

DISEASE OF THE COLON & RECTUM

ottobre 2010

CI DOBBIAMO PREOCCUPARE DELLA TROMBOEMBOLIA DOPO LE DIMISSIONI?

F. J. Fleming et al

Ultimo autore John Monson, quello che recensisce i libri per DCR.

Che ci si debba preoccupare eccome, l'ho capito 15 anni fa dopo che un 55enne a cui avevo fatto una resezione anteriore per cancro del retto è morto di colpo nel salotto di casa sua tra i familiari.

Brutta esperienza.

Da allora prolungo la profilassi con eparina anche dopo le dimissioni. All'epoca era cosa insolita farlo. Ora è la prassi.

Lo studio è multicentrico, ben 52.555 pazienti, con 240 casi di trombosi venosa dopo le dimissioni. Ecco un altro articolo che sarà molto citato e farà aumentare l'impact factor della rivista.

In 130 casi (0.47% sul totale degli operati) è stata diagnosticata un'embolia polmonare.

Quali sono i fattori di rischio?

Obesità (ma il mio paziente era magro), uso di steroidi prima dell'intervento (non era il suo caso), classificazione ASA III (lui stava bene di cuore e polmoni) e complicazioni postoperatorie (ebbene no, non ne aveva avute).

Classificato ahimè il mio caso personale come "scarogna nera imprevedibile"...lo studio americano è utile per sapere in anticipo quali sono i soggetti da seguire con maggiore attenzione, innanzitutto prolungando il periodo della profilassi tromboembolica.

L'OPERAZIONE "BIO-LIFT" PER LE FISTOLE INTERSFINTERICHE

C.N. Ellis

Per capire cosa vuol dire "Bio-LIFT" dovrete sapere che cosa è la LIFT.

Se non lo sapete mi rattristo perchè vuol dire che non leggete "Techniques".

O almeno che avete perso uno degli articoli più importanti degli ultimi mesi, l'"How I do it" di Rojanasakul, il chirurgo thailandese, che se ne va in giro per congressi e, se vi trova simpatici, si leva di tasca una delle sue valvette malleabili per identificare e retrarre lo spazio intersfinterico, e ve la regala sorridendo compiaciuto.

Ma in realtà la LIFT (= Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract) è stata descritta per la prima volta, come è giusto che fosse, al St Mark's Hospital ("noblesse oblige") dal gruppo di Robin Phillips oltre 10 anni fa, tanto che la troviamo nel suo (magnifico) e anche nel mio (modesto) libro sulle fistole, appena pubblicato dalla Springer.

La tecnica in breve: si punta al piano intersfinterico e si incide il solco. Si identifica la fistola (con la thai-valvetta se ce l'avete). La si seziona e la si lega. E poi si asportano, trazionandoli, i due capi, il prossimale e il distale. La prima incisione infine viene suturata. Niente brutte ferite. L'ideale.

Ed ecco che Neal Ellis, maturo chirurgo di Mobile, Alabama, essendo consulente retribuito della Cook, della Ethicon ecc ecc, si chiede: perché non trasformare questa proceducola da pochi dollari in qualcosa di più rilevante, con qualche "device" che, messo sul mercato, dia fama e ricchezza?

....Scherzo Neal...scherzo per far sorridere i nostri lettori!

E allora il "nostro" prende una protesi della Cook, 4 x 7 cm, e la sutura all'elevatore dell'ano e allo sfintere interno in modo che non "scappi" dal piano intersfinterico e ne protegga la guarigione.

Opera così 31 pazienti (di cui 4 con il Crohn, 6 diabetici e 13 fumatori, tutti più a rischio quindi), li segue per 15 mesi dopo l'intervento (più di un anno: buon follow-up per le fistole, lo dice la letteratura) e trova che il 94% sono guariti! Ottimi risultati quindi.

"E la continenza?" chiedono i lettori.

"Sorry" risponde Neal candidamente " non l'abbiamo valutata, né prima né dopo".

