

**Plug per fistole anali trans-sfinteriche****D. Christoforidis**

A seconda delle varie casistiche, ha successo dal 14% all'87% dei casi.

Come mai questo range così ampio? Vediamo cosa dice l'autore.

- 1) La curva di apprendimento (essenzialmente il modo di ancorare il plug ai tessuti)
- 2) Il fatto che alcuni studi siano retrospettivi, altri prospettici
- 3) Il follow-up, più o meno lungo
- 4) Il tipo di fistola, se complessa, semplice, recidiva o no ecc

Si potrebbe aggiungere...forse...giudicate voi: il fatto che alcuni autori abbiano utili dalla ditta che produce il plug, come loro stessi onestamente scrivono alla fine degli articoli, cioè il cosiddetto conflitto di interesse.

Christoforidis cita come esempio di articolo molto attendibile quello di Mc Gee et al, su questo stesso numero di DCR: 41 pazienti seguiti per 39 mesi, con fistole omogenee. Ebbene, il successo è stato del 43%. Non male, considerando che la procedura, benché costosa, non presenta rischi per la continenza.

L'indicazione ideale è il tramite unico trans-sfinterico, breve, di origine criptoghiandolare.

Da altri studi pare che Crohn, diabete, fumo e precedenti tentativi con lembo mucoso rettale siano fattori prognostici negativi.

**Linee guida per il trattamento della ragade anale****W.B. Perry et al**

Due grandi pregi in questo articolo. La sintesi (solo tre pagine) e il fatto che la bibliografia sia divisa a seconda delle raccomandazioni terapeutiche.

Che sono nove, ve le scrivo. Tra parentesi il livello di raccomandazione, basato sulla letteratura (1A è il massimo, 2C è il minimo)

- 1) Si può cominciare col trattamento conservativo che ha pochi effetti collaterali (1B)
- 2) Tra questi i nitrati applicati localmente, anche se di poco superiori al placebo (1A)
- 3) E i beta-bloccanti, con meno effetti collaterali rispetto ai nitrati (1B)
- 4) L'iniezione di tossina botulinica è superiore al placebo (1C)
- 5) L'intervento chirurgico di scelta è la sfinterotomia laterale interna (1A)
- 6) Quella chiusa e quella aperta danno risultati simili (1A)
- 7) La sfinterotomia di minima, cioè limitata all'estensione della ragade, dà meno guarigioni ma anche meno incontinenza rispetto a quella standard (2B)
- 8) L'anoplastica con fissurotomia è una alternativa chirurgica (2C)
- 9) La chirurgia è nettamente superiore al trattamento conservativo e può essere eseguita anche se non vi è un fallimento della terapia farmacologica (1A)

Tra gli articoli citati in bibliografia anche uno del gruppo del nostro Professor Rosa, su Techniques in Coloproctology 2005. Potete leggerlo se vi è sfuggito, probabilmente lo avete a casa. Sostiene la validità della sfinterotomia "calibrata" sulla base della manometria anorettale preoperatoria.

**Qualità della vita dopo "exenteratio pelvica" per cancro del retto****K.K.S. Austin et al**

Un articolo simile è uscito sull'ultimo Techniques, scritto dal gruppo di Leeds (Peter Sagar).

Questo viene dall'Australia. Settantacinque operati, 43 ancora vivi. L'83% di questi hanno risposto ai questionari sulla qualità della vita.

La componente fisica è risultata ridotta, quella mentale elevata. Pensate...nel complesso, la QoL non è inferiore a quella degli operati di resezione anteriore. Possibile?

In effetti sì. Chi ha visto molti casi della cosiddetta "sindrome da resezione anteriore" (stenosi, proctalgia, incontinenza fecale, ostruita defecazione) non stenterà a crederci.

L'"exenteratio pelvica" dunque... la si ritiene molto invalidante, ma in realtà vale la pena di proporla al paziente.

Un limite dello studio tuttavia è che è retrospettivo e soprattutto che i questionari sono stati riempiti con un'intervista telefonica. Tra i metodi di follow-up pare sia il più debole, perché al telefono il paziente tende a "compiacere" il chirurgo.

### **Proctocolectomia laparoscopica "single port" per rettocolite ulcerosa**

**R.A. Cahill et al**

Certo che vedere la foto di questo articolo, ovvero un addome intatto con la sola ileostomia, fa un effetto notevole. Nessuna cicatrice.

Gli autori inglesi hanno operato tre casi. Durata media dell'intervento 3 ore e 20 minuti. Tutti con una stomia ben funzionante dopo 4 mesi.

