
1.

Dubens eksenteracinės operacijos Klaipėdos universitetinėje ligoninėje

Bruno Aleknavičius

*Klaipėdos universitetinės ligoninės Chirurgijos skyrius, Liepojos
g. 41, Klaipėda; b.aleknavicius@gamil.com*

Tikslas

Apžvelgti ir išanalizuoti Klaipėdos universitetinės ligoninės patirtį atliekant dubens eksenteracines operacijas bei palyginti su pasaulio duomenimis.

Metodai

Retrospektyvioji apžvalga moterų, kurioms nuo 2011 m. gegužės iki 2013 m. rugsėjo mėn. atliktos dubens eksenteracijos. Įvertinta operacijų komplikacijos ir baigtys.

Rezultatai

Išanalizuota 8 ligonių duomenys. Vidutinis amžius 56,6 metų (36–72 m.). Vidutinis atkryčio laikas nuo pirminio naviko gydymo iki recidyvo buvo apie 3,5 m. (0,5–8 m.). Septynioms moterims iš aštuonių dubens eksenteracija atlikta kaip radikalus, o vienai – kaip paliatyvus gydymo metodas. Pagrindinė indikacija operuoti buvo gimdos kaklelio vėžio recidyvas (50 %). Iš 8 į studiją įtrauktų moterų trims atlikos visiškos, trims – priekinės ir dviem – užpakalinės dubens eksenteracijos. Vienai atlikta infralevatorinė rezekcija, kitoms septynioms – suprilevatorinės rezekcijos. *Bricker* ureteroileostoma suformuota 6 moterims, nuolatinės kolostomos – 5 moterims. Šešioms ligonėms, kad išvengtų „tuščio dubens sindromo“, atlikta taukinė „J“ lopo plastika. Vidutinė operacijos trukmė – 306,25 min. (210–370 min.). Nebuvo nė vieno mirties atvejo po operacijos hospitalizacijos metu. Vidutinis hospitalizacijos laikas – 23,375 dienos (14–51 d.). Ankstyvos komplikacijos pooperaciniu laikotarpiu: žarnų nepraeinamumas, intraabdominalinis pūlinys, ūminis pielonefritas, žarnų eventracija, širdies ritmo sutrikimas.

Tezės / Abstracts

Išvada

Dubens eksenteracija išlieka potencialiai radikalus moterų, kurioms yra onkogenekologinės patologijos recidyvų, gydymo metodas. Pacientės turi būti detalai iširtos, kad būtų galima sumažinti neradikalių operacijų skaičių. Pooperacinės komplikacijos yra dažnos ir gali būti mirtinos.

2.

Kolorektaliniai svetimkūniai – klini- kinio atvejo pristatymas ir literatūros apžvalga

Bronius Buckus, Gintaras Varanauskas, Lukas
Stašinskas, Gintautas Brimas

Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės Bendrosios chirurgijos centras, Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Vilnius, Šiltnamių g. 29; bronius.buckus@mf.vu.lt

Įvadas

Kolorektaliniai svetimkūniai sudaro 10 % visų virškinamojo trakto svetimkūnių. Tikslus svetimkūnių storioje žarnoje paplitimas nėra žinomas, nes daugumą jų nukentėjusieji pašalina savarankiškai. Dažniausiai ligoniai juos į tiesiąją žarną įsikiša patys, tačiau tai gali būti ir prievartotas aktas. Retais atvejais prarytas svetimkūnis pereina visą žarnyną ir įstringa tiesiojoje žarnoje. Iki šiol nėra įrodymais pagrįstų svetimkūnio iš tiesiosios žarnos pašalinimo gairių.

Metodai

Pateikiamas klinikinis atvejis, kai 29 metų ligonis į tiesiąją žarną įsipurškė „Makroflex“ montažinių poliuretano putų, kurios stingdamos geba išsiplėsti iki dviejų kartų. Vyriškis atvyko į gydymo įstaigą praėjus trims valandoms po įvykio, tačiau pašalinti svetimkūnio priėmimo skyriuje nepavyko. Įvertinus anamnezę, kliniką ir tyrimų duomenis, bendrosios nejaunos metu ligoniui buvo atliktas laparotominis pjūvis ir svetimkūnis pašalintas per išangę. Operacijos metu išplėsta

storoji žarna buvo nepažeista ir gyvybinga, todėl kolotomija nebuvo indikuojama. Ligonis šeštąją dieną buvo išrašytas iš gydymo įstaigos.

MEDLINE/PubMed literatūros duomenų bazėje buvo atrinkti 10 metų laikotarpio straipsniai kolorektalinių svetimkūnių tema. Daugiausia dėmesio kreipta į apžvalginius ir daug klinikinių atvejų nagrinėjančius straipsnius, taip pat apžvelgti 10 metų Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės kolorektalinių svetimkūnių gydymo rezultatai.

Rezultatai

Vyrų ir moterų santykis yra 28:1. Chirurgo pagalbos dažniausiai kreipiasi 20–40 metų amžiaus ir susituokę vyrai. 75 % atvejų ligoniai teigė, jog svetimkūnius įsikišo per išeinamąją angą siekdami seksualinio pasitenkinimo, ir tik 10 % jų ten pateko po prievartos akto. Retais atvejais pacientai prisipažįsta kažką įsikišę į tiesiąją žarną, kiti skundžiasi išangės srities skausmu, kraujavimu ar išmatų susilaikymu.

Sėkmingas svetimkūnio pašalinimas iš distalinės storosios žarnos dalies dažnai priklauso nuo chirurgo patirties bei išradingumo. Dauguma svetimkūnių, patekusių į apatinę ar vidurinę tiesiosios žarnos dalį, gali būti čiupiami digitalinio tyrimo metu ir sukėlus trumpalaikę intraveninę anesteziją pašalinti priėmimo kambaryje per išangę. Dažnai dėl svetimkūnio migracijos į aukštesnes storosios žarnos dalis (aukščiau nei 10 cm virš išangės) bandant jį ištraukti tenka atlikti laparotomiją bei išilginę kolotomiją. Absoliuti svetimkūnio pašalinimo indikacija operacinėje bendrosios anestezijos sąlygomis per laparotominį pjūvį neabejotinai yra besivystančio peritonito požymiai.

Išvados

Kolorektaliniai svetimkūniai yra rimta medicininė problema, dėl galimų komplikacijų reikalaujanti neatidėliotino gydymo. Naujausioje medicinos literatūroje aprašomi tik keturi klinikiniai atvejai, kai ligoniai per išeinamąją angą įsipurškė statybinių, savaime besiplečiančių poliuretano putų. Įtarti kolorektalinį svetimkūnį reikėtų esant tarpvietės ir (ar) išangės skausmui, ir (ar) kraujavimui iš tiesiosios žarnos, nesant anamnezės duomenų, jog buvo atliekami instrumentiniai tiesiosios žarnos tyrimai. Diagnozė patvirtinama rentgenologiniu bei digitaliniu tyrimu. Manoma, jog dauguma svetimkūnių gali būti pašalinti per išangę priėmimo skyriuje, o operaciniu būdu turėtų būti šalinami tik tais atvejais, kai kiti būdai nebuvo veiksmingi bei esant peritonito ar žarnyno perforacijos požymių. Įvertindami pateikto klinikinio atvejo svetimkūnio dydį ir medžiagą, manome, kad svetimkūnį pa-

vyko pašalinti be storosios žarnos atvėrimo (kolotomijos). Kadangi operuota iš karto atvykus į stacionarą, pavyko išvengti storosios žarnos nekrozės ar perforacijos, o tai lėmė trumpesnį sveikimo laikotarpį.

3.

Hiršprungo ligos chirurginio gydymo rezultatai

Robertas Bagdzevičius, Vytautas Vaičekauskas, Artūras Kilda

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Vaikų chirurgijos klinika, A. Mickevičiaus g. 9, Kaunas; rbagdz@gmail.com

Įvadas

Nuolat tobulėjant gydymo technologijoms, optimalaus gydymo metodo pasirinkimui labai svarbu įvertinti gydymo rezultatus.

Darbo tikslas

Įvertinti vaikų, gydytų ir operuotų dėl Hiršprungo ligos, gydymo rezultatus.

