

LIETUVOS KOLOPROKTOLOGŲ DRAUGIJA, NACIONALINIS VĖŽIO INSTITUTAS,
TARPTAUTINĖ UNIVERSITETO KOLOREKTALINIŲ CHIRURGŲ DRAUGIJA

2017 m. gegužės 4–5 d.
Lietuvos koloproktologų draugijos IX suvažiavimas
ir Tarptautinės universiteto kolorektalinių chirurgų draugijos sesija

May 4–5, 2017

IXth Biennial meeting of the Lithuanian Society of Coloproctologists with
International Society of University Colon and Rectal Surgeons session

VIEŠBUTIS „PANORAMA“, SODŲ G. 14, VILNIUS

PROGRAMA 2017 05 05

09.00–09.15	SUVAŽIAVIMO ATIDARYMAS – prof. Narimantas Evaldas SAMALAVIČIUS (Lietuvos koloproktologų draugijos prezidentas, International Society of University Colon and Rectal Surgeons generalinis direktorius) ir prof. Phil CAUSHAJ (International Society of University Colon and Rectal Surgeons prezidentas)
I DALIS . Pirmininkauja Pranas ŠNIUOLIS, Audrius DULSKAS	
09.15–09.27	Donatas DANYS (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Lazerinės hemoroidoplastikos ir ekscizinės hemoroidektomijos ankstyvųjų rezultatų palyginimas: atsitiktinės atrankos tyrimo rezultatai
09.27–09.39	Pranas ŠNIUOLIS (Klaipėdos universitetinė ligoninė). Artimieji ir vėlyvieji rezultatai po atviros ir uždaros hemoroidektomijos
09.39–09.51	Vytautas KVEDARAS (Druskininkų ligoninė). Harmoniniu skalpeliu atliekama hemoroidektomija užpakalinio tarpvietės bloko nejaunos sąlygomis
09.51–10.03	Audrius PARŠELIŪNAS (Kauno klinikinė ligoninė, LSMU Bendrosios chirurgijos klinika). Pilonidinės cistos chirurginio gydymo patirtis
10.03–10.15	Gabija MAKŪNAITĖ (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Pilonidinės cistos gydymas – seno gero metodo sugrįžimas į Lietuvą
10.15–10.27	Vilius MAČIŪNAS (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Eventeracija po laparotomijos – rizikos veiksnių paieška
10.27–10.39	Edgaras SMOLSKAS (Nacionalinis vėžio institutas). Kolonoskopijos metu įvykusių perforacijų gydymo rezultatai: Nacionalinio vėžio instituto 10 metų patirtis
10.39–10.51	Tomas MITKUS (Klaipėdos jūrininkų ligoninė). Storosios žarnos perforacijų po kolonoskopijų patirtis Klaipėdos jūrininkų ligoninėje
10.51–11.15	Kavos pertrauka
II DALIS . Pirmininkauja Donatas VENSKUTONIS, Eligijus POŠKUS	
11.15–11.27	Audrius DULSKAS (Nacionalinis vėžio institutas). Porezekcinis tiesiosios žarnos sindromas: naujojo klausimyno pritaikymas Lietuvos koloproktologų praktikoje
11.27–11.39	Žygimantas KULIEŠIUS (Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė). Ranka asistuojama laparoskopinė storosios žarnos chirurgija: vieno centro 10 metų patirtis

11.39–11.51	Remigijus SAMUOLIS (Respublikinė Panevėžio ligoninė). Laparoskopinė storosios žarnos chirurgija Panevėžio RCL
11.51–12.03	Valdemaras JOTAUTAS (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Atokūs rezultatai po transanalinės endoskopinės mikrochirurgijos operacijų
12.03–12.15	Saulius MIKALAUSKAS (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Transanalinė TME – ankstyvieji rezultatai
12.15–12.27	Narimantas Evaldas Samalavičius (Nacionalinis vėžio institutas). Ar reikia išsaugoti <i>a.colica sin</i> atliekant radikalias operacijas dėl riestinės gaubtinės žarnos vėžio?
12.27–12.39	Eligijus POŠKUS (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Kolorektinio vėžio gydymo dinamika Lietuvoje 2005–2010 metais ir atokūs rezultatai
12.39–12.51	Andrej KOLOSOV (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Anastomozės nesandarumas po kolorektinio vėžio operacijų: rizikos veiksnių paieška ir profilaktikos galimybės
12.51–13.03	Oleg ALIOŠIN (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Naujas ūminio apendicito diagnostikos algoritmas: pirmieji rezultatai
13.03–14.00	P i e t ū s
III DALIS . Pirmininkauja Vytautas KVEDARAS, Remigijus SAMUOLIS	
14.00–14.10	Robertas BAGDZEVIČIUS (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos). Anorektalinės manometrijos reikšmė diagnozuojant vaikų lėtinį vidurių užkietėjimą
14.10–14.20	Marijus AMBRAZEVIČIUS (Respublikinė Klaipėdos ligoninė). Laparoskopinė skersinės žarnos rezekcija su transvaginaliniu operacinio preparato pašalinimu (NOSE): atvejo pristatymas
14.20–14.30	Edvinas DAINIUS (Kauno klinikinė ligoninė, LSMU Bendrosios chirurgijos klinika). Kirmėlinės ataugos invaginatas ir <i>ileum</i> endometriozė: atvejo pristatymas
14.30–14.40	Justas KULIAVAS (Nacionalinis vėžio institutas). Tiesiosios žarnos vėžio metastazė varpoje: atvejo pristatymas ir literatūros apžvalga
14.40–14.50	Natalija ZAKS (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos). Emborrhoid – naujas hemorojaus gydymo metodas: atvejo pristatymas
14.50–15.05	Sunil Kumar GUPTA (Haridwar, India). Single centre experience on MIPH in an industrial hospital – pitfalls and lessons learnt
15.05–15.20	Lindita SHOSHA (Tirana, Albania). The blast pelvis & the difficulties and the challenge of treatment
15.20–15.35	Joseph NUNOO-MENSAH (London, UK). Ulcerative colitis: indications for surgery and surgical techniques
15.35–16.00	Kavos pertrauka
IV DALIS . Pirmininkauja Tomas POŠKUS, Remigijus ŠIUGŽDA	
16.00–16.15	Phil CAUSHAJ (Connecticut, USA). Current status of laparoscopic surgery in colon and rectal surgery
16.15–16.30	Koutarou MAEDA (Nagoya, Japan). Screening for colorectal cancer in Japan
16.30–16.45	Dursun BUGRA (Istanbul, Turkey). Complete mesocolic excision
16.45–17.00	Adam DZIKI (Lodz, Poland). Can we predict and diagnose complete pathological response (after neoadjuvant treatment of rectal cancer)?
17.00–17.15	Pascal GERVAZ (Geneva, Switzerland). Metastatic rectal cancer: a bridge too far?
17.15–18.00	LKD ataskaitinis-rinkiminis susirinkimas

Early results of hemorrhoidal pedicle ligation vs laser hemorrhoidectomy vs open hemorrhoidectomy for symptomatic haemorrhoids

Donatas Danys¹, Povilas Mažrimas², Saulius Mikalauskas¹, Eligijus Poškus¹, Kęstutis Strupas¹, Tomas Poškus¹

¹Vilnius University Hospital „Santariskiu Klinikos”,

²Vilnius University, Vilnius, Lithuania

Objective. The aim of this study is to compare three different modalities for treatment of symptomatic 2 to 3 degree haemorrhoids: open haemorrhoidectomy (Group 1), intra-haemorrhoidal laser procedure (Group 2) and haemorrhoidal pedicle ligation (Group 3).

Method. This is prospective double blind randomized study at Vilnius university hospital Santariskes started from April 2016 to April 2017. A total of 101 patients are included in the study. Patients will be discharged on 1st post-operative day if there are no complications (rectal bleeding, urinary retention) and pain is controlled with oral pain medications. They will be followed up at 1 week, 4 weeks (+/- a week) intervals.

Results. In group 1 (n=33) patients' ages ranged from 25–70 years. Incidence of early post-operative complications including haemorrhage, infection and urinary retention was 6.06%. No fissure or faecal incontinence was observed in this group.

In group 2 (n=40), patients' ages ranged from 20–72 years. 920 Joules of laser energy were used on average (550–1950 J) per patient. Incidence of early post-operative complications, i.e., haemorrhage, infection and urinary retention was 5.0%. No late complications (stenosis, fissure or incontinence) were observed in this group.

In group 3 (n=28) patients' ages ranged from 27–62 years. Incidence of early post-operative complications including haemorrhage, infection and urinary retention was 3.5%.

Conclusion. Laser haemorrhoidoplasty and haemorrhoidal pedicle ligation procedure are safe, effective and relatively pain comparing early results to open haemorrhoidectomy free treatment for symptomatic haemorrhoids.

Anstvyvieji ir vėlyvieji rezultatai po atviros ir uždarnos hemoroidektomijos

Pranas Šniuolis, Aivaras Miltenis

Klaipėdos universitetinė ligoninė ir Diagnostikos ir gydymo centras „Medikana“, Klaipėda

Darbo tikslas. Palyginti ankstyvuosius ir vėlyvuosius rezultatus po atviros Milligan–Morgan ir uždarnos Fergusonso hemoroidektomijos.