### **Quali sono i fattori che peggiorano la qualità della vita nelle donne con incontinenza fecale?**

**A.D. Markland et al**

Chi sta peggio sono le isterectomizzate con disturbi intestinali, specie urgenza defecatoria.

### **Chi ha detto che lo sfintere artificiale è fallito?**

**F. Michot et al**

Mah...sembra che l'ABS non si produca più, nell'Annual Report delle UCP SICCR non compare, gli articoli descrivono alte percentuali di espianto, di ostruita defecazione con necessità di clistere...

Eppure questi autori francesi, che lo impiantano per via transvaginale, riferiscono discreti risultati su 32 donne. Il 72% lo ha ancora dopo 41 mesi, lo score di Cleveland dell'incontinenza è sceso da 18.4 a 6.8 e nessuna ha dispareunia.

Il vantaggio della via di accesso transvaginale è che possono trarre beneficio dall'intervento anche quelle pazienti che, per via di cicatrici e fibrosi perineali, non potrebbero averlo impiantato attraverso l'accesso standard. Gli autori escludono qualsiasi conflitto di interesse.

### **Più recidive dopo PPH che dopo emorroidectomia con LigaSure (per terzo e quarto grado)**

**M.M. Sakr e M.M. Moussa**

Precisamente 11.8 vs. 2.9 % a 12 mesi. Prolasso residuo 23.5% vs. 5.9% dopo un mese.

Dati non statisticamente significativi per queste due "innovations" a confronto.

E' vero che si tratta di un trial prospettico randomizzato (il che è un pregio per la scienza ufficiale ma per me francamente non tanto perchè credo nella chirurgia "su misura" delle emorroidi e non nella ricerca dell'intervento "migliore"), ma non so che valore abbiano questi studi con relativamente pochi pazienti (34 e 34) e follow-up così breve (un anno) nella chirurgia delle emorroidi. Senza il "sample size" opportuno il "power" statistico zoppica, quindi a che pro?

E poi finiscono tutti con la stessa frase "per sapere come stanno le cose servono studi con più pazienti controllati più a lungo". Comunque chi vuole può approfondire leggendolo per esteso.

In conclusione, ripensando agli ultimi Annual report di Ucp Club, fanno bene i chirurghi coloretali italiani della SICCR a preferire l'emorroidectomia con LigaSure, visti gli ottimi risultati in termini di recidive (tre su cento dopo un anno) riferiti da questi autori.

Attenzione però, altri articoli riferiscono buoni risultati a distanza anche con la PPH, purchè usata solo nelle emorroidi di terzo grado. Ne vedremo uno più avanti, uscito su Colorectal Disease.

### **Si possono raccogliere subito i dati dei pazienti per evitare il fastidio di riempire i questionari**

**B.Gurland et al**

Quante volte al Meeting Annuale dei coordinatori UCP si è detto: "Ma non potremmo raccogliere i dati on line subito, cioè di volta in volta, mano a mano che vediamo i pazienti, per averli pronti, invece che faticare dopo, con la noiosa raccolta quando è il momento di compilare l'Annual Report, con le schede che arrivano tardi e mal compilate e complicano la vita di Tommaso Bruni, Gianluca Ocelli e Marina Fiorino?"

Ebbene, a Cleveland sembrano aver recepito il nostro appello e hanno partorito questo studio.

"Yes we can" ci dicono, come ha fatto Obama.

Dati inseriti fin dalla sala d'aspetto.

"Ma è la Cleveland Clinic!!!!" Diranno molti amici. "Ben diversa dalle UCP, magari piccole, di terzo livello, sparse per l'Italia, dove per miracolo il volenteroso coordinatore deve fare i salti mortali senza nessuno che lo aiuti..."

Beh, chissà, magari Filippo Pucciani, il responsabile nazionale, o lo stesso Gianluca, o il Consiglio Direttivo, o qualche coordinatore volenteroso, potranno leggere questo articolo ([gurlab@ccg.org](mailto:gurlab@ccg.org)) e proporre di discuterlo al prossimo meeting UCP.

Coraggio..."yes we can" pure noi, forse. Almeno proviamoci.

### **Per chi fa la colonscopia: una preparazione ibrida a basso volume può essere meglio del polietilene glicol standard**

**E.M. Lawrence e P.J. Pickhardt**

Da Bethesda, Maryland. Trecento pazienti hanno fatto una colonscopia subito dopo aver subito una colongrafia con TAC (colonscopia virtuale). E' stato somministrato un catartico osmotico (fosfato di sodio o citrato di magnesio) dato con mezzo di contrasto per os (bario al 2% e diatrizoato).

