

**Chirurgia laparoscopica della colite ulcerosa: review della letteratura****Xiao-JianWu et al**

Da Guangzhou (l'antica Canton), Cina. Per la precisione gli autori sono gli organizzatori del primo congresso dell'ECTA, la Eurasian Colorectal Technologies Association. Tra di loro uno studente, che ho conosciuto lì lo scorso novembre, Jia Ke, uno davvero molto in gamba, e il vice-capo del Dipartimento di Chirurgia, il Prof Ping Lan. Non c'è il nome quindi del Direttore, mentre c'è il nome di uno studente. Un po' diverso rispetto a noi. Qui sarebbe stato il contrario...chissà, forse per questo l'Italia è in declino e la Cina in ascesa, perché da loro si valorizzano di più i giovani e gli anziani si fanno un po' da parte? Mah...in realtà ho vissuto per qualche giorno a stretto contatto con questi colleghi e ho visto che il loro Direttore era una specie di Grande Padrino, venerato e temuto. E magari lo studente era un raccomandato. Si sa, l'erba del vicino è sempre più verde.

Fatto curioso, ma simpatico: durante la cena inaugurale si sono vestiti tutti di bianco e sul palco hanno fatto una bella danza-ginnastica insieme, a suon di musica.

Veniamo all'articolo.

Gli autori hanno preso in considerazione 16 trial controllati, in cui si confrontava la chirurgia open con quella laparoscopica. Più complicanze, più lungo ricovero e più tardiva alimentazione per os dopo chirurgia laparoscopica. Ma interventi meno lunghi in open. Se però andiamo a esaminare le complicanze come ascessi pelvici, deiscenze anastomotiche, occlusioni e infezioni della ferita, ebbene, non c'è stata differenza significativa. Idem per i re-interventi.

Conversione da laparoscopica a open: solo il 4%.

**Chirurgia per colite ulcerosa in 1000 pazienti****H. Ikeuchi et al**

Da una tigre asiatica all'altra, qui siamo in Giappone e l'ultimo nome è Utsunomiya, uno dei padri del reservoir ileoanale a J. Quando ci venne trovato al Gemelli 25 anni fa eravamo così "gasati" per la sua visita che ci è sfuggito l'orario della sua partenza per Fiumicino, così lo trattinemmo più del dovuto per foto, domande ecc e poi lo mettemmo nella macchina di Corrado Bottini (all'epoca lavorava con noi e non a Gallarate), il quale lo portò sì in tempo al volo, ma a velocità così folle che il povero giap ne fu terrorizzato.

Bene, 1000 interventi, 994 pouch ileoanali, 33 proctocolectomie con ileostomia e solo 7 ileoretto(+ 16 miscellanea, ovvero colectomie parziali, "staged procedures", stomia). Balza evidente il basso numero di ileo-retto. Basso se consideriamo che a Cleveland Ohio ne hanno fatte 86 vs 3150 pouch. Va bene, così è in Giappone.

I risultati di queste anastomosi pouch ileoanali, quasi tutte fatte a mano? Vediamoli.

RISULTATI PRECOCI: 19, per guai vari, non hanno chiuso la stomia di protezione. Venti decessi postoperatori, per lo più da metastasi di UC cancerizzata e polmonite, solo 3 per sepsi pelvica.

RISULTATI TARDIVI: "pouch failure" in 28 pazienti. L'1.3% dei pazienti alla fine si sono rivelati avere un morbo di Crohn, pochi direi.

Gli autori giudicano ECCELLENTI i loro risultati.

**Perforazione da cancro coloretale: risultati della chirurgia****Ker-Kan Tan et al**

Da Singapore, studio retrospettivo su 45 casi, età mediana 67 anni. Più spesso si perforano sigma e cieco. Mortalità 18%, mentre il 27% è finito in rianimazione. In caso di perforazione a sinistra più spesso è stato necessario uno stoma. Vanno male precocemente i casi con peritonite diffusa e con alto ASA score, vanno male a distanza i casi con cancro più avanzato. Vivono più a lungo quelli con stadiazione più favorevole.