Ligoniai ir metodai. Į studiją įtraukti pacientai sirgo trečio ir ketvirto laipsnio hemorojumi, vyrai ir moterys buvo nuo 18 iki 85 metų, konservatyvus gydymas jiems buvo neveiksmingas. Į tyrimą neįtraukti ligoniai, kuriems pasireiškė ūminė trombozė, masyvus kraujavimas ir jie hospitalizuoti skubos tvarka, taip pat ligoniai, sergantys gretimų organų ligomis, po buvusio švitinimo dėl prostatos ar gimdos kaklelio vėžio. Grupę A sudarė pacientai, operuoti ligoninėje naudojant elektrokauterį Erbe, Storz ir kt., sukėlus spinalinę nejautrą – jiems atlikta atvira Milligan–Morgan hemoroidektomija. Grupę B sudarė pacientai, operuoti privačiame centre naudojant chirurginį lazerį (30-W CO-2 Laser Ultra dream, Pietų Korėja), jiems ambulatoriškai uždara Fergusonso hemoroidektomija atlikta sukėlus vietinę nejautrą perinealiniu bloku pagal Claudi Marti metodą. Abiejose grupėse buvo po 250 pacientų. Išnagrinėti 10 metų laikotarpio medicininiai dokumentai ir atsakymai į pateiktą klausimyną apie pacientų savijautą pirmą parą po operacijos, po 10 dienų, po 1 mėn., 3 mėn., po 1 metų. Buvo lyginami šie rezultatai: pooperacinis skausmas, komplikacijos, gijimo laikas, grįžimas prie normalaus gyvenimo būdo ir svarbiausia – paciento pasitenkinimas operacija.

Rezultatai. Vertinant pooperacinį skausmą ($P=0,17$) ar suvartotas tabletes nuo skausmo ($P=0,741$) ir injekcinius analgetikus ($P=0,18$), statistiškai patikimo skirtumo tarp abiejų grupių nebuvo. Greičiau ir be didesnio diskomforto ar padidėjusio skausmo pasituštindavo B grupės pacientai po lazerinės uždarnos Fergusonso hemoroidektomijos ($P=0,035$). Abi grupės nesiskyrė pagal komplikacijas (striktūras, sfinkterio disfunkciją ar kraujavimą po operacijos), žaizdų gijimo laiką, grįžimą prie įprasto gyvenimo būdo ir paciento pasitenkinimą operacija. Įdomu tai, kad labiau buvo patenkinti operacijos rezultatais tie abiejų grupių pacientai, kuriems iki operacijos buvo ryškus skausminis sindromas, gleivinės prolapsas, didesnis kraujavimas ar trombozė.

Išvados. Pacientai, matyt, paveikti internetinės informacijos, reklamos, labiau pageidauja lazerinės hemoroidektomijos, nes teigiama, kad mažesnis skausmas po operacijos, rečiau

kraujuoja, mažesnė audinių edema, greičiau gyja žaizdos, greičiau grįžtama prie normalaus gyvenimo būdo. Taip pat dalis pacientų, operuotų lazeriu, nurodo labai gerus gydymo rezultatus, kai kurie net iš karto po operacijos grįžo į darbą (nebuvo su spinaline anestezija susijusių komplikacijų, kurios šioje studijoje nėra nagrinėjamos – tai jau atskira įdomi tema). Ši studija parodė, kad nors medicinos visuomenėje yra gabi nuomonė apie lazerio stebuklus, statistiškai patikimo privatumo nėra. Reikia atlikti daugiau tyrimų ir diegti naujausias technologijas gydant hemorojų.

Harmoniniu skalpeliu atliekama hemoroidektomija užpakalinio tarpvietės bloko neįtautos sąlygomis

Vytautas Kvedaras

Druskininkų ligoninės Chirurgijos skyrius, Druskininkai, Lietuva

Druskininkų ligoninėje hemoroidektomija naudojant harmoninį skalpelį pirmą kartą atlikta 2005 metais. Neilgai trukus įsisavinta užpakalinės tarpvietės blokados technika. Per 2006–2016 metus šiuo metodu operuoti 223 ligoniai. Pačios operacijos ir pooperacinio laikotarpio rezultatai tenkina tiek chirurgus, tiek pacientus. Manome, kad tai yra gana nesudėtingas, prieinamas, radikalus hemorojaus gydymo būdas.

Pilonidinės cistos chirurginio gydymo patirtis

Vytautas Paršeliūnas

Kauno klinikinė ligoninė, LSMU Bendrosios chirurgijos klinika, Kaunas, Lietuva

Pirmą kartą aprašyta 1847 metais Abrahamo Wendellio Andersono, dar vadinama pilonidiniu sinusu. Šia liga serga jauni 15–30 metų amžiaus žmonės, iš kurių vyrai tris kartus dažniau nei moterys. Sergamumas yra apie 26–28 atvejai iš 100 000 gyventojų. Šie atvejai pasiskirsto per daugelį ligoninių, todėl liga dažnai nepelnytai lieka kitų aktualių koloproktologinių problemų užnugaryje.

Yra pasiūlyta daugybė įvairios apimties operacijų šiai ligai gydyti, tačiau vertinant operacijos apimtį, pooperacinį skausmą, gijimo laiką, recidyvų dažnį bei gyvenimo kokybę dėl idealios procedūros nesutariama. Dauguma metodikų arba turi trūkumų, arba yra efektyvios atrinktiems ligoniams, o recidyvų dažnis yra 6–20 %. Peršasi mintis, kad taikyti gerai įvaldytą

operacijos metodą kiekvienam pacientui netinka – atvirksčiai, metodą reikėtų pasirinkti kiekvienu individualiu atveju, atsižvelgiant ne tik į chirurgo, bet ir į paciento lūkesčius.

Šiame pranešime apžvelgiame pagrindinius pilonidinio sinuso gydymo būdus, kurie galėtų praplėsti operacijos pasirinkimo spektrą, taip pat aptarsime Vokietijos valstybines rekomendacijas šiai ligai gydyti ir pasidalinsime kuklia Kauno klinikinės ligoninės patirtimi.

Ekscizija ir kiuretažas – optimalus pilonidinės cistos gydymo metodas: literatūros apžvalga

Gabija Makūnaitė, Donatas Danys, Kęstutis Strupas, Tomas Poškus

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gastroenterologijos, nefrologijos ir chirurgijos klinika, Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinika, Santariškių g. 2, Vilnius, Lietuva

Darbo tikslas. Remiantis literatūros duomenimis, pasiūlyti optimalų pilonidinės cistos gydymo metodą.

Metodika. Naudojant „PubMed“ elektroninę duomenų bazę, peržiūrėta 2010–2016 metais publikuota literatūra, kurios pagrindinė tematika – pilonidinės cistos gydymas. Pateikti raktiniai žodžiai: pilonidinė cista, kiuretažas, ekscizija, drenažas, recidyvai. Apžvalgai atrinkti straipsniai, kuriuose duomenys pateikti remiantis atsitiktinių imčių bei kontroliuojamų studijų, tyrusių daugiau nei 1000 pacientų, rezultatais, o išvados, paremtos statistiškai patikimais rodikliais. Remiantis perspektyviųjų atsitiktinių imčių tyrimų duomenimis apžvelgti ilgalaikiai pilonidinės cistos gydymo rezultatai. Taip pat analizuoti nagrinėtų straipsnių literatūros sąraše pateikti literatūros šaltiniai, nepasiūlyti pradinėje paieškoje.

Rezultatai. Į apžvalgą įtrauktos studijos, lyginančios skirtingų pilonidinės cistos operacinio gydymo būdų efektyvumą. Buvo vertinama: operacijos trukmė, gijimo laikas, recidyvų, komplikacijų dažniai bei grįžimo į darbą laikas. Sistemine apžvalga ir metaanalize apėmė 13 studijų, nagrinėjusių pilonidinės cistos atvėrimo ir kiuretažo (CAK) rezultatus. Gauti duomenys palyginti su alternatyviomis pilonidinės cistos gydymo technikomis: recidyvų dažnis CAK pacientų grupėje – 4,47 %, ekscizijos su antriniu žaizdos gijimu – 11,9 %, ekscizijos su marsupielizacija – 7,1 %, ekscizijos su pirminiu žaizdos užsiuvimu vidurio linijoje – iki 20 %, ekscizijos su užsiuvimu ne vidurio linijoje – 11 %. Operacijos laikas: CAK – 34,6 min., o kitų operacijų būdų siekia iki 89 min. Komplikacijų dažnis CAK grupėje taip pat mažesnis

(1,44 % lyginant su 23,8 % po ekscizijos su antriniu žaizdos gijimu). Grįžimo į darbą mediana po CAK – 8,4 dienų, po kitų operacijų – daug ilgesnė (siekia iki 43 dienų). Žaizdos gijimo trukmė trumpesnė po CAK. Be to, cistos atvėrimas ir kiuretažas gali būti atliktas sukėlus vietinę nejautrą (7 iš 13 studijų) [6]. Kitų studijų rezultatai panašūs, pabrėžiama retesni ligos recidyvai, trumpesnė pooperacinio gijimo trukmė bei ankstesnis grįžimas į darbą [5, 7].

Išvados. Remiantis apžvelgtų naujausių straipsnių duomenimis, prioritetinis pilonidinės cistos gydymas turi būti kiek įmanoma mažiau agresyvus, tad pirmo pasirinkimo operacija turėtų būti cistos atvėrimas ir kiuretažas. Nors šis būdas senas, bet gerokai pranašesnis už alternatyvius metodus – retesni recidyvai, pooperacinės komplikacijos, operacija lengvai atliekama ir trumpai trunkanti, ji yra pigi, pakanka vietinės nejautos, pooperacinis laikotarpis mažiau skausmingas ir greičiau grįžtama į darbą.

Eventeracija po laparotomijos – rizikos veiksnių paieška

Vilius Mačiūnas^{1,2}, Tomas Poškus^{1,2}, Marius Kryžauskas^{1,2}, Saulius Mikalauskas^{1,2}, Donatas Danys^{1,2}, Valdemaras Jotautas^{1,2}, Eligijus Poškus^{1,2}, Kęstutis Strupas^{1,2}

¹Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas; ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Pilvo chirurgijos centras

Darbo tikslas. Nustatyti ryšį tarp klinikinių veiksnių ir eventeracijos bei įvardyti pooperacinės žaizdos eventeracijos po laparotomijos rizikos veiksnius.

