

ANALGESIA EPIDURALE, EFFETTI SUL POSTOPERATORIO*Gendall et al*

Una review dalla lontana nuova Zelanda, senior author Frizelle, ex Mayo Clinic, che ha pubblicato anche su TIC e ci fa ogni tanto da referee.

Quando ero in Australia, 20 anni fa, a Sidney, ho pensato: beh, quando mai tornerò qui? Fammi andare in nuova Zelanda. Me la immaginavo, come distanza, tipo la Sardegna dall'Italia. Quando poi all'agenzia mi ha detto il prezzo del biglietto, un po' altino, ho chiesto: ma scusi, quanto dura il volo? "Three hours, sir" m'ha risposto l'australiana. Ah, ho pensato, non è come Roma-Cagliari, ma come Roma-Mosca! Questo per dire quant'è lontana, da lì, e figuriamoci da qui. Del resto, infatti, sta agli antipodi. Ci andrei solo in prima classe con un vero letto in cabina. Forse...

Dopo questa avvincente storia (...) ecco perché fa bene al postoperatorio l'analgesia epidurale, che è infatti entrata a far parte del c.d. "fast track". Meno dolore, meno ileo dinamico, meno complicanze postoperatorie (probabilmente). Non è certo che riduca la degenza.

Costa un po' di più, ma ne vale la pena.

E' L'ISCHEMIA LA PATOGENESI DELLA COLITE DA DIVERSIONE?*Villanacci et al*

Tra gli autori Ian Talbot, gran patologo, e Gabrio Bassotti, gastroenterologo SICCR.

Sono stati esaminati 32 segmenti di colon asportati per colite da diversione dopo colostomia.

Era presente fibrosi (66%), necrosi coagulativa superficiale (56%), ispessimento della muscolaris mucosae (62%). Ischemia evidente si è trovata nel 6% e ischemia acuta-cronica nel 50% dei casi.

Gli autori concludono che: sì, è possibile che l'ischemia abbia un ruolo nella colite da diversione, ma servono altri studi per definirlo con precisione.

UN'ALTRA SFINTEROTOMIA CHIMICA PER LA RAGADE! LA GONIAUTOSSINA*Garrido et al*

Da Santiago del Cile. La goniautossina, prodotto da un crostaceo, è una specie di veleno che, bloccando la trasmissione neuronale, provoca una paralisi muscolare temporanea per un periodo dose-dipendente. La sostanza è stata somministrata ogni 4 giorni a 23 pazienti con ragade cronica, per via intrasfinterica, 100 unità a paziente, facendo una manometria anorettale prima e subito dopo l'iniezione. Entro una-due settimane (in media dopo 8 giorni) tutti i pazienti sono guariti. Dopo l'iniezione c'è stata una riduzione del dolore post-defecatorio e un calo del tono di base alla manometria.

RESEZIONE LAPAROSCOPICA DI FISTOLE DIVERTICOLARI*Engledow et al*

Trentun pazienti in 10 anni, 22 con fistole colo-vescicali e 9 con fistole colo-vaginali, una bella esperienza. Chirurgo senior Roger Motson, un tipo molto "British", che conobbi nell'82 quando ero al St Mark's. All'epoca, da senior registrar doveva diventare consultant, tipo primario da noi, forse un po' meno perché un ospedale medio ne aveva almeno tre in chirurgia. Roger aveva dei numeri ed era in gamba, ma ricordo che stentava a fare il passo di carriera, dal che capii che anche in Inghilterra non erano rose e fiori e un po' di appoggi bisognava averli. (certo non dai partiti politici come da noi...).

Detto questo, vediamo come sono andati questi 31 pazienti. Le conversioni in open sono passate dal 29% nei primi 4 anni al 10% nei successivi 6. Due decessi per cause non chirurgiche. Urgenza

defecatoria per 6 mesi massimo in soli due pazienti. Nessuna recidiva di fistola né di sintomi da malattia diverticolare. Risultati ottimi quindi, sia clinici che funzionali.. Perciò la fistola in malattia diverticolare non deve essere considerata una controindicazione alla chirurgia laparoscopica.

ATTENZIONE AI CARCINOMI COLORETTALI PICCOLI E PIATTI !

Tweedle et al

Sapete che negli ultimi anni l'attenzione degli endoscopisti e dei patologi si è concentrata sui piccoli adenomi piatti, a partire dal Giappone. La cromoendoscopia e le tecniche di magnificazione hanno aiutato a evidenziarli. Questo studio di Liverpool conferma che il problema non è solo giapponese.

