

Cancro dell'ano nei pazienti con trapianto di rene

Patel et al

Lo sapevate?

La causa, come si può intuire, o la concausa è la immunodepressione. Vedete come in chirurgia, e nella società in genere, il progresso (qui i trapianti) dà e il progresso toglie. Ricordo una discussione con il collega Giulianotti all'ACOI di Catania, anni fa. Io parlavo su "Uso e abuso delle nuove tecnologie in chirurgia coloretale" e lui mi diede del passatista dicendo: allora vogliamo andare tutti a piedi perché l'invenzione dell'automobile comporta dei rischi?

Mah...tutti a piedi no...però la prima, dico la prima, causa di morte nel mondo occidentale sono gli incidenti d'auto. Quindi OK andiamo in macchina, ma limitiamo la velocità, aumentiamo la polizia stradale, mettiamo la cintura, ecc ecc

Idem per i trapianti di rene, certo vanno fatti, ma poi c'è una prevalenza, nei trapiantati, di cancro dell'ano, neoplasia anale intraepiteliale e HPV. Quindi occorre prendere contromisure.

Gli autori, del St Mark's Hospital, dopo una accurata ricerca su Medline, HANNO VISTO CHE LA PREVALENZA DELLA NEOPLASIA INTRAANALE E' DEL 20% E QUELLA DELL'HPV ARRIVA AL 47% NEI TRAPIANTATI STABILIZZATI.

Più di quella dei pazienti con rapporti anali passivi.

Il consiglio finale del gruppo di Northover è di fare ai trapiantati di rene una profilassi per l'infezione HPV.

Il restaging del cancro del retto dopo radiochemio adiuvante

Benzoni et al

Università di Udine, 10 nomi ma ben giustificati: lo studio viene da 5 Istituti.

Cerco di recensire i lavori italiani anche nella speranza che i rappresentanti regionali SICCR invitino gli autori a iscriversi alla Società, se non ne sono già membri.

Argomento attualissimo il restaging, data la diffusione della ch-rt adiuvante. STUDIO PROSPETTICO su 58 pazienti. Tutti i pazienti trattati con radiochemio di 5 settimane sono stati ristadiati in modo accurato. Quasi il 10% ha mostrato una REGRESSIONE COMPLETA. Prima della neoadiuvante circa il 63% dei pazienti erano N0 allo staging clinico, dopo la neoadiuvante e la chirurgia circa il 65% dei pazienti erano N0 allo staging patologico. TUTTI i casi trattati hanno mostrato una regressione: DATO IMPORTANTE CHE CONFERMA L'EFFICACIA DELLA NEOADIUVANTE, ALMENO DAL LATO ONCOLOGICO.

GLI UDINESI CONCLUDONO CHE PER VALUTARE LA RISPOSTA ALLA ADIUVANTE CI DEVE BASARE NON SULLA RISPOSTA CLINICA E STRUMEN TALE MA SU QUELLA ISTOPATOLOGICA. Va da sé che ci vuole un bravo, ANZI OTTIMO patologo. Direttivo SICCR, ne possiamo invitare uno al nostro nazionale a Verona?

Good news: Haboubi, che in Europa è forse il migliore, sta preparando uno studio di questo tipo col chirurgo israeliano Micha Rabau, da mandare a TIC entro un anno.

Ancora cancro, stavolta del colon, perforato, che si presenta con un ascesso addominale.

Lin Tsi et al

Da Taiwan.

E' accaduto solo in 6 di 756 pazienti, meno dell'1%. Tutti con anemia, trattati con resezione one stage e chemioterapia. Uno è morto dopo un anno per meta epatiche, 5 sono vivi senza tumore, dopo 1, 3, 3, 6 e 6 anni. Non male.

Che si fa con la vescica invasa da cancro coloretale?

Gao et al

Cinesi. Studio retrospettivo su 33 pazienti, di cui 54% avevano aderenze infiammatorie con la vescica, 46% una invasione neoplastica. Un terzo hanno avuto complicanze postoperatorie. Cistectomia parziale o totale le due opzioni: maggior morbilità dopo cistectomia totale. Infine, interessante: a 5 aa di distanza nessuna differenza tra la sopravvivenza degli invasivi con flogosi o con cancro.

Dopo questi quattro...SEGUONO ALTRI OTTO ARTICOLI SUL CANCRO!!!

