

RECENSIONI AGOSTO 2008

E' tanto che non mi collego con voi...
Perchè?

Un po' di pigrizia.

E poi, sapete com'è...le riviste si accumulavano, più alto era il mucchio più mi preoccupava cominciare. A un certo punto aspettavo un segnale da parte vostra. Ma nessuno mi sollecita?.. (pensavo). E alla fine sì, qualcuno mi ha scritto: "oh! Che si fa? Niente più recensioni? Peccato..."

OK, quindi eccomi.

Lasciate che dia il benvenuto ai nuovi iscritti SICCR che ricevono per la prima volta queste recensioni, so che ci sono dei giovani specializzandi (e -nde).

E poi, come tendo a fare da un po', talvolta assecondato talvolta frenato dal Presidente di turno (che legge sempre in anteprima come è giusto), permettete che approfitti di questa pesante email per darvi conto non solo della letteratura, ma anche per comunicarvi mie impressioni societarie e professionali, rendiconti di congressi a cui ho assistito.

Questo PERIODICO MIO CONTATTO CON VOI fa parte del cosiddetto "sentimento societario" un felice termine coniato dal nostro Binda. Coltiviamolo se possibile.

Tanto qui potete fare come per la pubblicità in tv, se vi dà fastidio ve ne andate due minuti di là o abbassate l'audio...insomma, qui saltate e andate avanti.

Poi, se volete darmi il vostro parere, scrivetemi pure (ucpclub@virgilio.it).

Basteranno un paio di "Pescatori...la fai troppo lunga!" e la prossima volta mi autocensuro.

Bene, si comincia. Con il resoconto di un congresso, e con i retroscena organizzativi.

CONGRESSO, SICCR-LAZIO E MSCP, 1-2 FEBBRAIO 2008

Era una vita che non organizzavo un congresso, dai tempi eroici di UCP Club...10-15 anni fa.

E questo della Società Mediterranea di colonproctologia non mi andava di farlo...Aveva insistito Ferruccio Boffi "ma dai, ti aiuto io...e poi, se vogliamo tenere in vita la MSCP...lo sai, è l'unica cosa da fare".

E così siamo partiti, 6 mesi fa.

Dico come, perché magari qualcuno di voi non ha ancora mai organizzato un congresso e vuole sapere un po' di trucchi.

(chi è esperto può saltare...)

A. *la scelta dell'agenzia. L'ho presa vicino casa, sono pigro...ma ho commesso un errore, non ho messo il preventivo nero su bianco subito. Per cui l'onorario da 6000 euro è diventato 12000 15 gg prima del congresso. Ricordatevi perciò: nero su bianco subito.*

B. *La sede. Trovate un albergo buono ma non troppo costoso. Camere tra 100 e 150 euro.*

C. *I relatori. Pagate l'albergo, 2 notti senza extra se non avete tanti soldi, ma non il viaggio, altrimenti fate tilt. E magari 6 mesi dopo il congresso ancora cercate i soldi...*

D. *Gli sponsor. Qui sono stato fortunato. Niente megaditte, tipo Ethicon, Medtronic...non ho rapporti stretti, sono filo-chirurgia laparoscopica ma non filo PPH o STARR e ho messo solo due neuromodulatori sacrali in vita mia (non perché non ci creda, anzi...ma lavoro nel privato, costano troppo). C'era per fortuna una ditta, la Prostrakan, con la sua affiliata Keryos, che doveva lanciare un farmaco proprio in questo periodo, il Rectogesic, pomata di nitrati per ragade anale. Hanno aiutato molto. Quindi puntate su una ditta che deve lanciare un prodotto e vuole inserire nel congresso una "sponsored session", sarà generosa. Hanno pagato 5 relatori stranieri, viaggio incluso; un megastand; una cena per 50 persone; viaggio e albergo a 40 amici italiani. Niente male.*

E. *Gli stand. Qui occorre battere sulle ditte. L'agenzia ahimè non ne ha trovata neanche una, si sa che è un momento difficile...e poi i capi delle ditte vogliono il rapporto personale con l'organizzatore medico. Così, telefonando e scrivendo, sono venute la Sapimed e la Nathura, che aiutano sempre, la Cadi group, La Cook, la Bioruma, la Sofar e altre minori che ora non ricordo. Lo stand ha un costo ufficiale...ma poi alla fine si cala: stand piccolo 3000 euro. Magari pure meno all'ultimo, come le vacanze "last minute"*

Chi non li ha può finanziare cose da meno, come un lunch di lavoro, ad esempio, per pochi, costo 500-1000 euro. O i pannelli dei poster, 500 ogni 10 supporti ovvero 20 poster.

Per la parte scientifica i temi più o meno saranno i soliti, ma presentateli e sviluppateli in modo originale, con titoli provocatori, come fanno gli americani. Se ci sono "hot topic", temi attuali o controversi,

metteteli. Resistete alla tentazione di inserire troppi relatori, la parte più interessante di un congresso è la discussione e va lasciato un po' di spazio. In questo i moderatori hanno un ruolo essenziale, devono essere competenti, ovvero avere articoli in MEDline sul tema in questione, essere severi sui tempi e saper coinvolgere il pubblico. Ad es la SIC quest' anno, sì, credo abbia chiamato i moderatori giusti, ma certi relatori, mah...coinvolti su un tema, e non ne avevano esperienza...peccato!

Attenzione a non mettere solo o in prevalenza temi sponsorizzati. Ora c'è la mania delle tecnologie avanzate, ma ai pazienti (e al bilancio sanitario, specie in questo Paese in crisi) è utile anche la chirurgia "povera" ma di provata efficacia.

Se pensate di volere una "live session" con sedute operatorie in diretta...beh, è una cosa bella, ma anche molto costosa, e ci possono essere inconvenienti tecnici e chirurgici che magari vi bloccano la sessione. Salta un cavo...un trocar buca l'epigastrica e si vede per mezz'ora sangue e emostasi...è capitato. Si può sopperire con le sessioni video, filmati insomma. Anche se, devo dire, i filmati non sono molto istruttivi nel senso che nei filmati va tutto liscio, mentre quel che serve è vedere le complicanze reali e sapere come prevenirle o curarle.

Personaggi politici.

Si sa, un ministro, un assessore, possono essere utili o dare prestigio a un evento.

Ma spesso danno buca. Noi abbiamo chiesto alla Turco...che manco ha risposto. Simpatizzo col centrosinistra, ma un ministro che non sa tenere un minimo di rapporti con la collettività o ha una segreteria poco efficiente nelle "public relations" non so quanto meriti di restare in sella...e infatti...

L'affluenza. Puntare sui giovani.

I giovani in genere presentano comunicazioni o poster. Tuttavia i colleghi non amano molto portare un poster, quindi aspettatevi in questo caso poca risposta (a meno che non ci sia dietro una Società molto forte e numerosa, ma qui si trattava non della ASCRS, gli americani, 1500 iscritti....ma della SICCR Lazio, 50 iscritti, o della MSCP, idem...).Comunque il "call for poster" va reclamizzato bene e a lungo, come pure la chiamata per le presentazioni orali. Mettete l'annuncio su riviste, siti, ai congressi che precedono il vostro. Se spedite un annuncio agli ospedali, sperando che venga attaccato...mmmmh, spesso è un'illusione. Pensate che ai tempi di UCP Club l'eroico Nino Interinano si metteva in macchina prima del congresso nazionale e si faceva tutta l'Italia appiccicando personalmente le locandine ai muri degli ospedali...beh, non so se era merito suo, ma non venivano mai meno di 2-300 persone.

E quando accettate il poster o la comunicazione mettete in conto che qualche collega non venga presentarla, a noi hanno dato buca in 4, un indiano, due russi ecc. Malcostume...Figuratevi che al prossimo congresso tripartito gli americani hanno scritto in rete: chi propone un lavoro e non lo presenta per 5 anni non pubblica su DCR! Nazi-USA?... Invece no, è così che si fa.

Se decidete per delle presentazioni orali dedicate ai giovani o diciamo ai colleghi che non hanno ancora sfondato..., le tipiche comunicazioni insomma, avrete più affluenza perché è più facile portarsi appresso una "penna" o un CD che un poster, ma dovrete prevedere, tra presentazione e discussione, almeno 15 minuti per uno. Il che vuol dire una mattinata per 10 persone....o una giornata per 20. E una giornata in più di sala in albergo, di tecnico, proiettori bla bla.. il che costa. Allora vi verrà la tentazione di confinare i presentatori di comunicazioni in una saletta, dove però ci saranno quattro gatti = frustrazione per i colleghi che parlano. Meglio fare tutto in sessione plenaria. O al massimo in due sale.

Infine, se al vostro congresso (non parliamo di SIC o ACOI...) vengono più di 100 persone, allora si può dire che riuscito, se sono meno...è stato un mezzo flop. Sapete, ora c'è una pleora di congressi, tanti, troppi, le trasferte costano, c'è il lavoro clinico in sede, insomma mi è capitato di andare a congressi in cui tra i relatori c'era il "top" della Mayo Clinic e della Minnesota University (penso a quello ottimo organizzato da Gaetini, Formento e Radice un anno fa a Torino sulle emorragie coloretali ...) e vedere in sala 30 persone!

Per cui cercate di capire in anticipo quanta gente verrà, 50 persone in una saletta da 100 sono una cosa...100 persone in una salona di 400 sono un'altra. Più grande è la sala meno si discute. Meno è la gente più si discute. Almeno c'è questo come vantaggio delle scarse affluenze: l'atmosfera da "workshop".

Per non stancarvi, ora interrompo il congresso (che sarà ripreso poi) e inizio le recensioni.

Ho la borsa rossa davvero piena, pienissima, è un po' di mesi che non vi aggiorno. Allora stavolta cambierò sistema (poi il Professore mio amico e critico mi dirà che ne pensa...).

Userò una formula diversa, un po' narrativa e dialogante, perché temo che altrimenti i tanti articoli che vi devo recensire sarebbero un tale malloppo, una tale "mappazza" da rimanervi indigerita ovvero illeggibile. Vado un po' in disordine, salto da un mese all'altro.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, luglio 2008

BJS...allora si fa che siamo in Inghilterra, a Londra, e due chirurghi, due amici, diciamo....Pasquale e Angelo, se ne vanno in giro tra Russell Square e King's Cross. Farà caldo se è luglio?...macchè, anzi, cielo grigio, freschetto, così è in Inghilterra.

Pasquale è più giovane, magro, sui 40. E' Consultant a Londra, quindi veste un gessatino grigio antracite e ha la cravatta, Angelo è di poco più anziano e sembra più sciolto (almeno nel vestire...perché di carattere anzi sembra più introverso) , sta in pullover e pantaloni di velluto leggero.

I due parlano tra loro camminando.

Pasquale: Ieri in ambulatorio ho visto un paziente, un sessantenne, con dolori addominali, fianco e fossa iliaca sinistra, e un po' di peritonismo alla palpazione.

Angelo: Diverticolite?

Pasquale: Bravo, quello che ho pensato io. E infatti aveva un vecchio clisma opaco, un sigma pieno zeppo di diverticoli.

Angelo: Pensa che proprio sul BJS di questo mese c'è un **articolo di Morris sulla diverticolite perforata**, lo leggevo ieri.

Pasquale: Sì? E che dice di bello?

Angelo: Che aumentano i pazienti che si operano con questa indicazione. Su 202 ne hanno operati il 90%.

Pasquale: Tanti...Mortalità?

Angelo: 24%.

Pasquale: Uno su quattro? My God! (Benché napoletano verace, Pasquale ora usa questa esclamazioni "british", da Consultant inglese... d'altra parte fa più fine "My God!" rispetto a "Maronna do Carmine!").

Angelo: Eh sì, purtroppo, anche perché in media erano settantenni e non pochi avevano una peritonite fecale. Comunque quelli più a rischio di morte sono stati i pazienti sotto farmaci anti-infiammatori non steroidei e quelli che avevano un danno renale in precedenza

Pasquale: Ma quante Hartmann?

Angelo: Tante, il 67%. E poche resezioni con anastomosi diretta, il 17%.

Pasquale: Insomma, considerando che poi solo una piccola parte delle Hartmann si ricanalizzano, una brutta storia...molti pazienti sono rimasti con una stomia.

Angelo: Già. Per fortuna che tra lavaggio peritoneale, drenaggio radiologico e terapia conservativa un altro 10% la stomia non se la becca.

Pasquale: Sì, ok, ma sono sempre pochi. Sai che ti dico, forse tutto sommato hanno ragione i supporter della laparoscopica a dire che meglio prevenire e operare dopo il primo attacco di diverticolite...

Angelo: Mah, purchè sia una diverticolite vera, con leucocitosi, febbre, aumento della VES...E comunque in letteratura ancora si raccomanda di operare dopo il secondo attacco. Se leggi l'articolo di Frizelle, sempre su BJS, un anno fa circa.

Camminando e chiacchierando i due amici arrivano al British Museum, dietro la fermata underground di Russell Square. Comincia a piovere, e, benché non fosse in programma, Pasquale propone ad Angelo di entrare. Un po' di storia e di arte, con la testa all'asciutto, male non fa.

Per mezz'ora almeno si lasciano incantare da statue e bassorilievi, da anfore e gioielli antichi.

Finchè Angelo dice: Ma tu pensa che razza di civiltà c'era una volta in Grecia o in Campania, e ora invece...

Pasquale: Già, all'epoca in America c'erano sterpaglie e bisonti, e ora invece c'è la Mayo Clinic.

Da noi invece...

Angelo: La mondezza per strada..

Pasquale: Appunto, e non solo. Noi due costretti a emigrare perché i posti da primario in Italia li danno i partiti...o i cromosomi giusti.

Angelo: Non mi ci far pensare, figurati che alla Mayo Clinic il figlio di Dozois non è entrato alla specializzazione benché il padre fosse uno dei primari

Pasquale: Sì, va bè, ma ora non esageriamo. In fondo ora Eric ha preso il posto del padre Roger come consultant!

Angelo: Sì, ma tu non hai idea che tipo è! Uno fortissimo, in gamba, pubblica, opera. Ed è pure simpatico.

Pasquale: Sì, ma intanto tra gli autori dell'ultimo lavoro della Mayo sulle pouch lui non c'è.

Angelo: Quale lavoro?

Pasquale: Ah, adesso sono io che ti devo aggiornare!

Angelo: Dimmi, dimmi. Sediamoci, per un po' basta vasi antichi.

Pasquale: **Sempre su BJS luglio 2008, primo nome Mathis, ultimo Pemberton.**

Angelo: Che dicono?

Pasquale: Una cosetta leggera, così, robetta da Mayo Clinic...

Angelo: E cioè?

Pasquale: Solo 32 pazienti che hanno fatto **proctocolectomia, anastomosi pouch-ileoanale e trapianto di fegato per RCU e colangite sclerosante...**

Angelo: Non mi dire!

Pasquale: Ebbene sì. E pure con mortalità zero.

Angelo: E i risultati a distanza?

Pasquale: Ottimi direi: 26 pazienti con fegato trapiantato ancora funzionante dopo 10 anni. Cinque evacuazioni di giorno e due di notte.

Angelo: Non sono un po' tante?

Pasquale: Forse sì, ma considera che alla Mayo Clinic fanno la J pouch, che fa evacuare più spesso della S o W pouch.

Angelo: Altri problemi?

Pasquale: Incidenza di pouchite un po' più alta che nella media, ma insomma...ci possono stare. Soprattutto se consideri che la colangite sclerosante è una brutta bestia, da cui non si torna indietro, ecco il perché del trapianto.

Angelo: Ma senti un po', ricordo che una delle indicazioni alla colectomia nella RCU è una epatopatia grave...

Pasquale: Bravo, sì, è una delle cinque classiche indicazioni di Lennard Jones. E sai anche le altre?

Angelo: Ma che fai m'interroggi? Va bene, ci sto. Uno, malattia che non risponde alla terapia, Due, displasia. Tre, megacolon tossico.

Pasquale: Ne manca una.

Angelo (si concentra): No, questa non la so.

Pasquale (sorrisetto malizioso): Un disturbo dell'accrescimento! Non ti preoccupare, cadono tutti su questa..

Angelo: Va bene professore...ma allora, tornando ai trapiantati...se si fa la colectomia in caso di epatopatia...si salva il fegato o no?

Pasquale: Entro certi limiti sì, ma appunto non in caso di colangite sclerosante.

Angelo: Ora te ne dico una io. **Sempre BJS luglio. Com'è la funzione sessuale femminile dopo pouch ileoanale?**

Pasquale: Il solito italiano, mi pareva strano che ancora non avevi parlato di donne...Lo so, ti riferisci a un altro lavoro americano, **Ogilvie primo nome, Madoff ultimo.**

Angelo: E bravo il nostro Consultant!

Pasquale: Su 166 donne operate, 90 hanno risposto a un questionario sulla sessualità. Non poi tante...ma il lavoro l'hanno preso lo stesso.

Angelo: E su 90 quante avevano rapporti?

Pasquale: Quasi tutte, 83, età media 34 anni. Ma metà riferivano disfunzioni.

Angelo: Insomma, quindi, se consideriamo che quelle che non hanno risposto potevano aver problemi, e metà di quelle che hanno risposto ne avevano...non è poi così allegra.

Pasquale: Proprio così. E sarebbe interessante sapere quali sono i fattori prognostici che interferiscono con una buona attività sessuale.

Angelo: Me ne viene in mente uno: il buon funzionamento del reservoir.

Pasquale: Probabile, ma non dimostrato.

Angelo si distrae un po' dalla conversazione chirurgica e guarda le vetrine con i reperti archeologici. Vede due punte di metallo e sorride.

Pasquale: A che pensi? Ai remi della tua canoa al Poetto? (Angelo è un canoista e il Poetto è la più famosa spiaggia di Cagliari).

Angelo: Seeee, figurati! In canoa al Poetto...sai che traffico. No, vedevo quei due aggeggi e mi sembravano due trocar e pensavo: come mai Pasquale, che è un esperto, non mi parla ancora di chirurgia laparoscopica?

Pasquale: Giusto. Eccoti servito. Sai per un esperto in che percentuale è possibile fare un **intervento laparoscopico sul colon?**

Angelo: Mah...in metà dei casi?

Pasquale: Noooooooooooooooooo! Nel 90%!

Angelo: Ma dai! Questo non lo direbbe neanche un promotore della Ethicon o della Covidien...

Pasquale: Eppure è così. Lo scrivono **Buchanan e i suoi coautori**, tra cui c'è anche Kennedy, del St Mark's Hospital. Sempre BJS, sempre luglio, sempre 2008.