Su 61 carcinomi coloretali inferiori ai 2 cm, il 64% ha mostrato una morfologia piatta e il 33% polipoidi (2 lesioni erano non classificabili). I tumori T3 erano più spesso piatti che polipoidi. La muscolaris mucosae era infiltrata nei due terzi dei carcinomi piatti, ovvero i due terzi erano cancri invasivi e non carcinomi in situ. Le metastasi avevano la stessa frequenza, e cioè il 30%, in entrambi i gruppi.

Attenzione quindi, va fatto uno staging accurato dei carcinomi piccoli e piatti, perché spesso si tratta di tumori T3 e T4.

TRATTAMENTO DELLE FISTOLE RETTO-VAGINALI E ANO-VAGINALI CON UN MARTIUS GRAFT MODIFICATO

Songne et al

Per Martius graft si intende l'uso del muscolo bulbo-cavernoso, che viene isolato e spostato per riparare la fistola. Questi francesi hanno operato, con una tecnica da loro modificata, 14 donne, tutte protette con una stomia, durata media dell'intervento 81 minuti. Tutte le fistole sono guarite entro 3 mesi. Due fistole di Crohn però hanno successivamente richiesto un'asportazione del retto. Risultati buoni quindi. Mi viene da pensare quanto sia importante, quando si fa una riparazione complessa di una fistola retto-vaginale, proteggerla con una stomia.

CHE SI FA QUANDO LA POUCH ILEALE NON ARRIVA AL CANALE ANALE?

Uraiqat et al

Ce lo dice il gruppo del St Mark's di Robin Phillips, col contributo di Byrne, un chirurgo australiano. Dall'82 al 90 mi sono occupato molto di pouch ileo-aleale e ricordo che un famoso chirurgo diceva che l'unico passaggio difficile dell'intervento poteva essere far arrivare il serbatoio al canale anale senza tensione. E' verissimo, un paio di volte ebbi dei brutti dispiaceri. Ci sono dei trucchi, e qui vengono spiegati, con delle belle figure.

Se volete i dettagli provate a chiedere un estratto alla collaboratrice di Phillips, email: marie.gun@cancer.org.uk.

SE VOLETE FARE UNA EMICOLECTOMIA DESTRA TOTALMENTE LAPAROSCOPICA POTETE ESTRARRE IL PEZZO DALLA VAGINA

Wilson et al

Sapete che si può fare la colecistectomia transvaginale. La vagina può essere impiegata come via chirurgica per l'approccio ad organi endoaddominali.

Questo è un case report istruttivo. Dopo la colpotomia e l'estrazione del pezzo con una bag la breccia vaginale è stata suturata a prova di pneumoperitoneo.

OCCLUSIONE INTESTINALE E RETTORRAGIA PERSISTENTE: DUE COMPLICANZE DOPO PPH

Vasudevan et al

Quah et al

Due report alla fine del fascicolo, entrambi inglesi.

Il primo, L'OCCLUSIONE, mi è nuovo. Ovvero, vi spiego. Mi era capitato di rioperare, insieme a Marco Pinna Pintor, 5-6 anni fa, una occlusione intestinale dopo PPH dovuta alla oblitterazione del retto distale da parte di una doppia borsa con intrappolamento dei punti metallici. L'operatore era un buon chirurgo cinquantenne che aveva fatto, pensate, un centinaio di PPH.

Ma torniamo agli inglesi. Quel che è capitato a loro è un caso di occlusione intestinale acuta dovuta ad un ematoma del retto, da emorragia post-sutura. I colleghi non sono purtroppo riusciti a evacuare il sangue intramurale, l'ematoma ha quasi occluso il lume e hanno dovuto fare una resezione anteriore con stomia escludente. Poi fortunatamente chiusa.

La PPH ha i suoi pregi, ma che dia più recidive lo conferma una metanalisi su DCR (Jayaraman et al, settembre 2007, anche se prende in esame solo 12 trials). E che possa causare complicanze molto gravi più spesso che la emorroidectomia è vero, come ha sottolineato anche il nostro Altomare moderando a Lisbona. Sto per operare una paziente con fistola retto-vaginale dopo PPH: la solita sequenza, come descritto dal collega Bassi dopo STARR: ematoma, ischemia, ascesso, fistolizzazione. Mi disse un pezzo grosso inglese (che non la fa, ma la promuove): "la PPH...eh sì, dobbiamo prepararci a vedere più fistole retto-vaginali". In compenso, quando tutto va bene, il paziente non si lamenta e il chirurgo si rilassa. Lo so anch'io dai miei pochi casi.

