

**Emorroidi: meglio la Ferguson o la PPH?****G. Sgourakis et al.**

Essendo entrambi degli interventi "chiusi" sarebbe più corretto confrontare la PPH con la Ferguson piuttosto che con la Milligan-Morgan.

Ma, su oltre 100 trials, pochissimi lo hanno fatto.

Ed ecco ora una review greco-tedesca, che prende in esame gli unici 5 trials prospettici randomizzati che, con criteri scientifici soddisfacenti, hanno confrontato la Ferguson e la PPH per la cura chirurgica delle emorroidi. Uno di questi pubblicato su Techniques.

Lo studio ha dei limiti purtroppo, per i pochi articoli passati in rassegna (ma questo non è colpa degli autori), e per altri motivi.

Che la PPH dia meno dolore postoperatorio ormai si sa. Ma si sa anche quelli che sono i suoi limiti, evidenziati anche da diverse metanalisi: la proctalgia cronica, l'urgenza defecatoria, le recidive a lungo termine, le complicanze gravi, c.d. "life threatening", tipo sepsi pelvica e stomie.

Putroppo questi punti non vengono presi in esame dagli autori, i quali ci dicono soltanto che in termini di sanguinamento postoperatorio, degenza, ritenzione urinaria e cicatrizzazione delle ferite le differenze sono marginali.

**Chirurgia delle fistole in una unita' colorettae specialistica****M. Davies et al.**

Centoquattro pazienti inglesi in 5 anni, di cui il 78% seguiti per 30 mesi. Diciotto con fistole di Crohn, quattro dei quali finiti a poctectomia. In media i pazienti con il Crohn sono stati operati per fistola una media di tre volte in 5 anni.

Ottimi risultati nelle fistole criptoghiandolari per lo più operate con fistulotomia. Nessuna recidiva. Solo 2 casi di ferita non guarita. Solo 3 casi di incontinenza fecale.

Come mai i risultati in questo ospedale di Swansea sono migliori che al St Mark's Hospital (dove le recidive sono intorno al 5% e l'incontinnzaa intorno a 25%)?

Mah... i motivi possono essere diversi...ad esempio il relativamente alto numero di pazienti persi al follow-up da Davies e claboratori, la tattica chirurgica (gli autori ci dicono che molti pazienti hanno prima avuto un setone drenante e poi una fistulotomia, in più stadi), forse un criterio diverso per definire i difetti della continenza, di sicuro il fatto che al St Mark's arrivano in gran parte casi difficili e recidivi.

**Se trovate un sinus pilonidalis asintomatico...lo operate?****D. Doll et al.**

Beh...se lo fate...smettete di farlo!...dicono questi autori tedeschi in base alla loro esperienza su 55 pazienti. Non ne vale la pena, meglio essere conservativi e fare dei controlli clinici ripetuti.

Insomma... "wait and see".

**Incontinenza fecale...pazienti difficili e tristi****H. Damon**

Sei centri francesi, 620 casi, tutti molto ben studiati, con grading, score, QoL scale, test per l'ansia e la depressione.

Ebbene, spesso i sintomi sono gravi, la qualità di vita alterata, alti i valori dell'ansia e della depressione. Spesso è associata incontinenza urinaria o altri sintomi gastrointestinali.

Conclusione: è necessario un approccio realmente multidisciplinare! Insomma l'incontinenza fecale è un po' come l'ostruita defecazione, vale lo schema dell'iceberg: la perdita di feci o muco è associata a seri problemi magari più difficili da diagnosticare. Siamo obbligati a farci aiutare da altri specialisti.

E ad avere noi stessi più nozioni anche uroginecologiche, fisiatriche, psicologiche, gastroenterologiche...

Ricordo un articolo del Br J Surg, recensito per voi mesi fa, sull'approccio olistico, mente e corpo insieme, nel paziente con incontinenza fecale.

