

IL CANCRO DEL COLON PROSSIMALE HA UNA ORIGINE DIVERSA DA QUELLO DISTALE

Azzoni et al

E' il prolifico gruppo dell'Università di Parma, con Roncoroni e Sarli.

Dicono gli autori che i cancri prossimali e distali alla flessura splenica hanno genesi diversa, in quanto hanno diverse caratteristiche istologiche e molecolari. Tra le altre sono state valutate la instabilità microsatellitare, la perdita di alcuni cromosomi, 18q ecc.

Faccio fatica a recensire in dettaglio perché non me ne intendo...ma mi fa piacere citare uno studio italiano. Chi lo desidera scriva a leosarli@unipr.it.

SIGNIFICATO CLINICOPATOLOGICO E PROGNOSTICO DELLA MATRICE METALLOPROTEINASI NEL CANCRO DEL RETTO.

Schwandner et al

Un altro argomento per me ostico.

Perché ve ne parlo allora?

Perché quello che si sa poco... affascina. E perché possiate ricordare quanto sia importante la biologia molecolare per il progresso, anche chirurgico, dell' oncologia.

La degradazione delle membrane basali e della matrice stromale extracellulare è cruciale per l'invasione e le metastasi delle cellule tumorali. Per invadere i tessuti circostanti e per dare metastasi, le cellule tumorali devono secernere enzimi (proteasi) che rompano gli elementi della matrice extracellulare circostante. Una delle 4 proteasi è la metalloproteinasi che è contrastata dagli inibitori della metalloproteinasi.

Fra questi due elementi si gioca un duello dal cui esito dipende la progressione del tumore.

Che cosa ha fatto Schwander (che è allievo di Bruch in Germania e di Wexner in Florida)? Ha studiato le fasi di questo duello in pezzi di rettosigma asportati dopo resezione anteriore ed escissione totale del mesoretto. Lo scopo: vedere in che modo e fino a che punto dal duello dipendano l'invasione tumorale, la recidiva, la prognosi di sopravvivenza.

Risultati: I duellanti non hanno nessun impatto prognostico dopo chirurgia curativa per cancro del retto.

Allora? Tutto inutile?

No, dicono gli autori. Per chiarire fino in fondo la delicata questione la prognosi va indagata in ulteriori casistiche, più ampie, che includano una popolazione omogenea di pazienti e che distinguano il cancro del colon da quello del retto.

Allora ne sapremo di più.

Indagare ancora, ne vale la pena.

L'INSTABILITA' MICROCELLULARE NON E' PREDITTIVA DELLA SOPRAVVIVENZA INDIVIDUALE IN PAZIENTI NON SELEZIONATI CON CANCRO COLORETTALE

Lamberti et al

Vedete, sempre autori tedeschi. In sostanza dicono la stessa cosa. Aggiungono che lo stato della instabilità microcellulare non influenza la risposta alla chemioterapia.

RESEZIONE ANTERIORE, J-POUCH COLOANALE E ANASTOMOSI TERMINO-LATERALE NEL CANE

Willis et al

Sei cani con anastomosi su pouch colica, 6 con anastomosi latero-terminale. Dopo 4 mesi si è misurata la frequenza dell'alvo, il tempo di transito intestinale e la compliance del neoretto, valutata con un barostato e una defecografia. Dopo entrambi i metodi aumentava la frequenza dell'alvo. Il tempo di transito era più lungo, cioè rallentato, nei cani con il reservoir ("Reservoir Dogs" direbbe Quentin Tarantino...). La compliance e la funzione del neoretto era migliore nei casi con la pouch. Il principio funzionale della pouch colica non è la sua funzione di reservoir ma il ritardo della motilità del colon che essa è in grado di dare.

I TUMORI RARI DEL COLON E DEL RETTO: UNA REVIEW NAZIONALE

Kang et al

La nazione sono gli Stati Uniti d'America.

I casi sono tanti, nel decennio 1991-2000: 2565 carcinoidi, 955 linfomi maligni, 455 tumori endocrini non-carcinoidi, 437 cancri a cellule squamose, e 164638 adenocarcinomi. Per ogni tipo istologico è stata determinata la sopravvivenza a 5 anni e altri outcome.