Metodika

Retrospektyviai išnagrinėtos 1992–2012 m. LSMU vaikų chirurgijos klinikoje gydytų vaikų ligos istorijos ir ambulatorinės kortelės. Anketinės ir telefoninės apklausos būdu įvertinti vėlyvieji rezultatai.

Rezultatai

Dėl Hiršprungo ligos (HL) operuoti 38 vaikai, iš jų 29 berniukai (76,3 %), 9 mergaitės (23,7 %). Vidutinis operuotų vaikų amžius 2,16 metų (amžiaus pasiskirstymas nuo 3 mėnesių iki 13 metų). Iš 32 vaikų, sirgusių rektosigmine HL forma, 21-am atlikta *Rhebein* operacija (priekinė tiesiosios žarnos rezekcija), iš jų trims atlikta anastomozė mechaninės siūlės aparatu, likusiems 11 vaikų – transanalinė rektosigminė rezekcija. Šešioms vaikams, sirgusiems ilgo segmento HL, atlikta kairė hemikolektomija.

Vėlyvieji gydymo rezultatai įvertinti po operacijos praėjus 0,5–18 metų. Vaikų, kuriems buvo atlikta *Rhebein*, operacija grupėje nustatyta: trims – pasikartojančio enterokolito epizodai (14,3 %), dviem – pilvo pūtimas (9,5 %), vienam – išangės skausmai (4,8 %), keturiems – vidurių užkietėjimas (19,0 %), vienam – sąauginis nepraeinamumas (4,8 %). Vai-

kų, kuriems buvo atlikta transanalinė rezekcija, grupėje nustatyta: vienam – pasikartojančio enterokolito epizodai (9,1 %), vienam – vidurių užkietėjimas (9,1%) ir vienam – dalinis išmatų nelaikymas (9,1 %). Keturiems vaikams, sirgusiems ilgo segmento HL, po operacijos tęsėsi vidurių užkietėjimas, trims kartojo enterokolito epizodai.

Išvados

Vaikų, gydytų transanaline rectosigmine rezekcija, vėlyvieji gydymo rezultatai buvo geresni nei operuotų *Rhebein* metodu ir lyginant su literatūros duomenimis reikšmingai nesiskyrė nuo kitais metodais gydytų vaikų gydymo rezultatų. Būdingiausia komplikacija – vidurių užkietėjimas ir pasikartojančio enterokolito epizodai, todėl šie pacientai turi būti nuotatos stebimi ir jiems laiku skiriamas papildomas gydymas.

4.

Validation of the anastomotic leakage risk model in laparoscopic rectal cancer surgery: a decision-making tool for the choice of protective stoma

Gyu-Seog Choi, Hye Jin Kim, Jun Seok Park, Soo Yeun Park, Jong Ik Choi, Ju A Park

Colorectal Cancer Center, Kyungpook National University Medical Center, School of Medicine, Kyungpook National University, Daegu, Korea

Introduction

There is no clear evidence for the optimal choice of protective stoma in laparoscopic rectal cancer surgery. We compared the anastomotic leakage rate in the periods before and after the application of this model to validate the anastomotic leakage risk model.

Methods

The anastomotic leakage risk model was created based on the results from the recently published multicenter study. Male, low rectal cancer and preoperative chemoradiation were the risk factors that were chosen for the model. Patients with two different time periods (Group A, 2008–2010; Group B, 2012–May 2013 after application of the model) were included.

Results

After the application of the model, a protective stoma was created in the patients with more than two risk factors. The rate of protective stoma was changed from 14 of 345 patients (4.1%) in Group A to 51 of 205 patients (24.9%) in Group B ($P < 0.001$). The incidence of preoperative chemoradiation increased in Group B (20.9% vs. 29.8%, $P = 0.023$). The anastomotic leakage rate decreased from 11.3% in Group A to 4.9% in Group B ($P = 0.013$). The initial hospital stay also decreased in Group B (9.0 ± 6.7 days vs. 7.7 ± 6.5 days, $P = 0.024$). In the risk stratification, the leakage rate in the patients with two risk factors (male and low rectal cancer) and three risk factors significantly decreased in Group B (24.3% vs. 4.2% in the patients with 2 risk factors; 16.3% vs. 5.7% in the patients with 3 risk factors). The stoma-related readmission rate and the stoma repair-related complications were 11.8%, respectively. The total hospital stay including the scheduled and unscheduled readmission was similar between the two groups (12.3 ± 10.0 days in Group A vs. 11.8 ± 10.1 days in Group B, $P = 0.470$).

Conclusions

The anastomotic leakage risk model may be a valuable decision making tool that can help surgeons reliably identify patients at high risk for anastomotic leakage. Protective stoma might be mandatory in patients with two or more risk factors based on decreased leakage rate and acceptable stoma-related complications. A further large-cohort study is required to generalize this single-center study.

5.

Kavos poveikis žarnyno veiklai po žarnyno laparoskopinės rezekcinės operacijos – perspektyvusis atsitiktinių imčių tyrimas

Audrius Dulskas, Michail Klimovskij, Narimantas Evaldas Samalavičius, Marija Kostiuk

Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Santariškių g. 1, Vilnius; audrius.dulskas@gmail.com

Išvadas

Pooperacinis žarnų nepraeinamumas – dažnai pasitaikantis žarnyno rezekcinių operacijų padarinys. Nustatytas teigiamas

kavos poveikis žarnyno motorikai sveikiems tiriamiesiems. Lieka neaišku, ar kava galėtų sumažinti pooperacinio žarnyno nepraeinamumo riziką.

Tikslas

Nustatyti kavos ir kofeino poveikį žarnyno veiklai po žarnyno rezekcinių operacijų.

Metodai

Vilniaus universiteto Onkologijos institute nuo 2013 m. sausio 1 d. iki 2014 m. gruodžio 31 d. atliekamas atsitiktinės atrankos kontroliuojamas, perspektyvusis tyrimas. Įtraukti pacientai, kuriems atlikta laparoskopinė storosios žarnos operacija. Prieš operaciją ligoniai suskirstyti į tris grupes: pooperaciniu laikotarpiu gaunančių vandens (100 ml 3 kartus per dieną), dekofeinizuotos kavos ir kavos su kofeinu. Pirminės svarbos tikslas – laikas iki pirmojo pasituštinimo. Antrinės svarbos tikslai: laikas iki išėjo dujos, laikas iki maisto toleravimo, pooperacinio laikotarpio trukmė, perioperacinis sergamumas.

Rezultatai

42 ligoniai buvo suskirstyti į tris grupes po 14 kiekvienoje grupėje. Demografiniai pacientų rodikliai buvo panašūs visose grupėse. Ligoniai, kurie gavo dekofeinizuotos kavos bei kavos su kofeinu, pasituštino anksčiau negu vandenį gėrę ligoniai – 3,23 ir 3,64 paros vs 3,9, $p < 0,05$; laikas iki maisto toleravimo – 1,63 ir 2,42 paros vs 2,82, $p < 0,05$; laikas iki išėjo dujos – 1,44 ir 1,62 vs 1,92, $p < 0,05$).

Išvados

Kavos vartojimas po kolektomijos yra saugus ir sumažina laikotarpį iki pasituštinimo. Kofeinas žarnų funkcijos nestimuliuoja.

6.

Riestinės žarnos perforacija dėl ektopinės deciduozės

Audrius Gradauskas, Mindaugas K. Lapinskas,
Deividas Narmontas, Ričardas Daunoravičius,
Jonas Činčikas

Vilniaus miesto klinikinė ligoninė, Chirurgijos ir Akušerijos ir ginekologijos klinikos, Vilniaus universiteto MF Vidaus ligų pagrindu ir slaugos katedra; audrius.gradauskas@yahoo.com

Įvadas

Deciduožė – decidualinių audinių ar audinių, panašių į taip atrodantį endometriumą nėštumo metu, atsiradimas ektopinėse vietose. Ektopinė deciduožė yra gerai žinomas reiškinys – dažniausiai aptinkama kiaušidėse, gimdoje ar jos kaklelyje, kiaušintakiuose, rečiau – kirmėlinėje ataugoje, pilvaplėvėje, taukinėje, ant diafragmos, kepenų, blužnies, net pleuroje, limfmazgiuose, inksto geldelėje, odoje. Tačiau išplitusi ir giliai į aplinkinius audinius įaugusi deciduožė gali komplikuoti gimdymą, sukelti žarnų nepraeinamumą, kraujavimą į pilvaplėvės ertmę, peritonitą, sąaugas. Aprašoma ir mirties atvejų. Kliniškai ekstrauterinė ektopinė deciduožė gali priminti diseminuotą tuberkuliozę ar piktybinių navikų metastazes.