Ecco perché non solo è superato il concetto del chirurgo (generale) che può curare bene tutti...ma, anche nel campo della chirurgia coloretta, dobbiamo tendere, nell'interesse dei pazienti e del progresso scientifico, alla superspecializzazione: proctologia, perineo-pavimento pelvico, IBD, cancro.

### **Valutazione radiologica delle anastomosi coloretali**

**A. Doeksen et al.**

Attenzione ai falsi-negativi!

### **Helicobacter pylori e cancro coloretta**

**Y. Zhao et al.**

Dalla Cina, una review di 13 studi sembra confermare che vi è un rapporto tra infezione da Helicobacter Pylori e cancro coloretta.

### **Studio defecografico dopo "sphincter-saving operations" per cancro del retto**

**M. Morihiro et al.**

La defecografia è utile per valutare morfologia e funzione in questi pazienti, sia dopo J-pouch, sia dopo anastomosi latero-terminale. Un articolo con molte pregevoli figure.

### **Funzione anorettale, sessuale e vescicale nelle donne sottoposte a chirurgia per cancro coloretta**

**G. Bohm et al.**

Uno studio tedesco su 26 pazienti di sesso femminile, 15 dopo intervento per cancro del retto, con TME, confrontate con 11 operate per cancro del colon.

Rispetto ai dati della letteratura sui maschi, dopo resezione del retto la funzione anorettale e sessuale delle donne risulta più alterata, mentre non lo è quella vescicale.

### **Condilomatosi anale. Frequenti le recidive, rare le stenosi. Si può non fare un flap**

**D. Klaristenfeld et al.**

Dicono questi autori, e ci fidiamo visto che tra loro c'è il bravo e famoso Beart, che si può operare bene un paziente con condilomatosi diffusa anoretto-perianale-perineale senza chirurgia dei lembi e senza avere stenosi.

Invece sono frequenti le recidive, ma si sa che giocano anche i fattori immunitari ecc.

Devo dire la verità, io in casi come quello raffigurato nell'immagine riportata nell'articolo...brrrr...i lembi li uso eccome, per prevenire la stenosi...

Beh, stiamo sui dati USA che sono ben più tosti dei miei: Università di Southern California, una quarantina di pazienti, tutti sieropositivi tranne uno. Quasi tutti giovani, dei poveri cristi..., infatti età media 33 anni. E tutti maschi tranne uno, anzi una.

Che intervento? Asportazione dei condilomi grandi e folgorazione dei piccoli.

Complicanze postoperatorie?

Tante, quasi il 40%. Superate bene però, data l'età.

Recidive? Tante, oltre il 40%. Ricordiamo che erano HIV positivi, e ci potete giurare che molti riprendevano i rapporti anali passivi nonostante le raccomandazioni.

Stenosi anali? Neanche una. ZERO. Davvero notevole. Chirurghi fortunati ma evidentemente bravi. In discussione gli autori commentano che è importante lasciare tra una escissione e l'altra di condiloma delle piccole isole di cute intatta. Facile a dirsi, ma ci vuole grande precisione.

Ecco in sintesi dati. Ah, due casi di cancro. E displasia o carcinoma in situ (che poi è la stessa cosa...) nel 22% dei pazienti. Poteva andar peggio.

**Recidive nel morbo di Crohn: mettiamo a dieta i pazienti?**

**G. Romanato et al.**

“To cut is not to cure” era il titolo di un editoriale della rivista Gastroenterology di oltre 20 anni fa, che spiegava come la cura del Crohn fosse non tanto quella di resecare, ma intervenire con altri mezzi che influissero sulla patogenesi della malattia. Consapevole di questo, il chirurgo padovano Angriman, insieme ad altri colleghi della sua università, ha condotto una ricerca sulla concentrazione plasmatica dei fosfolipidi e delle lipoproteine nei pazienti affetti da recidiva. Il risultato è che questi soggetti avevano dei livelli più alti rispetto a quelli con remissione della malattia. A quanto sembra la resezione intestinale migliora il metabolismo lipidico ed è possibile che una restrizione di grassi nella dieta riduca il rischio di recidiva del morbo di Crohn.