Angelo: Allora ho fatto bene a venire a imparare da te. Ma senti, è vero che **c'è meno rischio di laparocèle dopo chirurgia laparoscopica?**

Pasquale: Verissimo, lo scrive anche **Laurent, del gruppo di Rullier**, Bordeaux, sullo stesso fascicolo, parlando di chirurgia laparoscopica per cancro del retto.

Angelo (curioso): E quali sono i dati?

Pasquale (concentrandosi): Vediamo...fammi ricordare. A 5 anni...dunque...ah sì: 13% di laparoceli nel gruppo laparoscopico vs. 33% nel gruppo open, differenza statisticamente significativa.

Angelo: E non mi dire che **dopo chirurgia laparoscopica ci sono anche meno aderenze...**

Pasquale: Esatto, te lo stavo per aggiungere io, ma poi ho pensato che mi avresti giudicato un po' partigiano...score mediano di aderenze: 7 nel gruppo open e 0 nel gruppo laparoscopico. Però attenzione, l'autore di quest'altro articolo, **Dowson**, dice che la casistica è piccola per trarre conclusioni definitive.

Angelo (pensieroso): Sì, d'accordo...però...meno laparoceli, meno aderenze..ma insomma, se la laparoscopica è così vantaggiosa perché se ne fa ancora così poca?

Pasquale: Guarda, su questo leggi l'articolo scritto da Romano, Gagliardi e Parker, col commento di Corcione, sull'ultimo numero di Techniques. Te lo spiega bene.

Angelo: Lo farò. E visto che stiamo parlando di nuove tecnologie, che mi dici della TEM, che, a quanto si dice, è tecnicamente più difficile della laparoscopica?

Pasquale: Sì, **la Transanal Endoscopic Microsurgery**...guarda, manco a farlo apposta, l'ultimo articolo coloretale di BJS luglio 2008 è proprio su questo.

Angelo: E che dice?

Pasquale: Mi hai preso per Pubmed? Fortuna che ho una buona memoria...Dice che la TEM funziona anche per asportare lesioni complesse, e c'è pure la foto di un polipone villosa tolto con la TEM che fa paura solo a guardarlo. Perdite di sangue intraoperatorie zero. Degenza mediana due giorni. Reinterventi zero. E si parla di 71 lesioni, alcune occupavano anche tre quadranti della circonferenza! Primo **autore Darwood**. Leggiti l'articolo, ne vale la pena. Sono inglesi, magari prendiamo un treno e andiamo insieme a vederli operare.

E così, cari colleghi, se n'è andato uno dei fascicoli da recensire.

Per i prossimi userò il solito vecchio sistema. Così, variando, sarà più leggera per voi. Ma presto torneremo ai circuiti londinesi di Pasquale e Angelo. Che poi esistono davvero, come alcuni di voi avranno capito, e sono Pasquale Giordano e Angelo Oggianu, due simpatici amici.

Pasquale vi aspetta a Londra dove è Consultant.

Un passo indietro come data.....

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, dicembre 2007

I.P. Bisset. Anastomosi ileocoliche.

Meno deiscenze se si usa lo stapler.

K. Uehara et al. Significato clinico-patologico del tessuto fibroso intorno a un cancro del retto recidivo fisso nella pelvi.

Può essere un importante fattore prognostico positivo (belle foto).

P. Geers et al. Risultati urodinamici della escissione totale del tesoretto usando il sistema "waterjet" (è uno schizzo d'acqua che separa i tessuti)

Incoraggianti risultati preliminari.

Aggiungo solo che un articolo su questo fu pubblicato dai tedeschi del gruppo Kockerling (questi stessi) su un Supplemento di TIC sul cancro coloretale edito da Kanellos, dovrete averlo.

H. Ptok et al. Effetti della deiscenza anastomotica sul risultato oncologico dopo resezione di cancro del retto.

Negativi SE... la deiscenza richiede un reintervento.

Laurent et al. L'approccio laparoscopico nella chirurgia del cancro del retto.

Gruppo francese, di Bordeaux.

Il tema di questo articolo non è tanto: "la chirurgia laparoscopica per cancro del retto dà dei buoni risultati oncologici, sovrapponibili a quella dopo chirurgia open.?" Già sappiamo dalla letteratura, lavori Gillou e Pennincks, che qualche riserva c'è ...nel senso che la escissione totale del mesoretto fatta per via laparoscopica potrebbe talvolta essere incompleta. Tuttavia non ci sono più recidive o meno sopravvivenza

dopo laparoscopica rispetto alla open. Così mi dice Gagliardi, che fa questa chirurgia ed è aggiornato sulla letteratura).

No, qui si parla soprattutto di complicanze e “conversion rate”. E il background è che ce n'è più dopo resezione del retto che non dopo resezione del colon. Le maggiori difficoltà sono l'esposizione della pelvi, la dissezione del retto e la conservazione degli sfinteri.

Infatti: conversioni ca retto 34%, ca colon 26%. E dopo conversione la mortalità è più frequente.

Allora, se un chirurgo laparoscopico parte con l'idea di fare una resezione anteriore bassa con TME e conservazione degli sfinteri, quali sono i fattori che predispongono alla conversione e alle complicanze?

Ecco cosa vuole dirci questo studio prospettico..

Si decise di fare l'intervento per via laparoscopica, riferiscono gli autori, quando si ritenne possibile una resezione anatomica in blocco senza bisognosi procedure aggiuntive; quindi N O in caso di resezioni di altri organi, di metastasi, di fegato, di patologie associate come poliposi o rcu. Invece l'obesità o precedenti interventi addominali non furono considerate controindicazione alla laparoscopia.

I T3 e i T4 furono pre-irradiati. I chirurghi erano coloretali esperti di laparoscopia e usarono 5 trocar. La TME fu eseguita con forbici e bisturi elettrico bipolare. L'anastomosi fu effettuata con endostapler circolare o, in caso di anastomosi coloanale, fu effettuata a mano per via transanale.

Quando possibile si eseguì una J pouch colica, una ileostomia escludente fu fatta quando l'anastomosi era più bassa di 5 cm dall'ano.

D.P. Hurlstone et al. Dissezione radicale endoscopica sottomucosa di tumori coloretali

Tra gli autori anche Sanders del S. Mark's Hospital. L'intervento endoscopico è stato eseguito in 42 pazienti su 56. In 33 casi dissezione “en bloc”. 40 erano adenomi con displasie e 2 adenocarcinomi; la dissezione è stata radicale (R0 nel 74% dei casi. Mortalità 0. Una perforazione. Cinque sanguinamenti non gravi. L'intervento è stato curativo nell'81% dei casi.

L'escissione sottomucosa è una delle nuove frontiere della coloscopia. Alcuni di questi tumori avevano una diffusione laterale e altri una diffusione nella muscolare del colon. La cromoendoscopia e la endosonografia ad alta frequenza hanno consentito un efficace follow-up. Alcuni dei casi erano a localizzazione “difficile”, prossimali alla fessura splenica (15 pazienti).

J. Wind et al. Reintervento laparoscopico per deiscenza anastomotica dopo chirurgia coloretale laparoscopica.

Giorni fa il collega Gagliardi, che mi assiste nella gestione di Techniques, mi chiedeva di suggerirgli dei referees per un articolo sulle deiscenze anastomotiche. L'argomento è cruciale per noi chirurghi e vi raccomando di leggere un lavoro multicentrico, primo nome Asteria, pubblicato di recente sulla nostra rivista.

Ecco, a Gagliardi come referee avrei consigliato questo Wind.

Lo studio in questione riguarda 2 gruppi di pazienti 10 dei quali operati di resezione coloretale laparoscopica e successivamente rioperati, sempre per via laparoscopica dopo una discesa dell'anastomosi. Il secondo gruppo, invece, riguardava 15 casi con una re-laparotomia dopo chirurgia “open”.

Il confronto ci dice che la permanenza in terapia intensiva è stata più breve nel gruppo rioperato per via laparoscopica. Anche l'alimentazione e la prima evacuazione (attraverso la stomia) sono state più brevi nel gruppo laparoscopico. Idem le complicanze dopo l'intervento e la durata della degenza. Infine, a conferma di quanto emerso dal colto dialogo londinese tra Pasquale e Angelo, nel gruppo rioperato per via laparoscopica non vi è stato nessun caso di laparocole, contro i cinque dopo reintervento “open”.

Ecco dunque un altro articolo in favore di questa nuova tecnologia.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, febbraio 2008

D. J. Humes et al. Fattori psicologici e intestinali nella diverticolosi con dolori addominali.

Mi fa particolarmente piacere recensire questo articolo perché dimostra l'importanza della psiche nella valutazione di un paziente squisitamente chirurgico.

Provate a pensare a quante volte avevate sentito ad un congresso un tavolo rotondo sulla diverticolosi del colon. C'era mai uno psicologo tra i relatori? La risposta è no. E se ci fosse stato il pubblico si sarebbe meravigliato.

Invece dopo questo studio la cosa non potrà più suscitare sorpresa. Infatti questi autori di Nottingham hanno esaminato 261 pazienti con diverticolosi del colon e dolori addominali, sottoponendoli a valutazione clinica e psicologica (hospital anxiety and depression scale).

Ne hanno seguiti 170 e hanno scoperto che un aumento dell'ansia e della depressione era predittivo di una recidiva del dolore addominale e quindi di una diverticolite acuta.

Molto molto interessante.

Significa che se abbiamo nel nostro gruppo di lavoro un psicologo (cosa che per la verità noi dell'UCP di Roma, prima al Gemelli, poi a Villa Flaminia e ora all'Ars Medica, facciamo dal 1975) avremo più probabilità di identificare e quindi seguire e curare meglio i pazienti candidati alla chirurgia.

Se poi verrà fuori che, come sembra indicare il trend statistico di un nostro studio proctologico ancora non pubblicato, ma riferito alla SIC due anni fa (vedi Atti), lo screening psicologico degli operandi ci potrà far prevedere quelli che andranno bene e quelli che andranno male...beh, allora vorrà dire che l'approccio olistico, quello diretto a psiche e soma, è quello giusto.

Del resto Mike Keighly, già vent'anni fa, pubblicò su BJS che le psicopatiche tendevano a restare stitiche anche dopo colectomia e ileorettoanastomosi.

Think about it.

H. Thorpe et al. Quali sono i fattori che influenzano la conversione da chirurgia laparoscopica a chirurgia "open" nel cancro coloretale?

Grande massa corporea. Sesso maschile. Cancro del retto. ASA III. Diffusione locale del tumore.

Questo detto in sintesi, su quasi 500 pazienti.

H. Birgisson et al. La radioterapia preoperatoria per cancro del retto è causa di disturbi gastrointestinali tardivi?

Sì, in particolare occlusione intestinale a livello del tenue. Dipende anche dal tipo e dalle dosi della radioterapia.

J. C. Woodfield et al. Algoritmi per la terapia chirurgica dei tumori coloretali.

Un algoritmo va visto, non si può riassumere. In questo articolo ce ne sono tre distribuiti su due pagine. L'email dell'ultimo autore, a cui spero si possono richiedere gli estratti, è petersagar@aol.com. Peter non è uno qualsiasi, lo potremo definire un "nipote" di John Goligher. Lavora al Leeds, è stato a lungo in Usa, se non sbaglio alla Mayo Clinic e ha anche scritto per Techniques. I suoi algoritmi si basano su 27 casi di resezione di tumori coloretali (cisti, teratomi, cordomi, sarcomi, ecc.) tra il 1998 e il 2006. Approccio chirurgico: perineale (12 casi), addominale (11) o combinato (4). Attenzione, mi sono capitati un paio di casi con tumore residuo dopo intervento per via addominale effettuati da "ottimi" chirurghi. Esame cruciale, suggeriscono gli autori, la risonanza magnetica (nell'articolo ci sono delle magnifiche figure).

Per la cronaca 3 recidive su 27 casi, con un follow-up mediano di 4 anni. Questi inglesi hanno fatto un buon lavoro.

D. K. Thekkinkattil et al. Una classificazione dell'incontinenza fecale basata sugli esami anorettali.

Gli autori si riferiscono a manometria anorettali, elettrosensibilità mucosa anale e ecografia endoanale. I casi: 699.

Potevano farne uno in più ed arrivavano a 700...vabbè..

In base al risultato degli esami i pazienti sono stati divisi in 4 gruppi: incontinenza traumatica, neurologica, combinate e ideopatica.

Secondo gli autori questa classificazione in 4 gruppi con distinte variabili fisiopatologiche permette di confrontare interpretare i risultati dei diversi studi ed è anche di aiuto nella selezione dei pazienti per il giusto trattamento.

N. J. Smith et al. Significato prognostico della risonanza magnetica per l'invasione vascolare extra murale (IVE) nel cancro del retto.

La IVE è un fattore prognostico negativo nel cancro coloretale e questo studio ha lo scopo di valutare l'accuratezza della risonanza nel determinare la IVE e nel prevedere la sopravvivenza libera da recidive. Sono stati esaminati 142 pazienti con un follow-up mediano di 3.3 anni. In un quarto dei casi vi era IVE (non sono particolarmente esperto di cancro del retto, ma ne aspettavo di meno...). Lo studio dimostra che la risonanza può aiutare nel distinguere i casi a rischio di recidiva. L'esame è quindi importante per modulare il follow-up dei pazienti. La tabella fondamentale dell'articolo è quella che riporta gli score di risonanza e istologia. Per i chirurghi coloretali e oncologi andrebbe letta e ricordata l'email dell'autore è gina.brownrmh@nhs.uk. Speriamo che Gina Brown vi risponda!

W.J.Shao et al, Emorroidopessi con stapler (ES) vs emorroidectomia convenzionale (EC). Risultati di una metanalisi su oltre 2000 casi

Gli autori hanno esaminato 29 trial prospettici randomizzati con 2056 pazienti che confrontavano i due interventi per emorroidi ed è venuto fuori ciò che già altre metanalisi avevano evidenziato.

La ES dà meno dolore postoperatorio e la stessa percentuale di complicanze. Ma, ed è ciò che conta ai fini della cura, dà più recidive.

In alcuni articoli, citati dagli autori, le recidive a un anno erano 11% dopo ES e 0 dopo EC, o, in caso di IV grado, 50% dopo ES e 0 dopo EC.

Vi era anche tendenza ad un maggior numero di reinterventi dopo ES.

E pensare che qualche anno fa un chirurgo andava dicendo ai congressi che chi faceva la emorroidectomia doveva essere perseguito penalmente.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, marzo 2008

Un passo indietro, non è ancora estate, siamo in primavera. Ma qui a Londra, in fondo, non fa tanta differenza. Comunque piove.

“Se non ti piace il tempo... aspetta cinque minuti, cambierà” è un simpatico detto inglese, conoscendo il quale il nostro Angelo non si agita più di tanto se nel percorso da casa sua a White Chapel deve chiudere ed aprire l'ombrello varie volte. Oggi Angelo è comunque contento perché vedrà operare Pasquale al London Hospital

insieme al Grande Capo, il professor Norman Williams. Pasquale è uno dei consultant degli ospedali periferici di Londra che fanno riferimento al London Hospital e Norman Williams è il Capo Dipartimento.

Il primo paziente in lista ha un cancro del retto.

Angelo: Che intervento farete?

Pasquale: Si cercherà di conservare il retto e gli sfinteri.

Angelo: Come sarebbe a dire il retto, intendi “tutto il retto”?

Pasquale: Certo, non hai letto il leading article del BJS di questo mese?

Angelo: Per la verità ancora no. Ho passato due giorni a studiarli l'escissione totale del mesoretto, l'anastomosi colo- anale, e, visto che opererà Norman Williams ho dato un'occhiata anche alla gracile plastica dopo amputazione addomino-perineale del retto.

Pasquale: Beh, leggi: **Organ preservation in rectal cancer di E. Penninckx**. Anzi, visto che non farai in tempo ad andare in biblioteca prima che si cominci, te lo riassumo io.

Angelo: Grazie, come al solito sei un vero maestro...

Pasquale (prima lusingato, poi sospettoso...Angelo è uno che sottilmente sa prendere in giro il prossimo): Devi sapere che il 25-30% dei tumori rettali resecabili sono tumori iniziali. Gli inglesi li chiamano “early disease”, ovvero T1-2, cioè limitato alla muscolare del retto, N0 M0 o stadio I. naturalmente conservare tutto il retto e gli sfinteri, ovvero fare una escissione locale, è l'ideale perché dà poche complicanze, quasi nessun rischio di disfunzione uro-genitale e un'ottima continenza. Nel database nazionale americano del cancro del 2003 il 44% dei T1 sono stati trattati con escissione locale.

Angelo: Mi sembrano tanti...ho dei dubbi sulla radicalità.

Pasquale: Non hai tutti i torti, la resezione anteriore dà il 7% di recidive locali rispetto al 13% dopo escissione transanale. Il rischio di metastasi linfonodali nei T1 aumenta con la profondità dell'invasione sotto mucosa, dal 3% per il T1 sm1 (invasione sottomucosa superficiale) al 23% per il T2 sm3 (invasione sotto mucosa massiva).

Angelo: Stiamo parlando di muscolare del retto indenne, giusto?

Pasquale: Certo altrimenti si tratterebbe di un T2. In base a quanto ti ho appena detto l'escissione locale perciò si deve fare soltanto in caso di T1 sm1.

Angelo: E come si fa a stabilire il livello di invasione del tumore prima dell'intervento? Con l'ecografia endorettale?

Pasquale: Bravo, proprio così. Con una sensibilità del 98% e una specificità dell'88%.

Così parlando i due amici sono arrivati nell'anti sala operatoria e il loro colto discorso viene interrotto dalla voce trillante di un'infermiera. Bassina, secca, lentigginosa. “al di fuori di ogni tentazione...” pensa Angelo.

Pasquale: Signorina ci sarebbe un po' di caffè? (e poi, rivolto ad Angelo, sussurrando “non ti aspettare un espresso...”).

“Yes, Sir, of course” risponde cortese la ragazza, e si allontana.

Angelo: Non mi dire che sono venuto fin qui per vedere un'escissione locale!

Pasquale: Ma come, e io che stavo per farti un dotto discorso sulle vie di diffusione linfatiche nel cancro del retto!

Angelo: No, scusa, per carità! Continua pure.

Pasquale: Sempre Penninckx ci ricorda che l'escissione locale può andare ben al di là del semplice intervento a cui ti riferisci, perché può comprendere anche un'escissione endoscopica posteriore del mesoretto.