Metodas

Supažindinti su klinikiu atveju, kuriuo norima parodyti, kad nėščiosioms riestinės žarnos perforaciją gali sukelti ir deciduožė. Mūsų duomenimis, deciduožė, lėmusi riestinės ar kitos žarnos perforaciją, pasaulinėje literatūroje nėra aprašyta.

Klinikinis atvejis

Pirmą kartą besirengianti gimdyti (32 sav. nėštumas) 40 metų amžiaus moteris paguldyta į ligoninę dėl staiga atsiradusių stiprių pilvo skausmų, obstipacijų. Iškart atlikus pilvo organų sonoskopiją, patologijos nekonstatuota. Taikytas konservatyvus gydymas, skausmai aprimo. Po dviejų parų pasikartoję stiprūs pilvo skausmai (labiausiai skaudėjo dešinėje pilvo pusėje ties bamba). Sonoskopiškai (o vėliau ir rentgenologiškai) rasta laisvo oro po diafragma. Atlikta viršutinė vidurinė laparotomija (labiausiai tikėtinas buvo opos trūkimas). Kiek įmanoma revizuota pilvo ertmė, atliktas „vandens–oro“ mėginys, po to net ir fibrogastroduodenoskopija. Perforacijos nerasta. Operacija baigta drenuojant pilvą. Penktą pooperacinę parą vėl atsirado stiprūs pilvo skausmai, pakilo temperatūra, atlikus laboratorinius tyrimus CRB 209 mg/l, leukocitų $23,25 \times 10^9/l$. Sukvietus konsiliumą su akušeriais ginekologais, nutarta atlikti cezario pjūvį ir pakartotinai revizuoti pilvo ertmę. Gimė normali mergaitė. Revizuojant pilvo ertmę rasta: nedaug fibrino mažajame dubenyje, ryškiai pakitusi riestinė žarna, į apnašas panašių išaugų ant gimdos, pilvaplėvės, žarnų pasaitų. Rezekuota storosios žarnos dalis su polipoidinėmis tamsiai raudonomis masėmis subseroziniame sluoksnyje ir perforacine anga. Patologinio histologinio tyrimo išvada: storosios žarnos sienelė su ektopiniais deciduožės židiniai subseroziniame dangale, *muscularis propria* ir pogleivyje.

Išvados

Šiuo atveju riestinės žarnos sienelė buvo giliai infiltruota deciduozės židinių ir tapo trapi. Galime tik spėlioti, ar tokia žarnos sienelė plyšo veikiamą padidėjusios gimdos ir spaudimo iš žarnos vidaus (dujų?). Galbūt riestinės žarnos mikro-perforacija galėjo būti aptikta pirmosios operacijos metu, jei būtų laikomasi labiau agresyvios taktikos ir būtų atliktas cezario pjūvis? Mes tiesiog norime konstatuoti, kad viena iš žarnų perforacijos priežasčių (gyvybei pavojingų būklių!) gali būti ir deciduozė.

Šį atvejį aprašė: Gradauskas A, Činčikas J, Daunoravičius R, Mickys U, Mazarevičius G, Šataitė I, Jotautas V, Rutkauskaitė D, Strupas K. Ectopic Decidua Presenting with a Sigmoid Bowel Perforation: A Case Report. *J Clin Case Rep* 2012; 2:168. doi:10.4172/2165-7920.1000168.

7.

Differences in survival rates between patients with left or right colon cancer

Pascal Gervaz¹, Massimo Usel², Elisabetta Rapiti², Pierre Chapuis², Isabelle Neyroud-Caspar², Christine Bouchardy²

¹ *Division of Coloproctology, Clinique de la Colline, Geneva, Switzerland;* ² *Geneva Cancer Registry, University of Geneva, Geneva, Switzerland* massimo.usel@unige.ch; ³ *Geneva University Hospital and Medical School, Geneva, Switzerland*

Introduction

Prognosis of colon cancer (CC) patients has improved during the past decades. However, this trend may vary according to CC location.

Objective

We aim to assess the differences of 5-year survival over time of patients diagnosed with CC in Geneva according to the tumor location.

Materials and Methods

We included all 3 396 patients with CC adenocarcinomas (left colon n=2 062; right colon n=1 334) recorded at the Geneva cancer registry between 1980 and 2006 and followed up until 31.12.2011. We compared patient, tumor and treatment characteristics between left and right CC by χ^2 test and CC-specific survival by multiadjusted Cox models. We also

compared changes in specific survival between CC sub-sites in early and late periods of diagnosis.

Results

Patients with right CC were older, more often females, had more advanced stage at diagnosis, and were treated differently compared to those with left CC. In the early 1980s, 5-year specific survival rates were similar for left and right CCs (47% vs 49%). At the end of that decade the figures were 67% and 58%, respectively. This trend continued during the 2000s, and, survival was markedly better for left- than right-CCs in 2004-06 (75% vs. 60%, respectively; $p_{\log\text{-rank}} < 0.001$). A significant improvement in survival was observed for patients with left CC diagnosed in the 2000s compared to those diagnosed in the 1980s (Adjusted hazard ratio (HR)=0.4, 95%CI 0.3-0.6, $p < 0.001$). By contrast, no significant difference was found between the periods for patients with right CC patients (HR_{adjusted}=0.9, 95%CI 0.6-1.4, $p=0.69$). Patients with left CCs have nowadays a better survival than patients with right CCs (HR_{adjusted}=0.8, 95% CI 0.7-0.9, $p < 0.001$).

Discussion and conclusion

Between 1980 and 2006, the risk of dying from CC decreased by 52% in Geneva County. Nevertheless our results indicate that the increase of survival was not observed among patients with right CCs. Strategic management changes in this subgroup are warranted.

Our results also support the new paradigm considering left and right CCs as distinct clinical entities (especially in terms of aggressiveness) which should be taken into account in survival analysis.

8.

Considerations for proper ligation of nominated vessels on laparoscopic Rt. hemicolectomy with D3 lymphadenectomy for Rt. side colon cancer

Seung Kyu Jeong

Yang Hospital, South Korea

Objectives and Discussion

Vascular arcade around SMA and SMV is so variable that can make operators be confused to precisely dictate nominated vessels during operation. In order to radically remove N3 lymph

nodes group around nominated vessels, surgical trunk which is absolute vital structure should inevitably exposed. In order to precisely dictate nominated vessels which was branched from surgical trunk, all branches of surgical trunk should be clearly exposed because vascular anatomy around trunk is so variable and diverse. In ordinary approach to divide nominate vessels around SMA & SMV, most of surgeons try to do lymph nodes dissection toward surgical trunk after exposure of nominated vessels. Most of laparoscope surgeons start dissection around origin of ileocolic vessel as you know. But this approach could be dangerous around surgical trunk, especially SMV which is vulnerable in obese patients. So, incomplete D3 lymphadenectomy has been usually performed around surgical trunk in practice. So, I prefer central to peripheral approach to peripheral to central approach which is conventional approaching method around surgical trunk. Central to peripheral approach is different concept whose vascular access is started in front of surgical trunk and initially expose SMA. There are several reasons why I like to do this method following. The first, all kinds of vessel of Rt. Colon come from surgical trunk. So, if surgical trunk is exposed at beginning, all nominated vessels around it are spontaneously identified and can be precisely dictated. 2nd, vascular arcade of Rt. Colon is so variable, so, we can't dictate precise name of some vessel until all nominated vessels around surgical trunk are exposed. 3rd, the space between vascular sheath and adipose tissue is avascular space, so we can safely exposure all vessels along with SMA & SMV without any bleeding if we come along with this space. Vascular variation of nominated vessels around SMA & SMV is so variable. So, we have to know what common pattern of vascular variation is and have to keep in mind these patterns during dissection & ligation of these vessels. Ileocolic vessel is almost always single vessel but ileocolic artery can cross SMV half anteriorly or half posteriorly. Rt. colic artery present in 40% of patient and always cross SMV anteriorly. Middle colic artery is usually single artery. But cases which have two middle colic arteries are not so rare and even we can encounter three middle colic arteries rarely. Composition of gastrocolic trunk show so many different patterns and Rt. colic vein is so variable regarding number and drainage vessel.