Un gruppo di controllo, altri 300, ha invece eseguito una normale colonscopia dopo una preparazione standard, con 4 litri di polietilene glicol.

Ebbene, la preparazione è stata giudicata inadeguata nel 4.3% (primo gruppo) e nel 12.3% (secondo gruppo). Eccellente nel 32% (primo gruppo) e 23% (secondo gruppo). Differenze statisticamente significative.

Quindi la cosiddetta preparazione ibrida potrebbe essere superiore a quella standard (che come è noto può provocare disagi al paziente e disturbi in caso di patologie associate).

### **Più rischio di cancro del retto se si beve alcool**

**M.S. Slattery et al**

Uno dei tanti problemi che può dare l'alcool...

Il consumo di liquori, vino e birra si associa a mutazioni genetiche e epigenetiche.

### **"Stent" a doppia rete: un modello più efficace per le occlusioni intestinali da tumore**

**C.M. Moon et al**

Otto autori coreani, di cui due si chiamano Lee e tre si chiamano Kim, cognomi frequentissimi da quelle parti, hanno usato il nuovo "covered stent" della Niti in 31 pazienti su 68 (quello normale negli altri 37 casi). In termini di efficacia clinica nessuna differenza. In termini invece di complicanze (occlusione o migrazione), un "trend" favorevole al nuovo modello.

### **Escissione locale per cancro del retto. A che punto siamo?**

**C.M.Friel**

Nel cancro del retto T1, in cui non vi è invasione della muscolare propria da parte del tumore, il gold standard della terapia è la resezione anteriore o l'amputazione addomino-perineale, con escissione totale del mesoretto, che assicura il 95% di guarigione nei casi T1N0. Purtroppo si tratta di un intervento impegnativo, che ha una certa morbilità e può comportare la colostomia. Ecco perché si prende in considerazione l'escissione locale, resa ora più fattibile da tecniche come la TEM. Vi sono report in letteratura dal 1977 (Morson et al, St Mark's Hospital, Gut) di casi T1 trattati con escissione locale perché non potevano sostenere un intervento maggiore. La inattesa sopravvivenza eccellente e le recidive minime, (3%) hanno aperto "l'era della escissione locale del ca T1". Purtroppo nell'ultimo decennio i risultati pubblicati sono stati peggiori, con recidive dal 10 al 20% (parliamo sempre di T1).

Perché?

Innanzitutto vi possono essere metastasi ai linfonodi locoregionali, almeno nel 10% dei casi. E' vero che eco transrettale e RMN sono in grado di diagnosticarle molto spesso, ma è anche venuto fuori di recente che i T1 danno più spesso micrometastasi, non diagnosticabili (Landmann et al, DCR 2007).

E allora si è visto che la prognosi è migliore nei T1 sm1 e sm2 rispetto ai T1 sm3 (parliamo di grado di invasione della sottomucosa).

Un altro problema è la tecnica di escissione locale. Non è sempre facile ed è possibile che i margini radiali del tumore non siano ben asportati.

In questo stesso numero di DCR vi è un bell'articolo di Doornebosch et al sui reinterventi dopo recidiva locale post-escissione locale di T1. Nonostante un'accurata escissione locale con la TEM, nonostante l'asportazione di 1 mm di tessuto intorno al tumore, ebbene, le recidive locali sono state il 20%. Come mai così alte? Perché sul pezzo vi erano fattori istologici prognostici negativi (di invasione) in molti pazienti. E forse 1 mm di clearance intorno al tumore non è stato sufficiente.

Sta di fatto che si tratta di un campanello di allarme che impone una pausa nell'entusiasmo della cura con escissione locale dei T1, specie ora che la TEM è più diffusa.

Almeno c'è un messaggio positivo: che la chirurgia in seconda battuta, delle recidive dopo escissione locale, può dare buoni risultati purchè il follow-up dopo il primo intervento sia stato rigoroso. Però il paziente deve essere ben informato! Deve sapere, conclude l'autore di questo editoriale, che ci sono dei rischi e che l'intervento maggiore, la resezione del retto, resta il più radicale.

### **Possiamo sapere in anticipo come andrà la plastica di una fistola retto-vaginale?**

**R.A. Pinto et al**

Ultimo autore Wexner.

I fattori prognostici predittivi di esito negativo sono due: il fumo e il morbo di Crohn.

Esaminati 184 interventi in 125 pazienti dal 1988 al 2008.

Un altro messaggio importante di questo articolo è il seguente: il successo dopo il primo intervento è stato intorno al 60%, non brillante. Ma, con ulteriori interventi, l'88% delle operate sono guarite, ad un follow-up di un anno e mezzo. Ottimo, considerando che c'erano molti Crohn (oltre metà).

