazienti che hanno subito una resezione palliativa perché avevano metastasi a distanza non resecabili. Ecco i risultati.

Mortalità operatoria: 9%. Complicanze: 48%. Sopravvivenza mediana: 11 mesi.

Per darvi un'idea ... la mortalità operatoria è ZERO in un recente studio francese che vi ho recensito, di Maggiore e Panis, con resezioni colo rettali ad intento radicale.

Chi rischia di morire entro 30 giorni dopo l'intervento? I pazienti con più di 70 anni, con cancro localmente avanzato e con metastasi extraepatiche.

Chi rischia di più le complicanze postoperatorie? Gli operati d'urgenza, i maschi, i plurioperati, gli iperazotemici. Chi rischia di sopravvivere meno? Quelli con linfonodi positivi e quelli con i tumori scarsamente differenziati.

Conclusione allora? Ovvero che cosa ci dobbiamo ricordare di questo articolo australiano? Ce lo dicono gli autori alla fine: limitare al minimo gli interventi d'urgenza.

E poi che i tumori ben differenziati e con linfonodi apicali indenni, anche se hanno dato metastasi, hanno una buona sopravvivenza.

SE DOPO LA RADIOCHEMIOTERAPIA PREOPERATORIA RESIDUA UN TUMORE ASPORTABILE CON LA TEM....

R. Oliva Perez et al

Brasile, gruppo Angelita Habr-Gama. Sapete che da un po' pubblicano su cosa fare (meglio niente, dicono) se dopo la radiochemio il tumore scompare. Se invece residua un tumore asportabile con la TEM? Trentasei i pazienti. Attenzione però, in realtà 23 avevano fatto la radiochemio, gli altri no (e il tumore era evidentemente suscettibile di escissione locale).

Ebbene: in tutti i casi il tumore (residuo o primitivo) è stato asportato con la TEM e la breccia chirurgica è stata suturata.

Ecco i risultati. Negli irradiati le complicanze sono state più del doppio rispetto agli altri: 56% vs 23%. In particolare molto più frequente la deiscenza (70% vs 23%). Deiscenza in genere seguita da dolore. Dopo due giorni i pazienti sono stati dimessi, ma quasi metà degli irradiati hanno richiesto un nuovo ricovero (43%), vs. solo il 7% dei non irradiati.

Quindi? La TEM non va fatta agli irradiati?

No ... però non risulta essere, come da aspettativa, un intervento poco invasivo, per l'alta frequenza di complicanze. In particolare deiscenze e dolore.

Lasciate ora che vi dica qualcosa sulla formidabile Angelita, che già 15 anni fa, quando la vidi per la prima volta, mi colpì talmente che scrissi in suo onore una poesia (la manderò a chi di voi me la chiederà). Perché era magra, diafana, bionda "cotonata" di gran classe. E già allora grande chirurga e autrice di ottimi lavori. Da allora non ho conosciuto chirurga sudamericana che non avesse Angelita come modello.

Lavora a San Paolo del Brasile. Ci sono stato decenni fa per un congresso ed ero già piuttosto nevrotico come adesso. Beh, non ci crederete ... ho cambiato tre volte albergo in una settimana, per i rumori del traffico. San Paolo è come Roma con cinque raccordi anulari intorno, terribile. Sempre più in alto, mi davano una camera sempre più in alto. Ho resistito solo quando mi hanno messo al 25° piano. Giuro.

Ora la Professoressa Habra-Gama, che già all'epoca era over-70, sarà una specie di Rita Levi Montalcini versione paulista. Bella, lucida e distinta, magari ancora dritta come un fuso. Se Dio vuole i primi di settembre sarò al congresso della Società Brasiliana di Colonproctologia a Fortaleza e ci abbracceremo.

Dovrò fare attenzione a non stringerla troppo, la fragile Angelita.

GUARIGIONE DI FISTOLE ANALI DOPO CANCRO DELL'ANO CON CHEMIOTERAPIA INTRA-ARTERIOSA **R. Kridel et al**

Fra gli autori anche Bruno Roche, che noi italiani conosciamo bene.

Otto casi. Questa terapia insolita va provata, perché ha più probabilità di successo rispetto a complesse procedure chirurgiche di ricostruzione con lembi. Si parla di pazienti con carcinoma squamoso del canale anale sottoposti a chemioradio, con tessuti che quindi poco si prestano a complesse suture, come abbiamo visto nella recensione precedente, sulle deiscenze dopo TEM negli irradiati. Poco utili quindi le "acrobazie chirurgiche" in questi casi.