Angelo: Già! Sbaglio o su questo mi pare di aver visto una "last image" del gruppo di Lezoche su un numero recente di *Techniques*?

Pasquale: Infatti, ma l'articolo per esteso sulla tecnica è quello di Tarantino et al. su *BJS* sempre di marzo.

Angelo: Ma perché mi parlavi di diffusione linfatica?

Pasquale: Perché nel cancro del retto la diffusione linfatica può deviare dalle abituali vie riferite da Tarantino e può non limitarsi o non coinvolgere il mesoretto.

Angelo: Quindi questo 'intervento di Tarantino' può essere sufficiente?

Pasquale: Esatto. Però, tutto sommato, anche questo può essere insufficiente per i tumori T1 sm2-3.

Angelo: E allora quando l'invasione della sottomucosa è massiva, bisogna per forza fare una classica resezione anteriore? Mi pare di aver letto, sempre sul *BJS*; un articolo del gruppo di Lezoche, che riferisce buoni risultati dopo escissione locale di tutti i T1 e anche qualche T2!

Pasquale: Dici bene, ma la faccenda è ancora molto controversa. Se però c'è uno spazio 'safe' per tutti i T1 e qualche T2 per l'escissione locale, con o senza asportazione endoscopica del mesoretto posteriore, è associando la chemio-radioterapia neoadiuvante. Lo stesso Lezoche tuttavia raccomanda di non fare l'escissione locale nei pazienti con tumori più grandi 3 cm, mucinosi, ulcerati, con invasione linfo-vascolare e che non rispondono alla chemio-radioterapia.

Ti rendi conto adesso di quanto è complicato scegliere se fare e quando un'escissione locale?

Prima che Angelo possa rispondere arriva "miss lentiggini" con un lungo, brunastro e inodore caffè inglese.

Pasquale e Angelo fanno finta di berlo e cominciano a cambiarsi per entrare in sala operatoria.

Se Angelo avesse avuto tempo di passare alla biblioteca del London Hospital, si sarebbe andato di corsa a leggere l'articolo di Tarantino et al., il cui resoconto fatto dall'amico Pasquale lo aveva davvero incuriosito.

Ve lo riassumo io

I. Tarantino et al. Escissione locale e resezione endoscopica posteriore del mesoretto nel cancro del retto T1. Meglio della resezione anteriore bassa?

Diciotto pazienti in 10 anni, studio prospettico, con un gruppo di controllo 17 pazienti con resezione anteriore bassa. Solo due di 25 pazienti con un cancro del retto a basso rischio avevano linfonodi positivi. In entrambi i gruppi i pazienti con linfonodi positivi sono stati sottoposti ad una chemio-radioterapia coadiuvante. Quattro sono state le complicanze gravi dopo resezione anteriore e solo due dopo escissione totale. Nessun paziente ha sviluppato recidive loco regionali. Gli autori concludono che la loro escissione totale con resezione endoscopica del mesoretto è un intervento sicuro per le scarse complicanze post operatorie e per il buon esito oncologico. Tuttavia il follow-up è di soli 2 anni e la validità dell'operazione deve essere confermata da studi su più ampie casistiche.

Nel frattempo Pasquale ed Angelo, in religioso silenzio come è abitudine nelle sale operatorie inglesi, seguono le evoluzioni chirurgiche di Norman Williams, il quale invece, essendo caldo e gioviale come un mediterraneo, li intrattiene con simpatiche battute.

Sulle quali torneremo più avanti.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, aprile 2008

M.G. Tytherleigh et al. Trattamento del cancro precoce del retto

Dopo l'ultimo colloquio Pasquale-Angelo abbiamo tutti capito che per cancro precoce del retto si intende un adenocarcinoma che ha invaso, senza superarla, la sottomucosa del retto (ovvero un T1). Abbiamo anche capito che l'escissione totale è curativa per i tumori precoci a basso rischio mentre per quelli ad alto rischio è controversa. Questa review, del gruppo Mortensen di Oxford è basata sulla letteratura pubblicata ottenuta cercando sui database PubMed e Cochrane. La conclusione della review è che c'è un basso rischio di recidive dopo escissione locale dei tumori precoci a basso rischio, ma le recidive aumentano fino al 29% per i casi ad alto rischio. Da notare che lo staging preoperatorio si basa in genere sulla ecografia endorettale e sulla risonanza magnetica e che i tumori a basso rischio possono essere trattati o per via endoscopica o con un intervento transanale.

Una riflessione scontata, ma da ripetere, perché ce n'è bisogno...è che un intervento appropriato per questi tumori può essere seguito solo nei centri dove è disponibile l'ecografia (fatta da uno bravo) e la risonanza.

M.L. Gooneratne et al. Perché funziona la neuromodulazione sacrale per incontinenza fecale? Un altro progresso: normalizzazione dei livelli di sostanza P nella mucosa del retto.

Vi ricordo che cos'è la sostanza P: un ormone (neuropeptide) che influisce sulla motilità intestinale, sulla sensazione viscerale e sulla risposta immunitaria. Sinonimi Vip e Cgrp.

Lo studio è stato effettuato al London Hospital (proprio dove chiacchieravano Pasquale e Angelo poco fa) e gli ultimi autori sono Peter Lunniss, Mark Scott e Norman Williams. Per la cronaca i tre organizzano un congresso sulla stipsi a Londra a febbraio.

I tre sono chirurghi, ma tra gli autori ci sono due gastroenterologi della GI Physiology Unit del London Hospital fondata oltre vent'anni fa da David Wingate, sul modello della GI Unit della Mayo Clinic. Ci sono stato, c'è stato anche Donato Altomare, ed è una struttura di gran livello.

Dodici pazienti con incontinenza fecale...bla, bla...manometria anorettale, ecografia anale, latenza del pudendo...bla, bla...gruppo di controllo 56 volontari sani...

Saltiamo i metodi e i risultati per non annoiarvi e saltiamo alle conclusioni, ricordando solo che sono state effettuate 8 biopsie rettali in ciascuno dei 12 pazienti. Nove biopsie sono state prese per confronto da altrettanti pezzi chirurgici dopo amputazione abbomino-perineale del retto.

Ebbene, i pazienti "neromodulati" hanno mostrato una normalizzazione dei livelli di sostanza P in caso di trattamento efficace.

Questo lavoro è importante perché quasi sempre gli articoli degli ultimi anni per modulazione sacrale di incontinenza (o stipsi o proctalgia) finivano dicendo: "per funzionare...funziona, ma non si sa bene perché". Troverete in un prossimo fascicolo la recensione di un secondo articolo che ci spiega un'ulteriore meccanismo d'azione: questo e l'altro sono due limpidi esempi di "fisiologia chirurgica".

H. Ortiz et al. Lunghezza del follow-up dopo interventi per fistola anale.

Avete mai visto la corrida in Spagna?

Io sì, a Malaga, in Andalusia, alle cinco de la tarde, come da copione. Avete visto i banderilleros o il torero stesso che piantano le banderillas e la spada sul groppone del povero toro.

Ebbene immaginatevi che queste lame siano degli specilli e pensate che Ortiz lavora a Pamplona (dove la corrida la fanno in mezzo alla strada): questi colleghi avranno la chirurgia delle fistole nel sangue per trasmissione genetica ed ecco perché ci dicono con autorevolezza un qualcosa che ci lascia davvero sorpresi. Se dopo un'operazione di fistola dovrà avvenire una recidiva questa avverrà entro il primo anno. Sembra un ipse dixit, ma l'articolo contiene dei ragionamenti che convincono, leggerlo per credere. Parliamo naturalmente di fistole di origine criptoghiandolare, il 70% dei casi secondo Parks. Per questo motivo gli spagnoli concludono che inutile estendere la durata del follow-up di queste fistole oltre a un anno.

Gli scettici possono scrivere a hortizhu@cfnavarra.es

A.C. von Roon et al. Come vanno le pouch per poliposi familiare a seconda che vi sia stata o no prima una anastomosi ileo-rettale

Dal St Mark's e St Mary's Hospitals di Londra

Non sempre è possibile convertire una ileo-retto in una pouch. Ma quando la possibilità c'è i risultati sono uguali tranne se si eccettuano le infezioni post operatorie, più alte nelle ileo-retto convertite in pouch.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, maggio 2008

I.Judson & J.Barriuso Terapia molecolare mirata nella chirurgia del cancro.

Può ridurre le micro metastasi.

U. Guller. Attenzione a come interpretare la letteratura chirurgica

Su questo non posso essere così breve come nel precedente.

Il fatto è che, leggendolo, mi sono crollati alcuni punti fermi. Vediamo se capita lo stesso a voi.

- 1) l'alto impact factor non è sinonimo di alta qualità;
- 2) attenzione ai bias della post randomizzazione: i livelli di evidenza non sono sacri;
- 3) significatività statistica non significa necessariamente rilevanza clinica (e viceversa).

Roba grossa, come vedete! E ce ne sono altri, ad esempio

- 4) attenzione ai trials con basso potere (cioè con un numero insufficiente di pazienti osservati).

Pensate che nella bibliografia nell'articolo, al punto 2 leggiamo Ioannidis J.P. perché la maggior parte dei risultati di ricerche pubblicati sono falsi, PLas med 2005; 2.e 124.

Questo è di sicuro un articolo che chi legge e scrive dovrebbe consultare. Email dell'autore uguller@yahoo.com

R. Kushwaha et al. Un trial clinico randomizzato che confronta l'anestesia locale e l'anestesia generale per emorroidectomia in day hospital.

Gli score del dolore e della soddisfazione sono simili.

D.P. Hurlstone et al. Colonscopia endomicroscopica con un laser scanner con focale in tempo reale per la scoperta e la caratterizzazione delle endoplasie coloretali.

Immagini di alta qualità con buon potenziale diagnostico.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, giugno 2008

L.J.Dunn & J. Janncoski Chemio prevenzione del cancro gastrointestinale

Quali farmaci abbiamo a disposizione?

I farmaci antinfiammatori non steroidei e l'aspirina. Le statine, il carbonato di calcio. Il sulindac. Il selenio. Ed altri ancora.

Alves et al. Chiusura anticipata o ritardata della stomia dopo resezione del retto: trial clinico randomizzato.

Se fate una resezione anteriore bassa o un pouch ileo anale e le proteggete con una stomia e il paziente vi chiede: "Dottore, quando me la chiuderà?". E se uno dei vostri assistenti gli dicesse, anticipandovi: "tra una settimana"...rimarreste imperturbabili o lo caccereste dal reparto?

Beh, la cosa è certa, non ha detto una sciocchezza. Questo studio francese dimostra che i pazienti selezionati la stomia si può chiudere dopo una settimana anziché dopo i classici due mesi. Vantaggi: meno degenza, meno occlusioni intestinali, meno complicanze mediche. Svantaggio: più frequenti complicanze della ferita.

Leggere per credere. Email ivesyves.panis@bjn.aphp.fr

F. Hjern et al. Risultati in pazienti giovani con diverticolite acuta.

Recidive di poco più alte rispetto ai pazienti anziani.

F. Brisinda et al. Botox per ragade anale recidiva dopo sfinterotomia laterale interna

Funziona,funziona...il botox funziona in tutti gli articoli del gruppo Brisinda, Maria e Albanese. Qualcuno sospetta che i risultati sempre lusinghieri siano un po' forzati? Se così è, si legga i nomi delle riviste su cui i nostri colleghi dell'Università Cattolica pubblicavano: Annals of Surgery, Lancet, New England Journal of medicine, British Journal of Surgery, Disease of colon and rectum...

Usano 30 unità di botox e le iniettano ai due lati dello sfintere interno. Così facendo hanno curato i tre quarti dei pazienti. Tuttavia resta il fatto che molti altri seri ricercatori su riviste altrettanto buone non ottengono risultati così brillanti.

Contrariamente agli alti articoli di questo fascicolo del BJS, il lavoro di questi nostri colleghi non indica al termine del testo le fonti di finanziamento dello studio.

H.B. Michelsen et al. La neuromodulazione sacrale per incontinenza fecale altera il trasporto coloretale.

Ecco il lavoro di cui vi avevamo anticipato qualcosa.

Che la neuromodulazione sacrale alterasse la motilità del colon lo descrisse già più di vent'anni fa il nostro gruppo di chirurghi e neurochirurghi all'Università Cattolica, pubblicato dalla Raven Press primi anni '80, reperibile sul sito www.ucp-club.it. questi danesi hanno scoperto con studi più sofisticati, usando la scintigrafia, il defecation score, ecc. che vi erano variazioni dopo neuromodulazione del trasporto anterogrado e retrogrado nel colon, nonché dei tempi di transito intestinale. La conclusione è che la neuromodulazione sacrale riduce il trasporto anterogrado dal colon ascendente e aumenta quello retrogrado dal colon discendente al momento della defecazione. Il che può prolungare i tempi di transito nel colon ed aumentarne quindi la capacità di serbatoio. Il tutto con un benefico effetto sulla continenza.

Per i chirurghi più poveri o per quelli che lavorano in Paesi più poveri, dove è un problema spendere migliaia di euro per un pace maker, ricordiamo che è in corso di pubblicazione su una rivista giapponese di neuroscienze un articolo di Marco Scaglia e Ines de Stefano, coautore Leif Hultèn, che dimostra un effetto positivo dell'agopuntura all'incontinenza fecale presumibilmente attraverso l'attivazione di meridiani "cinesi".

Non tutti sanno che ricerche nell'embrione di pollo hanno dimostrato che i meridiani si formano prima di linfatici, vasi e nervi. Solo che in Occidente queste cose si sanno poco (o niente), per i curiosi (e poveri) email: destines@libero.it.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, gennaio 2008

Non so se avete letto "viaggio in Italia" di Toqueville, il così detto padre della democrazia americana. E' gustosissimo quando parla di due personaggi, una specie di Don Peppino e Don Alfonso (se non sbaglio i nomi...), rispettivamente di Messina e di Napoli, che incarnavano secondo lui il prototipo dell'italiano pettegolo, arruffone ed esibizionista, ma anche sagace e forbito.

Proviamo a pensare anche noi due "Don": un siciliano, che magari chiameremo Don Antonio (per carità, nessun riferimento a Longo!), e poi, invece che un napoletano, per creare più distanza geografica e caratteriale, un ligure. Diciamo Don Giovanni.

I due sono chirurghi coloretali, cinquantenni, cari amici e con piacere si visitano l'un l'altro insieme alle gentili consorti. Li vediamo, in questa prima recensione, davanti al mare delle isole Eolie.

Don Antonio (cerimonioso come ogni buon siciliano): Carissimo, come ti vedo riposato stamattina! Hai dormito bene? Era buona la colazione?

Don Giovanni (più selvatico, i liguri sono i discendenti dei Galli...): Ti dirò, non tanto. Sono stato sveglio almeno due ore a pensare a un caso difficile che mi porto in testa da vari giorni.

Don Antonio: Ma come, anche in un posto così, ma è un peccato!

Don Giovanni: Eppure così è stato, è più forte di me...d'altra parte mi continuano a chiamare per tenermi aggiornato.

Don Antonio: Immagino me ne vorrai parlare.

Don Giovanni: Sì, abbi pazienza. Poi ti prometto un bagno senza pensieri.

Don Antonio: Allora dai, confidati.

Don Giovanni: Guarda, era un paziente con una patologia che vedo spesso, una diverticolite perforata. Tu sa che da un po' faccio chirurgia laparoscopica, vero?

Don Antonio: Sì, certo.

Don Giovanni: Ecco, questo era un novantenne. In genere faccio una resezione con anastomosi primaria o un Hartmann. Beh in questo caso... un vecchietto fragile...sono partito per via laparoscopica, ma non ho trovato per fortuna peritonite fecale. Allora sai com'è, se facevo una anastomosi temevo una deiscenza, con un Hartmann gli avrei lasciato una stomia e alla sola idea di un ano artificiale iol ppooverino aveva pianto per un'ora. Sai, la depressione senile. Insomma, non me la sono sentita...

Don Antonio: E allora? Non mi dire che lo hai drenato e basta?

Don Giovanni: In effetti sì.

Don Antonio: Ahi ahi ahi

Don Giovanni: Sì, aspetta, non l'ho solo drenato, gli ho fatto anche un lavaggio peritoneale in tutti e quattro i quadranti usando almeno cinque litri di fisiologica calda finché il liquido di drenaggio non era limpido. E poi gli ho lasciato due drenaggi di Penrose, senza aspirazione insomma.

Don Antonio: Antibiotici?

Don Giovanni: Sì, certo, in vena per quattro giorni e poi per bocca per un'altra settimana.

Don Antonio: E questo quando?

Don Giovanni: Beh, cinque giorni fa.

Don Antonio: E ora come sta?

Don Giovanni: Appunto, mica tanto bene. Ti dirò, già beveva in prima giornata e mangiava in terza, ma adesso ha nausea e l'addome è teso. Non mi piace.

Don Antonio: Gli hai fatto una TAC?

Don Giovanni: No, oggi è domenica, ho voluto evitare il trambusto dell'urgenza, la farà domani. Ma sono preoccupato, non ci dormo la notte.

Don Antonio: Ti capisco, ma... (sorridente) ho buone notizie per te!

Don Giovanni: Davvero?

Don Antonio: Sì, certo. **Sul BJS di Gennaio c'è un articolo di Myers et al., lavaggio peritoneale laparoscopico per peritonite diffusa da diverticolite perforata.**

Don Giovanni: Ma tu pensa! M'è sfuggito...cosa dice?

Don Antonio si guarda intorno con aria trasognata, annusa il profumo del mare, socchiude gli occhi e tace. Gli uomini del sud fanno così, a volte...

Don Giovanni (ansioso): Ehi dico a te!

Don Antonio (si scuote): Ah, queste isole, m'hanno preso il cuore.

Don Giovanni (impaziente): Dunque?

Don Antonio (rassicurante): Dunque le cose stanno così: 100 pazienti, selezionati su oltre 500, studiati in modo prospettico età mediana 62 anni, range 39-94 (quindi ci rientra anche il tuo). Quattro sono stati convertiti ad Hartmann open, ma ben 92 sono stati trattati esattamente come hai fatto tu, con irrigazione del peritoneo.

Don Giovanni: E i risultati?

Don Antonio: Buoni. Complicanze 4%, mortalità 3%.

Don Giovanni: Re-interventi?

Don Antonio: Solo 2, per ascesso pelvico

Don Giovanni (finalmente sorride...poi però si riabbuia): Recidive della diverticolite?

Don Antonio: Solo 2 a tre anni. Vedi che adesso un bel bagno ce lo possiamo fare?