Mi direte..."ma Pescatori, non sottolizzare...si sa che se andiamo solo nel piano intersfinterico distale non sezioniamo muscoli, dunque perché aspettarsi incontinenza?". Veramente, "relata refero", lo stesso Neal dice che la sua variante, per posizionare la mesh, implica una apertura TOTALE di questo spazio, il che potrebbe nuocere. Lui la fisiologia non l'ha studiata: può essere lo spunto per la ricerca di qualcun altro. Sta di fatto che tutti i suoi pazienti senza recidiva si sono dichiarati soddisfatti, per cui è evidente che "non se la facevano addosso".

Certo...l'autore è uno solo, ha fatto tutto lui, non c'era il classico cosiddetto "osservatore indipendente" a valutare i pazienti. Potrebbe essere un piccolo "bias".

Ma la tecnica è interessante e innovativa e il chirurgo di sicuro, con così poche recidive, ci sa fare.

Ecco perchè il lavoro è stato pubblicato.

UN'ALTRA "INNOVATION": LA BARRIERA PROTETTIVA PER RIDURRE LE INFEZIONI A LIVELLO DI UNA ANASTOMOSI IN CHIRURGIA COLORETTALE

K. Reid et al

Kate Reid è australiana. E non è un chirurgo.

Ha scoperto, insieme ai suoi colleghi del Nuovo Galles del Sud, che questa barriera protettiva riduce il rischio di sepsi peri-anastomotica. La barriera ha un nome, si chiama Alexis, la producono da dieci anni (Applied Medical, Rancho Santa Maria, California, USA) ed è fatta da due anelli con un cilindro di plastica impermeabile. L'anello interno si posiziona nella cavità peritoneale, quello esterno sulla cute dell'addome. No, peccato, nell'articolo non c'è una figura. D'altra parte "l'aggeggio" esiste dal 2000, di certo qualcuno di voi l'ha usato. Io me lo ricordo...dove l'ho visto però? Non saprei, ho girato parecchio dopo aver lasciato il Policlinico Gemelli.

Il "device" è anche in grado di assistere per la retrazione dei tessuti durante l'intervento.

Lo studio è serio, un trial prospettico randomizzato: 64 casi nel gruppo "protetto" e 66 in quello di controllo. Infezioni della ferita chirurgica: 5% nel primo gruppo, 23% nel secondo.

La barriera protettiva funziona. Dovremmo usarla.

Del resto ormai si usa di tutto: mesi fa ho letto un articolo sull'impiego della membrana amniotica per proteggere una anastomosi intestinale! Ma ovviamente non tutto funziona: per esempio la colla di fibrina non riduce le deiscenze dei lembi rettali dopo fistulectomia. In compenso il sopra descritto Alexis vi fa anche da assistente, non avrete più "tiratori" di valve massacrati dalla fatica. Non succederà più quello che fece un anziano professore del Gemelli tanti anni fa. Si rivolse all'assistente che aveva la fronte imperlata di gocce, ancorato da ore alla sua maledetta valva.

E con voce imperiosa gli ordinò. "Non sudare!".

CANCRO DEL RETTO: LA CLEARANCE DEL MARGINE DISTALE, OVVERO LA DISTANZA DALTUMORE. QUANTO SI VA IN BASSO?

G.M. Nash

Il lavoro viene da un posto serio, il Memorial Sloan-Kettering di New York. Mi ricordo quando andai lì 20 anni fa, gli interventi si vedevano ancora dietro all'operatore, montando su una scaletta a pioli metallici che ti faceva stare un metro più su, a picco sull'addome aperto, con la paura di caderci dentro. Il tutto per

molte ore, perché anche a quel tempo i chirurghi di lì erano famosi per i loro interventi demolitivi senza fine.

I dati sono stati presi da un database prospettico con 627 pazienti operati di resezione anteriore ed escissione totale del mesoretto, col margine distale del tumore tra i 2 e i 12 cm dalla rima anale.