Tutti i pazienti con tumori rari avevano età più giovane dei pazienti con adenoma. I tumori squamosi e carcinoidi colpivano di più il retto. I carcinomi davano sintomi più precocemente degli adenomi. La più alta sopravvivenza a 5 anni (91%) era dei pazienti con carcinoide, la più bassa dei pazienti con tumori neuroendocrini (21%).

FATTORI PROGNOSTICI DEL CARCINOMA ANALE A CELLULE SQUAMOSE DOPO RADIOTERAPIA: L'ESPERIENZA DI LIONE

Chapet et al

Ventisei pazienti dall'80 al 2001. Il canale anale era invaso in 5 pazienti.

Terapia: RT esterna in 14 casi e RT adiuvante dopo escissione locale in 12 pazienti.

Risultati: controllo locale iniziale 61.4%, 88.8% dopo terapia di salvataggio.

Sopravvivenza specifica a 5 anni 88.3%. Preservazione degli sfinteri: 66% dei casi.

Sei casi di tossicità da RT.

L'indicazione alla amputazione addominoperineale va riservata alle recidive locali.

La prognosi è correlata al T, all'N e alla differenziazione cellulare.

SEPSI ANALE ACUTA: BATTERI E ECOGRAFIA PER LA DIAGNOSI DELLE FISTOLE

Toyonaga et al

I germi trovati nei casi con solo ascesso e quelli trovati nei casi con ascesso e fistola sono risultati diversi. Nell'ascesso: stafilococchi e poststreptococchi. Nella fistola: una caterva...escherichia coli, bacterioides, bacillus, klebsiella.

Non vi basta, lo so. Scrivete a toyozo7@yahoo.co.jp

PROPOSTE DI LINEE GUIDA PER LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL SINUS COMPLESSO PERINEALE O DELLA FISTOLA RETTALE

Oomen et al

Studio su 28 pazienti con trasposizione del retto dell'addome, del muscolo gracile, del flap gluteo, dell'omentoplastica. Nei sinus profondi si è aggiunto il vacuum, terapia con aspirazione sottovuoto. Un approccio basato sulla lunghezza e l'altezza del sinus e della fistola ha dato l'80% di successi. Messaggio chiaro dagli autori olandesi.

PROLASSO DEL RETTO

Gourgiotis e Baratsis

Discreta review. Alcuni paragrafi, come quello sulla chirurgia laparoscopica e sui criteri di scelta dell'intervento sono fatti bene. Altri, come quello sulla STARR sono fatti male perché si citano solo i pochi studi positivi e non i molti negativi. Però gli autori affermano giustamente che un paziente con prollasso mucoso del retto senza sintomi non deve essere operato. Sembra una ovvietà, ma in questi tempi di foga chirurgica transanale, stapleristica e manuale, è pur sempre un buon consiglio. Per avere l'articolo provate a chiederlo a: drsgourgiotis@tiscali.co.uk (è un anglo-greco come vedete...).

DOPPIO SPARO ALLE EMORROIDI

Boccasanta et al

Sì, una doppietta, anzi una tripletta (due spari più uno) del buon Paolo, perché si tratta di uno studio prospettico che confronta la PPH e la STARR nella cura delle emorroidi con associato prollasso mucoso. Il lavoro è ben costruito e ben scritto, non per nulla Paolo è stato accreditato in colonproctologia dal Board Europeo: è uno che ci sa fare.

E va lodato perché pubblica quasi solo trias prospettici randomizzati.

Ma...per una patologia il cui gold standard di cura è l'asportazione manuale (metanalisi Nisar DCR 2005, linee guida ASCRS DCR 2006, metanalisi Cochrane 2006) il nostro collega e il suo gruppo propongono PPH o STARR! In particolare la STARR è un intervento costoso, che taglia il retto, che può causare emorragia e proctalgia grave (Dodi TIC 2004) urgenza (Boccasanta IJCRD 2006), fistole rettovaginali (Mc Donald CRD 2005, Pescatori IJCRD 2006, Bassi TIC 2006) incontinenza fecale (Spyrou e De Nardi TIC 2006) decesso per gangrena di Fournier (Boccasanta TIC 2004, Gagliardi DCR 2007) sindrome della tasca rettale e fistola perirettale (Boffi, TIC 2007). Complicanze che sono assenti o rarissime dopo emorroidectomia e prolassectomia manuale.

Nell'interesse dei pazienti e del bilancio sanitario (e di noi stessi)...non sarebbe meglio usare pinze e forbici e pagare meno tasse?

