

LINFOCITI B1a NELLA COLITE ULCEROSA*Polese et al*

Tra gli autori dei chirurghi, come Angriman, e dei gastroenterologi come Sturniolo. Il gruppo è di Padova. Il tema è la patogenesi della RCU.

Sapete che la RCU è frutto di una combinazione tra fattori immunitari, infettivi, psicologici e forse altro ancora. C'è come una lamina di protezione immunitaria tra il lume e la mucosa dell'intestino, e sopra questa lamina c'è lo strato della flora batterica. Se c'è uno stress la lamina si riempie di buchi e nei buchi si gettano i germi patogeni rompendo la mucosa. Questo detto in modo grossolano.

Per cui si può capire che asportare l'organo può essere una soluzione relativa. Il problema è a monte, nello squilibrio tra fattori psicoimmunitari. Chissà che poi la pouchite non venga perché, tolto il grosso intestino, lo squilibrio permane. Ecco perché non vanno bene i chirurghi semplici tagliatori (anzi, aggiustatori, come li chiamava Terzani). E Angriman (con Sturniolo) dimostra di non essere solo un tagliatore-aggiustatore, ma, come si dice, un bravo medico che sa "anche" operare.

Questi autori hanno visto che la concentrazione dei linfociti B1a era ridotta nel sangue dei pazienti con RCU anche dopo che l'organo ammalato era stato asportato con una proctocolectomia. E sono proprio queste le cellule che giocano un ruolo importante nella immunità naturale contro gli stimoli endoluminali. Questi livelli ridotti possono essere responsabili della malattia.

Un' importante conferma.

QUANTO SI AMMALANO GLI OCCHI NELLE IBD?*Ylmaz et al*

I colleghi turchi (atipico uno studio sulle IBD dalla Turchia, non credo che laggiù siano molto frequenti) hanno studiato gli occhi di 116 pazienti con Crohn e RCU. Il 23% avevano problemi oculari. I più comuni: congiuntivite, blefarite, uveite, cataratta. Interessante questo: che i soggetti con problemi oculari avevano il doppio di manifestazioni extraintestinali di Crohn rispetto ai soggetti con gli occhi sani.

A dir la verità sarebbe stato corretto uno studio contemporaneo di un gruppo di controllo senza IBD, comunque le conclusioni sono: che gli occhi vanno esaminati nei pazienti con IBD e poi che bisogna essere consapevoli del fatto che la lesione oculare può precedere le lesioni intestinali.

Così come nel 17% dei pazienti il Crohn comincia con una lesione anale senza lesioni intestinali.

Quindi, occhio!..

QUANDO SI OPERA IL CROHN NEI BAMBINI?*Leonor et al*

Duecentottanta pazienti in età pediatrica, età media 11.9 anni, sono stati curati per m. di Crohn in 10 anni a Vancouver, British Columbia, Canada. Il 20% sono stati operati. C'è stato un aumento degli interventi nei soggetti trattati con terapia con immunomodulatori.

FISTOLE RETTO-VAGINALI DI CROHN, CONFRONTO FRA TECNICHE DIVERSE.*Athanadianis et al*

Uno studio osservazionale abbastanza consistente. Cinquantasei interventi in 37 donne, alcune operate più volte quindi. Vari gli interventi effettuati, dalla plastica trasversale transperineale al lembo di avanzamento rettale. Guarite al primo intervento poco più di metà, coi reinterventi precoci il 75%. Notate bene, nei tre quarti dei casi è stata fatta una stomia escludente. Ileostomia, non sigmoidostomia. Non so, se faccio una stomia per un intervento basso transanale o transperineale io preferisco un sigmoidostomia. E' rapidissima e meglio gestibile dal paziente.

Comunque quand'è che questi tedeschi hanno fatto una stomia? In caso di fistole recidive, o fistole ampie, o interventi associati addominali o anche sfinteroplastiche.

Non è allegro fare una stomia, ma è vero quel che si dice: ci si pente di più per una stomia non fatta che per una fatta.

Recidive: 30% a 7 anni.

Gli autori concludono che le fistole complesse di Crohn devono essere operate dagli specialisti.

FATTORI CHE INFLUISCONO SULLA CONTINENZA DOPO FISTULOTOMIA

Toyonaga et al

Undici nomi, spesso così i giapponesi.

Ma anche le fistole sono abbastanza, 184, tutte intersfinteriche.