Rassicurato, *Don Giovanni* segue l'amico che è già partito sugli scogli. Non sono poi così diversi dagli scogli liguri...beh, certo, più neri, più aguzzi.. "Vulcanici" pensa, poi guarda lontano...verso nord...al di là del mare...e immagina il suo paziente che mangia le trenette al pesto imboccato dalla sua infermiera preferita.

Allora, finalmente, si rilassa.

Dopo un'ora i due amici sono stesi al sole. Si sentono lontane voci di bambini e di mamme, nell'aria il profumo di zagare si è fatto intenso.

Don Giovanni (ripensando al dialogo di prima): Non ti facevo così aggiornato, complimenti!

Don Antonio: Se è per questo ti posso aggiungere che nello stesso fascicolo c'è un bel lavoro di un giapponese e di un inglese, **Yano & Moran, invasione dei linfonodi della parete pelvica laterale nel cancro del retto basso.**

Don Giovanni: Ah, questo mi interessa. In Giappone la fanno così lunga sulla linfoadenectomia pelvica, come se le metastasi a quei linfonodi ce le avessero solo loro.

Don Antonio: Appunto. Invece, rivedendo la letteratura, i due hanno trovato che i rischi di invasione linfonodale a quel livello sono simili in Giappone e in occidente.

Don Giovanni: Sembra uno studio fatto apposta per il congresso dell'ECTA, la Società Eurasiatica, che si farà a Guangzhou in Cina nel novembre 2009.

Don Antonio: Già. Come sai il retto basso ha un drenaggio linfatico laterale. Tecniche di imaging pelvico "enhanced" suggeriscono che alcuni pazienti con cancro del retto basso hanno un coinvolgimento dei linfonodi pelvici laterali. L'uso selettivo della linfoadenectomia pelvica laterale ha portato buoni risultati in Giappone.

Don Giovanni: come la mettiamo noi occidentali, che non la facciamo di routine?

Don Antonio: beh, i due autori dicono che una strategia alternativa potrebbe essere una terapia neoadiuvante.

Il sole picchia forte, s'è fatta ora di pranzo. I due amici stanno già dimenticando il cancro del retto e pensano allo spaghetti con capperi, acciughe e olive che li aspetta nel piccolo ristorante sul molo.

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, agosto 2008

T. Sammour et al. L'insufflazione caldo-umida riduce il dolore in chirurgia laparoscopica

E' una metanalisi, dalla Nuova Zelanda, che prende in considerazione sette trial prospettici randomizzati. ...povero me, vabbè che non sono un chirurgo laparoscopico...ma non ne avevo letto neanche uno. Però, a mia parziale discolpa... nessuno era in chirurgia coloretale!

S'è visto che riscaldando e umidificando la CO2 prima di insufflarla, la VAS, il punteggio del dolore, era ridotto in prima e terza giornata e il consumo di morfina in seconda.

Attenzione però, cinque dei sette studi non erano proprio al top come metodo scientifico e, again, nessuno era in chirurgia coloretale. Comunque, da ri-verificare...magari studiando l'effetto di calore e umidità sulla eventuale infiammazione del peritoneo, dicono gli autori.

S.S. Mahid. Valutazione dei "bias" delle pubblicazioni. Un articolo per il "chirurgo scientifico"

Mi scuso per chi già lo sa. Che cos'è un "bias" in una ricerca scientifica? E' un punto debole che può inficiare la validità dei dati raccolti o delle conclusioni d un lavoro.

Esempio banale. Mortalità dopo colectomia open e colectomia laparoscopica. Due gruppi di pazienti, uno open, uno laparoscopico. Cento casi per gruppo. Alla fine: 10 morti nel gruppo open, 1 morto nel gruppo laparoscopico. Conclusione, si muore meno con la laparoscopia.

Caspita, importante!

Poi andiamo a vedere...e scopriamo che nel gruppo open l'età mediana era 72 anni, nel gruppo laparo 42. E poi che nel gruppo open c'erano 60 pazienti ASA III, nel gruppo laparo ce n'erano 20. Ecco due "bias" che annullano i risultati, o meglio, le conclusioni. Non ne sono morti meno perché la laparo è meglio, ma perché erano più giovani e meno fragili.

Capite perché Bonadonna, il famoso oncologo dell'Istituto Tumori di Milano, ora 80enne, diceva che la parte più importante di un articolo è "Materiali e Metodi"? Eppure, dite la verità, quando leggete un articolo andate spesso subito ai Risultati e alle Conclusioni, vero?

Ok, che cosa dice questo lavoro americano? Varie cose interessanti...parla soprattutto dei metodi per scoprire i "bias", e di altro. Ne volete sapere di più? L'email dell'autore è: sOgala01@louisvill.edu. Un compaesano di Mohammed Ali, "il labbro di Louisville".

K. H. V.Wong et al. Il clampaggio intermittente dei vasi al fegato non peggiora la prognosi dopo resezione epatica per chirurgia coloretta

La cosiddetta manovra di Pringle, il clampaggio intermittente della triade portale per ridurre il flusso e quindi le perdite ematiche quando si fa una resezione epatica, può, secondo alcuni, creare problemi, tipo ischemia o aumento della recidiva delle metastasi.. Gli autori hanno indagato a fondo la cosa in 289 casi, metà dei loro pazienti.

(ebbene sì, tanti sono...che casistica! Eppure non siamo in Cina ma a Leeds, UK).

Ebbene la prognosi a lungo termine non è peggiorata dalla manovra. Chi la fa continui tranquillo.

In Giappone infatti la manovra di Pringle si fa nel 93% di questi interventi, dicono gli autori.

L. H. Iversen. Qual è la principale causa di morte precoce dopo chirurgia per cancro del colon?

Le complicanze mediche postoperatorie, tipo embolia polmonare.

Lange et al. Qual è la causa principale di disfunzione urinaria dopo interventi per cancro del retto?

Non la radioterapia preoperatoria, come si potrebbe supporre, ma il danno chirurgico all'innervazione.

Lindholm et al. Serve lo screening per il sangue occulto delle feci?

Serve sì! Riduce la mortalità da cancro coloretta negli individui sottoposti a screening.

Munoz-Duyos et al. Costi-benefici della neuromodulazione sacrale per incontinenza fecale.

L'articolo spagnolo ci dice quel che già potevamo sapere o supporre. Che questa terapia costa ma funziona. Stanno uscendo una caterva di articoli positivi sulla nuova metodica. Anche perché è l'unica che ci dice se farà effetto ai pazienti PRIMA dell'impianto permanente.

Sembra che senza la neuromodulazione non possano curare i pazienti...eppure vedremo più avanti che, almeno in UK, non è così.

C. B. B.Lim et al. Il titanio degli stapler crea problemi

Gli autori, fra i quali c'è il famoso Darzi, hanno visto vari casi di granuloma da corpo estraneo dopo sutura meccanica e allora hanno studiato il problema esaminando (e ci sono foto istologiche bellissime nell'articolo) 14 pezzi d'intestino resecati dopo anastomosi meccanica. Hanno trovato corpi estranei ricchi di fluorina e altri, di più, ricchi di carbonio.

E concludono che il problema sta nel cartridge degli stapler. Attenzione Ditte, serve studiare la cosa e migliorare il prodotto, se no la scontano i pazienti e i chirurghi che li operano!

A.F. Engelsman. Colonizzazione batterica delle protesi per ernia

Temo che questo fascicolo sia problematico per le ditte che producono cose varie per i chirurghi, adesso anche le mesh sotto accusa. Qui l'articolo è sull'ernia, ma noi coloretta usiamo le protesi per tante situazioni. Rettopessi, rettoceli, enteroceli, fistole rettovaginali e che altro non so. La sepsi in caso di mesh è una particolare seccatura. Come ad esempio la morfologia delle protesi. Insomma anche questo va letto e valutato...

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, novembre 2007

W. Baraza et al. Colostomia endoscopica per cutanea

E' un'alternativa alla chirurgia in pazienti selezionati con volvolo del sigma, pseudoostruzione intestinale, o grave stipsi da rallentato transito. Una sonda percutanea agisce come un canale di irrigazione o di decompressione oppure come una sigmoidopessi. In questo studio prospettico si valutano 33 pazienti con queste tre patologie. La sonda viene lasciata in sede in modo permanente in pazienti con volvolo o stipsi,

mentre in quelli con pseudoostruzione si lascia per un periodo di tempo, in base ai sintomi. Poche le complicanze serie: 3 casi di peritonite (uno mortale). La sintomatologia si è risolta in 26 casi. Gli autori, fra i quali Paul Hudrlstone, endoscopista top in UK (e direi in Europa) concludono che la colostomia endoscopica percutanea è un metodo utile e mini invasivo nei pazienti ad lato rischio chirurgico. Nell'articolo vi sono due belle foto a colori esplicative della metodica.

Per coloro che non lo ricordassero la pseudoostruzione intestinale è un disturbo funzionale ricorrente, raro, simile alla sindrome di Ogilvie, che può colpire dall'esofago al colon e può dare infatti disfagia (mentre la sindrome di Ogilvie è limitata al colon). Questi soggetti rischiano ripetute stomie e resezioni intestinali. Vi sono due tipi di pseudoostruzione, detta anche sindrome di Nash: uno con anatomia microscopica anormale e l'altro con danni pigmentari del plesso mienterico.

J. Folckesson et al. Sopravvivenza a lungo termine e recidive dopo escissione totale di cancro del retto.

Autori svedesi, tra di loro il noto Lars Pahlman, che dirige il Board europeo per l'accreditamento in colonproctologia chirurgica. Una o due volte all'anno, lui e i suoi titolati colleghi (Matzel, Nicholls, Myrvold, Devesa ed altri) fanno gli esami a dei (circa) quarantenni europei che si sentono in grado di sostenerli. Finora l'accreditamento è stato preso da oltre cento colleghi, di cui 5 o 6 in Italia: Selavaggi, Boccasanta, Setti Carraro, ed altri. Per accedere all'esame occorre avere come titoli almeno due anni passati in un centro coloretale di buon livello, aver fatto un certo numero di interventi da operatore o da aiuto, tra cui resezioni anteriori, prolassectomie o rettopessi, fistulectomie, ecc, certificati da un "log-book", un registro insomma, vidimato, pagare una tassa congrua che, se non sbaglio è di 500 sterline. Se si viene ammessi all'esame tocca pagare ancora..., l'interrogazione consiste in tre parti: durano una mezz'oretta ciascuno. Nella prima si risponde a una domanda di colonproctologia, sviscerando l'argomento con l'esaminatore; nella seconda si risponde su che fare con un caso clinico documentato con immagini, nella terza si deve criticare e discutere il livello scientifico e metodologico di un articolo della letteratura, che viene consegnato in largo anticipo. Ho fatto questi esami e sono molto seri, nelle intenzioni della Società Europea vorrebbero essere l'equivalente dell'accreditamento americano in chirurgia coloretale. Una volta conseguito, a che serve l'accreditamento europeo? E' un titolo che certifica la bravura e l'esperienza di un chirurgo coloretale e dunque dovrebbe servirvi a far carriera. Sappiamo come spesso si fa carriera in Italia e quindi stendiamo un velo pietoso. Però c'è la speranza che le cose migliorino e quindi sarebbe utile che più italiani si presentassero. Del resto il titolo (EBSQ) facilita, o dovrebbe facilitare, la mobilità di trasferimento nei vari centri coloretali europei. I prossimi esami saranno a Nantes a fine settembre. Sul sito ESCP si possono trovare ulteriori dettagli.

Torniamo allo studio.

Ci consola sapere che su oltre 1000 pazienti del Registro del cancro rettale svedese 1995-2001 il 6% hanno avuto un escissione locale. Il dato è molto simile a quello riscontrato nell'ultimo Annual Report della nostra UCP discusso a Chianciano a fine maggio (3.9% + 1% con radiochemio). Altri Paesi si allargano di più, del doppio o del triplo, includendo anche i T1, massivo o i T2 nei tumori asportabili. Ma i nostri lettori ormai sanno, dopo la dotta conversazione tra Pasquale ed Angelo al London Hospital, che i criteri debbono essere molto più restrittivi.

Ciò detto, mantenendo questi criteri, i colleghi svedesi hanno avuto una recidiva locale a cinque anni del 7% ed una sopravvivenza a cinque anni cancro-specifica (vuol dire tolti i morti per infarto, ictus, polmonite o incidenti stradale ecc) del 95%.

C.D. Mann et al. Ruolo dell'ecografia nello scoprire le recidive reseccabili dopo epatectomia per metastasi epatiche da cancro coloretale.

Vi dico solo le conclusioni: l'ecografia è utile, ma è importante fare anche un RX torace di routine per scoprire le metastasi polmonari. Per i dettagli provate a scrivere al primo o autore, email: chris.mann@doctors.org.uk.

Buoni risultati dunque. La condizione per ottenerli, dicono gli svedesi? Un accuratissimo staging pre e post operatorio.

E con questo amici i tanti fascicoli di BJS che avevo nella borsa rossa sono stati recensiti, anche se con un certo disordine, saltando da un mese all'altro; alcuni alla leggera altri in profondità.

Fatevi un caffè, guardate fuori dalla finestra, andate ad operare, andate al cinema, fate quello che volete, ma riposatevi un po'...se poi andate in sala operatoria...va bene, forse è una forma di riposo mentale rispetto alla lettura scientifica.

Tra poco si riattacca con altre riviste.

Non temete, torneranno Pasquale e Angelo, e anche Don Antonio e Don Giovanni. E forse vi svelerò chi sono.

Io vado a dormire.

Sveglia alle cinque, caffè nero doppio...e al lavoro!
(macchè, scherzo...)

Finisco ora di raccontarvi il congresso mediterraneo di Roma, febbraio 2007, impostato come se dovesse servire a chi tra voi, non avendo ancora esperienza desidera organizzare un congresso.

La cena infine, o eventuali spettacoli di intrattenimento.

Fate la cena nella stessa sede del congresso? Meglio, purchè ci sia un buon ristorante. Se volete portare i congressisti in un locale tipico, fuori....sì, una buon idea, magari conoscete il proprietario e vi farà lo sconto...oppure il major sponsor ha una convenzione con quel locale, ma il rovescio della medaglia è che spenderete di più in pullman...e poi, che il posto non sia lontano.

Dopo una giornata di lavori (non so voi, ma me...mi stanca più un giorno di congresso che un giorno di sala operatoria) un'ora di pullman può uccidere...all'andata per i traffico e le file, al ritorno per la sonnolenza, tutti mezzi ciucchi e accasciati sui sedili. Tutti? Sicuri? Nooooo. Biagio Ravo e Andrew Zbar starebbero a parlare fitto fitto anche in pullman e a notte tarda. Se la sessione il giorno dopo comincia alle 8.30 o alle 9, non fate finire la cena a mezzanotte, per ovvii motivi(il giorno dopo i congressisti arriverebbero tardi e assonnati). Quindi non fate cominciare la cena tardi. Magari scrivete ore 20 sul programma o sugli inviti, così di certo entro le 21... se magna!...

E calcolate (non voglio fare il mezzo ebreo, quale in effetti sono) che, quando a cena girerete intorno lo sguardo e vedrete la sala piena e penserete "ah, ma che beautiful company!" almeno un quarto dei commensali saranno, con o senza il vostro placet, "imbucati". Siccome una cena buona in un buon ristorante di una grande città costa da 50 a 80 euro, su 100 congressisti, 20 imbucati significa 1500 euro in più...non previsti dal budget, e sarete voi a doverli trovare alla fine. Vabbè, penserete, poco male...12000 euro più 1500 fanno 13.500, che sarà mai, con 5 stand presi ne avremo 3000 a stand, fanno 15000... Siamo in attivo...

Macchè!!! In più, da pagare, ci sono: i pannelli per i poster, le hostess, il tecnico, i proiettori, gli aperitivi o il caffè o il taxi presi dal tale e talaltro relatore e messi sul conto del congresso, le cartelline, la stampa dei programmi, preliminari e definitivi, le locandine stampate e mandate in giro, LA TRADUZIONE SIMULTANEA! (da noi non c'era ma spesso c'è...), i timer, i cartellini dei relatori, IL COSTO DELLA \$\$\$EDUTA OPERATORIA IN DIRETTA! I lunch, i coffee break, i pullman, il cantante, l'affitto del pianoforte, i diritti SIAE, il cesto di frutta ai relatori in albergo, la stampa del volume degli atti, l'autista, i pullman, il costo degli ecm, i certificati di presenza, i premi per le migliori presentazioni...

Ed ecco così che gli impavidi organizzatori, speranzosi di restare con qualche migliaio di euro che so, per il loro fondo ricerca...che so, per una borsa di studio a un giovane..., che so per acquistare uno strumento..., che so, per un viaggio studio...i poveri organizzatori, già stremati dopo mesi di preparazione e giorni di stress intra-congressuale, si ritrovano coi debiti e masticano amaro per due anni, pressati dagli avvocati della agenzia organizzatrice che ha anticipato i soldi o dall'albergo che non è stato pagato (è successo). O più semplicemente telefonano all'agenzia per sapere se le ditte che hanno fatto stand hanno saldato, in modo da pagare i conti sospesi, e al telefono... linea muta. Allora vanno alla sede dell'agenzia, per sentire chiarimenti e possibly buone notizie...e trovano luci spente, campanelli afoni, porte sbarrate. Chiedono a un vicino..."ma scusi, l'EXTRA BEST EVENTS?" "Mah, un pezzo che non li vediamo, la posta torna al mittente, e poi, con commiserazione..." "Dotto', sa che penso? Quelli se so dati!.... (è successo).

A questo punto gli organizzatori insolventi indebitati aprono gli occhi sulla triste realtà.

Finchè arriva una multinazionale che dice "no problem copro io,...però lei dottore dovrebbe gentilmente usarmi questo strumento e questo e magari anche questo...e far acquistare 200 pezzi di questo dal suo ospedale". "200???, Veramente ce ne servono 50! Ma almeno, con che sconto?" "No dottore, vede, anzi, con una piccola maggiorazione, sa, d'altra parte ci esponiamo noi al posto vostro, lei capisce, non è cosa da poco anche per noi che ne abbiamo tanti" (è successo).

COLORECTAL DISEASE settembre 2007

Quella mattina Don Antonio era particolarmente emozionato, mentre nell'aria ancora calda com'è quella del settembre siciliano, assaggiava con la suola della scarpa chiodata l'erba compressa ma ancora soffice per l'umidità del tee della buca uno. Si trovava al Picciolo, il suo campo preferito, alle pendici dell'Etna. Don Giovanni per fortuna era in lieve ritardo e quindi don Antonio era solo a compiere questi atti che un golfista vive come un rito religioso: annusare l'aria, valutarne la limpidezza, sentire quanto è umido il campo a terra e nell'atmosfera, veder se la sabbia dei bunker è friabile o incrostata ed altro ancora.