Vediamo comunque i risultati di Boccasanta. Il gruppo trattato con STARR ha mostrato più spesso urgenza, il gruppo trattato con PPH ha riferito più spesso insoddisfazione per la persistenza dei sintomi.

La defecografia, ci fanno notare gli autori, migliorava dopo STARR.

Ma ricordate che cosa diceva il compianto Marc Claude Marti?

“Curate il paziente...non le sue radiografie!”

COME FUNZIONANO GLI SFINTERI ANALI DOPO EMORROIDECTOMIA?

Patti et al

Santa Rosalia (Patti)...grazie per queste interessanti pubblicazioni! Ne abbiamo lette un paio rilevanti su DCR riguardo a nitroglicerina e tossina botulinica per ridurre il dolore postemorroidectomia. Il gruppo di De Vita a Palermo è molto attivo. Stavolta gran merito va a Sebastiano Bonventre, vecchio (giovane) amico, esperto in manometria anorettale.

I siciliani hanno operato i loro pazienti con emorroidi di terzo e quarto grado usando la tecnica di Milligan Morgan, e hanno eseguito manometrie 1, 6 e 12 mesi dopo l'intervento.

Risultato: il quadro manometrico a 6 e 12 mesi torna ad un pattern di normalità. Non mi meraviglia: già Teramoto e Parks negli anni '80 evidenziarono che l'ipertono anale di molti pazienti con malattia emorroidaria era dovuto all'ingombro meccanico dei gavoccioli ipertrofici. E gli autori dimostrano con questo studio che la asportazione dei cuscinetti anali è responsabile soltanto di un disordine della continenza LIEVE E TEMPORANEO. Per cui viene a cadere uno di quelli che io chiamo “i nuovi dogmi” (dogmi perché non dimostrati..) del longhismo, e cioè che le emorroidi (patologiche!) siano fattori essenziali per la continenza e che sia sbagliato asportarle.

BISOGNA IMPARARE IL FLAP RETTALE NELLE FISTOLE

Uribe et al

Sì, se ci sono dei lettori proctologi che ancora non lo fanno è bene che si decidano: è una buona operazione perché dà poche recidive e conserva la continenza.

Per la precisione, nelle mani di questi autori spagnoli, dopo 60 interventi, solo il 7% di recidive e solo il 9% di incontinenza seria a quasi 4 anni.

Lo studio sembra avere le carte in regola: è prospettico, nessuno dei pazienti è stato perso al follow-up, fornisce un preciso score della continenza.

Scusate se ribadisco (molti lo sanno) che il lembo di avanzamento rettale è indicato in genere dopo fistulectomia come alternativa al setone. Che va fatto prendendo mucosa, sottomucosa e poca muscolare propria del retto. Che va fatto a labbro piuttosto che a lingua, cioè con base ampia e apice basso, per non devascolarizzarlo. Che non va suturato con tensione.

I PRO: permette di conservare l'epitelio del basso canale anale e della cute perianale, ricchi di terminazioni nervose e utile per la continenza. Permette di avere una ferita piccola e dunque una guarigione rapida con poche medicazioni. Non lascia la deformità anale che residua dopo il setone e che disturba la continenza.

I CONTRO: solo uno direi, quello solito che il chirurgo deve fronteggiare quando fa una sutura, la possibile deiscenza.

Ecco, la critica che farei al lavoro è che non ci dice nulla a riguardo. Non dice se ci sono state o no deiscenze del lembo. E sappiamo che le deiscenze ci sono, anche nelle mani migliori, e sono intorno al 20%. Al 30% nelle fistole di Crohn. E sappiamo che dopo deiscenza della sutura talvolta si ricorre a setone. E che il setone può dare deformità, soiling e altri fastidi. Ebbene, proprio sul punto debole della metodica gli autori non dicono nulla. Peccato.

Sulle indicazioni invece nessun appunto da fare: tutte le fistole degli autori spagnoli erano alte o medio-alte trans-sfinteriche. Quindi non curabili con messa a piatto, pena gravi rischi o certezza di incontinenza.

COME VA LA CHIRURGIA PER STIPSI DA RALLENTATO TRANSITO?

Zutshi et al

Insomma...così così.

Lo studio viene da Cleveland, Ohio, USA e la senior author è Tracy Hull, che è stata la prima presidente donna (se non sbaglio) della Società Coloretta Americana, l'anno scorso.