**Ruolo dell’infliximab nel Crohn anale complicato.**

**M. Kraemer et al.**

Lo studio è basato su 19 pazienti che hanno fatto terapia preoperatoria con infliximab per fistole anali complesse di Crohn. Solo in un caso si sono verificate delle reazioni negative (un esantema generalizzato); in otto casi c’è stata una remissione clinica completa e complessivamente 16 pazienti su 19 hanno avuto un esito favorevole. L’interesse del lavoro sta nel fatto che l’operazione effettuata era un fistulectomia con avanzamento di un lembo mucoso rettale, un’operazione che il chirurgo non esegue molto volentieri per il rischio di deiscenza. Pare quindi che con l’infliximab le cose vadano meglio. Benché retrospettiva e priva di un gruppo di controllo la ricerca è perciò stimolante per la pratica clinica dello specialista.

**La “Secca” (radiofrequenza) per incontinenza fecale.**

**B. Lefebure et al.**

Questo studio è invece prospettico e dimostra che questa metodica migliora gli score dell’incontinenza in un gruppo di 15 pazienti. Tuttavia la loro qualità di vita, se si eccettua la depressione, non è migliorata. Un risultato simile a quello ottenuto dopo uno studio italiano della nostra società con gli agenti volumizzanti (Durasphere pubblicato di recente su DCR). Gli autori non escludono un effetto placebo.

**La STARR con un nuovo strumento, il CCS-30 Contour Transtar, nell’ostruita defecazione.**

**A Renzi et al.**

Gli autori hanno curato in un anno 153 pazienti con ostruita defecazione; 30 di questi non hanno risposto ad una terapia conservativa e sono stati operati di STARR. L’articolo è corredato da figure a colori che mostrano come la nuova suturatrice sia in grado di asportare una quantità di tessuto piuttosto consistente. Ammesso che sia questa ridondanza di tessuto rettale la causa principale dei sintomi, questa quantità di “resecato” potrebbe essere una caratteristica positiva del nuovo strumento, che, come sapete, è molto reclamizzato dalla ditta produttrice, anche con dei corsi pratici presso il centro Ethicon di Amburgo.

Un’altra caratteristica positiva dello studio è che la percentuale degli operati, meno del 20%, è lontana dal 60% di altri studi analoghi con la STARR, come ad esempio quelli di Boccasanta et al (2004) e di Arroyo et al (2008). Nel nostro centro operiamo il 14% dei pazienti.

Il limite dello studio, come di altri analoghi, è la mancanza di un gruppo di controllo e il follow-up di breve durata. In questo caso molto breve, solo sei mesi. Dopo sei mesi, come sottolineò Church della Cleveland Clinic, commentando i buoni risultati dopo colostomia percutanea per ostruita defecazione, vi è il cosiddetto effetto “honey-moon”, una sorta di “luna di miele” del paziente, che desidera inconsciamente di compiacere il chirurgo che lo ha operato. Una tipica costante degli interventi per stipsi è che con l’allungarsi del follow-up aumentano le recidive (10% dopo un anno in molti studi...50% dopo 3-6 anni, secondo Brown et al, 2004; Roman et Michot 2006). Per questo motivo un follow-up di soli mesi è davvero poco significativo.

Renzi e collaboratori ci dicono comunque che il 79% dei loro casi operati ha avuto risultati buoni o eccellenti. Tuttavia ci dicono anche che come terapia conservativa, hanno offerto ai loro pazienti, a parte la dieta ricca di fibre e i lassativi soltanto la riabilitazione, dimenticando che esiste una metodica molto semplice economica e priva di effetti collaterali che è l'irrigazione. Vi sono almeno tre studi tra il 2004 e il 2008 (Pizzetti et al, il gruppo di Bartolo e quello di Baeten) che dimostrano come l'irrigazione faccia stare meglio oltre metà di questi pazienti. Purtroppo infine non vi è cenno in questo articolo sul pattern psicologico dei pazienti. Si sa che i 2/3 delle donne con ostruita defecazione (e le pazienti di Renzi sono quasi tutte di sesso femminile) hanno ansia o depressione. E si sa anche che un'eventuale psicopatologia predispone alle recidive (perché la stipsi è "mentale" e non "organica").