Don Giovanni (arrivando): Che bella borsa che hai!

Don Antonio (un po' schifato): Non è una borsa. Si chiama sacca. Ricordatelo se vuoi giocare a golf.

Don Giovanni: Sarà che ho ancora in mente un articolo letto ieri sui **cancri colorettali piatti in UK : una analisi di pezzi asportati, primo autore Tweedle.**

Don Antonio (già seccato per la perdita di tempo, ma un po' curioso): E cosa dice?

Don Giovanni: Dice che 1763 cancri colorettali asportati, età media 69 anni, (ecco perché pensavo ai golfisti qui intorno) sono stati identificati 61 tumori con una rilevanza inferiore ai 20mm, dei quali 64% avevano una morfologia piatta e 33% polipoidi. Benché piccoli i cancri piatti davano 39% di metastasi linfonodali.

Don Antonio (sempre più impaziente di cominciare a giocare): E allora?

Don Giovanni: E allora, vedi bene che il rischio di trovare dei cancri piatti nei pezzi operatori inglesi è uguale a quello del Giappone. Si devono studiare accuratamente perché è alta la presenza di T3/4. anzi questo lavoro supporta la teoria della carcinogenesi accelerata nei cancri piatti (si blocca, e poi guarda l'amico come se gli avesse dato una notizia preziosa).

Don Antonio (fa invece la faccia depressa pensando "ma guarda un po' questo, parla parla... vuoi vedere che mi rovina il primo tiro") prende in mano un legno 3, piazza la pallina sul tee, fa un paio di swing di prova. Ma non si sente a posto, si riguarda in giro, cerca di concentrarsi e punta il bersaglio. Un backswing un po' troppo rapido, nervoso. Un impatto con la palla non certo square. Forza di braccia per dare potenza. Risultato classico: un gancio. La palla fila verso l'unico laghetto alla sinistra del farway e si inabissa tra gli accidenti di don Antonio, del tipo: "miiiiiiiiiiiiiiii!!!!!! Palla fetuuuuusa!!!!!! Lo sapevo, una giornata rovinata. Che cavolo siamo venuti a fare? Adesso saranno solo sofferenze... al diavolo te e il cancro piatto!

Don Giovanni (più controllato perché è ligure ma soprattutto perché non è lui che ha sbagliato il colpo...) tira fuori il "peschino" dalla sacca dell'amico e va verso il laghetto per cercare di recuperare la pallina.

Poi Don Antonio rimette in gioco la palla, perde un punto, fa un tiro decente, si rinfranca e procede verso l'avantgreen.

Don Giovanni, zitto come un pesce del golfo di Ponente, lo segue con la sacca in mano, sfiorando appena l'erba con le scarpe.

COLORECTAL DISEASE, novembre 2007

R. J. Nicholls, Escissione totale di cancro del retto

E' un editoriale di John Nicholls su un argomento che abbiamo già trattato in queste recensioni. L'escissione totale si fa in 3 casi:

- 1) pazienti con cancro disseminato in cui il tumore primitivo è piccolo;
- 2) pazienti molto anziani o soggetti fragili per i quali una resezione maggiore è a rischio di alte complicanze di mortalità;
- 3) con intento curativo.

Per il punto 3 ci sono due scuole di pensiero: la prima, molto diffusa in Europa riduce l'indicazione ai T1, anzi come abbiamo visto ai T1 senza invasione massiva della sotto mucosa. La seconda seguita da alcuni centri americani allarga le indicazioni dell'escissione locale combinandola con la chemio-radioterapia adiuvante. A dir la verità questo non soia f solo negli USA, aggiungo io: un articolo del gruppo di Lezoche sul BJS riferisce buoni risultati nei T1 e T2 con RCT.

Hermanech (continua Nicholls) ha dimostrato che i T1 possono dare il 5% di metastasi ai linfonodi regionali e i T2 fino al 20%. Haggitt e poi Kikuchi hanno dimostrato che l'invasione può variare dal 5 al 25% a seconda del grado di invasione della sotto mucosa e della morfologia, nel senso che i tumori tessili hanno più rischio dei tumori polipoidi.

Questi dati suggeriscono di limitare l'escissione locale ai T1 con invasione superficiale della sotto mucosa.

Conclude Nicholls che il paziente deve essere bene informato sul fatto che le sue possibilità di cura dipendono dall'esame istologico del tumore: base a questo si stabilirà se è meglio procedere con una resezione maggiore o se è ragionevole attendere e basarsi sul follow-up.

S. Rasheed et al, Tubercolosi intraddominale gastrointestinale.

E' una review su un argomento raro. Viene dal St Mark's Hospital. Tra gli autori c'è il nostro Roberto Zinicola.

La tubercolosi è una malattia curabile sia che colpisca i polmoni sia che colpisca altri organi, però il fatto che si manifesta spesso con dei sintomi non specifici rende difficile la diagnosi. Nel caso della TBC gastrointestinale un ritardo nella diagnosi può compromettere l'efficacia della terapia. Vi riferisco qualcosa solo sulla tubercolosi del retto, piuttosto rara che si presenta con rettoragia e stipsi. La rettoscopia può mostrare una stenosi anulare di varia lunghezza con aree ulcerate. La diagnosi differenziale si pone con il Crohn, l'herpes simplex, la sifilide, l'amibiasi e il cancro. Un aiuto diagnostico nelle forme intraddominali può essere dato dalla laparoscopia.

P.F. Ridgway et al, La colectomia laparoscopica costa meno di quella "open"

E a proposito di laparoscopia, ecco una cattiva notizia per i suoi detrattori: la chirurgia laparoscopica è più economica di quella convenzionale!

Lo dicono questi autori irlandesi dopo uno studio su 35 resezioni laparoscopiche e 53 "open". Per l'analisi dei costi gli autori hanno usato dei controlli istituzionali "open" retrospettivi del loro istituto. Lo studio ha dei limiti, ma è interessante: conferma che la colectomia laparoscopica ha costi intraoperatori maggiori, ma fa risparmiare oltre 4000 sterline per ogni paziente in altre spese, come la degenza.

Qualcuno sospetta che gli autori siano stati finanziati da una ditta che produce strumenti per la chirurgia laparoscopica? La risposta è alla fine dell'articolo: "Financial support: None".

J. Cottam et al, Complicanze dovute alla stomia nelle prime tre settimane dopo l'intervento.

Quali sono le stomie che danno più spesso problemi? Quelle fatte d'urgenza, innanzitutto. Quelle fatte per malattia diverticolare (più alto rischio di necrosi). Quelle più prossimali.

Il problema più diffuso è stata la retrazione dello stoma.

Gli autori concludono che una buona tecnica di confezione della stomia è essenziale, anche se si impiegano 30-45 minuti per farla. E' stato triste costatare in questo studio, ci dicono alla fine dell'articolo, che la maggior parte dei pazienti con una stomia problematica sono stati operati per cancro. Pensiamoci e cerchiamo di migliorare la loro qualità di vita.

D.M.J. Oom et al, Plastica dell'enterocele con oblitterazione addominale del cavo di Douglas: effetti a lungo termine sulla ostruita defecazione e sui sintomi di "discomfort" pelvico.

Rotterdam, Olanda, gruppo Schouten. E' un'ampia casistica di 54 donne, età mediana 54 anni, nelle quali è stata posizionata una protesi a U di mersilene nel cavo di Douglas per oblitterarlo e per sostenere la matassa ileale prolapsata. Dopo 6 mesi l'enterocele persisteva solo in 5 pazienti (9%). Delle 49 donne in cui l'enterocele era stato corretto, a 7 anni di distanza solo 10, pari al 23%, avevano ancora "discomfort" pelvico (fastidio, senso di peso, ecc). purtroppo invece nei tre quarti dei casi persistevano i sintomi di ostruita defecazione.

Questo dimostra che la tecnica è buona ma l'enterocele spesso non è la causa della ostruita defecazione. L'articolo sembra quindi lasciare spazio ad un trattamento combinato non solo dell'enterocele ma anche di altre lesioni che potrebbero essere concausa della stipsi, come ad esempio intussuscezione rettale, prolasso mucoso, rettocele. Ma anche e soprattutto occorre, aggiungo io, curare i disturbi funzionali, sui quali gli autori si soffermano poco e che spesso sono la vera causa dei sintomi, come sa chi ricorda il concetto della "sindrome dell'iceberg".

Su 100 pazienti con ostruita defecazioni infatti, oltre metà hanno ansia o depressione. Oltre un terzo hanno anismo e/o iposensibilità rettale. Psicoterapia e biofeedback possono dunque aiutare in questi casi.

COLORECTAL DISEASE, gennaio 2008

H.S. Tilney & P.P. Tekkis, Si allargano gli orizzonti della chirurgia rettale "restaurativa": resezione intersfinterica per cancro del retto basso.

Proprio ieri ho tradotto e tabulato l'ultimo Annual Report di SICCR-Ucp club per Techniques. Delle molte centinaia di resezioni anteriori fatte c'erano anche delle resezioni intersfinteriche. Non tante, ma c'erano. Come sapete resezioni intersfinterica vuol dire "portare via" parte o tutto lo sfintere interno, quando il tumore è molto basso, prolungando la dissezione nel piano intersfinterico dall'alto, o effettuandola dal basso per via endoanale. C'è una nostra Last Image su Techniques 1-2 anni fa

L'escissione intersfinterica si fa normalmente per asportare il retto nelle IBD, ricordo che Parks oltre vent'anni fa ne fece un suo cavallo di battaglia. Il primo a renderla popolare, riportando una buona o discreta continenza anche a sfintere interno completamente asportato (il che mi ha sempre lasciato un po' perplesso...), è stato l'austriaco Schiessel. Ricordo poi, tra gli altri un bell'articolo del russo Rybakov su un BJS di pochi anni fa. Ma di articoli gli autori ne hanno rivisti 21, con 612 casi. La mortalità operatoria è stata dell'1,6% e le deiscenze anastomotiche 10,5%. Non male dunque. Le recidive locali 9,5% (ovviamente sempre con escissione totale del mesoretto). Anche questo non male, solo un po' più alto del 4-8% dopo la resezione anteriore bassa standard. Molto buona la sopravvivenza media a 5 anni 81,5%. Il rovescio della medaglia: una significativa riduzione del tono anale di base (come è ovvio quando si toglie tutto o in parte lo sfintere interno) e urgenza defecatoria in quasi 6 pazienti su 10. la continenza e la qualità di vita può essere migliorata usando una "J-pouch" colica. Alternativa, aggiungo io, una coloplastica secondo Fazio. L'uso della che mio-radioterapia offre vantaggi oncologico, al costo però di peggiori risultati funzionali.

Un intervento che ormai dovrebbe essere nel bagaglio chirurgico di uno specialista coloretale, ma attenzione alla cosiddetta "sindrome da resezione anteriore": sono molti i casi in cui si evita una stomia permanente ma si condanna il paziente a delle pesanti disfunzioni. A volte un' amputazione addominoperineale con una colostomia ben funzionante può essere una opzione da preferire. Sta di fatto però che questa viene scelta solo nel 10% dei casi (sempre meno, qualche anno fa era il 13%) dai coordinatori delle nostre UCP.

Autori vari: da Abcarian di Chicago a Weiss della Cleveland Clinic Florida, Consensus conference sul "plug surgis AFP" nelle fistole anali.

Sapete che la Cook produce questi "plug" per le fistole, qualcuno di voi lo avrà anche usato. Io non ho esperienza. Un articolo di Champagne et al. (DCR 2006) ha riportato un successo dell'85%. Dei 15 chirurghi coinvolti in questa consensus conference, 15 avevano eseguito 50 o più procedure con il "plug". I problemi con il nuovo metodo possono essere la fuoriuscita del "plug" e la mancanza di follow-up a lungo termine. Da notare che gli autori sono stati rimborsati ed hanno avuto un onorario dalla Cook per la loro trasferta culturale all'Hilton Hotel dell'aeroporto di Chicago il 27 maggio 2007.

L'articolo è molto utile perché indica i criteri di inclusione e di esclusione (l'ideale è la fistola trans sfinterica), la preparazione pre operatoria (preparazione meccanica come per resezione colica oppure uso di un piccolo clistere, probabilmente fa lo stesso, ma meglio fare l'antibiotico profilassi; tecnica chirurgica (mettere prima un setole se c'è infiammazione acuta o purulenta, per 6-12 settimane e, tra l'altro, suturare il "plug agli sfinteri con un 2-0 di Vicryl) e regime post operatorio (dieta libera, riposo per due settimane, evitare stipsi o diarrea, non specillare la ex fistola nel follow-up). Gli autori concludono che un successo del 50-60% è da considerare accettabile e che l'operazione deve essere effettuata solo da chirurghi esperti di fistola e di anatomia coloretale, ovvero da specialisti.

Mi sono pentito di non aver usato il "plug" in una paziente cinquantenne con fistola trans sfinterica media anteriore, nella quale una deiscenza di un lembo mucoso rettale mi ha costretto, due mesi fa, ad un "re-do-flap" e ad una sigmoidostomia temporanea escludente. A parte le retto-vaginali, era la terza volta che dovevo fare una stomia per una fistola in trent'anni, ma ho sentito che avrei potuto forse evitarla usando questa nuova metodica.

P. Wille-Jorgensen & A.G. Renehan, Review sistematiche e meta-analisi in colonproctologia: interpretazione ed errori potenziali

Due settimane fa un amico SICCR, ex membro del direttivo, ottimo chirurgo anoretale e autore di numerose buone pubblicazioni mi ha telefonato chiedendomi con una certa agitazione: "ho mandato una review ad una buona rivista: me la accettano solo se la trasformo in meta-analisi. Mi dici a chi posso chiedere come si fa?" gli ho suggerito un paio di nomi di amici italiani, uno all'estero e uno in Italia, ma mi sono reso conto che pochissimi di noi (io non sono tra questi, nel senso che non so come si fa la odds ratio e un forrest plot) sanno fare una meta-analisi. Poiché questo tipo di articoli vanno però sempre più di moda (e sono davvero utili), credo che convenga leggere questo lavoro. L'email dell'autore anziano pwj01@bbh.regionh.dk.

L'articolo comincia con il proverbio latino "ponderando sunt testimonia non numeranda". Mi sembra inutile tradurre. Preziosa la tabella 2 che illustra la anatomia di una review sistematica, ovvero i dodici passaggi per effettuarla con tutte le regole. Ma molte altre cose sono importanti: come fare la ricerca in letteratura, la qualità degli studi da includere, come riportare i risultati, come accorgersi dei "bias" delle pubblicazioni, come analizzare le sensibilità, come fare la review dei trial randomizzati, degli studi comparativi non randomizzati, degli studi epidemiologici osservazionali, di quelli sul significato prognostico, di quelli sulle complicanze.

I due autori sono gente tosta, entrambi membri dell'Editorial Board del Cochrane Colorectal Cancer Group. Chi vuole pubblicare bene dovrebbe leggersi l'articolo, che però, vi avviso è impegnativo: pensate che ci sono cinque appendici su situazioni particolari...dovrei leggerlo bene anch'io essendo editor di una rivista. Cercherò di farlo. Intanto lo raccomando all'attenzione di Giuseppe Gagliardi, che mia aiuta parecchio a mandare avanti Techniques.

H. Kanazawa et al., Il "budding" del tumore ai margini di invasione: come influenza i risultati dopo chirurgia per cancro coloretale.

Del "budding" si parla da qualche anno, potrei tradurlo affastellamento di cellule infiammatorie ai margini del tumore. E' il tentativo dell'organismo di bloccare lo sviluppo della neoplasia. Gli autori giapponesi hanno studiato il "budding" tumorale nei pezzi chirurgici di 159 pazienti con carcinoma coloretale, suddividendolo in 3 gradi: lieve, moderato e marcato. Il "budding" era lieve nel 34%, moderato nel 37% e marcato nel 29% dei casi. La densità della risposta infiammatoria, cioè il grado del "budding" era significativamente più elevato nei tumori meno differenziati, in quelli con metastasi linfonodali e nei casi di stadio TMN più avanzato.

I pazienti con "budding" marcato avevano una sopravvivenza più elevata di quelli con "budding lieve o moderato. In conclusione il "budding" tumorale è un indice istologico pratico e significativo per identificare i casi ad alto potenziale maligno e prognosi negativa. Potete chiederlo al vostro anatomo-patologo per regolarvi sul follow-up o su una eventuale radio-chemioterapia post chirurgica.

P. Matthiessen et al., L'aumento della proteina C- reattiva è un indicatore precoce di deiscenza anastomotica sintomatica dopo resezione anteriore del retto

In questo studio prospettico gli autori hanno monitorato quotidianamente la proteina C-reattiva nel siero di 32 pazienti dopo resezione anteriore per cancro del retto, fino alle dimissioni dall'ospedale. Hanno anche misurato i globuli bianchi e hanno fatto una TAC in seconda e in settima giornata per valutare la quantità di liquido raccolto nella cavità pre sacrale. Tutti i pazienti avevano drenaggio pelvico e il volume del drenaggio è stato misurato ogni giorno. L'altezza mediana dell'anastomosi era a 5cm dall'ano, mortalità operatoria zero, deiscenze anastomotiche sistematiche 27% (non poche), diagnosticate in mediana 8 giorni dopo l'intervento. Mentre i bianchi erano diminuiti nei pazienti pre irradiati, ma non erano correlati con l'evento deiscenza, la proteina C-reattiva lo era perché saliva fin nella seconda giornata nei pazienti che avrebbero sviluppato la deiscenza i quali mostravano un aumento del liquido pre sacrale tra la prima e la seconda TAC. Questi dati mi sembrano molto molto interessanti. Sono certo che parecchi di voi faranno eseguire ai loro pazienti questi esami nei tempi e nei modi suggeriti dagli autori e che questo migliorerà la prognosi dei pazienti con deiscenza anastomotica. Io, almeno, farò così e credo che il gruppo svedese che ha scritto questo lavoro meriti il nostro apprezzamento.

S. Slawic e A.R. Dixon, Ricanalizzazione laparoscopica dopo Hartmann.

Gli autori hanno tentato l'intervento in 28 pazienti, età mediana 66 anni, in un periodo di 5 anni e mezzo. I tre quarti erano stati operati per malattia diverticolare.