La recidiva, sia locale che a distanza, è risultata correlata con: a) la stadiazione del tumore

b) l'invasione linfo-vascolare e c) IL MARGINE DISTALE, appunto.

La RECIDIVA PELVICA era correlata con a) la localizzazione distale (6% a 5 anni)

b) l'invasione linfo-vascolare (11% a 5 anni).

Più si scende vicino al tumore ovvero minore è il margine distale, maggiore è il rischio.

Sapete che molti anni fa si parlava di 5 cm liberi, poi di 2. Gli autori non sono in grado di dare una regola numerica, ma di certo la linea di resezione deve essere "clear", ben libera da cellule neoplastiche. Il chirurgo deve cercare un ragionevole compromesso tra obiettivi oncologici e obiettivi funzionali.

Lo studio è retrospettivo, per cui non si può stabilire con esattezza il rapporto tra radiochemioterapia adiuvante e margine distale "clear", comunque dai trials randomizzati si sa che il rapporto, ovvero il beneficio, esiste. Quando esiste la possibilità tecnica di "salvare gli sfinteri" con interventi "al limite", il chirurgo dovrebbe discutere col paziente i pro- e contro- e prepararlo a un programma di sorveglianza stretto, in modo da intervenire per un intervento curativo in caso di recidiva.

Se posso aggiungere un commento...ricordiamo l'alta incidenza della "sindrome da resezione anteriore" (tenesmo, incontinenza, proctalgia, diarrea o ostruita defecazione), fino all'80%, in genere intorno al 50%, specie quando il moncone rettale e gli sfinteri anali sono irradiati e fibrotici.

Metteteci questo probabile disagio...più un follow-up aggressivo in cui al paziente torna in mente sempre la sua malattia con un impatto psicologico negativo, la cosiddetta "psichiatrizzazione" da "medicalizzazione". Beh...a volte bisogna rassegnarsi, per il suo bene, a fare una amputazione addomino-perineale. Magari con stomia perineale continente, ricordate, abbiamo recensito due articoli con buoni risultati la volta scorsa. Ci sarà qualche problema funzionale, ma almeno l'incubo del cancro sarà meno pressante. E poi, se accettata e ben assistita con l'irrigazione, anche una colostomia spesso diventa continente. Oltretutto, come vedremo più avanti, ci sono recenti progressi nei "device" per renderla tale.

LA QUALITA' DELLA VITA E' BUONA DIECI ANNI DOPO PROCTOCOLECTOMIA E RESERVOIR ILEO-ANALE PER POLIPOSIS FAMILIARE ADENOMATOSA

P. Ganschow et al

Quattro donne-chirurgo in questo lavoro che viene da Heidelberg, Germania. La cancelliera Angela Merkel ha fatto scuola con le "quote rosa".

Su 135 pazienti, 84 (non una percentuale altissima) hanno risposto ai questionari. Il follow-up però è molto lungo: 13 anni. Sorprende sentire che la presenza di cancro al momento dell'operazione, i desmoidi e gli adenomi duodenali non hanno peggiorato la qualità della vita. Che è stata valutata con due sistemi: il primo, lo Short Form 36 Health Survey, non ha mostrato differenze rispetto ai sani, il secondo invece, il più classico GIQLI, Gastro-intestinal Quality of Life Index, è risultato più scadente.

Che volete...nei pazienti con poliposi la pouchite viene di rado (4% contro il 40% dopo RCU), anche perché non c'è la mutazione del famoso gene NOD2 /CARD15.

E senza pouchite indubbiamente la qualità della vita è migliore.

NELLE PRIMIPARE CON INCONTINENZA FECALE LA SFINTEROPLASTICA FUNZIONA MEGLIO SE NON C'E' ALTERATA SENSIBILITA' RETTALE

J.F.Nordenstam et al

Come molti di voi sanno e come vi ho scritto altre volte, l'alterata sensibilità rettale ha un ruolo importante nella continenza. Non è solo una questione di sfinteri che "stringono" di più o di meno.

