

lante e stimolante, così come l'uso di correnti appropriate dovrebbero essere in grado di evitare una dissingia da stimolazione di tutte le componenti (blocco anodale).⁶

Al fine di raggiungere nuovi risultati risulta necessario coinvolgere diverse competenze. La recente storia della neuromodulazione sacrale ci ha insegnato come una terapia sia in grado di dare risultati riuscendo a posteriori a capire il meccanismo di azione.

La conoscenza dell'area sacrale sotto il profilo neurofisiologico, il riconoscimento delle disfunzioni sotto il profilo urologico e coloproctologico e l'integrazione con la tecnologia stanno modificando l'approccio a numerose manifestazioni che per lungo tempo sono state considerate esclusivamente in senso "anatomico".

BIBLIOGRAFIA

1. Spinelli M, Giardiello G, Arduini A, Van den Homberg U. New percutaneous technique of sacral nerve stimulation has high initial success rate: preliminary results. *Eur. Urol* 2003; 43: 70-74.
2. Spinelli M, Weil E, Ostardo E, Del Popolo G, Ruiz Cerda J, Kiss G, Heesakkers J. New tined lead electrode in sacral neuromodulation: experience from a multicentric European study. *World J Urol* 2005; 23: 225-229.

3. Fowler CJ, Christmas TJ, Chapple CR, et al. Abnormal emg activity of the urethral sphincter, voiding dysfunction and polycystic ovaries: a new syndrome? *BMJ* 1988; 297: 1436-38.
4. Spinelli M, Malaguti S, Giardiello G, Lazzeri M, Tarantola J. A new minimally invasive procedure for pudendal nerve stimulation to treat neurogenic bladder: description of the method and preliminary data. *Neurourol. Urodyn* 2005; 24: 305-309.
5. Rijkhoff N, Wijkstra H. Urinary bladder control by electrical stimulation. *Neurourol Urodyn* 2003; 16: 39-53.
6. Rijkhoff N, Koldewijn E. Acute animal studies on the use of anodal block to reduce urethral resistance in sacral roots stimulation. *IEEE Trans Rehabil Eng.* 2005; 2: 92-99.

Corrispondenza

Dr. MICHELE SPINELLI
Via Vittadini, 21 - 20136 Milano
E-mail: michele.spinelli@ospedaleniguarda.it

Incontri e dibattiti

Società Romana di Chirurgia Riunione su rettocele e Malattia emorroidaria 4 Dicembre 2005

F. GAJ

Il pomeriggio di aggiornamento in Chirurgia Colonproctologica della Società Romana di Chirurgia era dedicato a due argomenti di rilevante interesse: il rettocele e la malattia emorroidaria. L'incontro prevedeva in realtà uno "scontro" fra due modalità di approccio alle patologie, con la moderazione di due esperti. Sul rettocele si confrontavano Giuseppe Dodi di Padova ed Antonio Longo di Vienna, mentre sulla patologia emorroidaria Filippo La Torre di Roma ed Angelo Caviglia anche lui della capitale. La sessione dedicata al rettocele in realtà non si è potuta svolgere per problemi logistici e per la tirannia del tempo dovuta anche al prolungarsi del confronto sulla malattia emorroidaria che l'ha fatta dunque da padrona con un match serrato e non troppo "polite" fra Caviglia, sostenitore della emorroidopessi con suturatrice meccanica e Filippo La Torre, contrario alla tecnica descritta per la prima volta da Antonio Longo. I due gladiatori sono stati moderati dal Professor Pappalardo. Caviglia ha iniziato illustrando i brillanti risultati della PPH riferendosi alla sua casistica personale relativa a 1200 interventi realizzati in otto anni (ben 150 emorroidi all'anno). La sua esperienza si riferisce a pochi casi di complicanze lievi, peraltro facilmente gestibili a detta dello stesso operatore. La Torre, attuale Vicepresidente della SICCR, risponde riferendo la sua esperienza relativa alla emorroidectomia classica secondo Milligan Morgan e sottolineando altresì di aver accumulato ben 124 cartelle cliniche di pazienti giunti alla sua attenzione proprio per complicanze dovute all'utilizzo della suturatrice meccanica, di cui 34 da lui operate e risolte quindi chirurgicamente. Stupisce tuttavia da parte di La Torre il fatto di non aver fatto alcuna menzione nell'arco della sua trattazione né della nuova classificazione della malattia emorroidaria PATE 2000 Sorrento, né tantomeno delle linee guida elaborate e presentate dalla stessa SICCR proprio all'interno dell'ultimo congresso nazionale svoltosi a Bologna nello scorso Settembre. La difesa e l'attacco di La Torre ci sono sembrati dunque piuttosto fiacchi e non ben documentati iconograficamente, ma il dato da lui presentato su una cosiddetta "evidence based medicine" non poteva che scatenare l'ira dei ferventi stapleristi e la conseguente bagarre congressuale, gestita con difficoltà dallo stesso moderatore. A parte lo scontato giudizio sugli aspetti folkloristici di cotanta scienza italiana, rimangono sul tappeto alcune riflessioni che faccio a cuore aperto e con molto distacco "britannico". Possibile che dopo tanti anni di discussione nel nostro paese relativa a questo argomento ancora non esistano posizioni intermedie fra una cieca adesione a questa moderna tecnica chirurgica ed un'analisi critica ed obiettiva? Quanta acqua dovrà passare sotto i nostri ponti, per farci arrivare a maturare una coscienza critica su questo intervento chirurgico? Non dovrebbero esistere favorevoli e contrari, così come non esistono solo il bianco ed il nero, dovrebbe esistere invece un sereno dibattito scientifico: la malattia emorroidaria è primitiva o secondaria all'eccedenza mucosa? Questa esiste sempre e in caso fosse vero risulta sempre a 360° all'interno del canale anale? Questi sono i passaggi teorici che darebbero vita ad una eventuale "sana" e non indiscriminata adesione alla PPH. Una nuova classificazione della malattia come la PATE 2000 Sorrento non potrebbe aiutarci a selezionare meglio i pazienti da operare? Ed ancora l'elaborazione delle linee guida non dovrebbe rappresentare un punto fermo dal quale iniziare a discutere? Dal canto mio ho provato a sollevare il problema dell'eccedenza mucosa da un punto di vista pratico e globale (Gaj F, Trecca A. *Hemorrhoids and rectal internal mucosal prolapse: one or two conditions? A national survey.* *Tech Coloproctol.* 2005; 9: 163-5), ma mi rendo conto che nel nostro paese la strada da percorrere per diventare "proctologi maturi" è ancora molto lunga.