Darbo metodika. Retrospektyvusis atvejo ir kontrolės tyrimas atliktas 2016 m. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (VUL SK) Pilvo chirurgijos centre. Tirti 20–87 metų pacientai, kuriems 2016–2012 metais atliktos laparotomijos. Įvertintos bendros pacientų klinikinės charakteristikos: lytis, amžius, rūkymo bei alkoholio vartojimo ypatumai, sergamumas cukriniu diabetu, širdies ir kraujagyslių ligomis, lėtinėmis kvėpavimo takų ligomis, steroidų vartojimas bei mitybos būklė pagal NRS 2002 skalę. Tiriamieji bei kontrolinės grupės pacientai, mirę gydymo metu, vertinti pagal ASA funkcines klases. Tirta, ar pagrindinė liga buvo piktybinis navikas; laboratoriniai rodikliai: uremija, krešėjimo rodikliai, glikemija prieš operaciją ir pooperaciniu laikotarpiu; vertintas pirminis aponeurozės susiuvimo būdas; žaizdos infekcija, anastomozės siūlių nesandarumas po operacijos; ar buvo nustatytas peritonitas, sepsis, ascitas. Vertinta

hospitalizacijos trukmė RITS ir bendra gydymo ligoninėje trukmė. Siekta nustatyti ryšį tarp klinikinių veiksnių ir žaizdos eventeracijos rizikos. Gauti rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, jei $p < 0,05$.

Rezultatai. Tirta 100 pacientų, iš kurių 25 (25 %) buvo žaizdos eventeracija ir 75 (75 %) sudarė atsitiktinai atrinktų pacientų kontrolinę grupę, kuriems atlikus laparotomiją, eventeracijos nebuvo; 75 (75 %) vyrai ir 25 (25 %) moterys. Jauniausias pacientas 20 metų (ev.: 39 m.), vyriausias – 87 metų (ev.: 84 m.); amžiaus vidurkis $66,8 \pm 13,025$ metų (ev.: $69,96 \pm 13,025$ m.); vyrams buvo 22 eventeracijos atvejai (88 % visų eventeracijų), moterims – 3 atvejai (12 % visų eventeravimų), $p = 0,03$. Žaizdos infekcija buvo 27 pacientams, eventeracija – 14 (51,85 %), $p = 0$. Širdies ir kraujagyslių ligos nustatytos 61 pacientui, 22 eventeracijos grupės (36,07%), kurie sudarė 95,45 % eventeracijų, $p = 0$. Pagal ASA tiriomiosios grupės pacientai priskirti 5-ai funkciniai klasei. Eventeracijos grupės pacientų išgyvenamumo prognozė, lyginant su kontroline grupe, prastesnė (20 % vs. 14,6 %). Hospitalizacijos trukmės vidurkis grupėse tarp RITS ir skyriaus statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Bendros hospitalizacijos trukmė skyresi, tačiau statistiškai patikimo rezultato negauta, $p > 0,05$.

Išvados. Pooperacinės žaizdos eventeracijos rizika po laparotomijos statistiškai reikšmingai priklauso nuo paciento lyties, žaizdos infekcijos bei paciento širdies ir kraujagyslių ligų.

Jatrogeninė kolonoskopinė storosios žarnos perforacija: vieno centro chirurginio gydymo rezultatai

Edgaras Smolskas, Audrius Dulskas, Inga Kildušienė, Narimantas Evaldas Samalavičius

Nacionalinis vėžio institutas, Santariškių g. 1, Vilnius

Įvadas. Nors kolonoskopinių gaubtinės žarnos perforacijų dažnis nėra didelis, tačiau jos gali lemti sunkias komplikacijas ar net mirtį. Šios studijos tikslas buvo įvertinti kolonoskopinių gaubtinės žarnos perforacijų dažnį ir jų chirurginio gydymo rezultatus.

Metodai. Retrospektyviai buvo peržiūrėti duomenys pacientų, kuriems atliekant diagnostinę ar gydomąją kolonoskopiją Nacionaliniame vėžio institute nuo 2007 m. sausio 1 d. iki 2016 m. gruodžio 31 d. įvyko gaubtinės žarnos perforacija. Analizuoti pacientų demografiniai rodikliai, kolonoskopijos duomenys, informacija apie jų gydymą ir gydymo rezultatus.

Rezultatai. Iš viso Nacionaliniame vėžio institute minėtu laikotarpiu buvo atlikta 16 186 kolonoskopijos. Bendras

kolonoskopinių gaubtinės žarnos perforacijų dažnis siekė 0,14 % (23 iš 16 186 pacientų). Iš šių 23 perforacijų 20 atvejų buvo taikytas chirurginis gydymas. Daugiausia perforacijų – riestinės žarnos (12 atvejų). 11 atvejų defektas žarnoje buvo užsiūtas, 6 atvejais atlikta žarnos rezekcija su pirmine anastomoze. Vienas ligonis mirė dėl ūminės bronchopneumonijos išsivysčius dauginiam organų disfunkcijos sindromui, kiti du pacientai, kuriems pasireiškė pilvo ertmės sepsis, mirė nuo širdies ir plaučių nepakankamumo.

Išvados. Jeigu kolonoskopinės gaubtinės žarnos perforacijos atvejais pavyktų išvengti operacijos ir iš jos kylančių sunkių komplikacijų, tai leistų reikšmingai sumažinti kolonoskopijos komplikacijos padarinius. Visus pacientus prieš procedūrą būtina įspėti apie gresiančias komplikacijas, o gydytojai turi būti itin atidūs, jei pacientas priklauso didelės rizikos grupei.

Storosios žarnos perforacija po kolonoskopijos: Klaipėdos jūrininkų ligoninės penkerių metų patirtis

Tomas Mitkus

Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Klaipėda, Lietuva

Kolonoskopija yra efektyviausias metodas gaubtinės ir tiesiosios žarnos ligoms nustatyti ir pašalinti. Kasmet didėja diagnostinių ir gydomųjų kolonoskopijų skaičius, todėl neišvengiamai daugėja ir su procedūra susijusių komplikacijų. Sunkiausia kolonoskopijos komplikacija yra storosios žarnos perforacija, kuri pasaulyje pasitaiko 0,1–0,3 % pacientų. Atliekant polipektomiją perforacijos rizika didėja nuo 0,19 % iki 0,29 %, o su amžiumi rizika gali išaugti iki 1,9 %.

Darbo tikslas. Išnagrinėti storosios žarnos perforacijos atvejus pacientams, kuriems Klaipėdos jūrininkų ligoninėje atlikta diagnostinė ar gydomoji kolonoskopija.

Medžiaga ir metodai. Nuo 2012 m. gegužės iki 2017 m. sausio mėnesio kolonoskopija atlikta 9073 pacientams, iš kurių dešimčiai (0,11 %) nustatyta storosios žarnos perforacija. Iš 7993 diagnostinių kolonoskopijų tai sudarė 7 atvejus (0,087 %) ir iš 1080 gydomųjų – 3 atvejus (0,28 %). Gauti duomenys susisteminti, suskirstyti ir apibūdinti pagal lytį ir amžių, perforacijos mechanizmą, perforacijos nustatymo laiką, diagnostiką, gydymo metodą, gulėjimo ligoninėje trukmę, pooperacines komplikacijas.

Rezultatai. Ištirta 11 pacientų, iš jų 1 perforacija įvyko kitoje gydymo įstaigoje. 36,4 % (4) sudarė moterys, 63,6 % (7) – vyrai. Vidutinis amžius – 59±6,5. Dažniausiai perforacija būdavo riestinėje žarnoje – 72,7 %, nusileidžiančiojoje gaub-

tinėje – 27,3 % atvejų. Perforacinė anga buvo vidutiniškai 1,5 cm dydžio (1–3 cm). 7 pacientams perforacija buvo dėl tiesioginio fibroskopo poveikio, 4 pacientams – po polipektomijos. Visi pacientai operuoti: 63,6 % atlikta laparotomija, 36,4 % – laparoskopija. Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė 19,6 d. (4–55 d.).

Išvados. Dažniausiai perforacija įvykdavo vyrams. Dažniausia perforacijos priežastis – tiesioginis fibroskopo poveikis, o dažniausia perforacijos vieta – riestinė žarna. Dažniausia pooperacinė komplikacija buvo operacinės žaizdos infekcija.

Porezekcinis tiesiosios žarnos sindromas: naujojo klausimyno pritaikymas Lietuvos koloproktologų praktikoje

Audrius Dulskas, Edgaras Smolskas, Alfredas Kilius, Narimantas Evaldas Samalavičius

Nacionalinis vėžio institutas, Santariškių g. 1, Vilnius, Lietuva

Išvados. Iki 90 % pacientų, operuotų dėl tiesiosios žarnos navikų, skundžiasi padažnėjusio tuštinimosi epizodais, nesulaikomu noru tuštintis, įvairaus laipsnio išmatų nelaikymu. Visai neseniai šiems simptomams vertinti koloproktologinėje praktikoje buvo pristatyta tuštinimosi sutrikimų skalė (LARS skalė).

Tyrimo tikslas. Pritaikyti naująją porezekcinio tiesiosios žarnos sindromo (LARS) skalę Lietuvos koloproktologų praktikoje ir įvertinti jos psichometrines galimybes.

Metodai. LARS skalė buvo išversta į lietuvių kalbą laikantis Europos vėžio tyrimo ir gydymo organizacijos gyvenimo kokybės klausimynų vertimo procedūros reikalavimų. LARS-LT skalė buvo išsiųsta 183 pacientams, kuriems nuo 2008 m. sausio 1 d. iki 2012 m. gruodžio 31 d. Nacionaliniame vėžio institute buvo atlikta tiesiosios žarnos rezekcija su totaline mezorektaline ekscizija suformuojant žarnos jungtį. Iš jų skalę užpildė 111 (atsakomumas – 60,7 %). Suderinamumui patvirtinti LARS-LT klausimynas buvo palygintas su gyvenimo kokybės klausimynu naudojant Pitmano skirtumo variacijos testą. 20 pacientų šią skalę užpildė du kartus – pastovumui vertinti. Kartu tyrėme galimus blogesnės tuštinimosi funkcijos rizikos veiksnius: tai lytis, amžius, naviko aukštis, priešoperacinis spindulinis gydymas, laikas po operacijos.