Invece i colleghi scozzesi riportano un caso che ha continuato a sanguinare per 4 anni.

Gli autori lo spiegano col passaggio di feci dure sui punti metallici residui. Sapete che gli staples possono cadere, o rimanere flottanti nel lume ancorati parzialmente al retto (e sono questi quelli che in genere provocano emorragia), o esser "buried" cioè sepolti e starsene lì innocui o invece dare una fibrosi peristapler che può stimolare i nerve spindles dei mm puborettali e provocare, dal 2 al 16% dei casi, proctalgia e tenesmo, irritando le terminazioni somatiche dei nn pudendi. Se si fa un'eco o una TAC anche mesi o anni dopo PPH si possono vedere gli staples residui.

E infatti una delle indicazioni a asportare gli staples residui è proprio questa, quando causano sanguinamento.

Se vi capita di doverlo fare, il consiglio è di usare la tecnica di Palazzi, un bravo chirurgo pro-stapler di Arezzo, che invece di prendere il punto metallico con una klemmer e ruotarlo fino a asportarlo (ma così provocando una quasi sicura lacerazione mucosa e sottomucosa, se non muscolare, che poi esita in un' emorragia e in una soluzione di continuo a rischio di sepsi da contatto coi germi patogeni delle feci...) prende delicatamente il punto con una kellina, coagula sulla Kelly, la diatermocoagulazione si propaga allo staple, lo staple taglia e coagula il tessuto che non sanguina, dopodichè il punto viene via da solo nel modo più quick and soft possibile, senza danni. Un trucco banale ma utile..

Bene signori, il primo fascicolo è finito.

COLORECTAL DISEASE

Ottobre 2007

CROHN DEL TENU: STRITTUROPLASTICA E RESEZIONE A CONFRONTO

Reese et al

E' la meta-analisi un mix di autori inglesi e giapponesi, con ultimo nome Tekkis, "paper machine" ma a quanto pare anche bravo chirurgo.

Analizzati 7 studi con 688 pazienti dal 1980 al 2006. Risultati: meno complicanze dopo stritturoplastica. Meno recidive dopo resezione. Abbastanza scontata, ma utile conferma.

Dicono gli autori che i pro e i contro devono essere discussi col paziente.

CO2 CALDA E UMIDA IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA COLORETTALE. SERVE?

Yeh et al

Il background dello studio è che la chirurgia coloretale laparoscopica è spesso lunga e può dare ipotermia. Allora la CO2 calda e umida potrebbe forse servire. Studiati 20 pazienti con CO2 scaldata a 36°C e umidificata al 95%, contro 20 con CO2 normale, a 30.2°C e non umidificata.

No, ci dicono gli autori australiani, nessuna differenza, nessun vantaggio.

ILEOSTOMIA CONTINENTE DI KOCK. RISULTATI A LUNGO TERMINE (12 ANNI)

Wasmuth et al

Studio norvegese. Operati 50 pazienti, 48 per RCU, 2 per Crohn, nessuno perso al follow-up.

Quasi metà, 22, hanno avuto reinterventi, specie per fistole o difetti della valvola antireflusso sotto l'ileostomia. Però solo 4 pouch sono state tolte. Quindi il failure rate è un po' inferiore rispetto a quello dopo pouch ileoanale, che è intorno al 10% a 10 anni.

Quindi, se non si può fare il reservoir ileoanale e non si può fare l'ileoretto, la ileostomia di Kock è un buon intervento per avere uno stoma continente, che appare come un ombelico e che può essere svuotato con un catetere quando il paziente lo decide.

E manco a farlo apposta ecco subito dopo un articolo inglese che ci racconta come va la vita ai pazienti nei quali e' fallita una pouch ileoanale.....

QUALITA' DELLA VITA DOPO ASPORTAZIONE DI POUCH ILEOANALE E ILEOSTOMIA PERMANENTE

Das et al

Tra gli autori di nuovo Tekkis...e anche John Nicholls.

Lo studio è del St Mark's su 97 pazienti dopo failure di pouch ileoanale. Quindi pazienti che si ritrovano con l'ileostomia a vita. O dopo aver tolto la pouch con una end ileostomy. O rimanendo con la pouch in situ, ma esclusa, con una loop ileostomy.

Come campano? (Calcolate che hanno nel corpo e nella mente una storia di vari interventi, tra l'altro alla fine un fallimento...quindi i presupposti perché siano un po'infelici ci sono).