Studiata la continenza un anno dopo la fistulotomia, ovvero messa a piatto, ovviamente.

Recidive, meno del 3%. Alla manometria il tono anale si è ridotto in modo significativo, come pure la lunghezza del canale anale. Non la contrazione volontaria. Incontinenza nel 20% dei pazienti, per lo più ai gas, solo in 4 alle feci liquide. Gli autori concludono che la manometria è stata utile per scegliere l'intervento, e che è meglio non sezionare lo sfintere a. nei pazienti con ridotto tono di base b. in quelli già operati all'ano.

ASPORTAZIONE DELLA RAGADE E INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA

Scholz et al

Quaranta pazienti con ragade cronica. . Dopo 6 settimane il 95% non avevano più sintomi. Dopo un anno recidiva nel 10% dei casi, che sono stati ritrattati. Overall, 97% guariti. Quindi il metodo funziona. Convincente. Sarebbe utile un trial prospettico randomizzato col solo Botox.

PPH PER EMORROIDI NEL CIRROTICO

Huang et al

Otto casi. Due hanno avuto emorragia postoperatoria importante, ma senza reintervento. Bene i pazienti dopo 6 mesi. Era uscito un altro articolo, su Colorectal Dis, sul Ligasure efficace nelle emorroidi del cirrotico. Sarebbe interessante un trial, ma sono pazienti rari, per fortuna.

CURVA DI APPRENDIMENTO NELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA DEL COLON

Leong et al

Studio su 317 casi.

Si consiglia di iniziare con casi di patologia benigna, almeno uno al mese, anzi 1.2.

QUANDO SI RICANALIZZA UN'HARTMANN?

Roque-Castellano et al

Studio su 42 ricanalizzazioni, solo un quarto di 162 pazienti.

Intervallo di tempo tra l'Hartmann e la ricanalizzazione un anno. Complicanze postoperatorie: 55%.

Metà dei pazienti erano vivi dopo 3 anni.

Gli autori invitano alla cautela.

ALLA FINE DEL FASCICOLO CI SONO UNA DECINA TRA CASI CLINICI E CORRESPONDENCE, tipo:

Plasmocitoma dell'anoretto

Pericardite e rettocolite ulcerosa

Pericardite e Crohn

Mesoretto, è un termine appropriato?

Metastasi scrotale di cancro coloretale

Ecc ecc

ma li salto e passo al prossimo IJCRD

EVOLUZIONE DELLA PROCTOCOLECTOMIA RESTAURATIVA E SUO EFFETTO SUGLI ORMONI GASTROINTESTINALI*M'Koma et al*

Questo è davvero un bell'articolo, complesso, su un argomento affascinante.

Un articolo di 20 pagine con 249 voci bibliografiche.

Mi affascina come sapete la PNEI, questo sistema cibernetico che mi sembra sia una congiunzione felice tra la medicina antica e quella modernissima. Questa visione secondo la quale un organo o apparato da studiare e curare o, come in quest'articolo (o in quello di Sturniolo e Angriman che vi ho recensito prima), anche un intervento chirurgico, vada visto inscritto nel malato a cui appartiene, visto cioè come se fosse al centro di un rombo i cui vertici sono la P, psiche, il cervello, la N, il sistema nervoso anche periferico e intrinseco ovviamente, La E, il sistema endocrino (ed ecco questo articolo, perché il sistema endocrino è anche nell'intestino) e la I, il sistema immunitario.

Beh, poi ci sarebbe anche la G, genetica, e la S, come dicono alcuni cultori della PNEI come lo strambo ma forte uroginecologo del salernitano, Giovanni Alvino, S come "soul" l'anima, che potrebbe essere identificata con le bioenergie. Che, tanto per dimostrare che non stiamo parlando di fandonie, si identificano (anche) nei meridiani energetici dell'agopuntura o dello shiatzu, quelli che studi seri hanno dimostrato essere presenti nell'embrione di pollo prima di vasi, nervi e linfatici. E altri studi seri hanno dimostrato che, se vengono iniettati con tecnezio radioattivo, mostrano una risalita del tecnezio alla velocità di un tot mm al minuto ecc ecc.(scusatemi se ve l'avevo già scritto).