Per la cronaca Bruno Roche oscilla tra Europa e Asia, cioè tra Ginevra e Dubai, dove periodicamente opera. Tiene corsi gratuiti per gli iscritti all'ECTA. Chi è interessato può consultare l'annuncio su Techniques.

QUALITA' DELLA VITA NEI PAZIENTI CON CROHN PERIANALE **S. Mahadev et al**

Lo studio viene dall'Australia, per la precisione da Sydney. DCR è anche rivista ufficiale dei chirurghi coloretali australiani. Su 130 pazienti a cui è stato spedito un questionario (80% operati) hanno risposto poco più della metà, il 53%. Non è un gran che e infatti gli autori ammettono che questo è un limite della loro ricerca.

Comunque... età media 42 anni, 62% femmine. Gran parte di questi non avevano una buona qualità di vita. Il problema che i pazienti hanno giudicato più importante per la qualità della loro vita è stata la presenza di dolore o fastidio anale. Meno importanti la diarrea e i problemi psicosociali.

Sydney è una città bellissima, grande baia, ottimo clima, l'Opera House, fermento culturale, molti musicisti nelle strade. Immigrazione controllata, servizi sociali buoni, niente prostitute in strada, case di tolleranza di vario tipo, a buon mercato e a cinque stelle (non che io le abbia frequentate).

Ma con il Crohn si campa male anche lì.

SUTURA MANUALE "FUNZIONALE" PER PREVENIRE LE RECIDIVE ANASTOMOTICHE DEL MORBO DI CROHN

T. Kono et al

Dal Giappone. Fra gli autori Kotaro Maeda, membro dell' Editorial Board di Techniques.

Oltre a quella australiana anche la Società giapponese ha preso DCR come rivista ufficiale. Ebbene, c'è un retroscena. Ve lo racconto. In Giappone c'è una buona rivista di chirurgia, indexata, Surgery Today, e c'è una discreta rivista coloretale, Japanese Journal of Coloproctology, non indexata.

Quando Kotaro Maeda, Professore di chirurgia a Nagoya, un'ora da Tokyo col treno veloce, mi invitò al congresso della Società giapponese anni fa, pensai: quale occasione migliore per convincere i GIAP a prendere come rivista ufficiale Techniques (che indexata lo era)?

Parto dunque, ore e ore di volo (cosa che odio...) e con l'aiuto di Kotaro, mi ritrovo invitato al consiglio direttivo della Società giapponese: venti capocchia, tutti seri, seduti intorno a un tavolo. Tra loro Fumio Konishi e altri ben noti. Un bel po' di domande sulla nostra rivista, molto interesse, benevolenza, fascicoli di TIC in mano ai dirigenti che li sfogliavano...sembrava fatta.

Ma, a un certo punto, uno che era stato sempre zitto, mi chiede: "Senta, però, visto il nome della rivista, "Techniques" ...se noi mandiamo un articolo di epidemiologia o di genetica... non credo che voi lo possiate pubblicare". E io, come un fesso: "Beh ... in effetti sarebbe difficile". Sentito questo, il tipo si alza, confabula con un altro paio di capi, brusio, dinieghi di teste .. e il verdetto: "Grazie, no, non si può fare". Ecco come andò. Mai come in quel momento mi sono pentito di non essere capace di mentire o almeno di essere più "elastico". Il treno è perso e i Giapponesi hanno scelto DCR.

Torniamo a T. Kono et al e al loro articolo. Interessante che uno dei Paesi ad alta tecnologia reclamizzi una anastomosi manuale.

Il presupposto è che la recidiva del Crohn, dopo resezione, si localizza in genere nella sede della anastomosi. Infatti si sa che già una settimana dopo l'intervento si possono trovare lesioni istologiche

di Crohn sulla sutura, che poi vi può essere stenosi, che le ripetute dilatazioni possono aggravare la stenosi e che poi si torna punto e daccapo.