Infatti la neuromodulazione funziona anche perché la migliora. La sfinteroplastica invece no.

Gli autori hanno studiato 20 operate di questo sottogruppo "primipare con sensibilità rettale alterata e sfinteroplastica" e le hanno confrontate con un gruppo di controllo. Sono andate peggio.

Un altro fattore prognostico negativo è stata la presenza di una cicatrice importante distale alla sfinteroplastica, osservata con l'ecografia anale.

Come sapete la sensibilità rettale si può misurare anche se non si fa la manometria, non occorre il poligrafo, basta un palloncino gonfiato nel retto, con una sonda rettale, un klemmer e un siringone da 60 cc. Fatelo prima di operare le vostre pazienti, così saprete come staranno dopo l'intervento.

Lo stesso concetto, l'abbiamo pubblicato in un nostro studio su CRD di circa sei anni fa, vale anche per i maschi operati di fistulectomia.

UN NUOVO APPARECCHIO PER LA CONTINENZA DEI COLOSTOMIZZATI

T.R. Maxwell et al

Studio multicentrico su 26 pazienti, dagli USA.

Il 65% dei casi ha preferito usare il "device" piuttosto che le normali placche e buste.

"L'aggeggiato" si chiama Vitala (Convatec Skillman, New Jersey, USA) ed è una placca di plastica morbida a bassa pressione. Non altera la vascolarizzazione e la flora batterica a livello dello stoma. Effetti collaterali pochissimi.

PERFORAZIONE RETTALE DOPO PPH : QUALI I PAZIENTI A RISCHIO

X. H. Gao et al

Per finire un articolo dalla Cina. La recensione è lunga...ma riguarda un "hot topic".

Si tratta di sette casi di perforazione rettale dopo PPH per emorroidi, alcuni mortali. Più un ottavo a conoscenza degli autori, che però (ci dicono) il chirurgo responsabile non si è sentito di descrivere per "evitare grane". Non mi meraviglio: quando Dodi pubblicò su "Techniques" il suo studio multicentrico (2002) sulle gravi complicanze dopo STARR, una collega, pur avendoci lavorato, chiese di non mettere il suo nome perchè temeva che non sarebbe stata più sponsorizzata.

Torniamo ai cinesi. Reintervento più usato: laparotomia, drenaggio, eventuale sutura, stomia.

I colleghi riferiscono di una tabella del FDA americano, reperibile anche su Internet e su "Techniques" (primo numero del 2008), con varie decine di perforazioni dopo PPH. Nessuna, ci dicono, pubblicata in letteratura. Decidono allora di fare un'indagine in due province cinesi e "scoprono" i sette (otto) casi, venuti fuori e pubblicati solo grazie alla loro inchiesta.

Riferiscono peraltro che, dopo PPH, la grave complicanza è di certo molto rara

(noi sappiamo da un articolo di Ravo et al, su "Techniques" 2002, che capita una volta su 1300 casi)

e si chiedono quali cause la possano favorire, in tal modo offrendo spunti per prevenirla.

Beh, un dato MOLTO interessante del lavoro è che in cinque casi su sette la perforazione rettale NON era sulla linea anastomotica (ovvero da deiscenza, come nel caso spagnolo visto prima insieme) MA AL DI SOPRA. Come mai?... si sono chiesti giustamente gli autori.

E allora è venuto fuori che i "perforati al di sopra" avevano stipsi e un voluminoso prolasso mucoso interno del retto. Ovvero che la parete del retto era discesa e "si prestava" ad essere traumatizzata da una inserzione energica della suturatrice. E quello che non aveva il retto prolassato... era un paziente con ascite, quindi il cavo di Douglas e il retto erano comunque "schiacciati in basso dal liquido", praticamente come lo erano i precedenti per via del prolasso mucoso-intussuscezione.

Eccoli dunque i soggetti a rischio!