### **Chirurgia laparoscopica coloretale, confronto fra due approcci: A) sollevare la cute dell'addome senza gas e B) insufflare CO2**

**Jeng-Kai Jiang et al**

Ancora cinesi, ma di Taiwan (Taipei), dove c'è un ospedale coloretale con un numero mostruoso di letti il cui capo, molto alla mano, è co-Chairman della Training Committee dell'ECTA. Basta iscriversi (modulo su TIC) andare e si impara molto. Comunque i corsi ufficiali ECTA sono in sei centri europei e sette asiatici. Da Parigi a Graz a Ginevra a Tel Aviv a Dubai a Nagpur a Singapore a Hong Kong. I soci ECTA non pagano l'iscrizione al corso. Info su [www.ectamed.org](http://www.ectamed.org).

Il pneumoperitoneo con CO2 può dare sovraccarico polmonare con complicanze. Ecco il perchè del metodo "gasless", realizzato a Taipei con dei ganci a forma di V che tirano in alto la cute dell'addome. E consentono anche una emodinamica più stabile. Per cui il "gasless" va riservato ai pazienti con alto rischio cardio-polmonare.

### **Elettrostimolazione transcutanea del nervo tibiale posteriore per incontinenza fecale**

**V. Vitton et al**

Da Lione. Il 54% dei pazienti trattati (13 su 24, quasi tutte donne) hanno mostrato miglioramento significativo dello score di Wexner dopo 3 mesi. Dopo 15 mesi la maggior parte dei migliorati (11 su 13) erano ancora stabili. Vedremo, più avanti, un altro studio con risultati meno brillanti, ma sempre positivi. Gli autori non hanno individuato nessun fattore predittivo per il successo.

Si stimola con elettrodi cutanei 20 minuti al giorno.

Metodo non invasivo e poco costoso. Da provare.

### **Prolasso rettale. Dalla Norvegia**

**J.R. Karas e R. Bergamaschi**

E' solo una "correspondence" ma ve la segnalo perché conclude raccomandando di operare per via perineale il prollasso del retto se ad averlo è un giovane maschio, per il rischio di impotenza.

E' vero, condivido. Ma devo fare una precisazione. Più che l'impotenza, ciò che possiamo provocare con una rettopessi (mi è successo una volta, per fortuna poi il problema è regredito) è un deficit della eiaculazione causata da una lesione o una compressione del nervo ipogastrico, magari da fibrosi peri-mesh suturata al promontorio sacrale. Difficile infatti che si provochi un danno dei nervi erigentes. Basta non sezionare i cosiddetti legamenti laterali del retto.

**INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE**

**SETTEMBRE 2010**

### **Parole di conforto, pomate e acqua calda per la proctalgia fugax**

**S. Jeyaraiah et al**

Con le conclusioni di cui sopra indovinate un po' da dove viene questa bella review?...

Paradossale, da un Dipartimento di Bio-Chirurgia e Tecnologia chirurgica!

La proctalgia fugax, come sapete, si manifesta con dolori anorettali, quasi sempre intensi, in genere brevi, spesso di notte, senza apparente causa organica.

Gli autori hanno preso in esame ben 90 articoli della letteratura. Rassicurare il paziente, usare pomate come nitrati di glicerina o diltiazem e consigliare semicupi di acqua calda pare siano le misure più efficaci. In alternativa: tossina botulinica A, cloroformio, nifedipina, talbutamolo inalato, dilatazione anale digitale.

### **Elettrostimolazione transcutanea del nervo tibiale posteriore per incontinenza fecale**

**M. Eleouet et al**

Metodo meno invasivo e più economico nella neuromodulazione sacrale, fanno notare gli autori, che hanno trattato 32 pazienti con elettrostimolazioni domiciliari, 20 minuti al giorno.

Il loro score di Cleveland dell'incontinenza fecale era intorno a 14 (con più di 12 si tratta di sintomi seri) e il 63% sono migliorati a sei mesi. L'apparecchio, Logistim EM 19-UG della EBNEURO, costa 300 euro. Chi cura questi pazienti dovrebbe averlo a disposizione.