Che tipo di operazione fa Wexner? In quasi metà dei casi fistulectomia e lembo mucoso di avanzamento rettale. Dovete esser frustrati se dopo che avete fatto un lembo torna la fistola? Mica tanto....a Wexner è capitato in quattro casi su dieci!

Noi abbiamo il 75% circa di successi, però a tre anni (Gagliardi e Pescatori, Pelviperineology, circa 5 anni fa). E anche noi, esattamente come a Cleveland, in un quarto dei casi con più interventi.

Quindi si deve essere pronti (e preparare la paziente) all'eventualità di reintervenire. Il che ovviamente implica che si deve essere in grado di fare più tipi di operazioni.

Conclusione: è una tipica chirurgia per specialisti.

### **Embolizzazione mesenterica per enterorragia grave**

#### **C.J. Gillespie et al**

Autori australiani, di Melbourne, città sulla costa, come la maggior parte laggiù, più austera e più fredda di Sidney, con un'ottima tradizione di chirurgia coloretale. Non ci dimentichiamo che Victor Fazio è australiano. Come Hughes. Come Killingback ("facendoti fuori da dietro"...mica male per uno che fa il nostro mestiere). Discendenti degli inglesi, come sapete, ma che hanno Dis Colon Rectum, americana, come rivista ufficiale della loro società.

Bene, 107 angiografie in 83 episodi di enterorragia in 10 anni.

Mortalità 7%.

Solo due complicanze gravi.

Dei 38 pazienti embolizzati TUTTI hanno smesso di sanguinare.

Quindi su 100 angiografie, 48 hanno permesso di visualizzare la fonte del sanguinamento e 43 hanno permesso una embolizzazione. Una re-embolizzazione in caso di re-sanguinamento ha comportato però frequenti complicanze. In totale, il successo definitivo è stato del 76%.

### **Due articoli sulla colostomia perineale dopo amputazione addomino-perineale del retto**

#### **S. Kirzin et al e C. Hirche et al**

Da Tolosa e da Berlino.

Entrambi con buoni risultati, se i casi sono ben selezionati.

Nel primo lavoro due tipi di colostomia perineale (30% di 110 amputazioni addomino-perineali).

O il colon suturato al perineo costruendo un cilindro di muscolare liscia come neosfintere interno.

Oppure facendo una Malone modificata, cioè abboccando al sottocute l'intestino prossimale per consentire una irrigazione anterograda.

Nel secondo articolo (17% di 253 amputazioni addomino-perineali) costruendo, alla maniera dei russi, una spirale di muscolo liscio, ancorato al ligamento anococcigeo e al residuo degli elevatori in modo da creare una sorta di angolo neo-retto anale per favorire la continenza.

Mai la graciloplastica quindi.

### **Paziente con rettocolite ulcerosa trattata con farmaci: vi può dire l'istopatologo quando la terapia non funzionerà?**

#### **J.E. Melson et al**

Sì. Nei casi che hanno criptite severa (pazienti anziani), follicoli linfoidi (pazienti giovani) ed erosioni (tutti).

### **Un nuovo score per valutare il paziente con colite ischemica**

#### **J.W.Chung et al**

Il nuovo "score" si basa sulla presenza di tachicardia, shock entro 24 ore dal ricovero, ed evidenza endoscopica di ulcerazioni.

## **Fasce e spazi perirettali intorno al mesoretto**

### **C. Zang et al**

Un lavoro cinese, molto bello, basato sulla dissezione di 21 cadaveri.

La forza dell'articolo sta nelle figure, lo potete chiedere scrivendo a [gzliguoxin@163.com](mailto:gzliguoxin@163.com).

Dal centro alla periferia sono state identificate tre fasce anulari: la fascia rettale propria, la fascia presacrale e la fascia muscolare.

La fascia presacrale divide lo spazio perirettale in due parti, sempre anulari: lo spazio retrorettale centrale e lo spazio presacrale periferico.

LO SPAZIO RETRORETTALE RAPPRESENTA IL PIANO IDEALE PER LA ESCISSIONE TOTALE DEL MESORETTO.

## **Plastica laparoscopica per ernia parastomale**

### **A. Hyraniakas e Y-H Ho**

Il secondo autore è il nuovo chairman dell'Editorial Board di Techniques in Coloproctology.

Gli autori usano una mesh. Allegato all'articolo si può trovare un video.

Più che descrivervelo...ve lo segnalo. Va letto (l'articolo) e soprattutto va visto (il filmato).