Rezultatai. 27 pacientams (25 %) LARS sutrikimų nenustatyta, 26 (24 %) – nustatytas nedidelio laipsnio LARS, o 55 (56 %) – didelio laipsnio LARS. LARS-LT skalė pasižymėjo geru patikimumu ir vidiniu pastovumu: Cronbacho $\alpha = 0,88$, interklasinis koreliacijos koeficientas $-0,86$ (0,71–0,98).

Pacientams, kuriems atlikta žema tiesiosios žarnos rezekcija, amžius, lytis, neoadjuvantinis spindulinis gydymas ir naviko lokalizacija neturėjo įtakos žarnyno funkcijos sutrikimo sunkumui, o pacientams, kurie pildė LARS anketą praėjus daugiau negu 12 mėnesių po operacijos, LARS rezultatai buvo statistiškai reikšmingai geresni.

Išvados. LARS-LT gali būti naudojamas Lietuvos kolo-proktologų praktikoje tuštinimosi sutrikimams po tiesiosios žarnos rezekcijos vertinti. Daugiau nei pusei pacientų pasireiškė ryškus tuštinimosi sutrikimas ir tik ketvirtadalis neturėjo jokių skundų. Laikas, praėjęs nuo operacijos, buvo vienintelis teigiamas veiksnys šiems simptomams susilpnėti.

Ranka asistuojama laparoskopinė gaubtinės ir tiesiosios žarnos chirurgija: vieno centro 473 ligonių patirtis

Žygmantas Kuliešius^{1,2}, Audrius Dulskas¹, Justas Kuliavas¹, Giedrė Rudinskaitė¹, Narimantas E. Samalavičius¹

¹Nacionalinis vėžio institutas, Santariškių g. 1, ²Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Šiltnamių g. 29, Vilnius, Lietuva

Įvadas. Ranka asistuojama laparoskopinė chirurgija (HALS) į klinikinę praktiką įdiegta jau beveik tris dešimtmečius. Ji jungia atviros chirurgijos ir laparoskopinės (minimaliai invazyvios) chirurgijos būdus. Straipsnio tikslas – apžvelgti vieno centro 10 metų patirtį taikant laparoskopinės ranka asistuojamosios chirurgijos metodiką.

Metodai. Tai retrospektyvioji duomenų analizė. Apžvelgti 473 pacientai, gydyti Nacionaliniame vėžio institute dėl kolorektalinės patologijos nuo 2006 m. sausio iki 2016 m. liepos mėn. Šie pacientai buvo operuoti laparoskopiskai HALS būdu.

Rezultatai. Pacientų amžiaus vidurkis buvo $64,14 \pm 9,75$ metai. Moterų – 240 (50,73 %), vyrų – 233 (49,27 %). Vidutinė hospitalizacijos trukmė buvo 6,92 dienos (2–34). Histologinio tyrimo duomenimis, vidutinis pašalintų limfmazgių skaičius – $16,97 \pm 12,10$. I, II, III ir IV stadijų grupes sudarė atitinkamai 142 (30,02 %), 139 (29,35 %), 153 (32,35 %) ir 36 (7,61 %). Trims pacientams operuota gerybinė patologija. Dešinė hemikolektomija, kairė hemikolektomija ir riestinės žarnos rezekcija sudarė 53,0 % atvejų, 45,3 % pacientų atliktos tiesiosios žarnos rezekcijos ir 1,7% – kitos operacijos. Pakartotinės intervencijos prirėkė 10 pacientų (2,11 %). Pooperacine eiga komplikavosi 6,55% pacientų ir 2 (0,42 %) pacientai po operacijos mirė.

Išvada. Laparoskopinė ranka asistuojama chirurgija yra saugi ir efektyvi, ji leidžia pasinaudoti visais laparoskopinės kolektomijos privalumais ir minimaliai invazyviu būdu gali būti pritaikyta sudėtingais klinikiniais atvejais.

Laparoskopinė kolorektinė chirurgija Respublikinėje Panevėžio ligoninėje

Remigijus Samuolis

Respublikinė Panevėžio ligoninė, Panevėžys, Lietuva

Pirmoji laparoskopinė kolorektinė operacija Respublikinėje Panevėžio ligoninėje atlikta 2012 m. gruodžio 1 dieną, susiklosčius palankioms aplinkybėms plėtoti šią modernios chirurgijos sritį. Abdominalinių chirurgų entuziazmą paversti realybe padėjo įvykdyta intensyviai funkcionuojančių operacinių rekonstrukcija, nupirka moderni laparoskopinė įranga, elektrochirurgijos įrenginiai, ultragarsinės disekcijos priemonės, laparoskopiniai pjovikliai, mechaninės siūlės aparatai, nauji, funkcionalūs operaciniai stalai su reikiamais priedais. Įsibėgėjus storosios žarnos vėžio prevencijos programai, pagerėjo storosios žarnos ligų diagnostika, įdiegus daugiadisciplinio onkologinių ligonių aptarimo principą, racionaliai modeliuota kompleksinio gydymo taktika. Ruošdamiesi laparoskopinėms storosios žarnos operacijoms, Panevėžio chirurgai gilino laparoskopinės chirurgijos teorines žinias mokslinėse konferencijose, tobulino praktinius gebėjimus, stebėdami ir dalyvaudami operacijose Nacionaliniame vėžio institute, praktinio mokymo kursuose užsienio valstybėse.

Per ketverius metus sukaupia patirtis jau šiandien leidžia daryti išvadas, kas gali padėti sutrumpinti mokymosi kreivę, kokie laparoskopinio metodo privalumai, kur glūdi nesėkmių priežastys, kaip susidoroti su kylančiais sunkumais atliekant šias operacijas.

Nuo 2012 m. gruodžio 1 d. iki 2016 m. gruodžio 31 d. Respublikinėje Panevėžio ligoninėje laparoskopijos metodu operuoti 174 pacientai: 2012 m. – 4, 2013 m. – 24, 2014 m. – 55, 2015 m. – 36, 2016 m. – 55. Vyrų ir moterų santykis buvo panašus: 85 ir 89. Jauniausiam operuotam pacientui buvo 30 metų, vyriausiam – 87 metai. Dauguma pacientų priklausė brandaus ir vyresnio amžiaus grupėms (nuo 60 iki 69 m. amžiaus – 57, nuo 70 iki 79 m. – 68 pacientai). Dažniausia operacijų indikacija buvo tiesiosios ir gaubtinės žarnos vėžys (153), storosios žarnos adenomos (9), divertikuliozė (8), taip pat kitos ligos ir traumos (4). Laparoskopijos metodu atliktos 4 abdominoperinealinės tiesiosios žarnos rezekcijos, 21 žema tiesiosios žarnos rezekcija, 18 priekinių

tiesiosios žarnos rezekcijų, 3 obstrukcinės tiesiosios žarnos rezekcijos, 21 riestinės žarnos rezekcija, 25 kairiosios hemikolektomijos, 4 lienalinio linkio rezekcijos, 4 skersinės žarnos rezekcijos, 48 dešinėsios hemikolektomijos, 1 subtotalinė kolektomija, 1 atkuriamoji operacija, 8 kolostomijos, 1 sveitimūnio iš storosios žarnos pašalinimo operacija. Dar 15 kolo-rektinių laparoskopinių operacijų konvertuota į laparotomijas. Konversijos procentas – 8,62. Konversijų priežastys: paciento nutukimas – 2 atv., T4 navikas – 5 atv., tarpžarninės sąaugos – 4 atv., šlapimtakio pažeidimas – 1 atv., kraujavimas – 2 atv., abscesas – 1 atv. Tiesioginės pooperacinės komplikacijos: anastomozės nesandarumas – 3 atv., žaizdos infekcija – 1 atv., eventeracija – 2 atv., ūminis pankreatitas – 1 atv., mechaninis žarnų nepraeinamumas – 1 atv., dinaminis žarnų nepraeinamumas – 2 atv., bronchopneumonija – 4 atv., ŠFN – 3 atv., pooperacinė psichozė – 2 atv. Dviem pacientams vėlesniu pooperaciniu laikotarpiu vystėsi anastomozės striktūra, dėl kurios teko atlikti chirurgines operacijas. Mirė 4 pacientai, kuriems buvo atliktos paliatyvios operacijos. Visos mirtys tiesiogiai nesusijusios su chirurginio pobūdžio komplikacijomis.

Nors Respublikinėje Panevėžio ligoninėje sukaupta laparoskopinės kolorektinės chirurgijos patirtis dar kukli, bet ji leidžia daryti išvadą, kad šis metodas perspektyvus ir netolimoje ateityje taps įprastu operuojant storosios žarnos ligomis sergančius pacientus.

Early and long-term outcomes following transanal endoscopic microsurgery: a single-center experience

Matas Jakubauskas, Valdemaras Jotautas, Kęstutis Strupas, Gintarė Valeikaitė, Tomas Poškus

Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Faculty of Medicine, Vilnius University; Centre of Abdominal Surgery, Vilnius University Hospital "Santariskiu Klinikos", Lithuania

Introduction. Transanal endoscopic microsurgery (TEM) is one of the best treatment options for rectal adenomas, early stage rectal cancer and other rare rectal lesions that need surgical treatment. Although considered to be safe method, some aspects relating to its intra- and post-operative complications, risk of fecal incontinence remain unclear. The aim of this study was to assess the early and long-term outcomes following transanal endoscopic microsurgery.

Methods. Patients, that underwent TEM at the Centre of Abdominal Surgery, Vilnius University Hospital "Santariskiu Klinikos" during the 13-year period from January, 2003

and December, 2016, were included in the study. Patient demographics, histopathology information, localization of the lesion, information about the operation, intra- and post-operative complications were collected prospectively and reviewed for this study. Long-term outcomes were evaluated using information from patients' post-operative screening. Patients were sent postal questionnaire, regarding symptoms of fecal incontinence and quality of life.

Results. 268 patients were enrolled into the study, 122 (45,52%) were male and 146 (54,48%) were female. The mean age of our study cohort was 65,58±12,12 years. Overall 278 TEM operations were performed. The median of the distance of the lesion from the anocutaneous line was 8,5 cm (range 0–25) and the median of the lesion extent was 2 hours (range 1–12). The median of the lesion size was 3 cm (range 0,3–12). The median of the length of the operation was 55 min. (range 10–260). 3 (1,08%) intra-operative and 7 (2,52%) early post-operative complications were observed. 97 (36,19%) patients responded to our questionnaire, the median of the Wexner score was 0 (range 0–20).