Conclusion

In order to avoid serious complications and more safely do surgery while we perform laparoscopic surgery for Rt. side colon cancers, we have to have precise knowledge about vascular variation of Rt. colon and need to consider to apply the different access method toward vascular structure.

Genome-wide discovery of efficient colorectal cancer markers and targets

Jin Cheon Kim

Department of Surgery, University of Ulsan College of Medicine and Asan Medical Center, Seoul, Korea

Introduction

Biomarkers are currently recognized as the panacea to achieve personalized treatment in every field of medicine, particularly in the conquest of cancer. The present knowledge of human genome composition and cancer genomics provides tremendous information about functional pathways and driver genes associated with tumorigenesis, but most biomarkers using genome-wide (GW) assessment are disproved or abandoned without practical application. On the other hand, the frequency of worldwide cancer has been continuously increasing and colorectal cancer (CRC) was recorded as the third most common cancer (statistics from the World Cancer Research Fund and WHO as 1.4 million new cases in 2012).

Objective

We tried to find efficient colorectal cancer markers using GW expression profiling and cell-based screenings for proper targets and the three-step procedure for chemosensitive markers.

Methods

The latter procedure comprised initial screening, clinical endpoint using limited cohort, and *in vitro* functional assays. One APC/WNT and RAS cross-over molecule, SPRR3 was upregulated in CRC and breast cancer to promote cell proliferation. SPRR3 appeared as a potential target which enhanced p53 degradation via the AKT and MAPK pathways. Regarding chemosensitive markers, methods for predicting individual responsiveness to targeted chemotherapy are urgently needed, considering the frequent resistance and extremely high cost.

Results

We identified two candidate markers, LIFR rs3729740 and possibly ISX rs361863 that may help improving the prediction of cetuximab regimens. These cetuximab candidate markers and the other possible bevacizumab candidate ANXA11 rs1049550 were further evaluated on a clinical phase I–II study. LIFR rs3729740 and possibly ANXA11 rs1049550 may be useful as biomarkers for predicting whet-

her metastatic CRC patients are sensitive to relevant regimens. Additionally, overall response rate gain was achieved up to 10% in patients with wild-type LIFR rs3729740 patients either with wild-type KRAS or skin toxicity ($P = 0.001$) respectively. Specifically in clones treated with cetuximab and bevacizumab regimens, active p-ERK and MMP-9 expressions were significantly reduced in clones expressing wild-type LIFR rs3729740 ($P = 0.044$) and in those expressing minor-type ANXA11 rs1049550 ($P = 0.007$), respectively.

Conclusions

CRC with its proficient GW knowledge of oncogenic pathway is one of the best indications in which stratified therapies are efficiently provided. Therefore, efficient biomarker discovery is indispensable to CRC conquest, but it substantially accompanies a long itinerary of Odysseus from discovery to practice.

10.

Laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer

Hyeong Rok Kim

Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea

Objective

Laparoscopic intersphincteric resection (ISR) after neoadjuvant chemoradiation is helpful in the management of patients with low rectal cancer. With the advent of this technique, the need for performance of abdominoperineal resection seems to have decreased in patients with very low rectal tumors. The aim of the present study was to evaluate the feasibility, the functional outcome, and the short-term oncologic outcomes of laparoscopic ISR for low rectal adenocarcinoma at our institution.

Methods

We retrospectively reviewed the data of 111 consecutive patients who underwent laparoscopic ISR for low rectal adenocarcinoma between July 2005 and December 2009. Demographic status, surgical outcomes, functional outcome data, and oncologic outcome data were collected.

Results

The mean distance of the tumor from the anal verge was 3.4 cm (range: 1–5 cm). The mean operative time was

214.7 min (range: 150–450 min). The mean distal resection margin was 1.3 ± 1.1 cm. Morbidity occurred in 24 patients (21.6%), including anastomotic leakage in 2 patients (1.8%). The mean Wexner continence score after stoma repair was 7.5 ± 2.7 (range: 2 * 19), and 9.8 in total ISR, 7.3 in partial ISR ($P = 0.071$). The 3-year overall survival rate was 92.8%, and the 3-year disease-free survival rate was 73.0%. Local recurrence was noted in 6 of the 111 patients with TNM stage I to III (5.4%). The patients with lesions at 2 cm to the dentate line had a 7.07-fold greater risk of local recurrence, including a 13.42-fold greater risk of lateral pelvic wall recurrence and perineal recurrence (95% Confidence interval [CI], 1.141–158.006; $P = 0.009$) than in those who had lesions more than 2 cm from the anal verge (95% CI, 1.290–38.832; $P = 0.011$).

Conclusions

Laparoscopic ISR after neoadjuvant chemoradiation can be recommended as a technically feasible, minimally invasive, and a sphincter-saving procedure with acceptable functional and short-term oncologic outcomes in patients with very low rectal cancer.

11.

Riestinės žarnos svetimkūnis (klinikinio atvejo demonstravimas)

Remigijus Samuolis, Liutauras Kubilius

Respublikinė Panevėžio ligoninė, Smėlynės g. 25, Panevėžys; Remigijus.samuolis@panevezioligonine.lt

Ambulatorijos gydytojo siuntimu skubos tvarka į ligoninės Priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių kreipėsi 65 metų vyras. Jis skundėsi apie 3 savaites trunkančiu stipriu skausmu dešinėje kirkšninėje srityje, plintančiu į kryžkaulio ir dešinę juosmens sritį, susijusiu su kūno judesiais. Paciento šlapinimasis pasunkėjęs, jis karščiavo. Apžiūrint pilvą, pastebėtas randas dešinėje kirkšnyje po išvaržos operacijos (operuotas prieš 7 mėnesius), palpuojant pilvas minkštas, neskausmingas, tiriant tiesiąją žarną pirštu patologinių požymių nerasta. Atlikus bendrą kraujo tyrimą, konstatuota leukocitozė iki $13,7 \times 10^9/l$, šlapimo tyrime – baltymo pėdsakai, leukocitų – 23–30 regėjimo lauke ir krūvelėmis, eritrocitų – 2–3 regėjimo lauke, bakterijų – daug. Atlikta urologinė echoskopija. Kairiame inkste pakitimų nerasta, dešiniame – vidutiniškai ryški urostazė, šlapimo pūslėje

200 ml šlapimo, prostatos tūris 30 cm³. Pacientas stacionarizuotas į urologijos skyrių, įtarus kairiojo šlapimtakio akmenligę, paskirtas reikiamas konservatyvus gydymas. Rytojaus dieną atlikta apžvalginė dubens ir pilvo rentgenograma, pastebėtas didelių matmenų stalo įrankis pilvo ertmės projekcijoje. Patikslinus anamnezę, pacientas pripažino, kad prieš dvejus metus išgertuvių metu šis įrankis buvo įstumtas pro išangę. Pacientas perkeltas į abdominalinės chirurgijos skyrių, kur atlikta videokolonoskopija. 50 cm atstumu nuo išangės aptiktas metalinis svetimkūnis. Pacientas operuotas. Laparoskopiniu būdu pašalintas riestinėje žarnoje įstrigęs stalo įrankis. Po operacijos komplikacijų nebuvo, negalavimai išnyko, po trijų parų pacientas išleistas į namus ir buvo stebimas ambulatoriškai. Klinikinio atvejo demonstravimas iliustruotas rentgenogramų, videokolonoskopijos ir videolaparoskopijos vaizdais.

12.

National burden of colorectal cancer in Lithuania and country's ranking across European nations

Raimundas Lunevičius^{1, 2}, Tomas Poškus²,
Narimantas Evaldas Samalavičius³

¹ *Emergency General Surgery and Major Trauma Centre, General Surgery Department, Aintree University Hospital NHS Foundation Trust, Lower Lane, Liverpool L9 7AL, UK;* ² *Centre of Abdominal Surgery, Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Faculty of Medicine, Vilnius University, 2 Santariskiu Str., LT-08661 Vilnius, Lithuania;* ³ *Clinic of Internal Diseases, Family Medicine and Oncology, Faculty of Medicine, Oncology Institute, Vilnius University, 1 Santariskiu Str., LT-08660 Vilnius, Lithuania*

Objective

To elaborate on the national burden of colorectal cancer in Lithuania, and to assess the performance of Lithuania for colorectal cancer within 45 European nations by ranking.