Grossa casistica, d'altra parte siamo alla Cleveland Clinic, però retrospettiva... Sessantanove pazienti operati in 15 anni, dal '83 al '98. Eppure...pochi rispetto ai grandissimi numeri dei ricoveri. Follow-up: 10 anni. Intervento: colectomia e ileo-retto-anastomosi.

Risultati: SOLO UNA STOMIA PER DEISCENZA ANASTOMOTICA (complimenti ai chirurghi, peccato non ci dicano se l'anastomosi era termino-terminale o latero-terminale), ma TRE operati per occlusione intestinale, sia pure a distanza. La stipsi è stata curata in 9 pazienti su 10 (questa è anche la mia modesta esperienza), MA...un terzo dei pazienti hanno feci liquide (da un eccesso all'altro), quasi metà hanno avuto delle sequele come diarrea, ernie, ascessi pelvici, incontinenza (40%!!!) dolore pelvico (30%)..

E la qualità della vita?

Come la popolazione normale, dal punto di vista fisico.

Peggio della popolazione normale, dal punto di vista mentale.

Ah, dimenticavo: 67 dei 69 pazienti erano donne.

La psiche ha il suo rilievo, come avete sentito. Se venga prima la stipsi o la nevrosi, se le pazienti fossero stitiche nel cervello o nel corpo...mah...difficile dirlo. Sapete che c'è molta letteratura su questo.

Vi dico solo una cosa: tra gli studi ultimi sulla colectomia per stipsi questo è uno di quelli ottimistici. Un'altra Cleveland Clinic, ad esempio, quella in Florida di Wexner, ha pubblicato dati

ben peggiori sulla continenza e sulla qualità della vita, leggeteli se volete, forse avete l'articolo a casa vostra: primo nome Thaler, Techniques in Coloproctology, 2005.
Massima cautela quindi.

IPERTONO ANALE NEL RATTO? POMATINA DI ESCHERICHIA COLI MORTI E FRULLATI

Kido et al

Giapponesi. Vedete dove si va a finire quando piace il sushi? (a me confesso fa un po' impressione...). Non si sa bene perché ma l'e.coli ha potere cicatrizzante sui tessuti. In studi sperimentali è stato anche usato per le emorroidi. Qui i giap si sono sbizzarriti: in un gruppo di ratti hanno usato idrocortisone, in un altro ossido nitrico, in un altro lidocaina, in un altro placebo, in un altro capsaina, in un altro e.coli e idrocortisone.

Non mi spingo nei dettagli. Era solo per dirvi che si continua a lavorare sulla c.d sfinterotomia chimica. L'e.coli induce il ratto a produrre ossido nitrico endogeno.

E poi dicono male dei batteri!

E SE SI LASCIASSE IL MONCONE RETTALE DOPO COLECTOMIA E ILEOSTOMIA PER RCU?

Bohm e O'Dwyer

No, non lo fate, il paziente campa peggio.

AVETE UN PAZIENTE CON RCU SOTTO IMMUNOSOPPRESSORI E DOVETE FARE UNA PROCTOCOLECTOMIA ILEOANALE. LA FATE IN UNO O PIU' TAPPE?

Zmora et al

Azatioprina, mercaptopurina ecc, capita di usarli nella RCU refrattaria a 5-asa e cortisone.

Si pensa che in questi casi fare un intervento restorativo in one stage non sia prudente?

E' vero? Si chiedono gli israeliani americani?

No, la risposta è no.

Il lavoro è vecchiotto. Oded Zmora ha lavorato in Florida con Wexner, ultimo nome, tre anni fa...Comunque rivoluziona un po' le conoscenze sul tema e merita conferme, se arriveranno.

AVETE UNA PAZIENTE CON CROHN ANORETTALE, LE FATE UNA ENTEROSTOMIA. LA DONNA VUOLE FARE FIGLI E VI CHIEDE: DOTTORE, POTRO' AVERE UNA GRAVIDANZA E UN PARTO NORMALI? CHE COSA LE RISPONDETE?

Takahashi et al

Dal Giappone naturalmente.

Ebbene la risposta giusta è: "Tranquilla signora, può rimanere incinta e partorire normalmente"

Ma...meglio aggiungere:

"Dovrà stare attenta alla attività della malattia di Crohn, avere un supporto nutrizionale adeguato e fare attenzione anche alle possibili complicanze peristomali"

RUOLO DELLA LAPAROSCOPIA NEL TRATTAMENTO DEI POLIPI DEL COLON

Pavlidis

E' solo una lettera all'editor.