Conclusions. Transanal endoscopic microsurgery is a safe and effective method for treating rectal adenomas and early stage rectal cancer. Good long-term outcomes are observed.

Transanalinės endoskopinės mikrochirurgijos ankstyvojo ir vėlyvojo pooperacinių laikotarpių įvertinimas: vieno centro patirtis

Matas Jakubauskas, Valdemaras Jotautas, Kęstutis Strupas, Gintarė Valeikaitė, Tomas Poškus

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gastroenterologijos, Nefrourologijos ir chirurgijos klinika; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Abdominalinės chirurgijos centras, Santariškių g. 2, Vilnius, Lietuva

Įvadas. Transanalinė endoskopinė mikrochirurgija (TEM) yra saugus ir galimas metodas gydant tiesiosios žarnos adenomas, ankstyvų stadijų tiesiosios žarnos vėžį bei kitus tiesiosios žarnos pažeidimus, kuriuos reikia gydyti chirurginiu būdu. Nors ir ši technika yra laikoma saugia, tačiau kai kurie aspektai, susiję su operacinėmis ir pooperacinėmis komplikacijomis bei išmatų nelaikymo rizika, išlieka neaiškūs. Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti ankstyvąjį ir vėlyvąjį laikotarpius po transanalinės endoskopinės mikrochirurgijos.

Metodika. Į tyrimą buvo įtraukti pacientai, kuriems per 13 metų – nuo 2003 m. sausio iki 2016 m. gruodžio – Vil-

niaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Pilvo chirurgijos centre buvo atlikta TEM operacija. Buvo perspektyviai renkami pacientų demografiniai duomenys, histologinė informacija, pažeidimo lokalizacija, informacija apie atliktą operaciją, operacines ir pooperacines komplikacijas. Vėlyvasis pooperacinis laikotarpis vertintas remiantis pacientų pooperacinio stebėjimo duomenimis. Funkciniai rezultatai vertinti apklausiant pacientus paštu, teiraujantis apie išmatų nelaikymo simptomus ir gyvenimo kokybę.

Rezultatai. Iš 268 į tyrimą įtrauktų pacientų 122 (45,52 %) buvo vyrai ir 146 (54,48 %) moterys. Tyrimo grupės amžiaus vidurkis – $65,58 \pm 12,12$ metai. Iš viso buvo atliktos 278 TEM operacijos. Pažeidimo atstumo nuo anokutaninės linijos mediana buvo 8,5 cm (ribos 0–25), pažeidimo išplitimo sienelėje mediana buvo 2 valandos (ribos 1–12). Pažeidimo dydžio mediana buvo 3 cm (ribos 0,3–12). Operacijos trukmės mediana siekė 55 min. (ribos 10–260). Pasitaikė 3 (1,08 %) operacines ir 7 (2,52 %) ankstyvos pooperacines komplikacijos. Į apklausą paštu atsakė 102 (36,19 %) pacientai, Wexnerio skalės balų sumos mediana buvo 0 (ribos 0–20).

Išvados. Transanalinė endoskopinė mikrochirurgija yra saugus ir veiksmingas tiesiosios žarnos adenomų ir ankstyvų stadijų tiesiosios žarnos vėžio gydymo metodas ir jo vėlyvieji rezultatai yra geri.

Transanal total mesorectal excision (taTME). Early results

Saulius Mikalauskas, Eligijus Poškus, Virgilijus Beiša, Kęstutis Strupas

Center of Abdominal Surgery, Vilnius University Hospital “Santariskiu klinikos”, Santariškių Str. 2, LT-08661 Vilnius, Lithuania

Background. *Total mesorectal excision is the golden standard for rectal cancer treatment.* Transanal total mesorectal excision (taTME) is a novel approach, pioneered for challenges in narrow pelvic dissection in middle and low rectal cancer. We are the pioneers of taTME operations in Lithuania and would like to share our experience.

Methods. A prospective series of all taTME operations were conducted from January 2015 in Vilnius University Hospital “Santariskiu klinikos”. All operations were done by the same surgical teams.

Results. In total we have performed 8 operations. There were 5 males and 3 female patients operated. Age ranged from

41 to 83 years with mean body mass index of 30.2 ± 4 kg/m² (ranged from 24.9 to 40.1). The distance of the tumour from the anal verge ranged from 5 to 12 cm. The mean operation time was 264 ± 57 min (ranged from 175 to 355) with operative blood loss from 0 to 400 ml. The mean of harvested lymphnodes was 13.5 ± 2.3 . There were no conversions or intraoperative complications. Thirty-day morbidity was low: we have diagnosed the proximal bowel site segmental necrosis in fourth postoperative day for one patient (Clavien-Dindo IIIb), the patient underwent colostomy formation. One patient was diagnosed with acute myocardial infarction in first postoperative day (Clavien-Dindo IIIa), the patient undergoes coronary stenting. No patient died within the first 30 days post-surgery (Clavien-Dindo V). Both the circumferential resection margin and distal resection margin were negative in all cases.

Conclusion. TaTME is a feasible and reproducible technique, with good quality of oncological resection. However, ongoing multicentre randomized controlled trials will finally evaluate the efficacy, safety and clear indications of taTME.

Is there a need to preserve left colic artery while performing sigmoid colectomy for sigmoid cancer?

Narimantas Evaldas Samalavičius

National Cancer Institute, Vilnius, Lithuania

The aim of this study was to determine if preservation of left colic artery in surgery for sigmoid colon cancer is of any rational use. Retrospective analysis of our results and current literature review is presented.

Patients and methods. A retrospective study was performed at the National Cancer Institute, Vilnius University. Between 2007 and 2016 a total of 149 patients with sigmoid colon cancer underwent hand assisted laparoscopic (HALS) sigmoid colectomy. All of them underwent standard high ligation of inferior mesenteric artery and vein, in all cases not preserving left colic artery. Mean age of patients was 64.5 ± 10 years (range, 40–86). There were 70 females (47%) and 79 males (53%). According to TNM classification, there were a total of 45 (30.2%), 41 (27.5%), 41 (27.5%) and 22 (14.8%) cases of stage I, II, III and IV disease, respectively.

Results. Average operative time was 96 ± 31 minutes (range, 45–195). During all operations averagely harvested lymph nodes count was 17 ± 5 (range, 11–50). Average post-operative period was 6.2 ± 3 days (range, 1–27), while average

hospitalization 8.5 ± 3.8 days (range, 2–34). There were total of 4 (2.7%) complications. There were three (2 %) complications classified as Clavien-Dindo II and one (0.7%) as IIIb. There were no anastomotic leakages, and no postoperative deaths.

Conclusion. Our results with zero anastomotic leakage after laparoscopic (HALS) sigmoid colectomy with high vascular ligation for sigmoid cancer suggest that preservation of this vessel is not necessary. Literature data is reviewed and is controversial.

The comparison of colorectal cancer diagnostics and treatment results in 2005 and in 2010 in Lithuania: have we improved?

Eligijus Poškus¹, Marius Kryžauskas¹, Tomas Poškus¹, Saulius Mikalauskas¹, Narimantas Evaldas Samalavičius², Oleg Aliošin², Šarūnas Dailidėnas², Algimantas Tamelis³, Žilvinas Saladžinskas³, Paulius Lizdenis³, Audronė Jakaitienė⁴, Giedrė Smailytė⁵, Kęstutis Strupas¹

¹Vilnius University, Centre of Abdominal Surgery, Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Vilnius, Lithuania; ²Centre of Oncosurgery, National Cancer Institute, Vilnius, Lithuania; ³Lithuanian University of Health Sciences, Department of Surgery, Kaunas, Lithuania; ⁴Centre of Bioinformatics and Biostatistics, Department of Human and Medical Genetics, Vilnius University, Vilnius, Lithuania; ⁵Laboratory of Cancer Epidemiology, National Cancer Institute, Vilnius, Lithuania

Aim. The goal of this study was to compare the results of perioperative colorectal cancer care in 2005 and in 2010 in Lithuania.

Material and methods. Comparative observational cohort study was performed. Patients, who underwent curative surgery for CRC in 2005 and 2010 in the surgical departments of the three cancer hospitals of the country were included in the study. The data of all the patients who were treated for CRC in 2005 and 2010 in the three Lithuanian cancer hospitals was compared. Demographic characteristics, distribution of the tumours, preoperative diagnostics and staging, preoperative treatment, surgical treatment, the quality of pathological examination, morbidity, mortality, the duration of hospital stay were analysed. Postoperative morbidity was measured according to the Clavien-Dindo classification. Survival data

was received from the Lithuanian Cancer Registry. 1-year and 5-year overall survival data were compared between the groups.

Results. Colorectal cancer diagnostics and treatment improved from 2005 to 2010 significantly. The disease was identified as stage III–IV for 45% vs. 48% of the patients, however computed tomography staging scan was performed only for 5.9% vs. 17.8% in 2005 and 2010, respectively. Meanwhile, preoperative radiotherapy for T3–T4 advanced rectal tumours was initiated for 18.1% vs. 45.1% of the patients, laparoscopic operations were performed 1.5% vs. 10.5%, and abdominoperineal resections – 42.7% vs. 27.8% in 2005 and 2010, respectively. The number of harvested lymph nodes was mentioned in 55.8% vs. 97.7% of the cases, whereas more than 12 lymph nodes were examined in 18% vs. 66.6% of cases after histological examination. Postoperative complications occurred in 35.8% vs. 21.1% of the patients; and the hospital stay was 17.5 vs. 14.5 days. The overall 5-year survival was 52.1% vs. 63.1% ($p < 0.0001$), while the 5-year survival of the patients with stage IV of disease was 4.2% vs. 17.8% in 2005 and 2010, respectively.

Conclusions. Preoperative investigation and surgical treatment as well as pathological examination of the specimen and postoperative course improved and were associated with improved overall survival in colorectal cancer patients, undergoing curative surgery in the country with resource-limited settings.