Dal 2003 questi autori adottano la tecnica di Kono, la "Kono-S anastomosis". Con un "cutter" lineare si seziona l'intestino (dopotutto la stapler c'è!) in modo che il versante mesenterico sia localizzato al centro del moncone. Entrambi i due monconi intestinali vengono poi affrontati e suturati come per formare una colonna che mantenga ben dilatato il lume anastomotico. Ai margini dei due capi dell'intestino, di qua e di là dall'anastomosi, vengono effettuate delle miotomie longitudinali per mantenere più ampio il lume. Dopodichè si esegue la anastomosi latero-laterale trasversale antimesenterica. Il confronto è stato tra 69 pazienti operati con il metodo Kono e 73 pazienti "storici" operati con l'anastomosi convenzionale.

Risultati.

Meno recidive endoscopiche di Crohn nel gruppo Kono (2.6 vs. 3.4). A 5 anni 15% di recidive anastomotiche "chirurgiche" nel gruppo convenzionale, vs. 0 nel gruppo Kono. Il limite, come dicono gli autori stessi, è la natura retrospettiva dello studio e il fatto che i confronti sono "storici". Però la tecnica è promettente. Da provare. Il metodo, a parte le miotomie, non è nuovissimo. Ricordo un nota tecnica (non citata in bibliografia), di Michelassi da Chicago se non sbaglio, riservata ai reinterventi da recidive in cui non si poteva fare la stritturoplastica, basata su un'ampia anastomosi latero-laterale, a formare una sorta di reservoir.

CHE SUCCEDA NELLA STARR? Testuale "What happens in stapled transanal rectal resection?"

L. Boenicke et al

Due parole sul conflitto di interessi, facciamoci furbi e impariamo a leggere criticamente. A piè pagina, prima pagina, c'è scritto: "Disclosure of interest: none". Quindi gli autori negano che vi sia conflitto di interesse.

Poi però andiamo a leggere la lista degli autori e troviamo il bravo David Jayne, di Leeds, che risulta consulente remunerato della ditta produttrice come da sua dichiarazione scritta sul sito ASCRS, la Società Americana, consultato a suo tempo, quando Jayne era co-autore in una presentazione. E fra le istituzioni da cui viene lo studio, leggiamo che la principale è la Chirurgia di Wuerzburg, Germania, dove i colleghi Stuto, Jayne e Schwandner, promotori del registro europeo della STARR, notoriamente e giustamente supportato dalla ditta, fanno dimostrazioni della tecnica.

Con questi presupposti (=remore) andiamo a leggere l'abstract.

Ultima frase dell'abstract: "La riduzione del lume rettale può essere responsabile dell'urgenza fecale che **occasionalmente** si ha dopo la STARR". Occasionalmente vuol dire "una volta ogni tanto", "sporadicamente". Ripasso mentalmente la letteratura... anzi, per sicurezza la vado a consultare. Ho da poco finito di scrivere un libro sulle complicanze dopo chirurgia di ano retto e pavimento pelvico e nel capitolo 8 c'è la chirurgia dell'ostruita defecazione. Ho ancora i dati nel computer. Vado su "Documenti". Ci metterò un minuto. Ecco i dati per voi: Urgenza fecale dopo STARR e Transtar: Nicolas, 2004, 22%. Stuto, 2007, 23%. Wadhavan, 2010, 44%. Boccasanta, 2011, 34%.

Un quarto, un terzo, quasi metà... non è una cosa sporadica.

Con questi presupposti, con queste discrepanze, vale la pena di leggere con fiducia il resto dell'articolo e di recensirlo? Quasi quasi deciderei di no, per risparmiare il mio e il vostro tempo.

Poi penso: "Pescatori, Pescatori... ti criticheranno, diranno che sei antiSTARR per principio!".

Allora dò agli autori un'altra chance: vado nel testo, paragrafo sulle complicanze postoperatorie. Ricordo bene una tabella dell'articolo di Boccasanta et al, DCR 2004, il primo multicentrico sulla STARR: a un anno 20% di proctalgia cronica, dolore alla defecazione. Leggo cosa dicono invece qui Boenicke et al: dolore cronico, due casi su 182, pari al 3.9%. Penso: "Ma no! Troppo poco!".

Poi però rifletto.

Forse il dato migliore è dovuto al fatto che 108 su 182 hanno fatto la Transtar con la Contour30 ? Boccasanta e gli altri nel 2004 hanno usato in tutti i pazienti la PPH...quel 20% di dolore cronico forse è dovuto al fatto che la PPH va a posizionare gli staples più in profondità, più vicino alla rete nervosa degli elevatori? Può darsi...in fondo Lenisa et al, in un recente multicentrico su CRD, circa 75 casi di Transtar con la Contour30, riportano solo lo 0.5 % di dolore cronico (su questo ho avuto con Lenisa un breve colloquio al congresso ECTA di Torino).