Perché ve la riferisco?

Sentite qui.

Anni fa (15? 20?) mi trovai a Verona. Salì sul palco a parlare Huscher. Sapete, il discusso chirurgo, un po' guru, intelligente di sicuro, provocatorio forse, aggressivo nelle indicazioni dicono certe sentenze di malpractice che lo hanno costretto a trasmigrare da Roma a Milano, irrequieto

(cromosomi ebrei come il sottoscritto) ora è professore a Isernia... tecnicamente bravissimo, anche in chirurgia open mi dicono.

Mi promise 10 anni fa un articolo per Techniques, purtroppo non è mai arrivato.

Ebbene, a Verona Huscher fece vedere in video una resezione segmentarla del colon traverso da lui mirabilmente (sì) e velocemente (sì) eseguita...ma... per un piccolo polipo sessile. Al St Mark's avevo visto Christopher Williams togliere col colonscopio ben altro...e allora chiesi: "Ma è sicuro che in un caso simile non si poteva fare una polipectomia endoscopica?" "Beh, fece lui, a me l'ha mandato il gastroenterologo dicendomi di resecare il colon"

Mormorò in sala....

Ecco, questa lettera di Pavlidis sembra essere, con anni di ritardo, una organica controrisposta.

Dice il greco che la polipectomia resta il metodo di scelta per asportare i polipi del colon. Ma poi aggiunge che la resezione deve essere usata in caso di polipi inaccessibili o con trasformazione maligna. In questi casi la laparo permette di mobilizzare le anse e evitare il rischio di perforazione con la polipectomia endoscopica.

Una posizione di equilibrio.

INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE

Aprile 2007

DIVERTICOLITE ACUTA: RESEZIONE E ANASTOMOSI?

Abbas

Una review dalla Nuova Zelanda.

Diversi italiani, alcuni SICCR, citati in bibliografia: Zorcolo et al, Binda et al, Saccomano et al, Bezzi et al, Capasso et al, Nespoli et al.

Vado alle conclusioni.

La letteratura dice che la resezione e anastomosi diretta è meglio dell'Hartmann.

Però in caso di peritonite il dibattito è ancora aperto.

Per avere certezze occorrerebbe un trial prospettico randomizzato. Al momento non c'è.

NEI PAZIENTI CON CENCRO DEL RETTO L'ECOGRAFIA ENDORETTALE POTREBBE DISSEMINARE LE CELLULE NEOPLASTICHE

Koch et al

Vista la popolarità e l'utilità dell'eco endorettale per lo staging, il sospetto che l'esame mandi in giro cellule neoplastiche e possa nuocere ai pazienti è davvero allarmante.

Gli autori hanno esaminato campioni di sangue venoso prima e dopo l'ecografia in 45 pazienti. Cellule neoplastiche circolanti erano assenti prima e presenti dopo l'eco in un quarto dei pazienti (P=0.006). Nei pazienti con cellule neoplastiche circolanti c'era un trend verso una peggiore prognosi.

E' essenziale, dicono gli autori (e come dargli torto?), che il dato sia confermato o smentito da studi su più ampie casistiche.

Mi viene in mente Turnbull e la sua "no touch technique". Non tutti sono d'accordo, ma sapete bene di che si tratta. Quando si opera un cancro del colon meglio non manipolare il tumore, almeno non prima di aver interrotto le potenziali vie di diffusione, perché si rischia di mandare in giro cellule neoplastiche.

Quindi, per certi versi, niente di nuovo sotto il sole...

Ma allora...anche vigorose e ripetute esplorazioni rettali, o retto-colonscopie, possono farci correre lo stesso rischio se si preme contro il tumore?

Parrebbe esagerato.

Intanto però i tedeschi di Heidelberg ci hanno messo una pulce nell'orecchio.

APPROCCIO POSTERIORE PER I TUMORI RETRORETTALI BASSI NELL'ADULTO

Buchs et al

Bruno Roche (chi non lo conosce?) tra gli autori.

SPAZIO RETRORETTALE OVVERO SPAZIO PRESACRALE.

La casistica è di 16 pazienti e lo studio retrospettivo.