Il tempo mediano dell'operazione è stato di 80 minuti e vi è stata conversione in "open" solo in un caso. Tempo mediano in ospedale 3 giorni. Tre rientri per sepsi della ferita e dolore addominale. Due decessi per embolia mesenterica ed emorragia gastrointestinale. In conclusione l'intervento si può fare e presenta dei vantaggi.

D.F. Altomare et al., Validazione di un nuovo score per l'ostruita defecazione

Tra gli autori Liana Spazzafumo, consulente statistica di Techniques. Non vi sono modi obiettivi (numerici) per valutare l'ostruita defecazione, o per confrontare l'efficacia dei trattamenti. Questo studio ha lo scopo di validare un indice specifico per la malattia che ne quantifica la severità.

Lo studio si basa su 86 pazienti con ostruita defecazione e 30 controlli sani. Lo score è la somma di tutti i punti con un massimo possibile di 31 punti. Il lavoro non è facile da riferire e andrebbe letto per esteso. Fa notare che lo score della stipsi della Cleveland Clinic non è stato correttamente validato. Un altro score, basato sul questionario KESS, è stato prospettivamente validato e statisticamente ben analizzato, ma copre tutte le forme di stipsi e non è specifico per la ostruita defecazione. Infine il PAC, un altro score della stipsi, benché validato, non viene mai usato dai chirurghi. Lo score di Longo, che appare in alcuni articoli pubblicati da Boccasanta ed altri non è stato validato, come fa notare lo stesso Altomare in una corrispondenza inviata a DCR e in corso di stampa. In conclusione lo score del nostro collega barese e dei suoi coautori appare come quello più in grado di essere usato nei pazienti con ostruita defecazione. Chi si occupa di questa sindrome (se sindrome è...il nostro Pucciani non sarebbe d'accordo...) dovrebbe conoscerlo e essere pronto a impiegarlo. Lo score di Longo, che da un po' compare negli articoli dei colleghi filo-stapler, viene ignorato da questi autori italiani.

F. de la Postilla et al., Il PTQ (silicone) agente volumizzante per l'incontinenza fecale dello sfintere interno.

Lo studio è basato su 12 pazienti e assomiglia a quello del gruppo di Ganio con la coaptite pubblicato di recente su Techniques. Entrambi riportano risultati positivi. Dicono questi spagnoli che i risultati sono buoni ma si deteriorano a cinque anni. Nel periodo in cui il PTQ migliora la continenza, gli autori riferiscono anche un miglioramento della qualità di vita, ma questo contrasta con quanto pubblicato da poco su DCR da Altomare et al, ultimo autore il sottoscritto: al miglioramento della continenza non corrisponde un miglioramento della qualità di vita. Ma diverso era l'agente volumizzante, il durasphere.

Benché in una sua ottima review (onestamente non ricordo se su BJS o DCR, ma penso BJS, Kamm riferisca che poca fiducia ripone negli agenti volumizzanti, è bene che questi siano nell'armamentario chirurgico perché mini invasivi, relativamente poco costosi e adatti a casi selezionati di incontinenza lieve. Nel 2007 i coordinatori delle UCP hanno trattato poche decine di pazienti con questo metodo, di certo ancora non sappiamo come sono i risultati a lunga distanza su casistiche molto ampie. E' vero che l'applicazione delle sostanze è ripetibile, ma è anche vero che la dose minima standard costa intorno ai 2000 euro. L'ultimo nato è il "Solesta", di cui ho una minima sporadica esperienza positiva a breve termine.

COLORECTAL DISEASE, febbraio 2008

Febbraio non è il mese ideale per passare una domenica all'aperto a Londra. Ma i due amiconi Pasquale e Angelo avevano voglia di prendere aria e quale posto migliore di Covent Garden per distrarsi dopo una settimana impegnativa?

Ecco i nostri, quindi, che si imbarcano sulla Piccadilly line, già pregustando lo spettacolo degli artisti di strada e delle bancarelle dai vivaci colori e dalle inutili o utili cianfrusaglie. In metropolitana si ritrovano davanti un gruppo di tedeschi, seri e compassati come sono i tedeschi quando non bevono birra.

Pasquale (guardandone fisso uno e bisbigliando ad Angelo): Quello mi ricorda Buess.

Angelo: Ma chi il Buess della TEM?

Pasquale: Sì, quello. E' piuttosto popolare qui a Londra, pensa che è appena uscito un articolo del St Mark's sulla **microchirurgia endoscopica transanale: frequenza delle recidive locali dopo resezione di cancro del retto**. Il primo autore è **P.A. Whitehouse** e l'articolo analizza la casistica dell'ultimo autore **Simpson**, che adesso è appunto al St Mark's e che in 7 anni ha fatto 180 TEM di cui 42 per cancro. Sei pazienti dopo la TEM avendo un T1 con invasione massiva della sotto mucosa o un T2 hanno scelto poi di farsi fare una resezione radicale; per cui il numero dei casi seguito al follow-up era di 36.

Angelo: Ma quanti di questi avevano fatto la TEM con intento di cura?

Pasquale: Sedici. Gli altri erano pazienti fragili, a rischio per chirurgia maggiore, o che avevano rifiutato una resezione anteriore.

Angelo: Un po' troppo deciso questo Simpson, in genere la TEM non si fa per cancro.

Pasquale: A sua giustificazione va detto però che in 14 pazienti prima dell'intervento la lesione era stata giudicata benigna.

Angelo: TEM per cancro...interessante...e azzardato forse. E come sono andati?

Pasquale: Guarda, dal punto di vista oncologico, intendo dire come sopravvivenza a lungo termine, gli autori mettono le mani avanti perchè dicono che i pazienti erano pochi ed eterogenei per analizzare in maniera ponderata questo aspetto...

Angelo: E come recidive locali?

Pasquale: Beh, accettabili ma non certo basse: il 22% a 34 mesi. Paradossalmente il 26% nei T1 il 22% nei T1 e lo 0% nei T3.

Angelo: E come complicanze post operatorie?

Pasquale: In questo molto bene, solo il 5%. Del resto la TEM è mini-invasiva e le poche complicanze sono il vantaggio rispetto ad una resezione maggiore. Mortalità zero.

Il treno si ferma, le porte si aprono, i tedeschi escono: siamo a Covent Garden. Angelo tira per il braccio Pasquale che sembra ancora assorto sulla TEM.

Angelo: Vieni, andiamo, che il treno riparte...in conclusione, quindi?

Pasquale: In conclusione l'Associazione di Colonproctologia di Gran Bretagna e Irlanda raccomanda che l'escissione locale con intento di cura nel cancro del retto dovrebbe essere ristretta ai cancri T1 (muscolare non invasiva) con buona o moderata differenziazione e un diametro inferiore ai 3 cm.

Usciti dalle scale, i due amici si ritrovano nella folla domenicale diretta al mercato. Il cielo è grigio ma l'aria è frizzante, atmosfera di festa. Mucchi di persone sostano davanti ai mimi che si esibiscono sui marciapiedi e ancora non siamo nella piazza principale, quella dove sosta in genere una piccola folla. Angelo è eccitato, per lui è la prima volta a Covent Garden. Vorrebbe fermarsi ogni 10 metri, ma Pasquale lo spinge avanti.

Pasquale: Vieni vieni, fatti guidare da me. Cominciamo col mercatino delle cose antiche.

I due si fermano davanti a una bancarella con una strana esposizione di ferraglie brunite, piatti, candelabri, vasi, tubi tubicini.

Angelo: Non mi sembra che questa sia tutta roba da antiquariato...

Pasquale: No, infatti. Chissà da dove vengono questi strani tubi, guarda questo fatto a maglie d'acciaio, ricorda vagamente uno "stent" per decompressione del colon...

Angelo: Ah, ma tu mi sa che sei fissato! Riesci mai a staccare dal colon-retto?

Pasquale: Hai ragione. E' che proprio ieri leggevo un editoriale da Colorectal Disease di questo mese, sugli "stent" **per occlusione coloretale**, scritto da due danesi **P. Wille-Jorgensen & S. Meisner**

Angelo (distratto e un po' scocciato, guardandosi intorno): Ah, e cosa dice? Tanto lo so che adesso me lo racconti...

Pasquale: No, tranquillo, non te la faccio lunga. Ti ricordo solo che fu Dhomoto il primo a descrivere nel '91 l'uso di uno "stent" metallico autoespansibile per risolvere il problema dell'occlusione rettale maligna. Da allora questi intervento endoscopici sono aumentati e degli "stent" dedicati, sempre più efficaci, sono stati messi a punto dall'industria. Ancora mancano però dei trial controllati per cui le indicazioni finali e dettagliate ancora sono da stabilire con esattezza. Una cosa è certa: spesso la chirurgia d'urgenza con una stomia può essere usata proprio usando uno stent". Si tratta di una sorta di "ponte" verso la chirurgia nei pazienti con occlusione del colon sinistro.

Angelo (rassegnato): Sì ma ho letto che le complicanze non sono rare.

Pasquale: E' vero, infatti un trial randomizzato olandese è stato chiuso in anticipo a causa delle complicanze nel gruppo degli "stent". Nella casistica dei due danesi autori della review, comunque su 52 "stent" 25 sono stati piazzati al di sopra della fessura splenica, tutti con successo. E' vero come dici tu che sono state descritte varie complicanze, come la migrazione e la perforazione, però (e qui gli autori citano un articolo Parker apparso nel 2006 su Techniques) è anche vero che gli "stent" metallici sono stati usati con successo nelle stenosi anastomotiche, però il futuro è probabilmente degli "stent" di plastica autoespansibili e rimovibili, i quali sono spesso temporanei e vengono eliminati spontaneamente dall'intestino in una settimana dopo che hanno esaurito la loro funzione di "ponte" verso la chirurgia.

Angelo (sollevato): Bene, bravo, me l'hai detto me lo ricordo, anche questa è fatta, ora godiamoci un po' lo spettacolo della piazza che è domenica. Guarda un po' quel tipo che sta facendo il ritratto a una ragazza...

Pasquale: Dove?

Angelo: Laggiù, vedi, in mezzo alla gente. Le sta facendo il ritratto mentre lei guarda gli acrobati che fanno i salti in quel cerchio di fuoco.

Pasquale: Ma quale ragazza dici? Dov'è?

Angelo: Quella alta, magra, vestita un po' alternativa, quella con la valigia vicino. Stava attraversando la piazza e sembrava avesse fretta poi si è fermata, ha posati la valigia ed eccola lì che guarda affascinata lo spettacolo

Pasquale: Eccola, sì, giusto! E vedo anche quel tipo con la barba che le sta facendo uno schizzo sul foglio...

Angelo: Certo che se ne vedono di personaggi strani in questo posto, non credevo...

Pasquale: Sì, te lo avevo detto. Ma adesso scusami, ti lascio per qualche minuto.

Angelo (allusivo): Che fai, ti vai a rimorchiare la londinese?

Pasquale: Ma cheeee, devo solo andare in bagno.

Angelo: Oh, santo cielo! Proprio adesso! Ma che hai, una botta di incontinenza? Attento che ti opero...

Pasquale: No, casomai soffro di stitichezza. Ma come mi operi? Ormai per stitichezza e incontinenza si fanno ben pochi interventi.

Angelo (dubbioso): Veramente proprio qui in Inghilterra ne operano il 40%.

Pasquale: Ma dai, dove?

Angelo: All'ospedale della Mayday University, a Croydon, vicino Londra.

Pasquale: Dimmi dimmi, mi interessa.

Angelo: Ma non dovevi scappare in bagno?

Pasquale: No no figurati mi trattengo volentieri, l'argomento mi interessa.

Angelo: E' uno studio basato su 113 casi in 3 anni. **Primo autore D.S. Kapoor secondo autore H. Sultan (quello famoso) e poi altri quattro inglesi. Trattamento dei disturbi funzionali complessi in una clinica multidisciplinare del pavimento pelvico.** Essenzialmente c'erano due tipi di sintomi: un gruppo (55 casi) aveva ostruita defecazione con rettocele e l'altro (33 casi) aveva una doppia incontinenza, fecale e urinaria.

Pasquale: Ma allora tra gli autori ci sono anche degli urologi?

Angelo: Sì, per la precisione l'articolo viene dai Dipartimenti di Urologia e Chirurgia coloretale. Un ottimo esempio di collaborazione per trattare insieme i disturbi del perineo centrale, anteriore e posteriore.

Pasquale: Quindi, mi dicevi, operati il 40%? E con che interventi? In particolare, sono curioso, quante STARR nel gruppo dell'ostruita defecazione?

Angelo: Per la verità nessuna: 23 sacrocolpopessi e rettopessi per via addominale e poi 6 plastiche transvaginali di rettocele.

Pasquale: Risultati?

Angelo: Tre pazienti su 4 hanno dichiarato di essere soddisfatti. Da notare che un quarto dei pazienti hanno subito un intervento combinato coloretale e urologico. Un bel esempio di collaborazione multidisciplinare.

Pasquale: Sì, ma mi resta il dubbio che ne abbiano operati un po' troppi. Non sono molto favorevole alla chirurgia per i cosiddetti disturbi funzionali. Sai, mi ricordo della famosa frase di un consultant del St Mark's Hospital su DCR "resecare il retto per stipsi è come togliere un polmone ad un asmatico".

Angelo: Beh mi sembra una frase un po' eccessiva, anche se in parte concordo sulla cautela chirurgica. Però ti faccio notare che questi inglesi di resezioni rettali non ne hanno fatte, l'articolo parla di rettopessi, plastica di rettocele ecc.

Pasquale: Sì è vero, hai ragione e resta il fatto che 3 su 4 erano contenti dell'esito della chirurgia. Ma dimmi una cosa, quanto è stato lungo il follow-up?

Angelo: Due anni, ma solo per 17 delle 23 donne che hanno fatto una sacrocolpopessi con rettopessi.

Pasquale: Vedi, questo mi sembra un punto debole, tieni presente che in questa chirurgia la durata del follow-up è molto importante; dopo 1 o 2 anni in genere la cose vanno bene o benino, ma dopo 4 o 5 anni (e penso ai lavori di Brown su Colorectal Disease del 2004 e di Michot su Disease colon rectum 2006) la percentuale dei curati scende al 50%.

Angelo: Va bene va bene, sai tutto...adesso vai in bagno sennò te la fai addosso.

Pasquale: Sì, sì, un attimo...a proposito di farsela addosso...che interventi hanno fatto questi colleghi per incontinenza fecale e urinaria? Ad esempio, quante modulazioni sacrali?

Angelo: Nessuna, evidentemente non sono amanti delle nuove tecnologie. Dieci pazienti hanno fatto una sfinteroplastica (ancora si fa quindi!), 5 una protesi vaginale "tension-free" e 2 una colposospensione.

Ma ora vai, basta letteratura, basta scienza. Liberati dalle scorie e godiamoci Covent Garden.

OK, stop se no vi ammorbo.

Qualcosa ora sul nostro congresso regionale. Dicono sia andato bene

La prima mattina splende, si fa per dire, un sole malato su Roma nord-ovest.

SICCR-Lazio.

Claudio Mattana, organizzatore locale, in forma. Amici che arrivano alla spicciolata. Si comincia con alcuni giovani leoni del Policlinico Gemelli, veramente bravi, spavaldi, età 30-40 anni. Le complicanze in chirurgia coloretale. Deiscenze, sepsi, altre brutte cose. Pochi in sala al mattino, chi non si è alzato in tempo, chi è in ospedale. Poi, seconda sessione, diverticoli e altro, bene anche questa. Mancano Ratto, problemi in famiglia, e Stolfi, che si è dimenticato, ma quando arriva è davvero pentito. La mattina è in italiano, si affacciano timidamente degli stranieri. I più coraggiosi intervengono. Farid, egiziano, Rabau, israeliano (una volta erano in guerra...). Arrivano i dirigenti SICCR. Molti colleghi sono fuori sala, prendono il caffè, vedono i poster, visitano gli stand, chiacchierano, aria da gita fuori porta, chiacchericcio all'italiana.

NON è come in Turchia anni fa, al congresso nazionale in un Club Mediterranee a Antalja, dove i 200 turchi erano in sala mentre fuori il sole splendeva e l'acqua spumeggiava, tutti e 200 seduti impavidi. Ecco il perché dell'impero ottomano, ovvero: "MAMMA LI TURCHI!.."

Break e poi inizia la Mediterranea, ora il pubblico supera i 100, finalmente.

OK, io Mattana e Boffi (altro organizzatore locale) ci guardiamo....è andata.

Prima sessione MSCP: le pouch ileoanali...Roberto Tersigni parla di minitrocar magnetici... Arnaldo Andreoli di Infliximab.

Seconda sessione: ragade anale, la sfinterotomia chimica, sì, insomma, le pomate che rilasciano lo sfintere. A fondo sala Richard Tonge e Mauro Giarola tremano...con tutti i soldi spesi da Prostrakan e Keryos...andrà come deve andare? Pigot, Francia, dice che la mutua non le passa, costano troppo. Ahiahi... Ma Lund, UK, dice che per merito del Rectogesic le sfinterotomie chirurgiche in UK sono calate, Schouten annuisce, i chirurghi in sala fremono...ma come, pensano, questi ci levano il pane di bocca! Ravo prende la parola e dice, io né taglio né ungo, solo correggo la stitichezza con le fibre. Un'ondata di sdegno...ma come? quattro soldi e la ragade guarisce? Tonge e Giarola sudano freddo...E via a discutere (con passione!) finché viene fuori che sì, sta pomata serve, ma il mal di testa è un problema...alla fine Giuseppe Pecorella, chirurgo catanese scafato mi fa. "Miùiiiiiiiiiiiiiiii Mario, mai mi ero appassionato per due ore a un dibattito sulla rrrragade anale!"

INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE, novembre 2007

Quando ci troviamo di fronte a pazienti neoplastici con malattia molto avanzata, ad esempio carcinomatosi peritoneale o metastasi a distanza, abbiamo, com'è ovvio, un senso di frustrazione e pessimismo. Ma qualcosa di curativo si può ancora fare e lo vedremo ne prossimi due articoli.

P. Piso et al., Trattamento multimodale della carcinomatosi peritoneale da cancro coloretale.

Autori tedeschi, 32 pazienti: 16 con carcinoma dell'appendice e 16 del colon retto; tutti sottoposti a chemioterapia intra peritoneale iper termica con mitomicina C e doxorubicina. Lo studio è retrospettivo.