Infine gli autori cinesi ci fanno notare che una concausa della perforazione potrebbe anche essere il cono della suturatrice che è secondo loro troppo "appuntito", per cui nelle manovre è possibile che il chirurgo traumatizzi, ischemizzi o addirittura perfori il viscere. Auspicano che le Ditte costruttrici, in questi casi non solo la Ethicon ma anche quelle cinesi (e adesso anche la Covidien), possano mettere in commercio uno strumento modificato, senza punta a rischio.

Tutto qui. E non è poco, sono cose interessanti, di interesse pratico per chi fa la PPH.

Aggiungerei questo se permettete.

("Mò ci vo' " direbbe un napoletano... e io, da bambino, abitavo dentro Castel dell'Ovo).

Nell' articolo uscito su DCR nel 2004, primo autore Peter Cataldo, che illustra le linee-guida della Società americana, si legge che la emorroidopessi con stapler presenta "potentially devastating complications". Gli autori alludevano proprio alle perforazioni rettali, potenzialmente devastanti.

Ebbene, alla fine di un recente articolo pro-PPH uscito su Colorectal Disease, co-autore David Jane, troviamo un Invited Commentary di Ronan O'Connell, ottimo chirurgo irlandese, dell'Editorial Board di CRD e Segretario della Società Europea di Colonproctologia, quindi non uno qualsiasi. Tra l'altro un collega molto corretto, pensate che una volta gli mandai un articolo sulla PPH sottoposto a "Techniques" perché lo giudicasse e mi rispose "Mario, non me la sento...sai, sono consulente retribuito della Ethicon e il mio parere potrebbe essere influenzato da conflitti di interesse". Ebbene, su CRD Ronan scriveva, un anno fa: "ormai oggi non avvengono più le gravi complicanze descritte una volta dopo la PPH".

Quando l'ho letto mi sono molto sorpreso, perché varie riviste stavano invece pubblicando casi di sepsi pelvica, emoperitoneo, stomie "e quant'altro" dopo PPH.

Tant'è vero che avevo pensato di scrivere a Colorectal Disease per obiettare. Poi, per non fare la solita noiosa parte del "Pescatori anti-PPH e anti-Longo", lasciai perdere. Ma dentro di me pensavo...queste affermazioni da parte di un "opinion leader" sono pericolose, perché un chirurgo legge che ormai non ci sono più grossi problemi, abbassa la guardia...ed ecco che gli capita il guaio.

Beh...dopo pochi mesi, sulla stessa rivista di O'Connell, è uscito l'onesto e, se vogliamo, coraggioso articolo di Gabriele Naldini sui danni dopo PPH (e STARR) nei centri affiliati alla SIUCP, con fistole retto-vaginali, stomie, perforazioni e ematomi rettali, sepsi pelviche, anche fatali. Dopo pochi mesi ancora, esce questo studio dei cinesi con perforazioni e decessi.

Allora aveva ragione Bruce Wolff, Past President dell'ASCRS e capo-chirurgo coloretale della Mayo Clinic, che una sera sul terrazzo dell'albergo vicino Catania, all' ultimo congresso SICCR, tirando a far tardi con me, Ronan O'Connell e John Nicholls, ognuno col liquorino in mano, tutto accalorato, diceva: "Questa PPH...possibile che io debba dire ai miei pazienti che si può anche avere una stomia o morire per un intervento di emorroidi?".

Ronan rispondeva un po' imbarazzato: "Beh, diciamo che è comunque un progresso tecnico interessante...".

E John, sornione, taceva senza sbilanciarsi.

Conclusione.

Dobbiamo stare ancora molto attenti (parlo anche per me, benché di PPH ne faccia forse una l'anno). Dobbiamo ringraziare i colleghi asiatici che ci hanno spiegato "quando" e "perché" dobbiamo stare molto attenti. E per contribuire al progresso degli strumenti e alla salute dei pazienti, se ci capitano delle complicanze dopo "innovations" (non solo PPH e STARR, ovvio, ma anche THD, LigaSure, plug, neuromodulazione ecc), mandiamole a Luigi Basso che cura l'Osservatorio della SICCR.