Può darsi che la Contour30, come ho pensato fin da quando l'ho vista per la prima volta, e come dicono i suoi sostenitori, consenta un approccio meno "blind", più controllato? Che dia meno dolore cronico, meno fibrosi peristaples sulla rete nervosa ci cui sopra?

Mah, questo potrebbe essere oggetto di studio. E uno spunto positivo l'abbiamo trovato, come vedete. Ma qui mi fermo. Ormai su questo articolo sono diventato scettico.

Che succede nella STARR me lo farò spiegare da qualcun altro.

DISEASES OF THE COLON AND RECTUM

Giugno 2011

"SINGLE PORT" LAPAROSCOPICA. "BOUTIQUE SURGERY" O "THE NEW STANDARD"?

P.W. MARCELLO

E' un editorial. L'autore riferisce su un multicentrico con la "single port" (unica piccola incisione periombelicale) a cui hanno partecipato chirurghi con almeno 500 colectomie laparoscopiche nel loro bagaglio. Ebbene: non ritiene che ci siano altri vantaggi, a parte quello cosmetico. In compenso la tecnica è più indaginosa, non si sa quanto debba essere lunga la "learning curve", non si conoscono i costi e i rischi di conversione ecc. Per cui raccomanda cautela e dice che la "single port" non è tecnica per tutte le patologie, per tutti i chirurghi o per tutti i pazienti. Secondo lui è "chirurgia da boutique".

Leggete su Techniques di settembre l'articolo di Dan Geisler, allievo di Fazio, che in USA e al mondo ha fatto più casi, oltre cento.

TERAPIA CONSERVATIVA DELLA DIVERTICOLITE COMPLICATA

S.Dharmarajan et al

Da St Louis, Missouri. Dove mi trovai una notte di 25 anni fa col mio amico Marco Pinna Pintor. Andavamo da New York a New Orleans per un congresso della Società Americana e, passando da Georgetown, Washington, avevamo comprato una bella bottiglia di vino bianco yankee, probabilmente della California. Me la tenevo in serbo per la prima occasione. Marco, che guidava per 600 dei 700 chilometri al giorno fatti con la nostra Golf Rabbit, noleggiata alla Avis di New York, si era giustamente schiantato in un sonno profondo. Io invece, che tendo a fare le ore piccole da sempre e non ero stanco per la guida, mi metto sul terrazzo davanti al Mississippi-Missouri a godermi il fresco del sabato sera. Lunedì sarebbe cominciato il congresso. Mancava l'ultima tappa.

Prendo il walkman (all'epoca niente CD e iPod) e metto su una cassetta di Neil Young. L'argento del fiume mi scorre davanti illuminato dalla luna, la chitarra del Giovane Nello mi rasserena. Perfetto. Anzi, no, manca qualcosa. E' ora di aprire quella bottiglia di vino. La cerco. La trovo. Come la apro? Niente cavatappi... prendo la chiave della Golf e la infilo nel sughero. Affondo, giro. Tiro, il tappo non viene. Do uno stratone.. Tà..la chiave si spezza in due. Noooooo...e ora? Penso, mi arrovello, mi agito. Sveglia Marco e gli racconto il fatto. "Merda!" dice, giustamente. E così, in piena notte di week-end, si telefona alla Avis di New York, dove ci dicono che al momento il loro ufficio di St Louis è chiuso e non c'è modo di fare nulla fino a lunedì. E il congresso? E il viaggio? Dobbiamo stare lì bloccati?

Cerchiamo sull'elenco del telefono...come aggiustare la chiave? Fabbro, fabbro...come si dice? (Manco mi ricordo...) eccolo! Però... a quest'ora..dormirà di sicuro! Invece no. Ci risponde una voce: "Hello, Fabbro di guardia". Scopriamo che in USA c'è un servizio di fabbro d'emergenza. Sono le tre di notte. "Tranquilli" ci fa" domattina presto sono da voi". Alle otto arriva un furgone: al volante il fabbro, vicino mogli e figli, stanno per andare in gita. Dietro, portata appresso, l'officina. Il Santo Fabbro prende i due pezzi della chiave, li infila in una specie di magico tornio e, dopo cinque minuti, ce li mette in mano risaldati per sempre. Si parte. St Louis e grande fiume, addio!