In 24 casi è stata effettuata una citoriduzione completa macroscopica con un peritonectomia parietale e viscerale. Complicanze postoperatorie: 34%. Le più frequenti: occlusione intestinale, fistola enterica, pancreatite, e "leacage" biliare. Mortalità operatoria zero. Follow-up mediano 12 mesi. Sopravvivenza ad un anno 96%.

H.R. Yun et al., Fattori prognostici del cancro coloretale a stadio IV.

Circa il 20% dei pazienti con cancro coloretale hanno uno stadio IV con metastasi a distanza, nella maggior parte dei casi senza possibilità di cura.

Su 503 pazienti esaminati retrospettivamente in 127 casi è stato eseguito un intervento curativo, in 376 un intervento palliativo. Nei pazienti con intervento curativo la sopravvivenza a cinque anni è stata del 34,5%. I fattori predittivi per prognosi favorevole sono stati il sesso maschile, l'assenza di linfonodi metastasici e l'assenza di invasione perinevriva. La resezione del tumore primitivo e la chemioterapia si sono dimostrati utili per i pazienti incurabili.

A.P. Pietsch et al., La chemioradioterapia neoadiuvante per cancro del retto danneggia gli sfinteri anali e la continenza?

No, dicono gli autori dopo il loro studio in 12 pazienti con RCT e 27 pazienti senza, valutati con manometria anorettale prima e dopo l'intervento e intervistati con un questionario un anno dopo. Sta di fatto che la manometria ha dimostrato un deficit dei vari parametri dopo l'intervento. Nessuno dei chemioirradiati aveva deficit della continenza prima dell'intervento ma entrambi i gruppi avevano un deficit della continenza dopo l'intervento, senza differenze significative tra i due gruppi. Gli autori concludono che la causa dell'incontinenza è la chirurgia e non la radio-chemioterapia. Tuttavia vi sono diverse pubblicazioni importanti in disaccordo.

J.S. Park et al., Serve la pomata alla fenilefrina per curare l'incontinenza anale dopo resezione anteriore del cancro del retto?

No. E da anche degli effetti collaterali, come dermatite, prurito anale e cefalea.

G. Valenti et al., La "J-pouch" colica ceca: una tecnica originale per ridurre il rischi chirurgica nel trattamento del cancro del retto extra-peritoneale.

Ricordate l slogan: "no Martini, no party"? Bene, lo slogan di questi autori romani è "no anastomosi-no deiscenze". L'articolo è corredato da delle figure molto esplicative che mostrano la metodica. Una volta confezionata la "pouch" questa viene abbassata nel canale anale prossimale con un tecnica tipo pull-trough. La "pouch" non viene suturata al canale anale, ma semplicemente lasciata aderire e successivamente aperta sezionando la parete del colon che protrude nel canale anale. Un metodo ingegnoso che gli autori hanno usato sia in chirurgia "open" che laparoscopica in 15 pazienti con buoni risultati. Se volete, fatevi mandare articolo e figure dal collega Costantino Campisi (email: campisi@fbfrm.it).

W. Schwenk et al., Qualità dei trial controllati randomizzati che confrontano resezione coloretale laparoscopica e convenzionale.

Gli autori ci fanno notare che la qualità di questi trial varia in maniera considerevole, bisogna quindi leggerli con attenzione critica prima di prendere per buoni i risultati.

C. Torres et al., Sindrome dell'ulcera solitaria del retto

Si tratta di uno studio retrospettivo. Dall'89 al 2005 questi autori (gruppo Wexner) hanno fatto diagnosi di ulcera solitaria del retto in 23 pazienti. Sette sono stati curati con terapia medica e tre sono guariti. Gli altri 16 sono stati operati e in 4 i sintomi sono rimasti. Due sono stati ri-operati per rettoragia, 3 hanno sviluppato una disfunzione sessuale tardiva, 1 paziente ha continuato a soffrire di proctalgia dopo aver subito una colostomia. Il follow-up mediano è stato di 14 mesi. Le conclusioni di Wexner?

Tentare sempre la terapia conservativa e nei casi refrattari si può operare con risultati soddisfacenti. Che interventi hanno fatto alla Cleveland Clinic di Florida? Cinque resezioni anteriori, due proctocolectomie, due colostomie, due escissioni locali, una Delorme, tre resezioni-rettopessi e una rettopessi.

Notate bene, quindi: in un'istituzione al top con grande affluenza di pazienti i casi sono stati 23 e gli operati 16 in 16 anni: uno all'anno. Quelli guariti 6 su 16, circa 1/3. Confrontiamo quest'esperienza autorevole con un recente articolo del gruppo di Boccasanta pubblicato su DCR: una dozzina di pazienti operati in 2 (due) anni. Tutti con la STARR. Quasi tutti andati bene.

Oltretutto di fronte a un report mono-intervento, ricordiamo la raccomandazione di Wexner nell'articolo recensito: ogni paziente con la sindrome dell'ulcera solitaria dovrebbe avere un trattamento individuale. In questi casi insomma l'ecllettismo è d'obbligo.

Però, chissà non si sa mai...Paolo Boccasanta è un bravo chirurgo e pubblica bene. In fondo isolo una parte dei pazienti americani sono guariti dopo interventi piuttosto pesanti (mi hanno sorpreso le due proctocolectomie...per ulcera solitaria del retto mi pare un po' tanto). I pazienti italiani invece, fortunati loro, hanno quasi tutti risolto con la STARR. Forse è stata trovata la soluzione chirurgica ideale e neanche troppo invasiva, buona per tutti i pazienti con sindrome dell'ulcera solitaria del retto?

M.W. Saif et al., Capecitabina meglio del 5-FU.

Una review americana, un misto tra Yale e Cleveland, su 542 pazienti pubblicati su report della letteratura: tutti gli studi fase I e fase II pubblicati o disponibili su PubMed.

La conclusione è che nel cancro del retto localmente avanzato la capecitabina sembra avere rispetto alla terapia infusionale con 5-FU, un'efficacia superiore, con una ragionevole tossicità.

Vediamola, però. Cito da vari studi riportati da questi autori: diarrea 20%, dermatite 6%, leucopenia 10%.

Accettabili, vale la pena cambiare.

Y.L.B. Klaver et al., La omentoplastica prolunga l'ileo post operatorio nella chirurgia del cancro del retto.

Vi sarà capitato di avvolgere con un peduncolo di omento una anastomosi coloretale bassa per tamponare un'eventuale deiscenza. Sapete che l'omento è ben noto per le sue proprietà antinfettive ed omeostatiche e che favorisce l'angiogenesi. C'è però un rovescio della medaglia perché l'omentoplastica interrompe il flusso ematico da un'arteria epiploca allo stomaco. Lo scopo di questo studio è accertarne le conseguenze sull'ileo post operatorio. Gli autori hanno seguito 31 pazienti con omentoplastica e 20 senza; il risultato è che nel primo gruppo c'era una tendenza all'ileo post operatorio. Questo va tenuto presente quando si fa un omentoplastica.

Vi commento adesso 2 articoli su un argomento non ancora toccato in questa tornata di recensioni: la cisti sacro-coccigea.

C. Soll et al., Un nuovo trattamento per la cisti pilonidale.

Vi premetto che l'intervento di gran lunga più usato dai coordinatori delle Ucp SICCR è l'exeresi con sutura diretta e che invece la semplice fisulotomia era spesso usata da Marti a Ginevra. Questi autori di San Gallo di Zurigo, Svizzera, hanno trattato 93 pazienti con un'operazione che è una via di mezzo: l'escissione del tratto fistoloso dopo averlo evidenziato con blu di metilene.

Quello che mi sconcerta nella chirurgia di cisti e fistola pilonidale è che si leggono decine di pubblicazioni ognuna delle quali riporta un metodo diverso e sostiene che ha avuto ottimi risultati. Questa è la prova che non c'è necessariamente "l'operazione migliore" per curare una malattia chirurgica.

I limiti di questo studio sono 2 : è retrospettivo e il follow-up finale è il risultato di un questionario-intervista e non di una visita. Con queste premesse ecco i risultati a due anni di quella che gli autori chiamano "sinusectomia", fatta con anestesia locale in metà dei casi e fatta in regime ambulatoriale in $\frac{3}{4}$ dei pazienti. Recidive solo il 5%, tempo di assenza dal lavoro (pazienti svizzeri?...!) 2 settimane, tempo medio di guarigione della ferita 5 settimane.

Mi sembra quindi un intervento da prendere in considerazione.

D. Doll et al., Il blu di metilene dimezza il rischio di recidiva a lungo termine nel sinus pilonidale acuto.

Finora abbiamo considerato il blu di metilene nel sinus pilonidale come un'opzione diagnostica, non certo terapeutica. Però sappiamo che la sostanza può essere infiltrata a scopo di cura nei pazienti con prurito anale; lo hanno pubblicato su Techniques il turco Bulent Mentis e il compianto egiziano Shafik.

Come vedremo da questo articolo il blu di metilene può invece aiutare anche nella cura delle fistole pilonidali.

Il metodo usato da questi autori tedeschi mi sembra però discutibile: hanno selezionato a caso 24 casi su 1960 pazienti operati e li hanno intervistati al telefono sulla presenza di eventuali recidive e sul tempo della loro comparsa, 15 mesi dopo l'intervento. I colleghi hanno scoperto che la recidiva era nel gruppo in cui era stato usato blu di metilene durante l'intervento. Quest'effetto era particolarmente evidente nei casi operati per malattia acuta.

Discutibile, dicevo, perché retrospettivo, perché i casi non sono consecutivi, perché il follow-up non è particolarmente lungo e perché i pazienti non sono stati visitati ma solo contattati al telefono. E anche perché vedo un possibile bias: parte dei pazienti hanno fatto un'anestesia locale e ho letto che l'infiltrazione con anestesia locale può trasportare la sepsi intorno alla fistola e può far aumentare le recidive.

Però il lavoro ci offre lo spunto per programmare studi prospettici più rigorosi che possono darne conferma. Sarebbe un bel colpo per i produttori di blu di metilene.

J.M. Remes-Troche et al., Colestiramina per l'incontinenza fecale.

Sapete che la colestiramina (Questran) lega i sali biliari e dunque cura la diarrea, specie nei pazienti che hanno subito una resezione dell'ultima ansa ileale dove gli acidi biliari vengono riassorbiti. E' stata anche usata in forma di pomata per curare l'irritazione perineale nei pazienti operati di proctocolectomia restaurativa. Questi autori americani (ultimo nome il famoso Rao) hanno valutato 21 pazienti con incontinenza fecale e hanno scoperto che usando una dose media di 3,6 grammi di colestiramina, si otteneva un miglioramento della funzione intestinale della pressione sfinteriale e della capacità di trattenere una soluzione fisiologica nel retto. Un caso su 3 ha riferito effetti collaterali minori.

Un altro farmaco per la cura dell'incontinenza fecale.

S.M. Cock et al., Irrigazione del colon per alterata defecazione dopo graciloplastica dinamica.

Autori olandesi, ultimo nome il noto Baeten, 46 pazienti studiati.

In media hanno iniziato l'irrigazione del colon quasi 2 anni dopo la graciloplastica dinamica, fatta per incontinenza. Scusate se ricordo qualcosa che magari già sapete: "dinamica" vuol dire "elettrostimolata"; ormai la graciloplastica semplice Pickrell rivitalizzata da Corman non si usa più. Ma anche quella dinamica è in ribasso, solo 2 casi nel nostro ultimo Annual Report societario. E il perché sia in ribasso lo si capisce dall'alto numero di pazienti che Beaten e i suoi hanno dovuto trattare per alterata defecazione (incontinenza fecale persistente e/o stipsi).

Intanto, prima di cominciare lasciatevi dire una cosa che penso da un bel po': provate a togliere dal titolo dell'articolo "graciloplastica dinamica", "rimane irrigazione del colon per alterata defecazione". Provate poi a mettere "ostruita defecazione al posto di "alterata defecazione (in effetti spesso di questo si tratta).

E ora provate a ricordare quanti articoli avete letto sulla ostruita defecazione operata con la STARR, con la Delorme interna, con la rettopenesi o altro ancora. Ebbene, nella sezione "Pazienti e Metodi" di questi articoli c'è scritto invariabilmente: "...di tot pazienti con ostruita defecazione visti nel nostro ambulatorio, sono stati selezionati per l'intervento chirurgico quelli non guariti o migliorati con fibre, lassativi e riabilitazione", e poi, se andate a calcolare la percentuale di pazienti che è stata operata, oscilla tra il 25 e il 55%, per citare Renzi e Boccasanta, entrambi su questa stessa rivista un paio d'anni fa.

Ma se è vero che un buon chirurgo non è quello che opera più pazienti ma quello che ne guarisce di più, credo sia opportuno, prima di operare, adottare tutte le terapie disponibili, senza omissioni.

Ebbene, non mi è mai capitato di trovare l'irrigazione del colon tra le terapie fatte per evitare la chirurgia. Peccato, eppure ci sono vari articoli importanti che ne illustrano i vantaggi. Tra questi uno del gruppo Schouten su DCR ('97. mi pare) e uno del gruppo Bartolo su CRD nel 2004. Entrambi riportano un successo in oltre metà dei casi. Questo lavoro del gruppo Beaten conferma la bontà della metodica.

Per fortuna il messaggio sembra stato recepito dai nostri coordinatori Ucp: la idrocolonterapia è uno dei metodi che hanno usato in caso di ostruita defecazione. E la percentuale dei 'pazienti operati è il 19%, meno di due su dieci.

Ma esistono sistema anche più economici dell'idrocolonterapia, che si fa con una macchina da circa 5mila euro, come ci dimostra questo articolo: la Biotrol Irrimatic Pump e la Irrigation Bag, entrambi della ditta Brown. Con questi sistemi gli autori hanno trattato i loro pazienti: metà avevano incontinenza, un quarto stipsi, un quarto stipsi e incontinenza. La frequenza dell'irrigazione: una volta al giorno, usando poco più di due litri di acqua per poco più di mezz'ora.

Complessivamente, 8 pazienti su 10 si sono dichiarati soddisfatti. Nel 30% dei casi la stipsi è sparita completamente. Effetti collaterali non gravi, ma frequenti (61%); "perdite" anali di acqua, crampi e distensione addominale. Solo il 16% dei pazienti però ha interrotto l'irrigazione.

Dopo avervi scritto queste cose, ho letto le ultime tre righe dell'articolo e mi fa piacere constatare che Beaten è d'accordo con me: " l'irrigazione del colon è un'opzione terapeutica sottovalutata e spesso dimenticata, che merita un suo ruolo tra le altre modalità terapeutiche".

I prossimi 2 articoli, gli ultimi del fascicolo, dimostrano che il nostro è un "mestieraccio" e che non si può stare mai tranquilli. Due esami semplici e banali, considerati assolutamente sicuri e che molti di noi fanno di continuo, possono celare delle insidie terribili.

Metterò solo autori e titolo, senza farla lunga, così sarà ancora più incisivo per la nostra memoria.

Y. B. Cho et al., Perforazione dl colon causata da manometria anorettale.

S. Kastl et al., “angina anale” (sepsi pelvica e shock tossico da streptococco) dopo rettoscopia e biopsia mucosa.

INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE, marzo 2008

L. Moser et al., Chemioradioterapia (CRT) o radioterapia (RT) adiuvante e neoadiuvante per cancro del retto.

Questa review tedesca con circa 120 voci bibliografiche, dopo aver premesso che la RT e la CRT riducono le recidive locali, si propone di rispondere a molte domande.

Tutti i pazienti con cancro del retto stadio II o III devono essere sottoposti a RT o CRT?

Qual è il ruolo della RT pre operatoria di breve durata?

E' inferiore, equivalente o superiore alla CRT di breve durata?

C'è un vantaggio per la sopravvivenza dopo RT o CRT per i pazienti che hanno avuto un'escissione totale del mesoretto?

Quali sono gli effetti collaterali, la qualità di vita, la funzione sessuale e la continenza?

Ad alcune di queste domande la review riesce a rispondere, vediamo quali?

Sopravvivenza: 2 metanalisi hanno dimostrato che la RT la aumenta del 3-6% rispetto alla sola chirurgia.

RT di breve durata rispetto al CRT di lunga durata: la RT di lunga durata, con l'intervallo di varie settimane tra RT e chirurgia, è raccomandata nei casi in cui è dubbio se si possa effettuare una resezione curativa.

Conservazione degli sfinteri e continenza: la questione è complessa e ancora oggetto di dibattito.

effetti collaterali: quelli a lungo termine sono diversi (diarrea, incontinenza, dolori addominali e stenosi anali) ma quelle gravi non superano in genere il 5%.

Alla fine un articolo che quelli di voi che si occupano di cancro del retto dovrebbero leggere.

C.W.Chen et al., Emorroidopessi con stapler modificata

Lo studio viene da Taiwan ed è stato condotto su 30 pazienti con emorroidi di II o IV grado, seguiti per un periodo medio di nove mesi, quindi con un follow-up piuttosto ridotto.

La modifica della tecnica consiste nell'eseguire delle suture a trazione per il trattamento dei gavoccioli prolapsati residui. Si tratta quindi dell'aggiunta di una emorroidectomia all'intervento di emorroidopessi, come chiaramente illustrato da due figure di noduli asportati.

Gli autori hanno sviluppato questa variante dopo aver constatato la presenza di noduli prolapsati residui nel 13% di 500 casi sottoposti a PPH classica.

La nuova tecnica non ha dato complicanze importanti e ha consentito di ovviare al problema dei noduli prolapsati residui.

Da tenere presente per i fautori della PPH. Che, per la cronaca, sono meno di 2 su 10 tra i coordinatori delle nostre Ucp.

N.C. Buchs et al., Incidenza, conseguenze e fattori di rischio della deiscenza anastomotica dopo chirurgia coloretale.

E' uno studio svizzero, prospettico, da una singola situazione. E' impressionante la casistica: 1018 resezioni coloretali e 811 anastomosi in 40 mesi. Frequenza delle deiscenze: 3,8%. Mortalità associata con la deiscenza: 12,9%.

Quali sono i fattori associati con un aumentato rischio di deiscenza anastomotica?

- 1) ASA score uguale maggiore di tre,
- 2) durata dell'intervento superiore a tre ore,
- 3) localizzazione del tumore al retto,
- 4) indice di massa corporea superiore a 25.

B. Pasternak et al., Le suture rivestite di doxiciclina migliorano la forza meccanica delle anastomosi intestinali.

Gli autori sono svedesi e danesi e il titolo dice tutto.

