

Il lattobacillus fermentum, un probiotico capace di liberare glutazione, previene l'infiammazione del colon

Peran et al

Dalla Spagna, uno studio sui ratti.

Ci dimostra l'importanza della flora batterica nell'IBD.

IBD e polmone. C'e' un rapporto tra chirurgia e bronchiectasie?

Kelly et al

Dagli antipodi (Nuova Zelanda).

Ero a Sidney nel 1983 e pensavo: giacchè sono qui vado in Nuova Zelanda (non c'ero mai stato).

Pensavo fosse come andare da Roma a Palermo...invece no: 3 ore e mezza di volo, come da Roma a Mosca: ho lasciato perdere.

E' lontana, è lontana...

Ma ci si lavora bene. Almeno così sembra da questo articolo.

Un terzo di pazienti con IBD hanno manifestazioni extraintestinali. Tra queste, rare: le bronchiectasie.

Gli autori (uno di loro è il noto e bravo Frizelle) hanno osservato 10 pazienti con IBD e bronchiectasie asintomatiche. Dopo la chirurgia della IBD, e dopo la sospensione della terapia medica della IBD, sono comparsi i sintomi polmonari.

La biopsia polmonare dimostrò infiltrazione linfocitaria.

Medici e chirurghi devono essere al corrente del fenomeno.

Ossa e IBD

Zali et al

Dall'Iran. Vado alla conclusione.

La terapia steroidea, l'età, il fumo e l'indice di densità minerale sono predittivi di ridotta densità ossea e quindi di rischi di fratture. Malassorbimento di calcio e di vitamina D sembrano i fattori maggiormente coinvolti nel disordine metabolico.

L'articolo è lungo nove pagine ed è pieno di dati. Gli interessati possono richiederlo a: firouzifar1975@yahoo.com (è l'email del terzo autore, Farzad Firouzi).

Nonostante l'immagine internazionale dell'Iran sia offuscata dal regime degli ayatollah e dal non proprio misurato presidente Ahmadinejan, le Università sono molto attive dal punto di vista politico e scientifico.

Manometria di una pouch ileoanale modificata per RCU

Kobakov et al

Ora andiamo in Bulgaria.

Ero a Belgrado in ottobre, ricordate forse un mio report. Ho conosciuto in quell'occasione dei colleghi bulgari: seri, seri; modesti, ottime persone, faranno un congresso a Varna sul Mar Nero.

Nel modificare la tecnica del reservoir ileoanale i bulgari hanno pensato: un problema è l'ipotono anale...proviamo una tecnica che lo mantenga buono, atto preservare la continenza. Allora hanno pensato: in un gruppo di pazienti facciamo la ileoanale standard, ma in un altro gruppo plichiamo la muscolatura rettale distale demucosata in modo da accentuare il tono anale di base. E vediamo se questa nuova tecnica migliora la continenza. Ebbene, sapete che dopo l'anastomosi ileoanale la pressione di base nel canale anale scende per lo stretch dello sfintere interno (confezione dell'anastomosi). Invece nel gruppo del retto plicato la manometria mostrava un aumento del tono di base. Gli score della continenza anale dopo 12 mesi sono risultati aumentati, anche se manca il

confronto statistico. Alla ecografia anale si registrava un minimo aumento di spessore del muscolo liscio, ad effetto della plicatura, e gli autori forniscono una bella immagine ecografia esplicativa. Gli autori ci dicono anche, alla fine dell'articolo, che la plicatura non provoca ostruita defecazione. Studio con qualche lacuna scientifico-statistica, ma interessante e promettente. Merita ulteriori perfezionamenti.

Colla nelle fistole anali

Barillari et al

C'è anche il nostro Luigi Basso tra gli autori, insieme alla Professoressa Indinnimeo.

L'articolo viene dall'Università La Sapienza, di Roma.

In 21 pazienti (7 fistole semplici, 14 complesse) la fistola è stata identificata, courettata, irrigata con fisiologica e acqua ossigenata.

Poi nel decorso della fistola è stata iniettata la colla di cianoacrilato (Glubran 2, GEM, Viareggio).

I risultati. Molti pazienti sono guariti con una sola iniezione, l'80%. Altri sono guariti dopo la seconda o terza applicazione. Un paziente era allergico alla colla, che è stata tolta. Tutti i pazienti dopo 3 giorni erano al lavoro (a Roma?...mah...potrei capire a Milano). Diciamo che erano tornati a casa.

Il follow-up è stato di un anno e mezzo. Nessuno dei 19 pazienti guariti col cianoacrilato ha avuto recidive della fistola.

Il cianoacrilato non si scioglie ma resta anzi in sede. All'inizio dà al paziente la sensazione di una corda dura che poi si scioglie. In conclusione, secondo gli autori, la metodica è sicuramente da provare.

La SICCR sta completando un trial con la colla di fibrina, più collaudata in letteratura: attendiamo con interesse i risultati.

Ricostruzione sfinteriale e levatorplastica anteriore. Contano l'età del paziente e la durata del follow-up?

Evans et al

Rileggete con calma il titolo...voi direste, come direi io, che la sfinteroplastica va peggio in un anziano che in giovane? E direste, come direi io, che dopo 10 anni andrà peggio che dopo un anno? Scommetto di sì...