Con queste grosse limitazioni, sembra azzardata la conclusione degli autori secondo i quali la STARR sarebbe un intervento rivoluzionario nella stipsi da ostruita defecazione.

### **Enfisema mediastinico e retro-intra-peritoneale dopo STARR con la Contour Transtar, per ostruita defecazione.**

#### **T. Sculte et al.**

Il report di autori tedeschi ci racconta di una settantenne ricoverata in rianimazione il giorno dopo una transtar per rettocele con dispnea e dolore al collo. La radiografia del torace mostrava un enfisema del collo e del mediastino; la broncoscopia era negativa, la rettoscopia mostrava invece un sanguinamento dalle suture rettali. La TAC mostrava un enfisema retro e intra peritoneale con aria nei tessuti perirettali. La paziente migliorava poi con terapia antibiotica e con fluidi endovena.

Questa complicanza è stata varie volte descritta dopo PPH e, più di rado, dopo TEM. A me è capitata una volta dopo l'asportazione transanale di un adenoma villosa del retto.

Attenzione quindi quando si usa la Contour.

## **INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE**

**(Novembre 2008)**

### **Terapia neo adjuvante del cancro del retto basata sulla risonanza magnetica.**

#### **J. Strassburg et al.**

Tra gli autori due nomi prestigiosi: Heald e Hermanek. Lo studio si basa su 181 pazienti con cancro del retto senza metastasi a distanza, sottoposti a chirurgia radicale con intenti curativi: resezione anteriore con escissione totale o parziale del mesoretto e amputazione addomino-perineale con escissione totale del mesoretto. Sulla base della RMN la terapia adjuvante è stata somministrata solo a 1/3 dei casi. I pezzi operatori sono stati tutti accuratamente studiati dal punto di vista istologico.

Gli autori concludono che, sulla base della RMN sono meno i pazienti che subiscono una radiochemioterapia adjuvante, senza che questo comprometta la clearance del tumore sui margini circonfenziali. Come sapete questo è importante perché la radiochemio ha il suo rovescio della medaglia: fibrosi del retto residuo e degli sfinteri e maggior rischio di deiscenze e successive sub stenosi, ovvero più rischi di "sindrome di resezione anteriore" con diarrea, urgenza defecatoria, incontinenza anale e ostruita defecazione; un prezzo talvolta alto da pagare per ridurre le recidive locali ma, a quanto sembra, non per aumentare la sopravvivenza a distanza.

### **Recidiva locale dopo resezione curativa nei pazienti con cancro coloretale.**

#### **H.R. Yun et al.**

Studio coreano retrospettivo su quasi 2000 pazienti con un follow-up (mediano di 61 mesi) minimo di tre anni. In caso di cancro del retto la recidiva locale è stata dell'11%, significativamente più frequente che non nel cancro del colon. Considerando colon e retto le recidive locali si sono verificate entro 3 anni nell'82,4% dei pazienti per questo gli autori concludono che nei primiere anni dopo l'intervento il follow-up deve essere stretto. Questo comporta alcuni inconvenienti come: più alti costi sanitari e la "medicalizzazione" del paziente, ovvero la necessità che dovendo spesso eseguire degli esami di controllo, egli si venga a trovare

di continuo a confronto con la sua malattia. Però presenta il vantaggio che una diagnosi precoce di recidiva si possa tradurre in un reintervento curativo.