Le tecniche: soprattutto approccio intersfinterico e parasacroccigeo. Tra le altre possibili (e c'è una tabella con i pro e i contro di ciascuna, molto istruttiva): trans-sfinterico (York-Mason), trans-sacrale (Kraske) ecc

Istologia: dieci cisti embrionarie ("tailgut"), tre teratomi, un leiomioma, una cisti dermoide, uno schwannoma.

Mortalità zero, solo una complicanza minore, nessun caso di incontinenza anale.

Ottimi risultati. Senza nulla togliere al bravo Roche, una parte dei pazienti sono stati operati dal compianto Marti, che, dal basso, era un gran chirurgo.

Non c'è molto da aggiungere, se non che, tra una decina di casi di questo tipo, me n'è capitato uno in seconda battuta con tumore residuo dopo che un famoso chirurgo oncologico aveva tentato, evidentemente senza successo, un intervento addominale.

E' indispensabile dunque, per curare questi pazienti, avere confidenza con gli approcci descritti dal gruppo di Ginevra e avere a disposizione RMN e eco transanale.

CANCRO INTESTINALE NEL MORBO DI CROHN

Kersting et al

A momento, dicono gli autori, non c'è chiara evidenza che i pazienti con morbo di Crohn siano a speciale rischio di cancro.

Di 330 pazienti con morbo di Crohn 10 hanno sviluppato un cancro. Nove avevano il Crohn nel colon-retto, uno nell'ileo terminale. Chi poi ha avuto il cancro aveva il Crohn in media da 14 anni. In quasi tutti i pazienti il cancro era avanzato.

Vi ricordo che nella RCU il rischio di cancro è all'incirca del 10% dopo 10 anni.

Gli autori concludono che l'incidenza di cancro nei pazienti con morbo di Crohn potrebbe essere sottostimato, che un ritardo della diagnosi implica una prognosi peggiore e che potrebbe essere utile identificare degli addizionali markers tumorali in alcuni pazienti con il morbo di Crohn, quelli più a rischio.

CALPROTECTINA E LATTOFERRINA NELLE IBD

D'Incà et al

Da Padova, ultimo autore Sturniolo.

La Calprotectina e la Lattoferrina sono proteine specifiche derivate dai neutrofili, misurabili nelle feci dei pazienti con IBD. I colleghi padovani hanno provato a correlare le due proteine con la diagnosi e con le lesioni endoscopiche e istologiche.

La sensibilità, la specificità, il valore predittivo e l'efficacia diagnostica andavano dal 78 all'87%.

Entrambe le proteine quindi sono dei markers che si raccomanda di misurare nelle IBD.

CARCINOMA DEL RETTO A CELLULE SQUAMOSE NELLA RCU

Pikarsky et al

Gruppo Wexner. E' un case report.

La maggior parte di cancri su RCU sono adenoma, il ca a cellule squamose è raro.

La cura giusta è la chirurgia e va considerata anche la radiochemio. I due pazienti così curati dagli autori hanno avuto buon esito.

RADIOCHEMIO NEOADIUVANTE NEL CANCRO DEL RETTO AVANZATO

Klautke e Fietkau

Da Rostock, Germania.

Poiché il rischio di recidiva locale da cancro del retto avanzato è alto, questi pazienti si possono giovare di una radiochemio adiuvante, intensificata con oxaliplatino e irinotecan. E' stato dimostrato che questo trattamento riduce il rischio di recidive a distanza. Combinate col 5 FU entrambi i farmaci mostrano simile efficacia e simile tossicità. Al momento i dati a disposizione non dimostrano che uno sia meglio dell'altro.

L'utilità di altri agenti biologici, come cetuximab e bevacizumab, non è ancora ben definita.

Occorrono su questo trial prospettici randomizzati.

I CANCRI COLORETTALI PERFORATI HANNO UNA PROGnosi PEGGIORE?

Kyu Lee et al

Sud Corea (chissà come pubblicano i nord-coreani ?...).

Si pensa che la perforazione in questi casi complichino le cose e peggiori la prognosi per via della disseminazione reale o potenziale di cellule neoplastiche.

Su 1277 loro pazienti con ca coloretale gli autori ne hanno selezionati 26 con perforazione. Lo studio è retrospettivo.

Mortalità operatoria: 11%.

Sopravvivenza a 5 anni, esclusi i pazienti deceduti dopo l'intervento: 57.8%.