### **Corsi intensivi di chirurgia digestiva: si impara in una settimana**

**J. Grone et al**

Dove?

A Warnemunde, in Germania (e-mail del primo autore: joern.groene@charite.de).

Come?

Su modellini, su animali e su pazienti. Suture e nodi, chirurgia open e laparoscopica.

Funziona?

Sì. Lo provano i test e i questionari eseguiti sui partecipanti.

Ci dicono gli autori che questi corsi si effettuano in Germania dal 1983.

In UK da più tempo ancora ([www.reseng.ac.uk/education](http://www.reseng.ac.uk/education)).

In Italia, nelle scuole di specializzazione in chirurgia?

Mah...lasciamo perdere.

Li faceva, sui modellini, Marco Pinna Pintor, tanti anni fa. Aveva comprato il materiale in Inghilterra. Mi ha detto Aldo Infantino di averne fatti con successo per la SICCR. Spero che possano continuare e che i nostri soci li frequentino.

**INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE**

**OTTOBRE 2010**

### **Stritturoplastica e dilatazione endoscopica a confronto per il morbo di Crohn.**

**A.G. Wibmer et al**

Su 744 articoli della letteratura ne sono stati presi in considerazione 63, con 2532 pazienti.

Nessuno però confrontava direttamente i due metodi, per cui non si può dire se uno sia superiore all'altro.

Complicanze gravi: stritturoplastica 5%, dilatazione 3%.

Recidive: stritturoplastica 24%, dilatazione 26.7%.

Conclusione: servono trial prospettici controllati

### **Legatura arteriosa doppler-guidata e "recto-anal repair" per emorroidi**

**N. P. Forrest et al**

Il "recto-anal repair" è una sorta di pessi del prolasso mucoso e delle emorroidi con lo stesso punto di sutura con cui si esegue la legatura arteriosa doppler-guidata.

Gli autori hanno valutato 77 pazienti, in gran parte (65) con emorroidi di terzo grado.. Ognuno ha subito (valori mediani) sei suture delle arterie emorroidarie e due mucopessi. Minimo follow-up: sei mesi. Follow-up mediano: 13 mesi.

Quasi tutti i pazienti, il 96%, sono andati a casa lo stesso giorno.

Recidive dei sintomi in 11 pazienti su 77. Otto hanno avuto una ragade postoperatoria.

L'84% si sono dichiarati soddisfatti.

I risultati sono buoni dunque e di certo la metodica non invasiva ed è priva, almeno in questa serie, di complicanze gravi. Gli autori dichiarano dolore solo nel 5% dei casi.

Sull'efficacia...mancano solo (si fa per dire) i risultati a lungo termine. Il tessuto suturato e sollevato in alto con la pessi...può col tempo ritornare ridondante? Il dolore, se la pessi si ancora bene con una sutura al tessuto muscolare sottostante...è davvero così basso?

Certo che i costi e i rischi sembrano ridotti. E il razionale pare efficace.

Due riserve però. La prima: il follow-up a distanza è stato effettuato col colloquio telefonico, sia pure da un osservatore indipendente, e sappiamo che la telefonata ha dei limiti scientifici. La seconda (faccio l'avvocato del diavolo): manca nell'articolo qualsiasi dichiarazione su eventuali conflitti d'interesse.

Perché ho recensito così pochi articoli da Int. J.Colorect. Dis., vi chiederete?

Perché ormai due lavori su tre in questa rivista riguardano la biologia molecolare e la genetica dei tumori e delle coliti e non la chirurgia. Ciò non significa che non siano importanti e scusate quindi se non ve ne ho parlato, ma sarebbero state recensioni difficili da fare e difficili da leggere.

Ci sono poi non pochi case-report in forma di correspondence, ma senza voci bibliografiche.

Riporto alcuni titoli: **Fascite necrotizzante della coscia in paziente con malattia diverticolare**  
**Resezione anteriore del retto laparoscopica con una incisione singola** e ancora **Pericardite ricorrente in paziente con rettocolite ulcerosa dovuta a supposte di mesalazina.**