Methods

Seven sources of data and information were used. Most of disease burden results are reported in this paper in terms of crude and age-standardised incidence, age-specific and age-standardised mortality, DALYs, YLDs, and YLDs per 100,000 population a year by sex and in both sexes within 1990–2011.

Results

Colorectal cancer was ranked 3rd out of all malignancies. Overall crude incidence was 35 in 2001 and 51 in 2011 in Lithuania. Incidence and mortality from colorectal cancer varied markedly within Lithuania. DALYs and YLLs slightly declined from 2005 to 2010. YLLs contributed to 97% of the total burden due to colorectal cancer in 1990, and to 96% in 2010. Mortality rate was 4–5 times higher in men aged 50–54 years than in men aged 45–49. YLDs per 100,000 population in Lithuania increased by 22.4% from 1990 to 2010, however, country was below the average of Central & Eastern, Southern, Northern, and Western regions of Europe.

Conclusions

Performance of Lithuanian colorectal cancer service is poor. Colorectal cancer prevention strategies must be targeted to persons aged 40 years. The national colorectal cancer service provision should be amplified.

13.

Lazerinė proktologija Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje

Deividas Narmontas¹, Audrius Gradauskas²

¹ *Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Chirurgijos klinika*
² *Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas, Antakalnio g. 57, LT-10207 Vilnius; deividas.narmontas@gmail.com*

Įvadas

Lazerio taikymas medicinoje prasidėjo tik po kelerių metų nuo jo atradimo, atliekant eksperimentus su odos vėžiu. Medicinos sritys plėtėsi, vystėsi ne tik mažos galios terapinis, bet ir didelės galios chirurginis lazerio naudojimas.

Mūsų ligoninėje lazeris pradėtas naudoti chirurgijoje atidarius naują dienos chirurgijos skyrių. Pradėta nuo endovaskulinės chirurgijos, o dabar jau atliekamos lazerinės hemorojaus, pilonidinės cistos bei išangės fistulių operacijos.

Metodika

Mūsų ligoninėje nuo 2012 m. gegužės 22 d. iki 2013 m. gruodžio 31 d. atliktos 37 lazerinės proktologinės operacijos. Iš jų 27 lazerinės hemorojaus operacijos (18 vyrų ir 9 moterų), nuo 2013 m. atliktos 6 lazerinės pilonidinės cistos operacijos (5 vyrai ir 1 moteris) bei 4 lazerinės išangės fistulių operacijos

(4 vyrai). Hemorojaus grupės pacientų amžius buvo nuo 21 iki 72 metų, pilonidinių cistų grupės – nuo 20 iki 27 metų, fistulių grupės – nuo 20 iki 59 metų.

Ligoniai po lazerinės hemorojaus plastikos (LHP) buvo ambulatoriškai stebimi po 1 ir 6 savaitių, bei po 6 ir 12 mėnesių, po lazerinės pilonidinės cistos ekstirpacijos (LPCE) – iki 6 mėnesių, po lazerinio fistulės kanalo uždarymo (FiLaC) – iki 6 mėnesių.

Rezultatai

Po LHP recidyvų – 0, kraujavimas – 2, išorinių mazgų trombozė – 2, fistulė arba įplėša – 3 pacientams; po LPCE recidyvų – 0, žaizdos hipergranuliacija – 1; po FiLaC visai pagijo 2, recidyvų ar pūlinių buvo 3 pacientams.

Išvados

Lazerio panaudojimas proktologijoje turi vienintelį trūkumą – didelę kainą, tačiau ligonis išrašomas jau kitą dieną po operacijos (tą pačią, jei operuojamas sukėlus vietinę nejautrą), išlieka fiziškai aktyvus ir darbingas, skausmas minimalus arba pakanka keletą dienų pavartoti nesteroidinių vaistų nuo uždegimo, operacinės žaizdos priežiūra minimali, nereikalaujanti specialisto pagalbos. LHP ir LPCE operacijoms reikalinga minimali pacientų atranka. FiLaC operacijoms būtina griežta atranka, ilgas paruošimas, rezultatai nėra tokie džiuginantys, bet išsaugomas sfinkteris. FiLaC yra pigiau nei klizai ar kaištis.

14.

When enough is enough! Timing of surgery in inflammatory bowel disease

Joseph W. Nunoo-Mensah

B Med Sci, BM BS, FRCS, LLM Colorectal & Laparoscopic Surgeon, King's College Hospital, Denmark Hill, London, SE5 9RS, j.nunoo-mensah@crsurgeon.co.uk

Background

Aims to address the current issues and recommendations in the timing of surgery in inflammatory bowel disease.

Surgery is an integral part in the treatment of inflammatory bowel disease (IBD). However, the position of surgery has changed in the era of advances in diagnostic testing, new biologics and other immunotherapies and different therapeutic strategies. Appropriate medical therapy may induce and maintain remission in IBD thus preventing surgery.

However, medical management also carries risks of adverse effects and the value of ineffective medical therapy needs to be balanced with surgery which can be life-saving in some patients and lead to better bowel function and quality of life in most patients.

Conclusions

The benefits of surgery however must be clearly weighed against the potential surgical morbidity and compromised functioning that can occur. The advent of rescue medical therapy and laparoscopic surgery has also shifted the paradigm in managing steroid refractory acute severe ulcerative colitis. Finally advances in the understanding dysplasia in IBD have also lead to revised indications for colectomy.

15.

Local treatment of rectal cancer: Japanese point of view

Koutaro Maeda, Yoshikazu Koide, Hidetoshi Katsuno

Department of Surgery, Fujita Health University School of Medicine, Japan

Objective

Local excision is increasingly performed for “early stage” rectal cancer in US, however local recurrence after local excision becomes the controversial issues in Western countries. Local recurrence after local excision is considered to be originated from the selection of tumor and procedure, and surgical margin positive cases. This review focuses on the inclusion criteria and treatment method of “early” rectal cancers for local excision from Western and Japanese point of view.

Methods

“Early” rectal cancer is defined as T1 cancer in the rectum. Several factors showing “high risk” of T1 cancers have been reported so far, however, only tumor grade and depth of wall invasion are the “high risk” factors which can be evaluated before treatment. T1 cancers with sm1 or submucosal invasion < 1,000 μm were “low risk” tumors with less than 3.2 % of nodal involvement and are considered to be a candidate for local excision as a sole cure surgery. Tumor with poor tumor grade should be excluded for local excision. Adenomas, especially tubule-villous adenoma, often include T1 cancers, therefore these tumors will be considered as indication of local

treatment. Digital examination, endoscopy or proctoscopy with biopsy, barium enema study, and endorectal ultrasonography were useful in identifying “low risk” or excluding “high risk” factors for comprehensive diagnosis preoperatively. Selection of initial local treatment modality, endoscopic, local excision or radical surgery is also considered to be important according to the analysis of nodal involvement rate after initial local treatment and after radical surgery. When local treatment is adopted, proper treatment modality facilitating surgical margin negative should be selected. During surgery, careful excision to avoid margin positive is mandatory. Strict histopathological evaluation of “high risk” factors is another important point to have favourable outcomes.

Conclusion

All the patients undergoing local treatment for early rectal cancer should be informed that this is a procedure for “total biopsy” with excision of tumor.

16.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos pirmieji rezultatai Klaipėdos jūrininkų ligoninės Chirurgijos klinikoje

Tomas Mitkus

VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Liepojos g. 45, Klaipėda;
tmitkus@gmail.com

Tikslas

Išnagrinėti storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos veiksmingumą pacientams, kuriems Klaipėdos jūrininkų ligoninėje atlikta kolonoskopija dėl teigiamo iFOBT testo.

Medžiaga ir metodai

Nuo 2012 m. gegužės iki 2013 m. lapkričio mėn. diagnostinė kolonoskopija atlikta 427 pacientams, kurių iFOBT testas buvo teigiamas. Gauti duomenys susisteminti, suskirstyti ir apibūdinti pagal endoskopinius ir histologinius atsakymus: įvertinta patologija, jos lokalizacija ir priklausomybė pagal lytį ir amžių.