Facciamo anche noi il nostro piccolo FDA, come negli USA. Le schede da riempire le abbiamo.

In questa Italia che purtroppo declina, è una iniziativa di progresso clinico e scientifico.

Dirò di più sull'Osservatorio: alle Ditte converrebbe consultarlo, per sapere come mai a volte le cose vanno male. Perché se le cose continuano ad andare male si vendono meno strumenti.

DISEASE OF THE COLON & RECTUM

novembre 2010

LAVAGGIO PERITONEALE LAPAROSCOPICO PER LA DIVERTICOLITE

M. Mutch

E' un editoriale che apre il numero ed è stato scritto perché all'interno del fascicolo c'è un articolo di L. White et al che supporta questa nuova metodica. Nuova si fa per dire, l'articolo riporta un'esperienza di 10 anni su 35 pazienti, confrontati con 41 che hanno avuto una più convenzionale resezione del sigma...

Mutch però butta acqua sul fuoco...dice che il lavaggio laparoscopico si può fare, ma che trova raramente una indicazione. In particolare, secondo lui è da riservare ai pazienti con peritonite generalizzata (Hinchey III), purchè emodinamicamente stabili.

EMICOLECTOMIA DESTRA LAPAROSCOPICA "SINGLE PORT" PER NEOPLASIA

J.A.Waters et al

Lo studio è su 16 casi. C'è una foto: unica cicatrice nell'ombelico, invisibile. Non si può negare che l'effetto cosmetico sia notevole. Secondo gli autori è un approccio efficace, richiede poca attrezzatura e breve curva di apprendimento rispetto alla chirurgia laparoscopica convenzionale. Non dura di più, permette di asportare lo stesso numero di linfonodi e non dà più complicanze.

SE E' UNA DONNA AD AVERE UN CANCRO DEL COLON DESTRO?

J.S. Park et al

Se è una donna, allora il bravo chirurgo laparoscopico può fare l'anastomosi e asportare il pezzo dalla vagina, per evitare antiestetiche incisioni addominali di servizio. Ce lo ripete (altri lo avevano detto, ci sono anche lavori su "Techniques") un gruppo di chirurghi coreani che hanno operato 14 pazienti. Solo una volta ci sono stati problemi nell'aprire la vagina e solo una paziente ha avuto metastasi, dopo un follow-up mediano di quasi tre anni. I problemi sessuali dovrebbero essere irrilevanti, sostengono gli autori al termine del lavoro.

Sulla emicolectomia destra totalmente laparoscopica troverete un "How I do it" di Ho sul numero di "Techniques" è in stampa mentre scrivo e che, si spera, vi arriverà a casa prima di Natale.

FATE IL RESERVOIR ILEO-ANALE PER RCU ? ATTENTI AL NOD2/CARD15 !

R. Sehgal et al

Beh...speriamo vi aiuti il vostro gastroenterologo, altrimenti qui la faccenda si complica per il povero chirurgo, già impegnato a sapere ed eseguire correttamente l'intervento.

Le cose stanno così: sia la colite ulcerosa che il Crohn possono essere causati da una mutazione genetica (ma sappiamo che anche lo stato immunitario, il pattern psicologico e l'aggressione batterica hanno un ruolo...). In particolare, uno dei primi geni la cui mutazione è coinvolta nella patogenesi delle IBD è l'NOD2/CARD15.

Fermi! Non saltate questa recensione! Lo so che si sta mettendo male e che sono cose difficili da digerire per noi chirurghi, ma fatemi continuare e leggete. Eh sì...perché sto per dirvi (o meglio, questi autori americani stanno per dirvi) CHE POTRETE SAPERE IN ANTICIPO SE AL VOSTRO PAZIENTE CON RESERVOIR ILEO-ANALE VERRA' O NO LA POUCHITE!

Quella "brutta bestia" che colpisce fino al 40% dei casi dei soggetti ai quali facciamo una proctocolectomia restaurativa, che li può invalidare con diarrea, sanguinamento, tenesmo, incontinenza e febbre. Che ci può costringere ad asportare il reservoir e li può condannare ad una ileostomia definitiva.

