

XI Lietuvos koloproktologų draugijos suvažiavimas ir Jungtinės Karalystės bei Tarptautinės universiteto kolorekalinių chirurgų draugijos perspektyvos

XI Triennial Meeting of the Lithuanian Society of Coloproctologists with British and Isucrs Perspectives

28% responders have dedicated pelvic floor MDT with access to diagnostic investigations. Pelvic floor exercises, Transanal irrigations, sacral neuromodulation showed significant recognition in management of LARS.

Conclusion. Survey demonstrated recognition of LARS by relevant specialities worldwide. The concept of understanding, diagnosis and treatment showed similar trends, with assumptions to available resources. It opens the opportunity to develop standardised algorithms of diagnosis and treatment of LARS in the future.

Endoskopinė submukozinė disekcija storojoje žarnoje: gydymo patirtis ir pacientų atrankos kriterijai

Inga Kildušienė, Romualdas Maskelis, Aliaksei Piatkevich, Audrius Dulskas

Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas, Nacionalinis vėžio centras, Endoskopinių tyrimų skyrius

Endoskopinė submukozinė disekcija (toliau ESD) – tai darinių rezekcijos technika, leidžianti šalinti beveik bet kokio dydžio pažeidimus. Ji siejama su mažu nepageidaujamų reiškinių dažniu bei žemu recidyvo rizikos dažniu, tačiau reikalauja specifinių sudėtingų įgūdžių, ilgo mokymosi laikotarpio ir specialios įrangos. Ši endoskopinė darinių rezekcijos technika leidžia šalinti beveik bet kokio dydžio pažeidimus. Tačiau šis metodas labai priklauso nuo tinkamo darinio vizualinio įvertinimo prieš rezekciją, paneigus galimą gilią invaziją į pogleivį. ESD turėtų būti svarstoma, ypač esant dideliems gaubtinės ir tiesiosios žarnos polipams (≥ 20 mm) ir (arba) pažeidimams, kuriems diagnozuota aukšto laipsnio displazija, *in situ* karcinoma arba paviršinė pogleivio invazija.

Rezultatai. Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo, Nacionalinis vėžio centras, Endoskopinių tyrimų skyriuje nuo 2020 m. atlikta 268 ESD procedūros, iš kurių storojoje žarnoje – 193. Dydžio vidurkis 23x30 mm. Didžiausio c-ESD dydis 45x42 mm (dešinė pusė) ir 100x40 cm (tiesioji žarna). Procedūros trukmė vid. 103 min., c-ESD vid. 106 min. Vertinant histologiškai 45 % atvejų sudarė tubulinė adenoma, 14 % – tubulinė adenoma su displazija, *Ca in situ* sudarė 9 %, adenokarcinoma – 5%. Komplikacijos po procedūros įvyko 12 atvejų, iš jų 9 perforacijos (iš jų 4 užvertos endoskopiniais klipais).

Išvada. ESD saugus ir patikimas didelių gerybinių darinių storojoje žarnoje būdas, reikalaujantis specifinių sudėtingų įgūdžių, ilgo mokymosi laikotarpio ir specialios įrangos.

Kombinuotoji kryžkaulio rezekcija – vienintelė radikalaus retų pirminių ir recidyvinių piktybinių navikų gydymo galimybė

Ugnė Šilinskaitė¹, Marius Kryžauskas², Ona Lapteva³, Karolis Baužys³, Arūnas Želvys¹, Giedrius Kvederas¹, Tomas Baltrūnas¹, Genadijus Kučinskis¹, Tomas Poškus²

¹ Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas

² Transliacinių sveikatos tyrimų institutas, Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas

³ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Išvadas. Kryžkaulio navikai ir/ar tiesiosios žarnos pirminiai ar recidyviniai navikai yra sunki patologija, kai chirurginis gydymas gali būti vienintelis radikalaus gydymo būdas.