La premessa è che le metalloproteinasi della matrice cellulare sono responsabili della collagenolisi in diretta vicinanza delle suture chirurgiche e che gli inibitori di questi enzimi somministrati per via sistemica riducono l'indebolimento post operatorio delle anastomosi intestinali.

Lo sapevate? Io no, lo confesso.

Gli autori hanno ipotizzato che la liberazione locale di tali inibitori otterrebbe un effetto simile.

Per questo hanno rivestito le suture con un film di fibrinogeno e hanno legato e questo film la doxiciclina, che è un inibitore delle metalloproteinasi.

Hanno poi usato queste suture nei ratti per valutare le proprietà meccaniche dell'anastomosi coliche, tre giorni dopo la chirurgia. La resistenza dell'anastomosi alla trazione aumentava del 17% nei ratti operati con le suture speciali. Si spera che i risultati di questo studio possano essere trasferiti sull'uomo.

T. Steffen et al., Anastomosi coloanali ultrabasse: confronto tra J- pouch e sutura termino-terminale diretta

Studi svizzero su 56 casi, nei pazienti con J-pouch ci sono meno deiscenze.

B. Lefebure et al., Meglio fare una stomia escludente dopo anteriore bassa per cancro del retto.

Frequenza delle deiscenze: 7% con una stomia e 11% senza. Gli autori concludono che anche un chirurgo esperto non è in grado di decidere anche al momento dell'intervento se è più sicuro farlo con o senza una stomia: di certo farla comporta dei vantaggi.

E' quello che pensa e spesso fa Bill Heald, della cui bravura e esperienza nessuno dubita.

O. Schwandner et al., Il plug nelle fistole anali trans sfinteriche, criptoghiandolari e di Crohn

I casi sono pochi. 12 fistole criptoghiandolari e 7 di Crohn. Tempo medio dell'intervento 15 minuti, nessuna complicanza convenzionali post operatoria. Follow-up medio nove mesi (non si raggiunge il fatidico anno di Ortiz, letto in una precedente recensione).

Successo del plug nelle fistole criptoghiandolari: 45%. Nelle fistole di Crohn 86%. Cinque pazienti sono stati rioperati per uno spostamento del plug.

Abbiamo capito che il plug può essere molto utile nelle fistole trans sfinteriche di Crohn dove sembra avere, ma occorre un trial prospettico randomizzato risultati superiori al lembo di avanzamento rettale dopo fistulectomia.

Mi sa che occorre fare un ordine alla Cook.

T.S. Chung et al., metastasi sincrona al pene da cancro del retto.

Come a dire: il colmo della sfiga.

INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE, giugno 2008

A. Eisemberger et al., Resezione palliativa del tumore primitivo nei pazienti con cancro coloretale metastatico: ne v al la pena?

E' una review americana, della Columbia University.

Resecate un tumore se ha già dato metastasi inoperabili? Fino a poco tempo fa sapevo che questo va fatto per ridurre la massa tumorale nell'organismo e sperare in un migliore effetto della chemioterapia. Di recente, gli oncologi dell'Ars medica mi hanno spiegato che la resezione è di per se un atto traumatico che riduce lo stato immunitario del paziente e lo mette a rischio di deiscenze anastomotiche, quindi meglio non farla per poi sperare in un qualche effetto della chemioterapia.

Gli autori riflettono in molte pagine ben documentate questa controversia e ci dicono che la validità della resezione nel tumore primitivo necessita conferme da trial chirurgici prospettici randomizzati.

Seguono tre complessi articolo sulla genetica e sulla immunologia del cancro coloretale. Gli appassionati possono cercarli su PUBmed.

I primi autori sono **M. Vidaurreta, A. Kwai Lam, A. Suppiah.**

L. Schiffmann et al., Cancro coloretale nel paziente molto anziano: l'età del paziente non è un fattore predittivo dell'insuccesso.

Il messaggio è nel titolo.

S. Jeyorkarajah e S. Papagrigroriadis, La malattia diverticolare aumenta in età giovanile. studio epidemiologico della tendenza in 10 anni.

Non solo aumenta nei giovani (il che è inspiegabile visto l'aumento d'età della popolazione totale), ma devono più spesso essere operati in particolare d'urgenza e non basta, l'urgenza è associata con una più lunga degenza e con una più alta mortalità.

Diceva Menandro: "muor giovane chi al cielo è caro". Consoliamoli così...

T.O. Kim et al., Clistere di Rebampide per la cura della proctite post actinica.

Il farmaco più usato per questa patologia è la formaldeide: toccature della mucosa con cotone imbevuto di formalina attraverso il rettoscopio. questo è un altro metodo nuovo che viene dalla Corea e impiega la Rebamipide, 150 ml per clistere dopo l'evacuazione del mattino e prima del riposo notturno, (2 volte al giorno) per quattro settimane. In 15 pazienti il sanguinamento, il tenismo, la diarrea, le teleangectasie, la rettoragie e la mucosa hanno tutti registrato un miglioramento significativo dopo la cura. Ricordiamoci quindi questo nuovo farmaco.

E. Tan et al., Precisione diagnostica della RMN endoanale nell'identificare le patologie degli sfinteri anali: una metanalisi.

Gli autori inglesi (ultimo nome Tekkis), "paper machine" in testa alle classifiche hanno analizzato nove studi con 157 pazienti. Le conclusioni sono che nei pazienti con incontinenza fecale le RMN era sensibile e specifica per la diagnosi di lesioni dello sfintere interno e specialmente di atrofia sfinteriale, e può quindi essere usata in alternativa alla ecografia endoanale e sonda rotante.

INTERNATIONAL JOURNAL OF COLORECTAL DISEASE, luglio 2008

A luglio si può ben cercare il fresco in montagna.

Non so voi, io ci andavo da ragazzo in montagna. Dico la montagna vera: la Alpi, il Tirolo, la Val d'Aosta. Sapori di strudel, polenta con i funghi. Acqua di sorgente...vabbé, vabbé, lasciamo perdere. Ora sono qui che faccio le recensioni.

Anche i due amiconi, Don Antonio e Don Giovanni hanno deciso di passare in montagna una settimana di luglio. Don Antonio ha lasciato la sua cara isola ed è andato a nord, anche più a nord di dove abita Don Giovanni.

Eccoli i due, li troviamo a Grassoney in Val d'Aosta che programmano una bella gita in funivia, riusciranno a scordare la chirurgia coloretale e a godersi le vacanze? Spero di sì per loro, ma spero di no per voi, perché dai loro discorsi dipenderà la recensione di luglio di IJCRD.

Eccoli dunque in funivia che salgono verso il Col d'Olen.

Don Antonio: Che meraviglia! Certo che è raro trovare in piena estate un'aria così frizzante...se penso al caldo che fa da noi!

Don Giovanni: Raro, raro...dici bene. Vediamo un po', dimmi una causa rara di sanguinamento rettale!

Don Antonio (affranto): Aaaaah, ma tu sei malato figlio mio! Anche in un posto così rompi?

Don Giovanni: Dai, dimmi questa e poi ti lascio in pace.

Don Antonio: Lesione da osso di pollo indigerito.

Don Giovanni: Ma dai, sii serio!

Don Antonio: Dimmelo tu allora.

Don Giovanni: Emangioma e linfangioma del retto sigma. Cavernosa, arterovenoso e misto. L'emangioma cavernoso è tipico del retto e colpisce i giovani adulti con sanguinamento rettale massivo senza dolore.

Don Antonio: Come nella diverticolosi?

Don Giovanni: Sì, ma in soggetti più giovani appunto. Un altro tipo di malformazione che può periodicamente dare rettoragia sono i linfangiomi.

Don Antonio: Ma questi i pare siano più frequenti nel colon.

Don Giovanni: Sì, bravo, nel retto sono molto rari.

Don Antonio: Ma come ti vengono in mente ste cose?

Don Giovanni: Perché ieri mi sono letto un articolo di **P. Sylla et al., Emangiomi e linfangiomi del retto sigma.**

Don Antonio non risponde un po' perché è stufo di sentire i resoconti dell'amico, un po' perché man mano che la funivia sale al Colle dei Salati e , più in alto, al Corno del Camoscio, l'aria si fa rarefatta e il respiro difficile. Adattarsi all'altura è per una creatura marina come Don Antonio è faticoso, come l'aria stagnante dell'archivio di tribunale per l'imputato del Processo di Kafka.

Don Giovanni: Te ne dico un'altra? Stanco di patologia organica? Preferisci qualcosa di funzionale?

Don Antonio (trangugia prezioso ossigeno e sospira rassegnato): Dimmi.

Don Giovanni (trionfante): **J.H.Park et al., La dinamica rettale nei pazienti con sindrome dell'intestino irritabile.** Questi coreani hanno scoperto che la compliance statica, ma non quella dinamica, è diversa rispetto ai soggetti normali, il che può rivelare le alterate proprietà biomeccaniche della parete intestinale nei pazienti con colon irritabile.

Don Antonio (che si guarda bene dal chiedere la differenza tra compliance dinamica e compliance statica...): Interessante!

Don Giovanni: Dal tono con cui lo dici mi pare che te ne freggi ben poco. Allora vado su qualcosa di più pratico, visto che siamo ospedalieri. Ti dirò quali soni **i risultati della chirurgia laparoscopica nel cancro del colon trasverso.**

Don Antonio (rinfrancato perché la cabina della funivia sta per arrivare a destinazione): Questo lo so anch'io! L'ho letto. E' un altro articolo coreano di **Y.S. Lee et al.**, in cui analizzano i risultati di 34 pazienti operati per cancro del colon trasverso e li confrontano con 94 operati per cancro in diversi tratti del colon. Tutti per via laparoscopica, naturalmente. E' uno studio retrospettivo che dimostra che non vi sono differenze in termini anatomico-patologici e clinici.

Don Giovanni: Ma ti è mai capitata una stenosi dell'anastomosi dopo questi interventi?

Don Antonio: Beh, non dopo resezioni laparoscopiche perché non ne faccio.

Don Giovanni: Sì, lo so. Io intendo dire stenosi dell'anastomosi a prescindere dall'approccio. Usate le dilatazioni endoscopiche da voi? Mi viene in mente un lavoro interessante di **J.C. Hoffmann et al., Dilatazioni pneumatiche endoscopiche di stenosi ileocoliche: fattori prognostici, complicanze ed efficacia.**

Don Antonio: Dimmi solo le conclusioni che siamo arrivati e non vedo l'ora di rilassarmi senza sentirti parlare di lavoro.

Don Giovanni: Scusa, hai ragione. Le conclusioni, dopo uno studio su 32 pazienti con stenosi, per la gran parte post chirurgiche, sono che la dilatazione endoscopica è relativamente sicura e spesso efficace. E che fattori prognostici negativi sono: la presenza di ulcere in corrispondenza della stenosi e ...

Don Antonio: E che altro?

Don Giovanni: E qualcosa che ti riguarda, perché tu fumi.

Don Antonio: Sì, ma solo la pipa e qualche sigaro ogni tanto. Perché, i fumatori vanno peggio?

Don Giovanni: Sì, circa metà dei pazienti erano fumatori e in effetti hanno avuto esito meno favorevole.

Don Antonio: Mi sarei aspettato altri fattori, come per esempi la lunghezza e la sede della stenosi.

Don Giovanni: No, queste invece non hanno influito sulla prognosi.

La funivia è arrivata, Don Antonio si è rilassato, i due hanno mangiato degli ottimi ravioli alle erbe valdostane e Don Giovanni, che ha concluso il pranzo con una grappa abbondante si è anche fatto una pennica. Con grande soddisfazione di Don Antonio che per mezz'ora non ha sentito parlare di chirurgia coloretale.

Ma la mente di Don Giovanni non se ne è stata quieta durante il sonno, contrariamente a quanto pensava il suo amico. Don Giovanni ha sognato. Più che un sogno un incubo: era in sala operatoria, a fine seduta, alle prese con una brutta fistola transsfinterica. Dopo la fistulectomia decideva di fare un lembo di avanzamento rettale. Ma mentre suturava il lembo, i punti svanivano sotto i suoi occhi, uno dopo l'altro, la ferrista cominciava a protestare, gli assistenti se ne andavano e l'anestesista svegliava il paziente. Preso dal panico, per non assistere ad una totale, inesorabile, retrazione del lembo così faticosamente costruito, Don Giovanni cercava con affanno di farlo restare attaccato usando colla di fibrina, a litri, a torrenti, a fiumi...fino a trovarsi in un lago di colla di fibrina e a svegliarsi spaventato in un lago di sudore.

Don Antonio (vedendo l'amico che si sveglia di soprassalto): Che succede?

Don Giovanni: Oddio, una cosa terribile! Avevo tolto una fistola, mi cedevano i punti di un lembo rettale e allora lo rinforzavo con colla di fibrina.

Don Antonio: che sciocchezza!

Don Giovanni: Perché? Anzi, tutto sommato non era una cattiva idea, meglio colla e punti che punti soltanto.

Don Antonio: Ma no qui sta l'errore, allora non sei aggiornato. Ci sono ben due articoli olandesi, uno su TIC 3 2008 e l'altro su IJCRD luglio 2008, di **P.J. van Koperen et al.**, in cui si legge che **l'aggiunta di colla di fibrina a un lembo di avanzamento rettale nelle fistole transsfinteriche alte peggiora i risultati della chirurgia.**

Don Giovanni: Ah, buono a sapersi.

Don Antonio (rassicurante): Dai, non pensare più al tuo incubo, ti racconto un'altra cosa così ti distrai. Tu fai la TEM?

Don Giovanni: No, preferisco l'escissione transanale classica, manuale, secondo Parks.

Don Antonio: Anche nei tumori del retto medio?

Don Giovanni: Se riesco ad arrivarci, sì.

Don Antonio: Però immagino ci metterai un po' di tempo a toglierli.

Don Giovanni: Beh, dipende, a volte sì.

Don Antonio: E visto che il paziente può essere una donna pluripara o un uomo anziano e la dilatazione anale di lunga durata può alterare la continenza?

Don Giovanni: Beh, immagino di sì anche se non ho ben indagato la cosa nei miei pazienti.

Don Antonio: Allora ti consiglio di farlo.

Don Giovanni: Hai ragione, lo farò. Ma perché non ci sono rischi per la continenza anche dopo la TEM?

Don Antonio: No, non ci sono. Proprio qui volevo arrivare. C'è uno studio di **P.G. Doornebosch et al., Risultati funzionali dopo TEM**, uno studio su 47 pazienti seguiti per almeno 6 mesi dopo l'intervento. Il risultato è che la TEM non ha alcun effetto negativo sulla continenza.

Don Giovanni: Ma hanno fatto anche la manometria e l'ecografia transanale?

Don Antonio: Per la verità no, ma cerca di essere pratico. Quello che conta è la clinica e questi autori tedeschi hanno usato il Faecal Incontinence Severity Index di Roockwood, quindi non solo hanno studiato la continenza ma anche la qualità di vita, che mi sembra più importante delle pressioni monometriche o dei centimetri ecografici.

Don Giovanni: Mah, su questo avrei dei dubbi perché i test di fisiologia e "imaging" anorettale hanno invece la loro importanza. Per esempio danno dei valori alterati in soggetti a rischio, senza incontinenza clinica, ma che, se sottoposti a un trauma ulteriore, diventano incontinenti. E poi non esageriamo con questa esaltazione della TEM. Sulla stessa rivista poche pagine dopo il tuo articolo trionfale, ce n'è un altro che riferisce su un caso di **pneumotorace dopo TEM di P. Steenvoorde et al.**

Don Antonio: se è per questo subito dopo ce n'è uno di **T Schulte et al. Su un paziente che stava per morire di necrosi rettale dopo delle iniezioni sclerosanti per emorroidi**, ma questo non significa che non si debbano più fare e sclerosanti o la TEM.

Don Giovanni: Nemmeno allora che non si debba più fare la emorroidopessi con stapler per il rischio di fistole rettovaginali?

Don Antonio: Veramente l'emorroidopessi con stapler casomai non si deve fare perché da più recidive. Ma che c'entrano le fistole rettovaginali?

Don Giovanni: Niente, niente. E' che nello stesso fascicolo c'è una lettera all'editore di due chirurghi italiano **A. Giordano e M. della Corte** ai quali è capitata una **fistola rettovaginale dopo PPH**.

Don Antonio: Beh, non è la prima e non sarà l'ultima.

Don Giovanni: Sì, lo so, ma per fortuna in questo caso non è stato necessario un re intervento, come nel caso pubblicato da **Mc Donald** su Colorectal Disease 2-3 anni fa.

Non è il tramonto, ma quasi, l'aria si fa fredda e i due amici si rimettono in viaggio per tornare alla base. Come per Pasquale ed Angelo, così anche per Don Giovanni e Don Antonio i personaggi e i luoghi sono reali, ma i dialoghi immaginari.

Don Giovanni altri non è se non Gian Andrea Binda, il nostro presidente, e Don Antonio, indovinate un po'...è Antonino, detto Nino, Pulvirenti D'Urso, il nostro vice presidente. Mentre Pasquale e Angelo si frequentano a Londra, Gian Andrea e Nino passano insieme dei pezzi di vacanza in Italia. Speriamo che oltre alla dotta discussione di articoli, si siano un po' dedicati alla SICCR e a come chiudere in bellezza il loro incarico societario in questa fine 2008.

Per quanto riguarda me, le recensioni sono concluse.

Spero di non avervi stancato.

Non mi resta che segnalarvi alcuni appuntamenti, come il meeting di Roma a settembre, con le presentazioni dei giovani; le sessioni colonproctologiche della SIC all'Hilton fine ottobre come quella sulla riabilitazione dopo interventi anorettali che dovrò moderare il 22 alle 11.50 in sala Ellisse; il congresso ESCP di Nantes dal 24 al 27 settembre, per chi voglia farsi un viaggio non lontano dall'Italia; il congresso di Corazzari sulla stipsi a fine novembre a Roma e un paio di appuntamenti, uno in Spagna e uno in Inghilterra che hanno un programma interessante e compariranno nel calendario congressi dei prossimi TIC. Se avete degli amici e di colleghi a cui inviare queste recensioni fatelo, potremmo così far conoscere meglio la nostra società.

Se invece volete chiarimenti o avete commenti sugli articoli recensiti contattatemi pure. Se lo desiderate partecipate ai corsi residenziali di chirurgia ed ecografia che si svolgono ad Arezzo, "Poggio del Sole"; Chianciano Terme, "Chianciano Salute"; Roma, "Ars Medica" e Telesse Terme, "San Francesco".

Sarete i benvenuti.

Per le altre iniziative societarie consultate il sito www.siccr.org

Cordialmente

Mario Pescatori.