### **La prognosi dei tumori neuroendocrini.**

#### **S. Tsukamoto et al.**

Lo studio giapponese riguarda 23 pazienti operati per un tumore neuroendocrino del retto ben differenziato tra il 1973 e il 2007. Poiché l'incidenza delle metastasi linfonodali è molto alta in questi pazienti quando hanno un tumore più grande di 1 cm (!!!), è indicata la chirurgia radicale. I risultati sono stati migliori delle aspettative. Solo 1 paziente degli 11 con metastasi linfonodali regionali ha sviluppato una metastasi epatica; dei 3 pazienti con metastasi ai linfonodi laterali della pelvi, 2 sono sopravvissuti più di cinque anni.

### **Colite "da diversione" con megarectto e ostruzione bilaterale degli ureteri.**

#### **A. Boiyce e W.S. Hendry**

Gli autori, due scozzesi, ci ricordano che solo in una parte dei pazienti operati di Hartmann la continuità intestinale viene poi ripristinata. Il loro retto-sigma resta dunque a lungo disabitato dalle feci che escono dalla colostomia a monte. Questo, come sapete, può provocare una colite "da diversione". Ebbene, si racconta qui il caso di un paziente di 29 anni che ha subito una colectomia subtotale per stitichezza. L'intervento è stato eseguito in più stadi e per 15 anni il paziente è rimasto con una stomia e con il retto escluso dal passaggio delle feci. Gli autori lo hanno osservato d'urgenza con rettoragia, proctalgia e distensione addominale. I vari esami hanno poi dimostrato una dilatazione massiva del retto e una occlusione degli ureteri. La situazione ha richiesto un' amputazione del retto, colpito da grave flogosi. Questa aveva provocato la distensione per cause meccaniche la stenosi ureterale. E' possibile che il quadro fosse correlato con il disordine della motilità (stipsi grave) da cui il paziente era affetto.

## **INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE**

**(Dicembre 2008)**

### **Preparazione meccanica del colon: un dogma da dimenticare?**

#### **G.Gravante et al.**

Da dimenticare magari no, ma da mettere seriamente in discussione magari sì.

E' quanto risulta da questa metanalisi su quasi 5000 casi pubblicati in letteratura. Il lavoro è del gruppo di Pasquale Giordano del Wipps Cross University Hospital di Londra (quattro italiani, uno di Roma Tor Vergata). Il gruppo dei pazienti senza preparazione meccanica non ha mostrato, rispetto a quello senza, nessun aumento delle deiscenze anastomotiche e delle infezioni della ferita.

Eppure sono sicuro che ancora quasi tutti facciamo prendere Selg oppure Isocolan o facciamo fare clisteri ai pazienti prima di una resezione coloretale in elezione.

### **L'omentoplastica previene la deiscenza anastomotica dopo resezione coloretale?**

#### **X-Y. Hao et al.**

Un'altra metanalisi, questa volta dalla Cina.

C'è tra noi chi pensa che coprire la linea di sutura coloretale con un lembo pedunculato di omento sia utile per ridurre i rischi di deiscenze anastomotiche. Io, per esempio, quando possibile faccio questa banale manovra. Ebbene, ci dicono gli autori che in letteratura non c'è sufficiente evidenza che la cosa sia utile. Tuttavia gli articoli esaminati, pur considerando molti pazienti (quasi mille) sono soltanto tre. Per cui, dicono i cinesi, c'è ancora spazio per arrivare ad una conclusione. Per ora ci si affidi al giudizio clinico individuale.

## **Complicanze settiche intra-addominali dopo resezione intestinale per morbo di Crohn.**

### **I. Iesalnieks et al.**

La loro incidenza, ci dicono gli autori tedeschi, è determinata soprattutto dalla gravità della malattia prima dell'intervento. Inoltre, quando avvengono, queste complicanze hanno un effetto negativo sui risultati a lungo termine. Ovvero il paziente che ha complicanze settiche intra-addominali post operatorie avrà più resezioni intestinali nel suo futuro.