Sopravvivenza liberi da tumore: 52.8%. Buona direi. Migliore nei casi con stadi I e II.

Fattori predittivi di prognosi infausta: numero dei linfonodi presi da cancro e perforazione prossimale al tumore.

Comunque, concludono gli autori, la strategia chirurgica nel cancro perforato deve essere simile a quella che usa in assenza di perforazione, poiché le vie di diffusione sono simili.

ACCUMULO DELLA PROTEINA P53 COME MARKER PROGNOSTICO NEL CANCRO COLORETTALE SPORADICO

Lan et al

Sempre estremo oriente, come prima, ma stavolta Taiwan.

Gli autori hanno effettuato una analisi immunoistochimica in 258 pazienti.

Il 37.6% avevano un aumento ("overexpression") della proteina P53 nel tessuto tumorale.

L'accumulo della proteina non era correlato all'età, al sesso, al CEA preoperatorio, al contenuto in mucina, all'invasione linfonodale o allo stadio del tumore. Invece era correlato alla sede. Era maggiore nei pazienti con cancro del retto. E alla differenziazione: più accumulo nei cancri ben e moderatamente differenziati.

I pazienti sono stati seguiti per un minimo di due anni e una durata mediana di 35 mesi.

Più alto era l'accumulo di P53 più alta era la sopravvivenza a re anni.

In conclusione, l'accumulo della proteina P53 potrebbe avere un significato prognostico favorevole nel cancro coloretale.

QUANTO OCCORRE ASPETTARE PER OPERARE UN PAZIENTE CON CANCRO DEL RETTO LOCALMENTE AVANZATO DOPO LA RADIOCHEMIO?

Veenhof et al

Sarò telegrafico. BASTANO DUE SETTIMANE, dicono gli autori olandesi.

LA MATRICE CELLULARE E' DIVERSA NEL CANCRO E NEI DIVERTICOLI.

Klinge et al

Interessante: una diversa architettura dei tessuti del colon tra i pazienti con cancro e quelli con malattia diverticolare supporta l'ipotesi che una alterata composizione della matrice cellulare predisponga allo sviluppo del cancro del colon.

Ebbene sì...lo studio viene da un dipartimento di chirurgia.

TOPISTERON E MOTILITA' DEL COLON DOPO RESEZIONE PER CANCRO

Kasparek et al

“Eh no!” dirà qualcuno di voi. “Mò basta!”

“Prima la CALPROTECTINA...poi la P53.... poi la MATRICE CELLULARE...e adesso il TOPISTERON!”

Eppure questo studio ha dei risvolti pratici, alla luce del “fast track”, cioè come ben sapete il recupero rapido del paziente operato, la sua maggior soddisfazione, il ricovero più breve, il dolore ridotto, i minori costi.

I COLLEGHI TEDESCHI HANNO FATTO LA MANOMETRIA AGLI OPERATI DI RESEZIONE DEL COLON SINISTRO (ricordate? Proprio come il Professor Catcjhpole 20 anni fa a Londra, prima e dopo il temporale...) dopo aver dato un pasto e 5 mg in vena di Topisetron, un antagonista dei 5-HT3 recettori (Navoban, Novartis).

E HANNO SCOPERTO che la motilità migliorava e il pasto veniva meglio tollerato con questo farmaco.

E' vero che i pazienti studiati sono stati pochi (12) il meteorismo, il vomito e i borborigmi non variavano, ma il pretrattamento con il Topisetron potrebbe, secondo gli autori, essere utile ai pazienti.

E, alla fine del lavoro, si dichiara che la Novartis non ha supportato lo studio.

Ricordate quindi: il Navoban, forse un'arma in più a nostra disposizione.

POUCH ILEOANALE: MEGLIO OPEN O LAPAROSCOPICA?

Tilney et al

Lo studio viene dal St Mark's. Penultimo nome John Nicholls. Ultimo Paris Tekkis, il chirurgo cipriota inglese che sta spopolando con i suoi tanti (e buoni) articoli.

E' da un po' che si leggono lavori sulla proctocolectomia restaurativa fatta per via laparoscopica, pochi per la verità. Eccone un altro che, in più di altri, la confronta con quella open.

E' una metanalisi della letteratura, la prima che io sappia, e prende in esame 10 articoli. Provenienza: 5 USA, 2 Olanda, 2 Giappone, 1 Singapore. Sono 329 pazienti, di cui 168 operati per via laparoscopica. E' un lavoro di 12 pagine, tante se consideriamo che sono scritte dagli inglesi, in genere sintetici.