Anastomotic leak after colorectal surgery: a case-control study

Andrej Kolosov, Eligijus Poškus, Marius Kryžauskas, Donatas Danys, Saulius Mikalauskas, Valdemaras Jotautas, Tomas Poškus, Kęstutis Strupas

Vilnius University, Faculty of Medicine, Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Vilnius, Lithuania

Anastomotic dehiscence is one of the most dreaded complications occurring after colorectal surgery. The clarification of the factors that lead to it may improve the management of colorectal cancer patients.

Aim. The aim of this study is to identify the factors leading to anastomotic leak during the past 5 years at a tertiary hospital.

Methods. A total of 1075 patients underwent a resection of the large intestine during the period of 2010 – 2015 years. Patients were included into the prospectively main-

tained database. We identified anastomotic leak by clinical manifestations of sepsis, radiological manifestation of contrast extravasation from the lumen through anastomosis and/or intraoperative findings at the repeated operation. We identified patients, that had anastomotic leaks and compared them to a 2:1 sized control group of patients from our database who had no anastomotic dehiscence, matched by age, sex and site

Results. Leaks occurred in 45 patients (4.19%). Control group was 90 patients. Therefore, our study group consisted of 135 patients. The postoperative death rate was higher in the leak group (17.8% vs 2.2%, $p = 0.001$). We found significant increase in dehiscence rates in patients with history of stroke (3% vs. 0%, $p = 0.004$). No difference between leak occurrence in one-layer and in double-layer hand sewn anastomosis techniques was found (23.3 vs. 11.1, $p = 0.609$). There was also no difference in the duration of surgery ($p = 0.41$).

Conclusion. Anastomotic dehiscence results in increased postoperative morbidity and mortality. Personal history of cerebrovascular incidents predicts anastomotic dehiscence.

Results of the new diagnostic algorithm for acute appendicitis

Oleg Aliošin^{1,3}, Raminta Lukšaitė^{2,3}, Artūras Samuilis^{2,3}, Audrius Šileikis^{1,3}, Kęstutis Strupas^{1,3}, Tomas Poškus^{1,3}

¹Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Faculty of Medicine, Vilnius University; ²Clinic of Radiology, Faculty of Medicine, Vilnius University; ³Vilnius University Hospital “Santariskiu Klinikos”

Introduction. Acute appendicitis is the most common morbidity and indication for emergent surgery. It affects from 7% to 8% of population. According to the data of our clinic, the rate of non-inflamed appendix diagnosed during operation reaches 23%. Improvement in diagnostic accuracy is necessary in this situation. The aim of this study was to establish new algorithm to diagnose or exclude acute appendicitis and to decrease the number of unnecessary operations.

Methods. A retrospective study was performed on adult patients who were admitted in Emergency room complaining for pain in the right-lower quadrant from June 1 to September 1 2016 at the Vilnius University Hospital “Santariskiu Klinikos” (VUH SK). Patients were examined by the new algorithm. Data on patient examination, operation or non-operative management were collected and analyzed. CT scan was performed for all the patients, in whom appendix was not

clearly visible on the transabdominal ultrasound examination.

Results. Seventy-four patients were included in the study. Ultrasonography was performed for all the patients; five (7%) patients were detected to have non-inflamed appendix, thirty-two (43%) inflamed appendix and in thirty-seven patients (50%) appendix was not detected. CT scan was performed in these patients. In fourteen patients (33%) inflamed appendix and in thirty-six (67%) non-inflamed appendix or other pathology was determined. Alvarado score was not diagnostic in operated patients: 13% of them got less than four points, but still were found to have acute appendicitis. There were no negative appendectomies in our series. Twenty-one CT scan was performed to avoid unnecessary operations.

Conclusion. CT scan should be performed in cases, when appendix is not visible in patients with acute right lower quadrant abdominal pain. This helps to avoid unnecessary operations.

Ūminio apendicito naujojo diagnostikos algoritmo rezultatai

Oleg Aliošin^{1,3}, Raminta Lukšaitė^{2,3}, Artūras Samuilis^{2,3}, Audrius Šileikis^{1,3}, Kęstutis Strupas^{1,3}, Tomas Poškus^{1,3}

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika; ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Radiologijos klinika; ³Vilniaus universitetinė ligoninė Santariskių klinikos

Įvadas. Ūminis apendicitas – viena iš dažniausių diagnozių skubiojoje chirurgijoje. Gydytas gali būti įvairus, tačiau vis dažniau taikoma laparoskopinė apendektomija. Remiantis VULSK duomenimis nepakitusi kirmėlinė atauga aptinkama iki dvidešimt trijų procentų operacijos atvejų. Šios studijos tikslas buvo įdiegus naują ištyrimo algoritmą sumažinti nereikalingų operacijų skaičių.

Metodai. Buvo atlikta trijų mėnesių laikotarpio retrospektyvi duomenų analizė tų pacientų, kurie atvyko į priėmimo skyrių dėl įtariamo ūminio apendicito. Pagal naują algoritmą ligoniams, kuriems ultragarsinio tyrimo metu nebuvo vizualizuota kirmėlinė atauga, buvo siūlyta atlikti pilvo organų kompiuterinę tomografiją (KT). Nesant ūminio apendicito, ligoniai buvo išrašomi gydytis ambulatoriškai, o patvirtinus diagnozę – skubiai operuojami.

Rezultatai. Buvo išanalizuoti septyniasdešimt keturi pacientai. Atliktus ultragarsinį tyrimą penkiems buvo rasta nepakitusi kirmėlinė atauga, trisdešimt dviem uždegimiškai pakitusi ir trisdešimt septyniems kirmėlinė atauga nebuvo

vizualizuota. Atlikus pilvo organų KT pagal Nyderlandų protokolą, rasta keturiolika pakitusių kirmėlinių ataugų. Įvertinus operuotus ligonius pagal Alvarado skalę, trylika procentų ligonių surinko mažiau kaip keturis balus, tačiau jiems buvo rasta pakitusi kirmėlinė atauga.

Išvada. Jeigu sonoskopijos metu nematoma pakitusios kirmėlinės ataugos, turi būti daroma KT. Tai leidžia sumažinti nereikalingų operacijų skaičių.

Anorektalinės manometrijos reikšmė diagnozuojant vaikų lėtinį vidurių užkietėjimą

Robertas Bagdzevičius, Saulius Švagždis,
Tadas Gabenaitis

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Vaikų chirurgijos klinika,
A. Mickevičiaus g. 9, Kaunas, Lietuva*

Išvadas. Lėtinis vidurių užkietėjimas yra dažnas reiškinys vaikystėje, pasitaikantis nuo 0,7 % iki 29,6 % vaikų. Dažniausiai tiksliai vidurių užkietėjimo priežastis nėra nustatoma, diagnozuojamas funkcinis ar idiopatinis lėtinis vidurių užkietėjimas ir skiriamas gydymas dieta, išmatų minkštikliais, reabilitacijos procedūromis, tuštinimosi įgūdžių ugdymu. Iššūkių gydytojams kelia įprastiniam gydymui atsparus vidurių užkietėjimas. Tuomet labai svarbu kuo tiksliau nustatyti tikrąją ligos priežastį. Tuo tikslu atliekami įvairūs storosios žarnos ir išangės anatomijos ir funkcijos vertinimo specializuoti tyrimai. Vienas iš jų yra anorektalinės manometrijos tyrimas – maža invazinė procedūra, padedanti įvertinti išsiuštutinimo sutrikimų mechanizmą.

Darbo tikslas. Įvertinti anorektalinės manometrijos reikšmę pacientams, sergantiems įprastiniam gydymui atspariu lėtinio vidurių užkietėjimu.

Metodai. Retrospektyviai išnarinėtos pacientų, sirgusių įprastiniam gydymui atspariu lėtinio vidurių užkietėjimu, 2002-01-01–2015-12-31 metais gydytų LSMU Vaikų chirurgijos klinikoje, ligos istorijos. Visiems vaikams buvo atliktas anorektalinės manometrijos tyrimas. Vertinta išangės kanalo tonusas ramybėje, išangės kanalo ilgis, išorinio išangės sfinkterio maksimalaus susitraukimo jėga ir išlaikymo trukmė, rektoanalinės inhibicijos refleksas, slėgio pokyčiai išangės kanale stanginant ir kosint, tiesiosios žarnos prisipildymo pojūtis. Gauti duomenys lyginti su literatūroje pateikiamomis norminėmis reikšmėmis.

Rezultatai. Tirti 95 vaikai, iš jų 80 berniukų (84 %) ir 15 mergaičių (16 %). Vaikų amžiaus vidurkis buvo

10,59 metų (SD 3,25; min – 5,0, max – 18,0). Nustatyti statistiškai reikšmingi šių duomenų pokyčiai: padidėjęs vidinio išangės sfinkterio tonusas ramybėje 71,64 mmHg (SD 32,87; min – 5,00, max – 157,90), padidėjusi išorinio išangės sfinkterio maksimalaus susitraukimo jėga 131,09 mmHg (SD 48,83; min – 40,00, max – 283,00), padidėjęs tiesiosios žarnos mažiausias jaučiamas tūris 49,08 ml (SD 46,25; min – 10,00, max – 230,00), neišgaunamas rektoanalinės inhibicijos refleksas (61 %). Kiti duomenys reikšmingai nesiskyrė.

Išvados. Pagrindiniai reikšmingi pokyčiai vertinant įprastiniam gydymui atspariu lėtinio vidurių užkietėjimu sergančių vaikų anorektalinės manometrijos tyrimo duomenis buvo padidėjęs vidinio išangės sfinkterio tonusas ramybėje, padidėjusi išorinio išangės sfinkterio maksimalaus susitraukimo jėga, padidėjęs tiesiosios žarnos mažiausias jaučiamas tūris ir neišgaunamas rektoanalinės inhibicijos refleksas.