## **Il Bisacodyl accelera la ripresa della peristalsi dopo chirurgia coloretale.**

### **U. Zingg et al.**

Come sapete molti farmaci sono stati impiegati per tentare di far riprendere precocemente la peristalsi dopo l'ileo post operatorio (che vi ricordo essere dovuto soprattutto ad un ipertono simpatico da stimolazione dei nervi estrinseci all'intestino). Tra i vari farmaci (Eritromicina, Neostigmina, ecc., solo la Cisapride si è mostrata efficace. Però è stata tolta dal mercato per i suoi effetti sul cuore. Questi autori hanno condotto uno studio randomizzato a doppio ceco e controllato con placebo su 200 pazienti trattati con Bisacodyl (Dulcolax, un lassativo somministrabile in capsule). Il Bisacodyl è itrolisato nell'intestino dagli enzimi e trasformato nel principio attivo Bis-piridil-due-matano, che stimola direttamente la peristalsi colica.

Ebbene si è visto che il tempo per emettere aria, evacuare e alimentarsi è stato più breve nel gruppo col Bisacodyl, il quale non ha fatto registrare più effetti collaterali rispetto al placebo.

Questo semplice farmaco ha quindi i suoi vantaggi e potrebbe esser parte di un approccio multimodale di "fast-track" dopo resezione intestinale. Sarebbe bene usarlo.

Non potevo non andare a leggere alla fine dell'articolo la dichiarazione finale su un eventuale conflitto di interesse. Mi sono chiesto; per caso gli autori, svizzeri, hanno avuto per questo studio un supporto finanziario da parte della ditta, svizzera, che produce il farmaco? La risposta è: no, nessun finanziamento. Questo è quanto gli autori scrivono alla fine dell'articolo.

Come del resto nessun finanziamento da parte della ditta produttrice, era stato dichiarato dagli autori dello studio multicentrico della Contour Transtar.

E dagli autori degli articoli che abbiamo recensito finora.

Per carità...sarà tutto vero, ma come non ricordarvi a questo punto che un importante articolo sui conflitti di interesse ha di recente pubblicato che circa metà di queste dichiarazioni non sono attendibili?

Per saperne di più sull'argomento leggete l'interessante rapporto di Antonio Amato sul numero 1, 2009 di Techniques, in corso di stampa.

## **La somministrazione di farmaci infiammatori non steroidei, di oppioidi e di corticosteroidi aumentano il rischio di perforazione nei pazienti con diverticoli del colon.**

### **K. Piekarek, L.A. Israelsson**

Invece l'aspirina in dosi cardiologiche non aumenta il rischio.

Tutto qui, e altre poche cose che non vi sto a dire, ce lo riferiscono i due autori svedesi dopo una review su 54 pazienti con diverticoli del colo perforato e 183 con diverticoli del colon non perforati, il gruppo di controllo.

Vi aggiungo una notizia che mi ha impressionato. Un paziente a cui avevo fatto una legatura elastica per emorroidi è stato operato d'urgenza per un sanguinamento dopo tre settimane. Aveva preso aspirina per tre giorni.

## **Disfunzione sessuale dopo escissione totale del mesoretto per via laparoscopica.**

### **S.O. Breukink et al.**

E' uno studio australiano-olandese. Ben condotto perché i pazienti, tutti maschi sono stati studiati con endosonografia del flusso sanguigno nel plesso cavernoso ecc, ecc, sia prima dell'intervento che 15 mesi dopo.

Però...però...non per difendere la chirurgia laparoscopica, ma i pazienti avevano anche fatto radioterapia, erano solo 9 e non c'è nessun gruppo di controllo.

## **Qualità di vita dopo la chiusura di una ileostomia temporanea.**

**M. Siassi et al.**

Lo studio viene dalla Università di Erlangen, in Germania, un posto serio. Risultati piuttosto sorprendenti. Dal punto di vista del chirurgo la chiusura di una ileostomia, fatta per proteggere una anastomosi coloretale bassa dopo resezione anteriore, rappresenta un piccolo intervento, non solo, ma il chirurgo si aspetta che il paziente si contenti di essere ricanalizzato. Al contrario: 1) molti di questi soggetti hanno dichiarato che, dopo la chiusura della stomia, sono stati peggio di quanto si aspettassero; 2) i questionari sulla qualità di vita non hanno dimostrato nessun miglioramento; 3) i problemi gastrointestinali sono peggiorati e sono rimasti per un anno dopo l'intervento.