Klinikiniai atvejai. 2022–2025 metais Vilniaus universitetinėje ligoninėje Santaros klinikose buvo atliktos 3 didelės apimties kryžkaulio ir uodegikaulio rezekcijos operacijos. Joms atlikti suburta multidisciplininė

komanda, susidedanti iš pilvo chirurgų, plastinės-rekonstrukcinės chirurgijos gydytojų, neurochirurgų, ortopedų-traumatologų bei urologų. Šios operacijos vidutiniškai užtruko apie 11 h 30 min (10 h 30 min, 9 h 30 min ir 14 h 30 min). Pacientų amžius varijavo nuo 45 iki 65 metų (vidutiniškai – 51,66 metai). Operacijos metu visiems pacientams rezekuotas kryžkaulis ir uodegikaulis bei atliktas tiesiojo pilvo raumens lopo pasukimas (VRAM). Dviem pacientams šių operacijų metu rezekuota tiesioji žarna dėl navikinio proceso. Vienam pacientui taip pat pašalinta šlapimo pūslė bei suformuotas klubinės žarnos konduitas. Hospitalizacijos po operacijos trukmė varijavo nuo 24 iki 74 dienų (vidutiniškai – 52,33 dienos). Ji užsitęsė dėl įvairių pooperacinių komplikacijų. Po operacijos nė vienas iš pacientų nemirė.

Išvados. Kryžkaulio rezekcija yra itin sudėtinga operacija, kuriai reikalinga multidisciplininė komanda bei pasitaiko komplikacijos, bet ji gali būti vienintelė radikalaus gydymo galimybė.

Raktažodžiai: kryžkaulio rezekcija, tiesiosios žarnos rezekcija, multidisciplininė komanda, navikas.

Personalizuota, ar individualizuota totalinė mezorektalinė ekscizija dėl paribinio viršutinio-vidurinio tiesiosios žarnos trečdalyje vėžio – onkologine prasme saugus sprendimas gerinant pooperacinius funkcinius rezultatus?

Personalized, or individualized total mesorectal excision – an oncologically safe functional solution for borderline middle-upper third rectal cancer?

Narimantas Evaldas Samalavicius, Rakesh Gupta, Joseph Nunoo-Mensah, Darius Cincikas, Tomas Janusonis, Zygmantas Juodeikis, Alfredas Kilius, Rytis Markelis

Introduction. After the definition of the concept of total mesorectal excision, it was demonstrated that metastatic spread in rectal cancer can be not only proximal or lateral but as well distal to the rectal cancer and tumor deposits can be found as far as 5 cm below the lower edge of the rectal tumor in the perirectal tissue. That fact lead to implementation of the strategy of total mesorectal excision (TME) for middle and lower third rectal tumors, where the whole of the mesorectum is removed together with the rectum, and a partial mesorectal excision for tumors in the upper third, with a distal resection margin of mesorectum of 5 cm below the lower edge of the tumor being mandatory. In this study, control group of borderline middle-upper third rectal tumors 11 cm from the anal verge (as assessed by rigid proctoscopy) underwent personalized, or individualized total mesorectal excision (iTME) allowing preservation of short rectal ampulla remnant and maintaining the principles of TME.

Patients and methods. Twenty patients who underwent surgery for middle rectal cancer and borderline mid–upper rectal cancers were included in our study (TME: 10; iTME: 10). Among the 20 included patients, there were 10 male and 10 females. There were no significant differences in gender, age, neoadjuvant therapy, use of robotic surgery, preventive ileostomy, early ileostomy takedown, complications, and pathologic stages between two groups (Table 1). 9 months to 4 years after surgery, all patients were interviewed using Wexner Continence Score, Low Anterior Resection Score (LARS), Memorial Sloan Kettering Cancer Center Bowel Function Instrument and Fecal Incontinence Quality of Life Instrument.

Results. MSKCC score was significantly higher in the iTME group, whereas, the Wexner and LARS scores were significantly higher in TME group. Total FIQOLI score was similar between two groups. When we compares all the subscales of FIQOLI, lifestyle subscale was significantly higher in TME group, coping/behavior and depression/self perception scores were significantly higher in iTME group, and the embarrassment score were similar in two groups.