Totally laparoscopic resection of transverse colon with transvaginal natural orifice specimen extraction (NOSE)

Nerijus Kaselis, Marijus Ambrazevičius

Klaipėda Republican Hospital, Klaipėda, Lithuania

Background. The laparoscopic technique of intracorporeal anastomosis and specimen extraction via a natural orifice have gained interest increasingly. The utilization of a natural orifice, obviating the need of an abdominal wound, may improve the short-term outcome of laparoscopic colectomy and reduce postoperative wound complications.

Aim. To demonstrate laparoscopic technique of transverse colon resection with intracorporeal anastomosis and transvaginal natural orifice specimen extraction.

Methods. A 60 year-old female underwent colonoscopy after positive iFOB test. A well differentiated adenocarcinoma was found in transverse colon. CT showed no distant metastasis. A 5 mm and 10 mm ports were inserted at the right and left flanks at the height of the umbilicus together 10 mm umbilical port. One additional 5 mm port was inserted in left flank. The patient was placed in lithotomy position with operating surgeon adopting the French position. Firstly, the root of middle colic artery and vein was identified, dissected with ultrasonic energy device and clipped. The hepatic flexure and splenic flexure were mobilized, greater omentum was transected in order to mobilise transverse colon. The transverse colon was cut and anastomosed intracorporeally using linear stapler and running suture. The specimen was extracted

transvaginally using the wound protector after the posterior colpotomy was made. The blood loss was minimal.

Results. There were no intra- and postoperative complications. The patient started to ambulate next day after the operation. The diet was gradually introduced when the bowel sounds were present. The patient was discharged 4 days after the operation. Histological examination showed T3 tumor without nodal involvement (18 lymph nodes were examined).

Conclusion. Totally laparoscopic colon resection with intracorporeal anastomosis and NOSE provides the benefit of early recovery and short hospital stay and should be considered as an alternative treatment for patients with colorectal tumors.

Kirmėlinės ataugos *invaginatas* ir *ileum* endometriozė: klinikinis atvejis

Edvinas Dainius

Kauno klinikinė ligoninė, LSMU bendrosios chirurgijos klinika

Įvadas. Žarnų invaginacija – tai liga, kai vienas žarnos segmentas įlenda į kitą. Kirmėlinės ataugos invaginacija yra labai reta liga. Literatūroje randama apie 200 aprašytų atvejų. Pirmasis šią ligą aprašė McKidd 1858 metais. Kirmėlinės ataugos invaginacija gali būti besimptomė arba kliniškai imituoti ūmines ar lėtines pilvo ligas.

Tikslas. Aprašyti kirmėlinės ataugos invaginato ir klubinės žarnos endometriozės klinikinį atvejį bei supažindinti su šia labai reta liga, galinčia imituoti kitas ūmines ar lėtines pilvo ligas.

Klinikinis atvejis. 41 metų moteris skundėsi tris dienas trunkančiu dešinės pilvo apatinės dalies skausmu ir pykinimu. Atliekant klinikinį tyrimą nustatytas skausmingumas dešinėje apatinėje pilvo srityje. Laboratoriniai kraujo tyrimai buvo normos ribose. Pilvo ultragarsinio tyrimo metu buvo įtarta apie 2 cm ilgio plonosios žarnos invaginacija į akląją žarną. Buvo atliktas rentgenokonstrastinis žarnyno tyrimas pasažu, kontrastinė medžiaga po 20 val. pripildė storąją žarną. Atlikus kolonoskopiją rastas edemiškas, su smulkiomis kraujosruvomis Bauhinio vožtuvas, paimtas biopatas. Histologinio biopsinės medžiagos tyrimo atsakymas – aktyvus opėjantis kolitas be navikinių pakitimų. Po septynių parų nuo simptomų pradžios pacientė paguldyta į chirurgijos skyrių. Atlikus pilvo organų kompiuterinę tomografiją, ileocekaliniame kampe rasta terminalinės klubinės žarnos sustorėjusi sienelė,

įlendantį į aklosios žarnos spindį ir dešinėje klubinėje srityje plonosios žarnos spindyje matomas apie 1,4×1,5 cm dydžio prisipildymo defektas.

Pacientė buvo operuota, atlikta apatinė laparotomija. Apžiūrint pilvaplėvės ertmę dešinėje klubinėje srityje kirmėlinės ataugos nerasta, tačiau ji buvo čiuopiama aklojoje žarnoje. Taip pat rastas apie 2 cm pločio minkštas serozinis darinys klubinėje žarnoje, apie 10 cm nuo ileocekalinio kampo. Atlikta ileocekalinio kampo rezekcija. Pooperacinis laikotarpis buvo be komplikacijų, septintą pooperacinę parą pacientė išvyko į namus. Histologinis pooperacinės medžiagos tyrimo atsakymas – kirmėlinės ataugos invaginacija į storąją žarną su aktyviu, lėtiniu opėjančiu uždegimu, hiperplaziniais regeneraciniais gleivinės pokyčiais bei židinine mažo laipsnio intraepiteline neoplazija; plonosios žarnos invaginacija.

Išvados. Kirmėlinės ataugos invaginacija yra labai reta liga. Nėra jokių konkrečių simptomų, kurie gali padėti atskirti kirmėlinės ataugos invaginatą nuo kitų ligų. Radiologiniai ir instrumentiniai tyrimai ne visada padeda nustatyti tikslią kirmėlinės ataugos invaginato diagnozę. Kirmėlinės ataugos invaginato pagrindinis gydymo būdas yra chirurginis, tačiau ši liga taip pat gydoma konservatyviai ir minimaliai invaziniu būdu.

Neįprastas tiesiosios žarnos vėžio metastazavimas: atvejo pristatymas

Justas Kuliavas, Audrius Dulskas, Julius Drachneris, Edita Mišeikytė Kaubrienė, Narimantas Evaldas Samalavičius

Nacionalinis vėžio institutas, Santariškių g. 1, Vilnius, Lietuva

Labai retai tiesiosios žarnos vėžio metastazės plinta į varpą. Literatūros duomenimis, tokių atvejų yra aprašyta mažiau kaip 40. Prognozė yra bloga ir išgyvenamumas trumpas. Tiesiosios žarnos vėžio metastazių plitimo į varpą mechanizmas nežinomas. Populiariausia yra retrogradinio veninio plitimo teorija. Aprašoma keletas gydymo metodų, tačiau nė vienas nėra pranašesnis. Autoriai aptaria 41 metų amžiaus vyro klinikinį atvejį. Pacientui buvo diagnozuotas tiesiosios žarnos vėžys, taikyta priešoperacinė radioterapija, paskui operacinis gydymas ir pooperacinė chemoterapija, tačiau nepaisant gydymo po dvejų metų atsirado metastazių varpoje. Po metastazių diagnozės vyras išgyveno du mėnesius.

Emboroidas – naujas hemorojaus gydymo metodas (atvejo pristatymas)

Natalja Zaks, Povilas Mažrimas, Tomas Poškus,
Nerijus Misonis, Vitalijus Sokolovas, Kęstutis Strupas

*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gastroenterologijos,
nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Santariškių g. 2, Vilnius,
Lietuva*

44 metų amžiaus vyrui dėl lėtinio hepatito B išsivysčiusios kepenų cirozės 2011 m. rugsėjo 30 d. atlikta kepenų transplantacija. Progresuojant hepatitui po 4 metų išsivystė kepenų transplantato cirozė, hepatorenalinis sindromas, portinės hipertenzijos sindromas (splenomegalija ir hipersplenizmas, stemplės venų varikozė, tiesiosios žarnos venų varikozė), hiperrurikemija. Trečio laipsnio hemorojus komplikavosi gausiais kraujavimais. Dėl posthemoraginės anemijos kelis kartus atliktos hemotransfuzijos. Konservatyvus gydymas buvo neveiksmingas. Dėl trombocitopenijos ($45 \times 10^9/l$), tiesiosios žarnos venų varikozės, gausaus kraujavimo operacijos metu arba po operacijos didelio pavojaus nebuvo galima taikyti klasikinės hemoroidektomijos arba mikroinvazinių operacijų (LHP, THD). Situacija buvo aptarta konsiliume dalyvaujant intervinciniams radiologams. Buvo nuspręsta atlikti hemoroidinių arterijų embolizaciją. 2015 m. liepos 30 d. buvo atliktos visceralinė ir selektyvi angiografijos. Į apatinę mezenterinę arteriją buvo įkišta kaniulė. Hemoroidinių arterijų embolizacija atlikta „Interblock 18“ mikrospiralėmis. Panaudotos trys 3 mm 6 cm ilgio spiralės. Introduseris pašalintas. Punkcijos vieta užsiūta „Angioseal“ prietaisu.

Po embolizacijos praėjus 3 savaitėms atlikta RRS. Kraujavimo iš tiesiosios žarnos požymių neaptikta, hemorojiniai mazgai sumažėjo, apie 70 % sumažėjo tiesiosios žarnos venų varikozė. Per 23 mėn. po procedūros kraujavimų iš tiesiosios žarnos nepastebėta.

Išvados. Hemoroidinių arterijų embolizacija reikalauja daugiadisciplinės komandos darbo (intervencinio radiologo, proktologo, pilvo chirurgo, transplantologo). Viršutinės tiesiosios žarnos arterijos (retais atvejais ir papildoma apatinės tiesiosios žarnos arterijos) embolizacija yra patikimas, efektyvus, saugus mikroinvazinis kraujuojančio hemorojaus gydymo metodas, taikytinas pacientams, sergantiems kepenų ciroze arba turintiems kraujo krešėjimo sutrikimų.

Single centre experience on MIPH in an industrial small hospital – pitfalls and lessons learnt

Dr. Sunil Kumar Gupta, MBBS, MS (Surgery),
FAIS, FICS, FACRSI, FACS

Chief Medical Services, Bharat Heavy Electricals Limited, Haridwar (Uttarakhand), India

Incidence of prolapsing haemorrhoids is on the rise worldwide due to changing life style and food habits. Prolonged sitting hours, constipation, straining at stools and possibly genetic factors contribute in causation of prolapsing haemorrhoids.