Ve ne recensisco un paio, rapidamente

Preparazione per colonscopia virtuale e convenzionale per la stadiazione operatoria del cancro coloretale. Confronto tra due preparazioni: peg piu' mezzo di contrasto vs. peg soltanto.

Nagata et al

L'ideale è dare PEG e contrasto e fare la colonscopia virtuale poiché così vengono eliminati gli spot ciechi.

E la buona, vecchia, cara, economica colonscopia? E' da buttare?

Mmmh, mi sa che se gli endoscopisti non si mettono a fare le raffinatezze raccomandate dagli inglesi (e prima ancora dai giap) con luci e colori del tipo vi stupiremo con effetti speciali...perderanno la battaglia.

Il paziente ha piu' di 70 anni e ha meta epatiche da cancro coloretale.

Qual'e' la morbilita' dopo resezione epatica?

Mazzoni et al

C'è anche Adriano Tocchi tra gli autori, Università la Sapienza, un collega che pubblica spesso. Claudio Mattana, rappresentante regionale SICCR del Lazio, li puoi contattare?

Due gruppi di pazienti: A con 70 aa o più. B con meno di 70 aa.

MORBILITA' POSTOP, SIMILE o perlomeno non c'è differenza statisticamente significativa: 21% GRUPPO A, 16% GRUPPO B.

Quindi l'età avanzata del paziente, di per sé, non controindica la resezione epatica.

Ma...nel gruppo B molto più frequenti erano i T3 e i paz con linfonodi presi

E il doppio dei paz con gruppo B avevano ipertensione arteriosa rispetto a quelli del gruppo A.

D'altra parte moltissimi nel gruppo B erano ASA I, pochissimi lo erano nel gruppo A.

Come è ovvio.

Cambiamo argomento

Correspondence

Trombosi acuta della vena mesenterica superiore durante proctocolectomia restaurativa per colite ulcerosa. Che si fa?

Tonelli et al

Da Firenze ovviamente.

Paz di 57 aa, maschio, magro. Ecodoppler intraoperatoria dei vasi mesenterici: trombosi. Intervento con ileostomia escludente. Per tre mesi controlli ematologici a raffica e terapia con eparina e non solo. Reintervento per chiudere la stomia, trombosi regredita, stomia chiusa. Si consiglia la profilassi con eparina fino alle dimissioni e oltre.

Questo della profilassi con eparina è un argomento cruciale e poco gettonato, i concetti stanno cambiando. Me ne accorsi rivedendo la letteratura 4-5 anni fa dopo che, a sei mesi di distanza, un 47enne magro e una 56enne grassa (rispettivamente resez ant ultrabassa TME e coloanale per ca del retto e proctocol restaur e reservoir ileoanale per RCU, open e open) morirono a casa dopo 3 settimane all'improvviso davanti alla famiglia per embolia polmonare. Avevano fatto eparina per pochi gg in reparto. Da allora nei paz a rischio continuo l'eparina anche dopo le dimissioni.

Enterite eosinofila, una rara causa di dolore addominale

Biswas et al

UK.

E' causata da ipersensibilità del tratto gastrointestinale a allergeni esterni ed è associata con eosinofilia nel sangue periferico. La tipica istologia è quella di una enterite localizzata con una marcata reazione granulomatosa eosinofila. Dicono gli autori che è molto rara in occidente. In effetti io ne ho visto un solo caso 20 anni fa.

Alla laparoscopia effettuata su questa 47enne si è trovata una ultima ansa ispessita. Resezione e entero-enteroanastomosi. Quadro tipico all'istologia. Paziente guarita.

La diagnosi differenziale va posta col Crohn, se c'è una elmintiasi va curata.

Attenzione, nei nostri pazienti ci sono più spesso parassitosi di quanto non si pensi e le parassitosi occulte possono combinare altri guai, esempio feci con vermi possono infettare la ferita di una fistola operata che sta guarendo. Mi è capitato in una diciannovenne operata di fistulectomia e flap mucoso rettale. Da noi facciamo diagnosi (Daniela Pizzetti) con la biorisonanza o Vega test e i test di intolleranza alimentare.

Anni fa ero scettico, ora ci credo dopo molte diagnosi giuste, e preziose. Immunità alterata e disbiosi sono alla base di questi quadri.

Noi chirurghi sappiamo poco, nella media, della flora batterica intestinale, ma dovremmo occuparcene di più. I probiotici e l'idrocolonterapia possono essere utili nella disbiosi. A Rimini (maggio) e a Milano (novembre mi pare) ci saranno due convegni sull'argomento.