Negli studi di buona qualità, gli autori hanno trovato che i pazienti operati per via laparoscopica avevano una degenza più breve.

Per il resto: l'intervento laparoscopico durava di più, causava meno perdite ematiche, dava la stessa incidenza di complicanze. Ovviamente migliore cosmesi, il che in un giovane non è cosa trascurabile.

Gli autori concludono con prudenza che i vantaggi potenziali della pouch ileoanale laparoscopica sono ancora da stabilire.

COME FUNZIONANO LE POUCH COLICHE?

Koh et al

Ancora una metanalisi, da Singapore (ma una volta tanto non c'è Francis Seow-Choen tra gli autori). Le pouch coliche sono ovviamente quelle dopo resezione anteriore bassa e anastomosi coloanale per cancro del retto. Il materiale è composto ancora una volta da 10 trials prospettici randomizzati, solo 8 con risultati a distanza. Purtroppo, come nell'articolo precedente sulla pouch ileale, nessuno di questi studi è italiano.

Gli autori si sono chiesti: come funziona la pouch dopo un anno?

Risultati: il rischio di deiscenze è leggermente inferiore dopo pouch (anastomosi latero-terminale e non termino-terminale, meglio irrorata?). Nel primo anno la continenza anale e la frequenza dell'alvo va meglio dopo pouch.

Ma dopo, più o meno...non c'è differenza. Concludono infatti gli autori che per verificare gli effetti a lungo termine della pouch colica servono casistiche più ampie.

Insomma, come nella metanalisi precedente, due presunti progressi, la proctocolectomia laparoscopica e la pouch colica, non si sa ancora bene se sono davvero dei progressi.

LEUCEMIA E IBD

Crispino et al

Un gruppo di gastroenterologi italiani, di Roma, torsoliani, "senior author" Paoluzi.

Descrivono 5 casi di leucemia in pazienti con IBD, 3 RCU e 2 Crohn. Un possibile fattore eziologico è la immunosoppressione. Comunque non c'è rapporto con l'estensione della colite, mentre c'è rapporto con la lunga durata della colite e con la predisposizione familiare.

ROTTURA DELLA MILZA DURANTE COLONSCOPIA

Pfekkekorn et al

Sapevamo che la colonscopia implica un rischio di 1-2 % di emorragia e 0.1-0.2% di perforazione.

Finora sono stati riportati 32 casi di rottura di milza durante colonscopia.

Gli autori dicono in base a questo che l'evento è raro. Certamente. Ma ci saranno anche casi accaduti e non riportati. Comunque 9 casi su 32 sono stati trattati in modo conservativo, negli altri casi, come in questo, è stata necessaria una splenectomia.

Da notare che gran parte dei 32 pazienti in cui il colonscopio ha rotto la milza non erano stati sedati in modo marcato, quindi erano reattivi agli stimoli dolorifici durante l'esame. In più la colonscopia del caso descritto qui dagli autori non era stata per nulla difficile o problematica. Attenzione quindi...

LIPOMA GIGANTE COPERTO DA ADENOMA VILLOSO

Capra et al

Sardegna, Cagliari, SICCR. Ultimo autore Giuseppe Casula, terzo autore Francesco Scintu, che si è fatto da poco un lungo viaggio come rappresentante regionale della Sardegna per rappresentare la sua UCP a Chianciano.

Paziente di 39 anni con rettorragia. La lesione, rarissima, a detta dei colleghi la seconda descritta in letteratura, la prima di vaste dimensioni, era di 5 x 5 cm a 35 cm dall'ano. Trattamento (con successo): resezione anteriore, perché gli autori temevano potesse esserci un cancro sottostimato (avrà giocato anche il fatto che il paziente era un 39enne, con lunga aspettativa di vita e "fit" per un intervento maggiore).

Si offre poi un interessante spunto di patogenesi sulle trasformazioni adenomatose sulla superficie del lipoma, che potrebbero essere dovute al trauma delle feci (guarda caso i lipomi veri lipomi sono in genere a destra e le feci sono invece traumatizzanti a sinistra). Insomma, il rischio dell'adenoma e della possibile trasformazione neoplastica, potrebbero indurre a un politica più aggressiva verso i lipomi.