Rezultatai

Ištirta 427 pacientai, iš jų 57 % (244) sudarė moterys, 43 % proc. (183) – vyrai. Vidutinis amžius – 64±5 metų. 85 %

(208) moterų ir 89 % (163) vyrų buvo nustatyta patologija: 22 % – adenomos, 22 % – hiperplaziniai polipai, 9 % – navikai. Kraujuojantis hemorojus aptiktas 26 % tiriamųjų, 21 % buvo ir kita patologija. Dažniausiai pokyčių būdavo riestinėje žarnoje – 59 %, tiesiojoje – 18 %, skersinėje gaubtinėje – 9 %, kylančiojoje gaubtinėje – 5 %, nusileidžiančiojoje gaubtinėje – 6 % ir aklojoje – 3 % atvejų.

Išvados

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa yra veiksminga diagnozuojant tiek nepiktybines, tiek piktybines storosios žarnos ligas. Patologija dažniausiai pasireiškia vyrams. Iš nepiktybinių pokyčių vyrauja tubulinės adenomos, o dažniausia patologijos vieta – riestinė žarna.

17.

A comparative study between laparoscopic mesh rectopexy and suture rectopexy

Yogesh Palshetkar

Gastrointestinal Surgery, Fortis Hospital, Kalyan, India

Objectives

To compare between laparoscopic mesh and suture rectopexy.

Methods

32 cases of complete rectal prolapse who underwent laparoscopic rectopexy were selected. In 14 individuals mesh rectopexy was performed, in 18 individuals laparoscopic sutured rectopexy was performed. A comparison made between the outcomes from the two methods with respect to operative time, operative ease and post-operative complications.

Results

An average operative time for mesh rectopexy – 126 minutes. An average operative time for sutured rectopexy – 92 minutes. Post-operative pain score same for both methods. Constipation in 6 out of 14 mesh rectopexy and 3 out of 18 sutured rectopexy. Rectal tenesmus in 2 out of 14 mesh rectopexy, none for sutured rectopexy. No recurrence in both methods.

Conclusion

Laparoscopic suture rectopexy is a better procedure and the use of the mesh is not required.

18.

C-reaktyvusis baltymas – komplikacijų po laparoskopinės storosios žarnos rezekcijos prediktorius

Eligijus Poškus, Gintarė Andreikaitė,
Ignas Karnuševičius

VUL SK Pilvo chirurgijos centras, VU MF, Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Santariškių g. 2, Vilnius;
c.andreika@gmail.com

Tikslas

Įvertinti ir nustatyti C-reaktyviojo baltymo prognozinės savybes, diagnozuojant ankstyvas pooperacines komplikacijas po laparoskopinės storosios žarnos rezekcijos.

Metodai

Atlikta retrospektyvi VUL SK I pilvo chirurgijos skyriaus pacientų ligos istorijų analizė. Pacientai suskirstyti į dvi grupes – su ir be komplikacijų. C-reaktyviojo baltymo koncentracija kraujyje buvo matuojama antrą, ketvirtą ir šestą pooperacinę parą. Apskaičiuoti abiejų grupių CRB vidurkiai minėtomis dienomis bei palyginti tarpusavyje naudojant Studento (t) kriterijų nepriklausomoms imtims. Norėdami nustatyti CRB koncentracijos slenkstinę ribą, geriausiai prognozuojančią komplikacijų išsivystymo tikimybę, apskaičiavome šio baltymo tyrimo jautrumą, specifiškumą, teigiamą ir neigiamą prognozinę vertes.

Rezultatai

Tyrime dalyvavo 90 pacientų, iš jų 11 išsivystė komplikacijų. Visomis imtomis dienomis (antrą, ketvirtą ir šestą) gautas statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) skirtumas tarp grupių CRB vidurkių. Nustatytos didžiausiu jautrumu ir neigiama prognozinė verte pasižyminčios slenkstinės C-reaktyviojo baltymo koncentracijos: antrą pooperacinę parą – 90 mmol/l, ketvirtą – 60 mmol/l, šestą – 60 mmol/l. Taigi, sulig kiekviena diena galime vis tiksliau prognozuoti, komplikacijos išsivystys ar ne.

Išvados

Pagal C-reaktyviojo baltymo koncentraciją galime anksti diagnozuoti besivystančias pooperacines komplikacijas.

19.

Long-term results of a randomized controlled trial comparing preoperative conventional chemoradiotherapy with short-course radiotherapy with delayed surgery for rectal cancer

Henrikas Paužas¹, Tadas Latkauskas¹,
Algimantas Tamelis¹, Žilvinas Saladžinskas¹, Rasa
Jančiauskienė², Laura Kairevičė², Irina Gineikienė³,
Saulius Švagždys¹, Paulius Lizdenis¹

¹ Lithuanian University of Health Sciences, Clinic of Surgery;

² Clinic of Oncology-Hematology, ³ Clinic of Radiology, Eivenių Str. 2, Kaunas, Lithuania; hpauzas@gmail.com

Objective

Still there no evidence which neoadjuvant therapy regimen for II–III stage rectal cancer is superior. The aim of this study was to compare results achieved after long-course chemoradiotherapy (CRT) and short-term radiotherapy (RT) followed by delayed surgery.

Methods

A randomized trial was carried out between 2007–2013 in Lithuanian University of Health Sciences Hospital “Kaunas Clinics”. 150 patients diagnosed with II–III stage rectal cancer were randomized to two neoadjuvant treatment arms: conventional chemoradiotherapy (CRT) and short-term radiotherapy (RT) followed by surgery at 6 weeks.

Results

During 2007–2013 period 150 patients diagnosed with resectable stage II or III rectal cancer were randomized to two neoadjuvant treatment arms: 75 patients to conventional chemoradiotherapy (CRT) and 75 short-term radiotherapy (RT). Amongst 150 randomly assigned patients 10 were ineligible, because of protocol violation and 5 patients were lost to follow up. All eligible patients were included in the statistical analysis according to the intention-to-treat principle. Median follow-up of patients was 39.7 (range 4.9–79.7) months. During the time of observation 31 cases of death occurred: 17 (25%) in RT group *vs.* 14 (19.4%) in CRT group, ($P > 0.05$). Hazard ratio of death for RT patients was 1.64 (95% CI: 0.8–3.43) compared to patients in CRT group. Cancer progression was observed in 16 (25%) cases in RT group *vs.* 13 (18.3%) cases in CRT group ($P > 0.05$). The rate of local recurrence between groups was: 2 (3.1%) cases in RT group *vs.* 4 (5.6%) in CRT

group ($P > 0.05$). During follow-up distant metastases developed in 14 (21.9%) cases after RT and in 9 (12.7%) cases after CRT ($P > 0.05$). Hazard ratio of local recurrence for CRT patients was 1.82 (95% CI: 1.27–2.61) compared to RT patients and hazard ratio of distant metastases for RT patients was 2.2 (95% CI: 0.95–5.10) compared to CRT patients. In RT group 3-years overall survival (OS) was 78% vs. 82.4% in CRT group ($P > 0.05$), while disease-free survival (DFS) differed significantly – 59% in RT group vs. 75.1% in CRT group ($P < 0.05$). Relative risk of cancer progression for RT patients was 1.93 (95% CI: 1.08–3.43) compared to CRT patients.

Conclusion

Long-course neoadjuvant CRT is superior in disease-free survival compared with short-term RT. The rate of distant metastases and local recurrence did not differ significantly between the groups but the risk of developing distant metastases is higher for RT patients comparing to CRT group patients.

20.