Invece questi inglesi hanno trovato il contrario!

Ben otto pazienti su 10 migliorano la loro continenza dopo la chirurgia e ben sei pazienti su 10 hanno risultati buoni o eccellenti. E questi risultati non peggiorano negli anziani né col passare del tempo.

Poiché molti autorevoli chirurghi ci hanno insegnato il contrario (e il contrario ho anch'io trovato nei miei pazienti) siamo costretti a leggere bene questo lavoro, per capire il perché della discrepanza. E che cosa troviamo?

Troviamo che, a differenza di altri autori, questi inglesi **c o m b i n a n o** sempre insieme la ricostruzione sfinteriale e la levatorplastica anteriore (io quasi mai). Quindi non solo ricongiungono i capi sfinteriali separati, ma vanno anche a cercare e suturare le due branche laterali del puborettale sul davanti.

E giacché ci interessa migliorare i risultati nei nostri pazienti, andiamo a leggere i particolari della chirurgia.

Evans et al fanno sempre l' **o v e r l a p p i n g** (io quasi mai), l' **a s c i a n o** il tessuto cicatriziale che dà più consistenza alla sutura (anch'io...), usano punti **n o n** riassorbibili (io uso il vicryl), **n o n** danno le suture troppo vicine al setto retto-vaginale per prevenire la dispareunia (io non ci faccio caso). Danno ai pazienti **a n t i b i o t i c i** e lattulosio per una settimana (io per tre giorni). Non fanno **m a i** la stomia escludente (io quasi mai).

Unico lato debole dell'articolo: lo studio è retrospettivo.

Tuttavia...vogliamo provare a fare come loro?...Magari funziona.

Elettrostimolazione transanale per incontinenza fecale, in ambulatorio e a domicilio

Healy et al

Questo studio invece è prospettico, viene dall'Irlanda.

Quarantotto pazienti sono stati superstudiati: score dell'incontinenza, eco anale, manometria, latenza del pudendo. E poi divisi in due gruppi: un gruppo ha fatto la elettrostimolazione a domicilio. L'altro con i fisioterapisti in ambulatorio (un ciclo con elettrostimolazione e biofeedback).

Entrambi i gruppi sono migliorati.

Nessun paziente aveva delle lesioni sfinteriali suscettibili di riparazione chirurgica.

Di recente, al congresso di Altomare a Bari, nella consensus conference finale (Donato, ora che stai diventando co-Editor di TIC ce la devi proprio mandare!...) tutti i panelists erano d'accordo che ormai le lesioni sfinteriali (a meno che non siano ampie) non sono una controindicazione alla neuromodulazione sacrale.

Risposta del colon al pasto negli stitici

Bouchoucha et al

C'è anche Devroede tra gli autori e non ho ancora visto un articolo di Bouchoucha, Devroede, Arzac e soci che non fosse lungo meno di otto pagine.

Ce n'è anche uno extralungo su TIC 4. Propongo per un premio chi di voi lo leggerà attentamente riga per riga...Eppure questi studi franco-canadesi sono, magari più per i gastroenterologi che per i chirurghi, di grande valore.

Sapete che esiste il riflesso gastro-colico. Che esso è in realtà un riflesso gastro-ileo-colico.

Che ha una prima parte rapida e fugace, mediata dal controllo neurogeno, i nervi estrinseci, e una seconda parte più tardiva e prolungata, mediata dal controllo ormonale, ovvero gastrina, colecistochinina ecc.

Che questo riflesso, o risposta del colon al pasto, varia a seconda della composizione del pasto. Che si può misurare in vari modi. Tempi di transito, manometria ecc.

Ma finora non si conosceva con certezza se, e in che modo, nel paziente stitico questa risposta fosse anormale.

L'articolo franco-canadese colma questa lacuna. Ci dimostra che la risposta del colon al pasto nello stitico è frequentemente alterata e che il grado di alterazione dipende dal tipo di stipsi.

A che ci serve saperlo, chiederanno molti di voi?

Rispondono gli autori: a individuare diversi sottogruppi di pazienti stitici a seconda del tipo di risposta al pasto, a seconda del ritardo di questa risposta...e così via.

E possibilmente a trovare diverse modalità diagnostiche e diverse terapie adatte a questi sottogruppi.

Collagene, aderenze e protesi di prolene. C'è un nesso?

Schonleben et al

Sì, il nesso c'è.

Quando il chirurgo usa una protesi di prolene (polipropylene mesh), ad esempio per un laparocèle, c'è rischio di aderenze tra la protesi e l'intestino. Usando una barriera fisica di collagene questo rischio può essere ridotto?

La risposta è sì.

Chi è interessato a questa problematica può richiedere l'articolo a: fs2129@columbia.edu

Un endometrioma in rapida crescita può simulare un tumore

Hazrah et al

Dall'India.

Il caso è accaduto con una paziente di 45 anni con stenosi del retto alto alla colonscopia dopo una isteroannessiectomia seguita da una fistola vescico-vaginale. A causa di perforazioni multiple post-colonscopia la paziente è stata operata d'urgenza. Data la peritonite fu eseguita una Hartmann. Solo a questo punto si evidenziò una massa ovalare nella pelvi che istologicamente si dimostrò essere un endometrioma.