Ma da quando la medicina orientale e quella occidentale si sono divise e il concetto di corpo si è diviso da quello di spirito, nella nostra formazione molte nozioni o intuizioni o supposizioni sono state escluse e crediamo solo a quello che è dimostrabile o quantificabile. Il che è anche giusto, ma capite bene che certe cose ora scontate, 10 o 30 anni fa non erano affatto dimostrate e si pensava non esistessero. Per cui molte cose che esistono e influiscono su di noi e che verranno misurate tra 10 o 30 anni adesso sono totalmente ignorate o viste come stregonerie.

Pensate alla biologia molecolare del cancro o ai fattori immunitari nelle IBD. O alla PET ecc

Dopo questa premessa, se dovessi riferire e commentare l'articolo ci metterei cinque pagine. Mi accontento di avervi dimostrato, spero, che un chirurgo che fa la proctocolectomia con ileostomia di Brooke o ileostomia continente di Kock o reservoir ileoanale di Parks e Nicholls non deve solo sapere quando farlo e saperlo fare bene, ma deve sapere anche tante altre cose. E siccome molte di queste è umanamente impossibile saperle, è bene che si circondi di specialisti adeguati che lo sostengano.

Infatti questo articolo è scritto da patologi, chirurghi, gastroenterologi e biologi..

Dove ci vuoi portare Pescatori? Diranno alcuni di voi...Chiacchiere, troppo complicato..

Ecco allora un esempio clinico, un caso eclatante che mi è capitato 15 anni fa. Mi scuso con chi lo conosce già (l'ho pubblicato e riferito ai congressi un paio di volte).

Operammo una suora 50enne di colectomia e ileoetto per stipsi cronica. Un mese dopo l'intervento aveva diarrea. E fin qui normale. Ma 6 mesi dopo l'intervento aveva ancora diarrea, 16 scariche in 24 ore (con incontinenza), ipopotassiemia a 2, astenia grave. Insomma, per farla breve, che cosa abbiamo scoperto? Che il suo ormone PYY, ovvero peptide-tirosina-tirosina, un ormone prodotto dal grosso intestino, era semiassente, ovvero che i livelli plasmatici non crescevano affatto dopo il pasto come di norma. L'ormone in questione si chiama anche "ileal brake" o freno ileale e ha il compito di frenare o regolare la immissione di chimo dall'ultima ansa del tenue nel colon destro. La paziente, stitica da decenni, per un meccanismo di feed-back aveva straridotto la secrezione di quest'ormone perché tanto non serviva frenare il chimo, visto che nel colon c'era un tale rallentamento del transito che la frenata ormai non serviva più.

Appena tolto il colon, l'ileo ha cominciato a scaricare come un dannato il chimo nel retto, non più frenato né dal colon asportato (serbatoio e riassorbimento di acqua), né dall'ormone.

Di qui la diarrea irrefrenabile. Se avessimo fatto la valutazione dell'ormone o misurato la velocità di transito ileale prima dell'intervento avremmo preso le contromisure (un reservoir ileale sopra all'anastomosi ileorettale ad esempio, come fu fatto nel reintervento).

Vedete quindi, ho parlato di chirurgia pratica.

Ecco, l'articolo degli americani si occupa di tutto questo, con riferimento alla proctocolectomia.

Ci sono delle belle figure, delle belle tabelle e dice tante belle cose. E spero vi sia venuta la curiosità di leggerlo. L'email dell'autore principale è Amosy.mkoma@vanderbilt.edu.

Marina Fiorino è brava a scaricare da internet gli articoli full text di qualsiasi rivista e forse lo può mandare a d alcuni di voi. Sapete come trovarla: marinafiorino@libero.it

CANCRO COLORETTALE NEI PAZIENTI HIV POSITIVI

Wasserberg et al

Il primo autore è israeliano, gli altri americani, di Los Angeles.

Su quasi 4000 pazienti con cancro coloretale, 12 erano HIV positivi. Età media 41 anni, quasi tutti con cancro avanzato. Follow-up mediano 30 mesi. Meno sopravvivenze senza cancro tra i casi HIV positivi. Unica consolazione, anch'essi hanno ben tollerato la chemioterapia.

CAMBIA IL PATTERN DELLE RECIDIVE DOPO CANCRO COLORETTALE OPERATO

Platell

Autore australiano.

Due i gruppi esaminati. Il primo, di 710 pazienti, era stato operato dal '96 al 2006. Il gruppo di controllo, 475 pazienti, operato dall' '89 al '95. Nel primo gruppo c'erano però più tumori del retto e più tumori in fase iniziale.

Allora, cambia il pattern delle recidive?