Torniamo alla diverticolite complicata (perforata).

Centotrentasei pazienti. Tutti operati? Macchè. Quasi tutti? No. La gran parte? Nemmeno.

Operati meno del 10%. E solo il 3.7% d'urgenza. Oltre metà guariti con drenaggio percutaneo e/o con alimentazione parenterale. Il 92% dei pazienti che avevano aria libera lontano dal punto di perforazione sono guariti con trattamento conservativo.

EFFETTO DELLA RADIOTERAPIA "SHORT-TERM"

M. TIEFENTHAL ET AL

Dalla Svezia, Pahlman ultimo nome. Si parla di cancro del retto ovviamente. Sapete che la RT di lunga durata provoca problemi vari, fibrosi sfinteriale, sterilità ecc. Per cui l'alternativa è la "short-term". Ma è efficace sulle recidive.

La risposta, dopo uno studio su 6878 pazienti, di cui il 41% irradiati "short-term", è SI'. Riduce le recidive al 6% rispetto al 12% dei non irradiati.

HELP VS. LEGATURA ELASTICA NELLE EMORROIDI

P. GIAMUNDO ET AL

Sapete cos'è la HeLP, ne abbiamo parlato all'inizio. Si cerca col doppler la sede delle arterie che "riforniscono" le emorroidi e si "bruciano" col laser, per una profondità di 5 mm. Senza suture, senza anestesia e senza ricovero. E senza interferire con la fisiologia e l'anatomia del canale anale. Trial prospettico controllato randomizzato. Follow-up di sei mesi. Speriamo che i risultati a lungo termine Paolo Giamundo e Raffaele Salfi li mandino a Techniques...

Il metodo funziona (almeno ... a breve termine): 60 pazienti, metà HeLP e metà legatura elastica. Dopo laser, 90% guariti. Dopo legatura 53%. Le emorroidi erano di secondo e terzo grado. Nessuna grave complicanza. Tre pazienti hanno sanguinato nel gruppo legatura elastica e cinque nel gruppo laser. Alcuni hanno richiesto un punto di sutura. Migliore la qualità di vita nel gruppo trattato con il laser.

Beh, il laser nelle emorroidi ha fatto progressi. C'è stato un periodo in cui si faceva l'emorroidectomia col laser, lo ricorderà bene Fernando Spinelli di Crotona (ora fautore della THD) che la usava non poco. Ma le complicanze erano abbastanza frequenti. Ora, con la HeLP, è una procedura davvero mini-invasiva. Per sapere se sarà efficace a lungo termine dovremo aspettare altri studi. Ma intanto sempre più si fa strada il concetto che le emorroidi patologiche, entro certi limiti, possano essere "sgonfiate" (THD-GDHAL-HeLP) piuttosto che asportate (emorroidectomia) o sollevate (emorroidopessi).

Un momento però: conflitti di interesse? Sono indicati in fondo alla prima pagina dell'articolo. Il dr Salfi, un simpatico cosentino che lavora vicino Cagliari (beato lui, adesso sarà al mare a Costa Rey) è compartecipe del brevetto per questo strumento laser. E il dr Giamundo? Beh...il dr Giamundo, essendo un chirurgo "inventore", è compartecipe di tanti brevetti, ma non di questo.

SUCRALFATO TOPICO PER FAR GUARIRE LE FERITE DOPO FISTULOTOMIA

P.J.GUPTA ET AL

Dopo aver letto questo articolo andrò dalla farmacista bionda e attempata che si occupa di preparazioni galeniche vicino all'Ars Medica, dove opero a Roma, e le dirò: "Dottoressa, mi prepara il principio attivo Sucralfato al 7% in pomata di petrolio?". Se farà obiezioni, scriverò una e-mail a Pravin Gupta, che ai congressi mi porta sempre regalini, tipo pasticcini indiani, statuette di plastica, un calendario e l'ultima volta a Torino...un orologio (non un Rolex...) e gli dirò "Caro Pravin, mi mandi da Nagpur un po' di pomate miracolose?".

Dopodiché smetterò per qualche tempo di usare VEA olio base, Vulnamin, Colostrum, Fitostimoline, Cicatrene ed Abound e proverò la nuova pomata "indiana".