Storosios ir tiesiosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos Lietuvoje pirmieji rezultatai (2009–2012)

Tomas Poškus¹, Kęstutis Strupas¹,
Saulius Mikalauskas¹, Narimantas Evaldas
Samalavičius², Žilvinas Saladžinskas³

¹ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Santariškių g. 2, Vilnius; ² Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Santariškių g. 1, Vilnius; ³ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Eivenių g. 2, Kaunas, toshcus@yahoo.com

Tikslas / rezultatai

Storosios ir tiesiosios žarnos vėžio atrankinės patikros tyrimo rezultatai: Informacijos paslauga per trejus metus suteikta 271 396 žmonėms, arba 30,5 % tikslinės populiacijos. 19 455 slaptos kraujo tyrimų (FIT) (7,2%) buvo teigiami ir 251 941 (92,8%) – neigiami. Siuntimo kolonoskopijai paslauga suteikta 10 190 pacientų (52,4 %), kolonoskopijos paslauga – 12 864 pacientams (66,1%). 290 pirminės sveikatos priežiūros įstaigų dalyvavo programoje ir tik 15 (5,2 %) pasiekė 90 % minimalų siuntimo kolonoskopijai reikalavimą. Neradome ryšio tarp įstaigų dydžio, vietos, pacientų amžiaus ir kolonoskopijos atlikimo procento. Kolonoskopija buvo normali 8 613 pacientų (67 %) ir biopsijos buvo imtos 4 251

pacientui (33 %). Aukšto laipsnio displazijos diagnozę patologai nustatė 3,1 % kolonoskopuotų ligonių ir vėžys buvo patvirtintas 3,1 % kolonoskopuotų ligonių.

Išvados

Nustatyta, kad programoje yra priešingi Europos Sąjungos kokybės reikalavimams informavimo (95 % rekomendacijose vs 30,5 % programoje) ir įtraukimo (45 % rekomendacijose vs 100 % programoje) rodikliai. Siuntimo kolonoskopijai ir kolonoskopijos atlikimo rodikliai yra daug mažesni, negu keliami kokybės reikalavimuose. Patologinis ištyrimas atitinka kokybės standartus.

Objective

We aim to study is to review the National colorectal cancer (CRC) screening program in Lithuania according to the criteria, set by the European Union (EU).

Methods

CRC screening services are provided free of charge to the population. National health insurance fund reimburses institutions for performing each service; each procedure within the program has its administrative code. All the information about performance of the program is collected in one institution – national health insurance fund. The results of the Program were retrieved from the database of Lithuanian Health Insurance fund from the start of the program on July 1st 2009 to July 1st, 2012. Descriptive analysis of epidemiologic indicators was performed. Results were compared with the references in the guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis.

Results

Information service (which involves fecal immune testing (FIT) was provided to 271 396 of 890 309 residents. The screening uptake was 30.5% over three years. During this period 19 455 FIT's (7.2%) were positive and 251 941 FIT's were negative (92.8%). Referral for colonoscopy was performed in 10 190 patients (52.4%). Colonoscopy was performed in 12 864 patients (66.1%). Colonoscopy did not reveal any findings in 8613 patients (67.0%). Biopsies were performed in 4251 patients (33.0%). Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists was 3.9%; rate of cancer – 3.1% of all colonoscopies.

Conclusion

Colorectal cancer screening program in Lithuania meets most of the requirements for CRC screening programs. The invitation coverage and rate of referral for colonoscopy after positive FIT should be improved.

21.

Endoscopic closure of fistulas, anastomotic leaks and perforations of gastrointestinal tract with OTSC System (OVESCO)

Gintautas Radžiūnas, Inga Kildušienė,
Juozas Stanaitis, Arnoldas Krasauskas,
Narimantas Evaldas Samalavičius

*Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Santariškių g. 1,
Vilnius; gradziunas@yahoo.com*

Introduction

Management of perforations of gastrointestinal tract, anastomotic leakages and fistulas remains a problem in gastrointestinal surgery and endoscopy. OTSC (Over-The-Scope Clip) System of OVESCO represents a new class of endoscopic clips providing significantly more strength and better tissue capture compared to conventional clips delivered through the working channel of the flexible endoscope. The OTSC System could be used in flexible endoscopy for 1) acute bleeding, 2) full thickness wall closure, 3) compression as well as approximation of tissue, and 4) management of complications after endoscopic or surgical interventions.

Objective / Results

We aim to share the initial experience with OTSC System in restitution of integrity of digestive tract. In 2013–2014 in Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos and Institute of Oncology, Vilnius University, 8 patients were treated with OTSC System. There were 5 males and 3 females, age 35–83 years. Indications for procedure were: 4 anastomotic leaks and subacute fistulas after esophageal resection, gastrectomy and partial gastrectomy, 2 perforations due to necrotic pancreatitis after multiple operations – stomach and duodenum, 1 chronic fistula after esophageal resection, and 1 acute perforation of the descending colon during colonoscopic polypectomy. Initial success was achieved in 6 out of 8 cases, completeness of closure checked radiologically or injecting methylene blue solution immediately after clip application. Total number of clips applied was 11. In two cases two clips were applied at the initial procedure, and in one case repeated clip application was performed after the week, when clinically and radiologically signs of fistula recurred. At the follow-up in 6 cases out of 8

no fistula/dehiscence was present, in one case of necrotizing pancreatitis new fistula developed in another place, one case with persistent fistula is still being under the treatment.

Conclusions

OTSC System – new efficient endoscopic means for closure of leak, fistula and perforation. Complete fistula/leak/perforation closure was achieved in 6 out of 8 (75%) cases using OTSC System.

22.

Mucininiai kirmėlinės ataugos navikai: VULSK 10 metų patirtis

Martynas Sokolovas

*VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Liepojos g. 45, Klaipėda;
marsok@takas.lt*

Kirmėlinės ataugos mucininis navikas (AMN) – labai reta liga, kuri pasitaiko 0,2–0,7 % visų apendektomijų. Tai yra pilvaplėvės pseudomiksomos (PP) pradininkas, kuris nepakankamai gydant išplinta po visą pilvo ertmę. Vis dar aktyviai diskutuojama dėl šios ligos klasifikacijos ir gydymo. Šiuo metu PP gydymo auksinis standartas – citoredukcinė operacija (CRS) ir intraperitoninė chemoterapija (HIPEC).

Tikslas

Apžvelgti pacientų, sergančių AMN demografinius, klininius, radiologinius, perioperacinius rodiklius ir baigtis.

Metodai

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų retrospektyvi studija, į kurią įtraukti pacientai, operuoti nuo ūminio apendicito ar įtariamo AMN. Diagnozė patvirtinta histologiškai. Analizuota klasifikacijos galimybės, demografiniai, klininiai, diagnostikos ir perioperaciniai rodikliai.

Rezultatai

Mūsų centre nuo 2003 m. sausio iki 2013 m. liepos, įtarus apendicitą, buvo operuota daugiau nei 3100 pacientų. Iš jų 25 pacientai (0,8 %) dėl AMN. Amžiaus vidurkis buvo 68,4 m. Simptomų trukmė – 6,8 mėn. Dažniausiai pasireiškė dešinėsios klubinės srities skausmas – 20 pacientų (80 %). Šešiems pacientams (24 %) ultragarsiniu tyrimu buvo rastas cistinis darinys dešinėje klubinėje srityje. Kompiuterinės tomografijos metu nustatytas cistinis darinys 13 atvejų (52 %). Visi

pacientai buvo operuoti: 11 atlikta apendektomija (44 %), 5 (20 %) – dešinioji hemikolektomija, 2 – CRS/HIPEC, 2 tik CRS. Histologiškai, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos klasifikacija, rasta: adenoma 12 pacientų (48 %), mažo piktybinio potencialo AMN – 11 pacientų (44 %), 2 (8 %) – didelio piktybinio potencialo AMN. Pooperacinių komplikacijų buvo 8 pacientams, iš jų 2 pacientai mirė. Stebėjimo vidurkis – 27,2 mėn.; 5 metų išgyvenamumas – 62 %.

Išvados

AMN – reta patologija, kuri nustatoma kirmėlinės ataugos histologiniu tyrimu. Mes siūlome naują gydymo algoritmą.

23.

Vaizdo pranešimas „Laparoskopinė vaginoplastika panaudojant riestinės žarnos segmentą“

Martynas Sokolovas, Virginijus Diržauskas

VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Liepojos g. 45, Klaipėda;
marsok@takas.lt

Tikslas

Pristatyti Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sindromo operacinio gydymo klinikinę atvejį.

Metodika

Pacientei, turinčiai Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser sindromą, pirmą kartą Lietuvoje buvo atlikta laparoskopinė makšties suformavimo naudojant riestinės žarnos segmentą operacija.

Išvados

Laparoskopinė vaginoplastika – pranašesnis gydymo metodas negu iki šiol naudotieji.

24.