Available treatment modalities for third and fourth degree haemorrhoids are mainly surgical in the form of open haemorrhoidectomy, closed haemorrhoidectomy which cause significant post-operative pain and prolonged stay in the hospital. Minimal Invasive Procedure for Haemorrhoids (MIPH) was introduced in the surgical armamentarium in the management of haemorrhoids decades back.

Present series of 52 patients (38 males & 14 females) with age ranging from 21 to 63 years was undertaken in a small primary care industrial hospital since 2006 to till date. After reading literature, watching operative videos and attending one workshop on MIPH, author started performing MIPH for third and fourth degree haemorrhoids. In the initial phase the presenter encountered various difficulties as regards proper lighting, surgical instrumentation and expertise. Johnson & Johnson PPH gun was used in all the patients.

Complications encountered in the initial phase of present series included bleeding, post-operative pain and residual haemorrhoid which were dealt with accordingly.

Present series highlights and personal experiences of the presenter as regards establishment of MIPH in a small primary care industrial hospital.

The blast pelvis. The difficulties and the challenge of treatment

Lindita Shosha Mano MD, PhD

General Surgeon – Colorectal Consultant, Chief of General Surgery & Coloproctology Department, American Hospital 1, Tirana, Albania

The blast pelvis is complex injury, described as the “signature injury” of the current conflict in Iraq & Afghanistan. But we see this trauma also in our civilian hospitals in Albania

and for the civilian trauma surgeon there is a great challenge in management of the situation. The patients often present in extreme conditions, with multiple injuries, including pelvic fracture, soft tissue, genitourinary tract, rectum, anal sphincters, vascular and intra-abdominal injury. There are significant consequences of surviving severe perineal injury with an increased incidence of destructive anorectal injury. There is no significant body of evidence about this type of injury on which to base management strategies. There is no evidence to support a move away from the doctrine of the four D's (diversion, distal washout, drainage and direct repair), but sound surgical judgement remains the mainstay of managing these challenging and highly morbid injuries.

Blast victims are at high risk of developing coagulopathy and deep vein thrombosis. Prophylaxis against DVT is mandatory once the initial hemorrhagic event is controlled.

Blast pelvic trauma carries high mortality, because most of the patients die in the place of explosion or during transportation. For the survivors, associated injuries are significant predictors of morbidity.

Multidisciplinary team treatment is crucial for managing this type of trauma. Clinicians from general and trauma surgery, urology, orthopedics, radiology, rehabilitation, and psychology, alongside experts from anatomy, personal protective equipment and explosive physics will create a base how to address these injuries. These injuries are life threatening, however the advances made by the multidisciplinary teams have resulted in good outcomes beyond what was previously thought possible. Traditionally blast injuries in past were treated by military surgeons but with phenomenon of global terrorism, all surgeons need to be aware of the management of these injuries. The state on their part should upgrade trauma centers with adequate trained staff and equipment to deal with this kind of injuries.

Ulcerative colitis: indications for surgery and surgical techniques

Joseph Nunoo-Mensah

Kings College, London, UK

Historically, surgery has been viewed as definitive therapy for ulcerative colitis. Total proctocolectomy is curative, alleviating symptoms and removing the risk of colorectal cancer. Prior to 1980, total proctocolectomy with end ileostomy or continent (or Koch) ileostomy was the mainstay of therapy. However since the late 1970, continence-preserving proce-

dures involving ileal pouch–anal anastomosis (IPAA) began to be introduced. As experience amassed, the procedure was refined, and ileal pouch–anal anastomosis (J-pouch) has become the gold standard operation for patients with ulcerative colitis who wish to maintain anal continence.

This lecture covers the indication for urgent and elective surgery in patients with ulcerative colitis, alternatives procedures to IPAA, tips and tricks of how to perform the various surgical procedures and how to avoid complications.

Complete mesocolic excision

Dursun Bugra

Koc University School of Medicine, Department of General Surgery, Istanbul, Turkey

Total mesorectal excision (TME) pioneered by Heald for surgical treatment of rectal cancers is now a gold standard [1]. Technical details widely adopted to our daily practice since 1990's, contributed to decrease local recurrence rates and increased disease free and overall survivals. The success of TME is related to strict adherence to the principle of dissection between well defined embryological planes.

According to the same principle of TME, Hohenberger defined complete mesocolic excision (CME) for the treatment of colon tumors [2]. To decrease local recurrence rates and increase overall and disease free survivals, the author suggest high ligation of the main vascular structures and mesocolic dissection according to embryological planes. In this way the specimen will include a longer colon wall, a larger and intact mesenteric tissue with maximum number of lymph nodes.

In classical hemicolectomies the ligation of the main vasculature is done not at their roots, but more than 1-2 cm away. This may cause metastatic lymph nodes left behind, around the origin of the arteries. Another important issue in CME technique is the sharp dissection of the mesocolon according to embryological planes. These visceral and parietal fascias continue to the sigmoid and descending colon on the left side, run posterior to the pancreas and around the spleen, include the head of the pancreas and the duodenum, also continue with the ascending colon, caecum and the mesenteric root on the right side. If the surgeon stay into correct planes of dissection, he/she may obtain an uninjured, complete mesocolon without any holes inside. This careful dissection prevent the risk of tumor cell spillage, due to the harm of mesocolic tissue which may contain tumor cells inside the lymphatic channels. One other component of the modern colon resections is the appropriate length of the colon to be excised to obtain tumor

free margins. The piece must contain minimally 10 cm of colon wall on both sides of the tumor site, to be sure that all of the possible metastatic lymph nodes are included into the resected specimen.

The pathological evaluation of CME is well described and standardized by Quirke and West. They graded the specimens as A) Muscularis propria plane; B) Intramesocolic plane; C) Mesocolic plane with high vascular ligation. In their series the high quality of the specimen lead to a better survivals and low local recurrence rates [3].

The technique of CME is surgically difficult than classical colectomies. For high vascular ligation the dissection must be carried out along the major vessels (superior mesenteric artery and vein) and important nerves. Opponents of CME criticize the risk of high postoperative complications. But after a period of learning curve and standardization of the technique, early postoperative results of CME and classical colectomy are comparable.

Originally CME is defined as an open technique. After the introduction of minimally invasive surgeries, CME is now reproducible as laparoscopic or robotic procedures.

The early postoperative results and late oncological data of CME by an experienced single surgeon or single institution are very promising. Some institutions reach these good results after structured education and learning curve. But the evidence is based mostly on prospectively collected cohort studies. The lack of high quality of evidence driven from prospective randomized trials, give the CME technique questionable between the members of surgical society.

As a conclusion, perhaps the principal impact of CME technique is the stimulation of our awareness about the need for more radical colon cancer surgeries, to practice it or not depends on the decision of the surgeons and of the institutions.

Complete pathologic response in rectal cancer – is it safe?

Adam Dziki, MD, PhD, FACS (hon), FRCS (hon), DGCh (hon), FASCRS (hon), ESCP (hon), TChP (hon)

Medical University, Lodz, Poland

Preoperative radiotherapy resulted in down staging of the tumors and lower recurrence rate. In about 20% of patients after radio chemotherapy (CRT) complete pathologic response is observed. Watch and wait policy proposed by Habr-Gama is gaining more popularity. Surgery of rectal cancer

carries a risk of TME – morbidity 6 to 35 %: anastomotic leaks – recurrence, blood loss, sexual and urinary dysfunction, vascular injury and/or presacral bleeding, infection, wound complications, ureteral injury. Mortality is about 2–3%. This group of patients should be diagnosed and followed very carefully. Unfortunately diagnosis is not very easy and exact. Despite this patients, who obtain symptomatic benefit during CRT may often question the need to proceed with surgical resection. Endoscopy has sensibility – 27,3% and MRI – 22,7% and both together – 18,2%. Superficial biopsies during proctoscopy is likely to miss residual tumor cells, as 25% of tumors after CRT has microscopic residual tumor without evidence of mucosal involvement. Lateral tumor spread beneath apparently normal mucosa adjacent to a residual mucosal abnormality can extend up to 9 mm. Full-thickness incisional biopsy taken directly underneath the residual mucosal abnormality offers a sensitivity of only 50%. The problem is greater because 75% of loco-regional recurrences occurred after 2 years from neoadjuvant CRT and TME surgery and 25% after 5 years. In conclusion patients should be a part of the decision-making process, non-operative management: endoscopic and radiographic surveillance should be performed through a long-term follow-up. TEAM – surgeons, oncologists, nurse navigators and patients need to know the risks. Novel biomarkers, such as circulating tumor cells identified in the peripheral blood or circulating cell-free DNA, should be explored.

Management of rectal cancer patients with synchronous liver metastases

Pascal Gervaz

Geneva University Medical School, Geneva, Switzerland

Background. The treatment of patients with metastatic rectal cancer remains controversial. We developed a reverse strategy, the liver-first approach, to optimize the chance of a curative resection. The aim of this study was to assess rectal outcomes after reverse treatment of patients with metastatic rectal cancer.

Methods. From May 2000 to November 2013, a total of 34 consecutive selected patients with histology-proven adenocarcinoma of the rectum and liver metastases were prospectively entered into a dedicated computerized database. All patients were treated via our reverse strategy. Rectal and overall survival outcomes were analyzed.

Results. Most patients presented with advanced disease (median Fong clinical risk score of 3; range 2-5). One patient

failed to complete the whole treatment (3%). Rectal surgery was performed after a median of 3.9 months (range 0.4–17.8 months). A total of 73.3% patients received preoperative radiotherapy. Perioperative mortality and morbidity rates were 0 and 27.3% after rectal surgery. Severe complications were reported in two patients (6.1%): one anastomotic leak and one systemic inflammatory response syndrome. The median hospital stay was 11 days (range 5–23 days). Complete local pathological response was observed in three patients (9.1%).

The median number of lymph nodes collected was 14. The R0 rate was 93.9%. There was no positive circumferential margin. After a mean follow-up of 36 months after rectal surgery, 5-year overall survival was 52.5%. Five patients experienced pelvic recurrence.

Conclusions. In our cohort of selected patients with stage IV rectal cancer, the reverse strategy was not only safe and effective, but also oncologically promising, with a low morbidity rate and high long-term survival.