Sì, qualcosa cambia. Ad esempio, nel gruppo più recente le recidive sono comparse dopo 2.1 anni, nel gruppo di controllo dopo 1.6 anni, però la differenza non è statisticamente significativa. Poi, nel gruppo di studio le recidive a 5 anni negli operati radicalmente sono state il 17%, vs. il 42% nel gruppo storico, questa sì significativa. Però non dimentichiamo che nel gruppo storico c'erano più cancri avanzati. Anche le recidive da cancro del retto comunque sono diminuite, dal 9 al 34%.

Quindi le cose stanno migliorando, pare.

E perchè?

Probabilmente, dicono gli autori, per due motivi.

Per un più ampio uso della radiochemio adiuvante. E per una dissezione anatomica più accurata, che riduce le perdite ematiche, e quindi le emotrasfusioni, e anche il rischio di sepsi. Due fattori che pare aumentino il rischio di recidiva.

TUMORI MALIGNI DELL'APPENDICE

O'Donnell et al

Ventidue pazienti in 20 anni.

Metà circa carcinoidi, metà circa adenocarcinomi.

L'intervento da fare è l'emicolectomia destra, a meno che il tumore non sia minore di 2 cm e sulla punta dell'appendice. In questo caso basta l'appendicectomia.

Ci sono delle belle figure istologiche a colori e quasi 100 voci bibliografiche.

CANCRO DEL RETTO BASSO. UNA NUOVA TECNICA OPEN CON DOPPIA STAPLER E ENDOGIA

Sato et al

Studio retrospettivo su 105 casi. Giapponesi, ma solo 4 autori stavolta...

Mortalità 0. Recidive locali 4.3%. Frequenza dell'alvo a medio-lungo termien: 2-3 evacuazioni al dì.

RCU: 10 ANNI DI RESERVOIR ILEOANALE SENZA ILEOSTOMIA ESCLUDENTE

Davies e Hawley

Dopo un bel po' di anni, inaspettato, un articolo di Peter Hawley. Gran chirurgo del St Mark's Hospital, andato in pensione da un bel po', ma che di certo ha continuato a operare alla London Clinic. Non so se ancora lo fa, mi parrebbe strano perché gli anni passano...ma Hawley è magro e tranquillo, uno che dura.

Comunque, al di là di questo, ecco la sua casistica di pouch ileoanali. Mr Hawley fa il serbatoio in modo diverso dagli altri, è un reservoir di Kock e ha un'ansa efferente, ovviamente senza la valvola antireflusso. Non fa la ileostomia di protezione di routine, anche perché la chiusura della stomia ha una sua morbilità (su questo un bell'articolo del gruppo Pahlman su CRD meno di due anni fa).

Ottantasette casi senza stomia escludente in 10 anni (mancano 10 casi, pazienti stranieri persi al follow-up). Mortalità 0. Complicanze postoperatorie, entro 30 gg, 40%, neanche tante per un intervento complesso "non protetto", considerando che 7 volte su 10 il paziente era sotto steroidi.

Sepsi pelvica da deiscenza della anastomosi ileoanale in 15 pazienti.

Risultati funzionali: una media di 5 evacuazioni al giorno. Solo il 14% dei pazienti doveva svuotare la pouch di notte.

Bene nel complesso.

Pensate che Peter Hawley faceva a mano nel 1975 le anastomosi coloretali ultrabasse, cioè suture a mano, coi fili che parevano le marionette di Podrecca. Perfetto. Gran chirurgo, davvero.

C'E' UNA CURVA DI APPRENDIMENTO PER LA ECOGRAFIA TRANSRETTALE?

Badger et al

Questi irlandesi dicono di sì. Dicono che dopo 30 esami si impara a studiare bene, e studiare, i linfonodi. E poi dicono che un radiologo esperto impara subito a studiare il tumore anche se non ha esperienza di eco transrettale. Mah...sarà, mi piacerebbe sentire il parere dei nostri Vittorio Piloni e Nello Santoro.

ILEO-COLON-PROCTOPLASTICA ANTIPERISTALTICA, UNA PROCEDURA DI SALVATAGGIO DOPO RESEZIONE COLORETTALE ALLARGATA

Violi et al

Una tecnica interessante proposta dal gruppo dei chirurghi di Parma.

ASCESSO ANALE, PPH E OSSO DI POLLO

Huang et al

Una curiosa complicanza da Taiwan. Speriamo che il paziente non abbia anche preso l'aviaria...