Ma vediamo i risultati di questo studio randomizzato Sucralfato vs. placebo, in 80 pazienti con ferite di almeno 5 cm dopo fistulotomia. Semplici da riferire: più cicatrizzazioni e meno dolore col

Sucralfato. Un limite dello studio è la mancanza di “pezzi” operatori e di analisi morfologiche e ultrastrutturali, lo ammettono gli autori stessi.

Non sottovalutiamo gli indiani, che nella cura delle fistole hanno una millenaria tradizione. Vi ricordo che il setone chimico ayurvedico funziona egregiamente.

PERINEOPLASTICA DOPO MILES

H.K.Christensen et al

A quanto pare all’Ospedale Universitario di Aarhus, in Danimarca, si temono molto le ernie perineali dopo amputazione del retto. Questi chirurghi hanno eseguito una plastica alla fine dell’intervento in ben 57 pazienti, usando un lembo di muscolo gluteo in 33 e una mesh biologica in 24. Ernie perineali: sette dopo gluteo plastica e zero dopo mesh. Conclusione: in questo come in altri campi, prolasso, rettocele ecc, la mesh riassorbibile, che permette una connettivizzazione prima di scomparire e di rado dà erosioni e infezioni, rappresenta, a costi ragionevoli, un progresso delle “innovations” in chirurgia.

Del resto si sa da un paio d’anni e da un trial prospettico decisivo che alla fine di una Miles si deve mettere un mesh intorno ala stomia per prevenire le ernie.

COLOSTOMIA PERINEALE PSEUDOCONTINENTE

O.A.H. Nassar

Questo chirurgo del Cairo (chissà che non prenda il posto del compianto Ahmed Shafik) ha operato 14 pazienti con cancro del retto T2 e T3, il che gli ha permesso di non asportare totalmente gli elevatori nella Miles. Dopo aver marcato con “stay sutures” la parte residua degli elevatori, almeno metà, come si vede dalle figure dell’articolo, ha costruito un lembo con il muscolo retto dell’addome e lo tirato in basso a circondare il colon portato al perineo, dopo aver eseguito una eversione della parte distale del colon, in modo da formare un neo-canale anale. Nei primi pazienti operati ha poi effettuato una trasversostomia escludente, chiusa dopo 4 mesi. La foto finale dell’intervento, a pag 722 del numero di giugno di DCR, non è molto rassicurante, devo dire, nel senso che si vede la mucosa del colon che “sporge” dal neo-ano tipo ectropion.

Il lettore si chiederà com’è andata in quanto a sepsi perineale, a recidive locali e a continenza.

Vediamo. Ricordo che i pazienti sono 14. Due sepsi locali, una necrosi dello stoma perineale e tre deiscenze della plastica. Insomma...così così. Continenza dopo un anno: 8 completamente continenti e senza la necessità di eseguire clisteri di routine. Buono, direi. Recidive locali: nessuna dopo tre anni. Ottimo, ma due pazienti sono stati persi al follow-up.

Nel complesso dei buoni risultati. Qualcuno si chiederà: ma vale la pena di fare un intervento così complesso, spesso in due tempi, quando con una bella colostomia sigmoidea, facendo l’irrigazione, otto pazienti su dieci potrebbero non portare il sacchetto, almeno quando sono in casa? Beh, dobbiamo pensare agli egiziani e agli islamici in genere. Ci sono lavori in letteratura che sottolineano la minore “compliance” di una stomia da quelle parti.

Alternative? La graciloplastica elettrostimolata, che però è in netto declino per i risultati funzionali non buoni e le molte complicanze, articolo di Cavina, Altomare, Williams. La spirale di muscolo liscio di autori russi, francesi e tedeschi. Un paio di questi articoli li ho recensiti per voi l'anno scorso. La combinazione di graciloplastica non dinamica e di neosfintere liscio (un mio articolo su Basic Applied Miology nel 1991, solo un caso però).

E' chiaro che le indicazioni per questo tipo di ricostruzioni sono ristrette: ci vuole un chirurgo specialista, il tumore deve essere non esteso, il paziente deve rifiutare la stomia ma essere in grado di gestire eventuali disfunzioni e complicanze.

Del resto anche con la coloanale o la colo rettale ultrabassa, specie se dopo escissione intersfinterica e RT, la qualità di vita non è brillantissima e la sindrome da resezione anteriore (urgenza, incontinenza ecc) è in agguato.