Se dividiamo gli operati in due gruppi, quelli che vanno bene e quelli che hanno pouchite ricorrente, ebbene nel secondo gruppo le mutazioni del gene suddetto le troviamo più di frequente.

A cosa serve questo (per me finora ignoto, eppure un po' di "pouch" le ho fatte) NOD2/CARD15?

A costruire una proteina che funziona come sensore intracellulare al muramyl-dipeptide, una sostanza che si trova nella parete della cellula batterica. E si sa da un po' che questo gene è alterato nei pazienti con morbo di Crohn.

In altre parole, chi difetta di NOD eccetera eccetera si difende male dall'aggressione di batteri e si ammala più facilmente di colite e, tolto il colon, di pouchite.

I batteri e il resto...vi ricordate? La patogenesi delle IBD... l'abbiamo studiata anche sui libri di Patologia Chirurgica, ma insomma, ora se ne sa un po' di più... l'ho capito quando ho visto che mio figlio, quarto anno di medicina, ha dovuto ripetere genetica e immunologia per oltre un mese e l'ho sentito pronunciare, poveraccio, sigle e nomi mai sentiti prima. Magari anche il "famoso" NOD2...

Concludo.

Questi chirurghi coloretali della Pennsylvania (ma consolatevi...c'è tra gli autori anche uno scienziato di base) hanno studiato 339 pazienti operati e hanno visto che il gene in questione aveva mutazioni nel 67% dei pazienti con pouchite, contro il 5% degli operati asintomatici.

Ergo...con uno studio genetico possiamo scegliere l'intervento giusto: di fronte a un paziente a rischio faremo una proctocolectomia con ileostomia.

Complicato ma affascinante.

E ANCORA: FATE IL RESERVOIR ILEO-ANALE PER RCU CON DISPLASIA? POTETE USARE LA STAPLER PER L'ANASTOMOSI E LASCIARE UN PO' DI RETTO DISTALE E L'EPITELIO ANALE DI TRANSIZIONE, IL RISCHIO DI CANCRO NON AUMENTA

W. Al-Sukhni et al

Ecco l'articolo che mi sarebbe piaciuto ricevere per pubblicarlo su "Techniques". Sarà molto citato, perché dimostra (o cerca di dimostrare) che non è vero ciò che si credeva da anni. E cioè che quando si fa una proctocolectomia restaurativa per RCU con displasia non è obbligatorio, pena il rischio di cancro, asportare il piccolo "moncone" di canale anale alto e di retto distale. Ovvero demucosarlo e fare una anastomosi ileo-anale "a mano": lo si può lasciare e fare la sutura con la stapler al di sopra dell'anello anorettale.

Il che, tra parentesi (e questo lo sapevamo) assicura una continenza migliore perché conserva l'epitelio sensibile che ci serve per discriminare gas, feci solide e feci liquide. Il rovescio della medaglia è che permane il rischio di "cuffite", l'infiammazione del moncone residuo.

Il lavoro viene da Toronto e ha come ultimo nome il noto Zane Cohen.

Beh...è retrospettivo...e poi...si basa su 81 pazienti, non tantissimi.

Comunque ci dice che nel gruppo dei "saturati a mano" si sono sviluppati tre cancri, nel "gruppo stapler" nessuno.

Magari è uno studio che andrà confermato, però mette in dubbio uno dei concetti finora dati per certi. Così è la scienza: le cose cambiano. Tutto, anche ciò che sembra più ragionevole, può essere smentito dai numeri.

LA NEUROMODULAZIONE SACRALE NON E' SEMPRE "ROSE E FIORI": SI DEVE REINTERVENIRE QUATTRO VOLTE SU DIECI

J-L. Faucheron et al

L'articolo viene dalla Francia e susciterà, forse, la sorpresa dei molti colleghi che hanno scritto solo bene della neuromodulazione sacrale per incontinenza fecale.