Teoricamente ci si aspetta che vada meglio un paziente che ha una ileostomia terminale e non abbia una pouch esclusa che comunque secerne dall'ano. Però è anche vero che fare la stomia terminale e togliere la pouch richiede un ulteriore intervento e quindi stress ecc.

Risultato:

La qualità della vita non è diversa se si lascia la pouch non funzionante o la si toglie.

Ovvero non è diversa con la stomia terminale o con quella c.d. a canna di fucile. Solo che in questi ultimi pazienti si è verificata più spesso la retrazione della stomia. Però, in compenso, la attività sessuale nei maschi era migliore proprio in questi soggetti, cioè i non rioperati per asportare la pouch.

Come in tutte le cose della vita: pro e contro.

NEUROMODULAZIONE SACRALE PER INCONTINENZA FECALE: RISULTATI DEI PRIMI 100 IMPIANTI PERMANENTI

Melenhorst et al

Gruppo Baeten, Maastricht, Olanda.

Cento impianti permanenti in 5 anni. Indicazioni all'impianto: pazienti che avevano almeno un episodio di perdita involontaria di feci a settimana per tre settimane. Indicazione all'impianto permanente: riduzione di almeno il 50% di episodi o giorni di incontinenza dopo la stimolazione provvisoria.

Su 100 pazienti, 89 erano donne, età media 55 aa, follow-up medio 2 aa. C'è anche la manometria. Risultati: 79 bene, 21 male. Tono di base e sensibilità invariate. Contrazione volontaria migliorata. Quindi nel complesso, a medio termine, funziona.

L'ANEMIA FA DIAGNOSTICARE IL CANCRO COLORETTALE?

Masson et al

Insomma, mica tanto...E' presente solo in metà dei pazienti.

IMPATTO DELLA CATTIVA PREPARAZIONE INTESTINALE SULLA COLONSCOPIA

Hendry et al

Su 10571 pazienti che hanno subito una colonscopia, il 17% avevano una cattiva preparazione intestinale. L'esame è stato completo nel 68% e i casi ben preparati, nel 36% dei casi mal preparati. Colpisce il fatto che i pazienti mal preparati erano più spesso quelli ricoverati. Il costo della cattiva preparazione, che ha richiesto un altro esame, è stato di 150mila euro.

CHI OPERA MEGLIO LE FISTOLE ANALI? IL CHIRURGO COLORETTALE O IL CHIRURGO GENERALE?

Nwaejike e Gilliland

Anni fa, credo 6, prima della faccenda dell'Auditorium (ricordo che c'erano ancora Landolfi e Villani) cercai di convincere il CD della Società a partire con uno studio del genere.

Ma la cosa non ebbe seguito.

Peccato, perché se lo avessimo fatto, adesso potremmo dimostrare con dati alla mano che gli specialisti hanno meno recidive quando operano le fistole.

Finora nella letteratura internazionale "indexata" e "impattata" sono comparsi vari studi che dimostrano che gli specialisti curano meglio il cancro del retto. Hanno meno complicanze, meno recidive, più sopravvivenza. Studi americani, inglesi, tedeschi, scandinavi, spagnoli.

Questo è il primo articolo sulle fistole. Non molti casi, circa 80. circa metà operati da chirurghi coloretali, circa metà da chirurghi generali.

Recidive degli specialisti: 9.7%. Recidive dei chirurghi generali: 30%.

Non ci sono invece differenze nella continenza. E' chiaro che per avere meno recidive bisogna spingere più a fondo il bisturi, e si sa che uno specialista va più a fondo e guarisce di più. Nonostante questo lo specialista non ha avuto più incontinenza. Quindi vuol dire che sa rispettare gli sfinteri e l'epitelio sensitivo. Infatti lo studio ha anche dimostrato che i chirurghi generali fanno più messe a piatto (fistulotomie), gli specialisti più fistulectomie, sono cioè più conservativi.

L'ASPORTAZIONE DELLE MARISCHE DOPO PPH NON AUMENTA IL DOLORE POSTOPERATORIO

Gerjy e Nystrom

Una volta feci una PPH con un promotore della Ethicon vicino che dava gentilmente consigli. Era appena uscita la nuova suturatrice e la Ditta dava una mano. Sparato lo stapler e fatta l'anopessi restavano delle mariscone, la qual cosa non mi piaceva. Allora mi sono messo a toglierle. "Per carità, no" disse il promotore "le lasci, vanno via da sole!". Ma io, abituato all'"anal trimming" che si fa al St Mark's dopo Milligan-Morgan, sono andato avanti. In realtà quelle che spesso vanno via

da sole sono le emorroidi esterne “flosce”, ma non le marishe inveterate, tant’è vero che anche nel trial Ganio et al su BJS di 6 anni fa, e in molti altri trials randomizzati, le marishe sintomatiche sono più dopo emorroidopessi che non dopo emorroidectomia.