LA TRANSTAR CON PPH E CONTOUR PER OSTRUITA DEFECAZIONE: RISULTATI A MEDIO TERMINE **A. Renzi et al**

Oddio! Penseranno i lettori, adesso Pescatori va avanti per due pagine! No, prometto: solo 15 righe per questo studio da Napoli.

Sessantatre pazienti in due anni, con rettocele e intussuscezione rettale. Il 32% di quelli osservati. Criteri per operare: rettocele più ampio di 2 cm e stipsi non curabile con acqua e fibre. Prime critiche. In letteratura i criteri per operare un rettocele sono: 3 cm, auto digitazione e residuo di bario alla defecografia dopo il ponzamento. Le cure possibili sono anche altre: idrocolonterapia o irrigazione, lassativi di massa, riabilitazione. Valutazione dei risultati fatta con lo score della ostruita defecazione di Renzi. Purtroppo non è validato. Si dovrebbe usare quello di Altomare.

A questo punto i metodi sono carenti e poco contano i risultati in quanto a cura della ostruita defecazione. Non "buoni né eccellenti" in quasi un terzo dei casi, comunque. Complicanze: 21% di ematomi perineali, 5% di emorragie, 10% di urgenza. Una nota a piè pagina ci rassicura: nessun ditta ha finanziato lo studio. I circa 70mila euro delle suturatrici sono stati spesi dalla regione Campania. Coi milioni di deficit che ha è una goccia nel mare.

Scusate, ho "sforato" di una riga. Vorrei solo aggiungere che Renzi et al fanno notare come la Contour permette una prolassectomia più efficace e controllata. Sono d'accordo. Con indicazioni più limitate, questo sarebbe stato un utile contributo.

NON ESITATE A FARE UNA STOMIA ECLUDENTE TEMPORANEA DOPO RESEZIONE ANTERIORE, SE NECESSARIO. NON ALTERA LA FUNZIONE ANORETTALE **R. LINDGREN ET AL**

Fra gli autori il simpatico e bravo Rune Sjodhal, svedese, col quale stavo per passare una notte folle a Debrecen in Ungheria, dove eravamo arrivati insieme per un congresso tanti anni fa. Vi racconto com'è andata, magari strappo un sorriso anche al simpatico collega Renzi (col quale ho anche scritto un lavoro su DCR!), ancora seccato per la mia critica, spero costruttiva, al suo articolo.

Non c'era ancora nessuno in albergo, per cui, dopo una cenetta a due, Rune ed io ci siamo infilati nel cosiddetto "night club" adiacente, dove ben presto siamo stati circondati da esuberanti ragazze, con aria da lucciole annoiate. Allora ho fatto una cosa che in passato mi era consueta, quando ancora ci vedevo bene da vicino: ho preso il mio Moleskine tascabile e un paio di pennarelli e ho cominciato a fare ritratti. L'entusiasmo è salito alle stelle: le bimbe, non più scocciate, hanno preso fuoco e si mettevano in posa a più non posso. Rune, appena arrivato dal gelido nord, faticava ad ammettere che si stava divertendo un mondo, ma sorrideva in realtà, un po' a me un po' alle ungheresi, che già programmavano qualcosa di più concreto, calandosi le scollature per scatenare i nostri ormoni. Tutto finì con un brindisi, e a mezzanotte, come preoccupati di perdere le nostre scarpine al ballo, ce la filammo prima che la faccenda diventasse troppo audace.

Torniamo alla stomia...

Il 90% (181 su 201) dei pazienti che hanno ricevuto il questionario hanno risposto alle domande, il che ci fa riflettere sulla partecipazione scandinava alle iniziative medico-sociali e al loro senso civico ben più alto di noi mediterranei. Per tutti era passato almeno un anno dalla chiusura della stomia escludente. La mediana delle defecazioni giornaliere era tre (e nessuna notturna) e i due terzi dei pazienti era in grado di trattenere le feci, cioè posporre la defecazione, per almeno 15 minuti dopo lo stimolo. Da notare che parte dei pazienti avevano una J-pouch.

In conclusione, anche per via della radioterapia subita (86%) non pochi soffrivano di disturbi della defecazione o della continenza, ma quasi tutti preferivano la loro attuale condizione a quella di stomizzati, che avevano sperimentato per qualche mese dopo l'intervento.