In effetti ricordo di aver recensito per voi uno studio del gruppo di Lars Pahlman, che aveva registrato non poche complicanze, anche inattese, dopo chiusura di ileostomia provvisoria fatta per proteggere un reservoir ileo-anale. Eppure la percezione del chirurgo sulla chiusura della stomia è in genere positiva.

Gli autori tedeschi suggeriscono quindi di offrire a questi pazienti una consulenza psicologica pre operatoria in modo da prepararli ai problemi a cui andranno incontro.

## **Quando operate un paziente per morbo di Crohn fatelo smettere di fumare.**

**G.E. Reese et al.**

Perché il rischio di avere una recidiva è due volte e mezzo maggiore.

Invece, come sapete, il fumo fa bene ai pazienti con colite ulcerosa. Insomma...fa bene alla colite ulcerosa, fa male ad altre cose. Comunque la nicotina è stata usata anche come farmaco per la RCU, come dimostrano importanti studi del San Raffaele di Milano.

Ah...un'altra cosa sul fumo: aumenta il rischio di deiscenza dopo fistulectomia e avanzamento di lembo mucoso rettale. Questo lo ha scritto Zimmerman del gruppo olandese di Schouten.

## **Colectomia e cecoretostomia antiperistaltica nei pazienti con stipsi da rallentato transito.**

**C-Q. Jiang et al.**

Questi autori cinesi lo riferiscono come "intervento" di Sarli, descritto da un gruppo di chirurghi dell'Università di Parma nel 2001.

Gli autori hanno confrontato la qualità di vita in due gruppi di pazienti: 17 sottoposti a colectomia e cecoretostomia e 20 sottoposti alla più classica colectomia e ileorettoanastomosi. A 4 anni di distanza la frequenza di evacuazione nel "gruppo Sarli" era significativamente inferiore e così pure gli score della continenza (Wexner) e della qualità di vita (Giqli). La spiegazione potrebbe essere la formazione di un reservoir formato dal ceco e dal colon ascendente residui nel gruppo della cecoretostomia.

Dei risultati interessanti.

Vanno notati tuttavia alcuni punti deboli del lavoro cinese. Innanzitutto è retrospettivo poi sono circa 40 pazienti operati di colectomia per stipsi in sei anni: un po' tanti. Infine il gruppo con ileorettoanastomosi è stato operato dal '99 al 2002, quello con cecoretostomia dal 2003 al 2005 quando sicuramente l'esperienza chirurgica degli autori era maggiore. Tuttavia un difetto della anastomosi ileoretale in questi pazienti è, come dimostrato da un nostro articolo di tanti anni fa su Coloproctologi, che l'accelerato transito ileale negli stitici, dovuto a un deficit dell'entero-ormone PYY, può causare una grave diarrea. Inoltre Wexner ha scritto pochi anni fa su Techniques che il 70% dei pazienti stitici dopo colectomia e ileorettoanastomosi hanno una alterata qualità di vita spesso legata a dolori addominali e incontinenza anale.

Quindi anche se dovrà essere confermato da ulteriori studi, "l'intervento di Sarli" potrebbe rappresentare un progresso. Ma ricordiamo che prima di fare una colectomia per stipsi occorre provare tutte le terapie conservative, compresa la neuromodulazione sacrale e l'idrocolonterapia. E che è necessario uno screening psicologico dei pazienti (che purtroppo manca in questo come in tanti altri studi sulla chirurgia della stipsi) perché da ormai vent'anni Keighley ha dimostrato che i pazienti con ansia e /o depressione dopo l'intervento hanno spesso una recidiva dei sintomi.

E' per questo che ho fatto "solo" 15 colectomie per stipsi in oltre trent'anni.