Su 87 pazienti, in 36 è stato necessario un reintervento per problemi del pace-maker e degli elettrodi. Per infezione o spostamento o rottura o esaurimento o altri motivi.

Quattro su dieci: non è poco. Per fortuna che la neuromodulazione funziona.

E' IMPORTANTE IL NUMERO DEI LINFONODI ASPORTATI NEL CANCRO COLORETTALE STADIO II ?

C. Peples et al

Sì. La sopravvivenza migliora quando vengono asportati almeno 24 linfonodi.

Il motivo? Se non si esamina un numero sufficiente di linfonodi si può sottostimare la stadiazione, ovvero possono essere scambiati per stadio II pazienti che hanno invece uno stadio III, ovvero che hanno i linfonodi coinvolti. Con la conseguenza che si fa mancare al paziente la chemioterapia post, che ne migliora la prognosi.

COAGULAZIONE RMN-GUIDATA DI RECIDIVA PELVICA DI CANCRO DEL RETTO

T. Shimizu et al

Dal Giappone. Nove recidive pelviche in 8 pazienti sono state curate in modo palliativo con questo metodo, in 5 casi per via percutanea e in 4 casi ad addome aperto.

Effetti collaterali: lesioni nervose in un paziente e ustioni cutanee in due. Solo in due casi è stata osservata una ulteriore recidiva pelvica. I pazienti sono comunque deceduti per cancro, ma la sopravvivenza mediana è stata di 22 mesi.

RAGADE ANALE: L'ANOPLASTICA DA' UNA MIGLIORE CONTINENZA RISPETTO ALLA SFINTEROTOMIA INTERNA

E.Hancke et al

E' uno studio tedesco, retrospettivo, su 60 pazienti, 30 trattati con anoplastica e 30 con sfinterotomia in anestesia locale. Il numero di maschi e di femmine era lo stesso nei due gruppi. L'età era simile. Follow-up lungo, da 70 a 94 mesi.

L'anoplastica è stata effettuata con la cute perianale, in genere posteriore, fatta avanzare senza tensione a coprire la ferita residua dopo l'escissione della ragade. Tecnica descritta dal "nostro" Pasquale Giordano (con Robin Phillips del St Mark's Hospital) su World J. Surg. del 2009.

Incontinenza minore: 6% dopo anoplastica, 47% dopo sfinterotomia. Nessuno dei pazienti ha avuto una recidiva della ragade che abbia richiesto un reintervento.

I limiti dello studio: non è randomizzato e non pochi casi sono stati persi al follow-up.

Alla fine si potrebbe dire: allora meglio fare l'anoplastica e non la sfinterotomia.

No, secondo me non c'è una regola fissa, non c'è necessariamente "l'intervento migliore" che va bene per tutti. Lo sapete, io sono per la "chirurgia su misura".

Ecco quello che penso (lo abbiamo pubblicato anni fa su DCR: 55 casi). Che se il paziente non ha ipertono è bene fare l'escissione della ragade con anoplastica, se ha ipertono è bene fare la sfinterotomia interna. Con questa regola ho avuto incontinenza minore nel 20% circa (vado a memoria, non ho riletto il lavoro) dei casi dopo sfinterotomia, in nessun caso dopo anoplastica.

Il rovescio della medaglia dell'anoplastica: 15% circa di deiscenza parziale della sutura, con allungamento dei tempi di convalescenza e cicatrizzazione. Attenzione: quattro su cinque dei miei casi di incontinenza dopo sfinterotomia erano femmine pluripare con più di 50 anni. Per cui adesso, in queste pazienti con ipertono anale ma "a rischio" di incontinenza, faccio una sfinterotomia limitata (non 1.5 cm, alla linea dentata, ma meno di un cm) avverto che ci potrebbero essere delle "perdite", in genere lievi e predispongo una riabilitazione pelvi-perineale. Spesso le signore hanno un deficit della muscolatura striata, da età e da parto.