Beh, già un articolo circa 6 mesi fa, sorry non ricordo chi, ha dimostrato che si può accoppiare la PPH con la asportazione di lesioni anali concomitanti. In più, questo lavoro del simpatico svedese Per Olof (Nystrom) ci dimostra che la exeresi manuale associata non aumenta il dolore postoperatorio.

Quindi, se c’è l’indicazione per la PPH alla emorroidopessi si può associare la asportazione delle marishe senza temere il dolore postoperatorio. Gli svedesi hanno fatto il blocco perineale con bupivacaina (una tecnica descritta su TIC 2004) e hanno infiltrato naropina nella sottomucosa del retto, fatta la borsa, prima di sparare.

E ora tre fascicoli di CRD che sono tre supplementi

Uno e’ dedicato agli abstracts del congresso della societa’ europea di colonproctologia a malta, ottobre 2007

Circa 400 abstract, tra podium presentation e poster

Uno alle aderenze intra-addominali

Uno alle linee guida della societa’ inglese, e irlandese, sulle fistole

E sulle occlusioni operate in emergenza

Sarebbe molto lungo farvi una recensione di 4 supplementi, per cui mi limito a dirvi che sono usciti, se uno degli argomenti vi interessa potete andare in biblioteca.

Quello da non perdere è l’ultimo, volume supplemento 4 ottobre 2007.

In particolare, almeno per me che di molto di rado opero le urgenze, la seconda metà, dedicata alle fistole.

Ve la riassumo, molto schematicamente..

LINEE-GUIDA INGLESISULLE FISTOLE ANALI

Williams di Wolverhampton et al, tra gli altri autori Lunniss, Londra e Sagar, Leeds

Le fistole anali devono essere classificate tenendo presente il decorso della fistola principale rispetto agli sfinteri. Inter, trans, sopra ed extra.

La manometria anale è utile nel guidare l’intervento ai fini della continenza. La fistolografia serve poco. Così pure la TAC, che può però evidenziare un Crohn dell’ultima ansa ileale.

L’eco transanale a sonda rotante invece ha un ruolo importante.

La RMN è molto utile per definire il decorso della fistola, specie nelle fistole complesse e recidive.

Sezionare lo sfintere esterno può dare incontinenza, specie nelle fistole alte, nelle donne, nelle fistole anteriori, nei pazienti con IBD.

In situazione di sepsi acuta, la fistulotomia è più risolutiva rispetto all’incisione e drenaggio

Il tramite fistoloso sarebbe meglio metterlo a piatto che asportarlo.

La marsupializzazione della ferita assicura una guarigione più rapida.

Nelle fistole complesse si può fare una ricostruzione dello sfintere dopo la messa a piatto.

Il setone non stretto si può usare nella strategia di cura a tappe di una fistola complessa, per mantenere evidenziato il tramite fistoloso e drenare, ma può rappresentare una cura di per sé.

Il setone tagliente invece, stretto, si può usare nella cura delle fistole trans-sfinteriche.

Si può usare un lembo di avanzamento rettale quando la fistulotomia causerebbe incontinenza. Il successo del lembo è intorno al 70%.

Il lembo cutaneo ha una percentuale di successo simile e teoricamente evita l’ectropion mucoso.

Le fistole anali semplici si possono curare col curettage e con la colla di fibrina. In certi casi anche le fistole complesse. Il plug può funzionare, ancora non se ne sa abbastanza.

Se c'è una proctocolite attiva la fistola non va trattata.

Negli ascessi di Crohn ci si limiti a drenare.

Fare un esame istologico di tutte le fistole di lunga durata o con caratteristiche insolite: rischio di cancro.

Le fistole nei pazienti HIV positivi vanno esaminate in narcosi e biopsiate. Le fistole e gli ascessi nei pazienti con AIDS avanzato vanno semplicemente drenati.

Le fistole tubercolari vanno soltanto drenate e poi va fatta una terapia anti-tubercolare.

SEGUONO 302 VOCI BIBLIOGRAFICHE

Chi si occupa di fistole dovrebbe proprio leggersi questo articolo