Complete response after neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer

Narimantas Evaldas Samalavičius

Center of Oncosurgery, Oncology Institute of Vilnius University,
Santariskiu Str. 1, Vilnius, Lithuania; Narimantas.Samalavičius@vuoi.lt

Complete response and disappearance of adenocarcinoma in the rectum after neoadjuvant chemoradiotherapy (usually standard long course radiotherapy with two cycles 5 FU based chemotherapy was used) has been reported to be observed in up to 30% of cases. However, proportion of complete responders in different series varies largely. It is generally agreed, that complete responders have favorable prognosis, which is similar to those with T1 rectal cancer. Habra Gamma et al. from Brazil have repeatedly reported reasonable results in this subset of patients if they were not treated surgically and followed up closely – ‘watch and wait’ protocol was been used. Avoiding surgery eliminates adverse consequences of standard multimodal rectal cancer treatment: surgery related morbidity and mortality, need of abdominoperineal resection and permanent colostomy, fecal incontinence, sexual and urinary disorders etc. In small selected series from different countries, other authors have been supporting the rationale of ‘wait and watch’ approach. Published data in the literature contains some evidence that delaying surgery after neoadjuvant treatment for more than 6 or 8 weeks may be related with increasing number of complete responders. However, there are challenges in determining complete pathological response in the group of patients having complete clinical response who are included in ‘watch and wait’ protocol. Local excision (f.e. transanal endoscopic microsurgery) of previous rectal cancer site (scar or ulcer) may help in delineating complete pathological responders more accurately.

At the Oncology Institute of Vilnius University, with a number of up to 200 new rectal cancers treated annually using standard multimodal therapy (neoadjuvant treatment (when indicated) plus radical surgery), over last 10 years complete response has been observed in less than 10 percent of cases. It may be related with the fact that we use largely Swedish regimen (short course radiotherapy), and neoadjuvant treatment with long course radiotherapy is used only for large tumors (T4, or T3 with endangered circumferential resection margin).

Conclusions

Identification of complete pathological response after chemoradiotherapy for rectal cancer is challenging. Level of evidence to support “watch and wait” policy is low, thus total mesorectal excision remains a gold standard for complete clinical responders. “Watch and wait” approach in complete clinical responders (alone or with local excision) may be offered only as a part of clinical trial.

25.

Elective colectomy after radical colonoscopic polypectomy for unexpected polypoid T1 cancer

Nikas Samuolis, Narimantas Evaldas Samalavičius

Oncology Institute of Vilnius University, Santariskiu Str. 1, Vilnius, Lithuania; nikassamuolis@gmail.com

Objective

The treatment of early-stage colorectal cancers removed endoscopically depends on histopathologic findings. The aim of this retrospective study was to assess the benefit-risk balance for patients who underwent colectomy after endoscopic polypectomy of a T1 carcinoma with unfavourable histological factors.

Methods

From January 1st 2004 to February 28th 2014 twenty-three patients (12 men and 11 women, age median 66 years) who underwent colectomy after endoscopic resection of malignant polyps with T1 carcinoma were included in this retrospective study. Specimens resected after endoscopic polypectomy showed at least one of the following unfavourable factors: no free margin or piecemeal resection. The main objective was to assess the benefit-risk balance of an oncological resection performed after the polypectomy. Oncological benefit was measured by the lymph node metastasis rate. The risk was measured by the occurrence of severe complications of grade III–IV or death.

Results

The most common localisation of T1 cancer was sigmoid colon – 10 cases (43.5%) and upper rectum – 9 cases (39.1%). 9 (39.1%) patients had well-differentiated adenocarcinoma (G1), others (14 patients from 23, 60.9%) – moderate differentiated adenocarcinoma (G2). Main indications of colectomy were two: the margin of resection ≤ 1 mm ($n = 17$) and piecemeal resection ($n=7$). The most common surgical operation was rectal resection with partial mesorectal excision – 9 (39.1%). Oncological benefit of colectomy was reached for two patients (8.7%), who had lymph node metastasis. Five patients (21.7%) presented postoperative complications. These complications did not rise surgery risk, because all of them were of I–II grade according to Clavien classification. There were no deaths.

Conclusion

8.7 % of patients, who underwent oncological colectomy after endoscopic polypectomy for unexpected polypoid T1 cancer with unfavourable histology (no free margin or piecemeal polypectomy) had metastasis in the lymph nodes, thus this study suggests the rationale of oncological surgical resection after endoscopic polypectomy for these patients.

26.

Management of locally advanced rectal cancer: How and when?

Seung-Kook Sohn

Department of Surgery, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Introduction

The management of rectal cancer has fundamentally changed in the last 3 decades with the introduction of staging modalities, total mesorectal excision (TME), chemoradiotherapy (CRT), and multidisciplinary management. Preoperative CRT, followed by TME, is current preferred treatment in patients with locally advanced rectal cancer, resulting in improved local control. After CRT and surgery, 15–27% of patients may show a pathologic complete response (pCR). This pCR is associated with excellent long-term outcome. However, there are still controversies in terms of shorter or longer fractionations of radiotherapy, enhancement of the effect of preoperative radiotherapy by adding newer chemotherapy, tumor response assessment strategies, restaging after preoperative CRT, additional chemotherapy during waiting period after CRT, optimal time interval between completions of CRT and surgery.

The optimal time interval between CRT and surgery remains uncertain. Surgery has generally been performed 6 to 8 weeks after conventional CRT. However, many investigators suggest longer intervals for greater response to CRT and some of them even recommend intermittent chemotherapy during intervals.

Objective and discussion

One aim of preoperative CRT is tumor downstaging and reducing tumor volume, which may enable to obtain adequate resection margin and to perform sphincter-saving surgery. From our data, after preoperative CRT, the rate of abdominoperineal resection reduced from 45% to 11% with com-

parable local recurrence rate (4.7%) in patients with rectal cancer less than 5cm from anal verge. Also the data showed that sphincter preservation after preoperative CRT was successfully performed in 88.8% of all patients and 18% of complete response rate in pathologic assessment was achieved and 3-year local recurrence rate was 6.2%.

Another issue from preoperative CRT is extent of lymphadenectomy. Although the Japanese guidelines recommend lateral lymph node dissection in locally advanced lower rectal cancer, this is based on patients without preoperative CRT. In Korea, lateral lymph node dissection is not a routine procedure except in case of suggestive radiologic or clinical findings. From our postal survey to colorectal surgeons, 81% of questioned surgeons answered that they would perform lateral lymph node dissection only in suspect of lymph node metastasis.

In case of good responders after preoperative CRT, there is some debate on adequate management. Most of the surgeons still favor definite surgery after good clinical response. In contrast, there are two other modalities, one is "wait-and-see" policy and the other is local excision. Data of "Wait-and-see" policy is derived mainly from Habr-Gama group in Brazil. Recent data of this group showed 74% of the patients with cCR do not require salvage surgery. Maas et al. also reported 5% local recurrence rate after "Wait-and-see" policy. However, other studies showed high local failure rate from 23%-83%. This discrepancy derived from the difference of clinical complete response and difference of nodal response.

Local excision is regarded as one possible treatment option after good response from preoperative CRT. Local recurrence rate ranged from 0-11.1%. Retrospective data revealed that 0-7% local recurrence rate after LE in ypT0-2, however, 21% local failure in ypT3. Until there is further definitive data, patient selection must continue to be made on a highly individualized basis.

Conclusions

Laparoscopic surgery is being performed widely in rectal cancer surgery. Feasibility of laparoscopic surgery after preoperative CRT is confirmed by well-designed COREAN trial. However, data on oncologic safety of laparoscopic surgery after preoperative CRT is lacking. From our data, we compared 55 open surgery patients with 110 laparoscopy surgery patients after preoperative CRT. Like other results, longer operation time and faster recovery and shorter hospital stay was demonstrated in laparoscopy group. There was no difference between the two groups regarding anastomotic leakage rate, overall morbidity and 3-year overall survival. This data

could demonstrate the safety of laparoscopy surgery in mid-term oncologic outcomes after preoperative CRT.

Likewise, the multimodal treatment for locally advanced rectal cancer is still under discussion in various issues. Thus, further evidence will be needed to optimize the standard protocol on the basis of oncologic safety.

27.

Lazy S technique for the Pilonidal Sinus

Shekhar Suradkar

MBBS, MS, FAIS, FAMS, FARCSI

Introduction

Pilonidal disease is the acquired disease of young males occurring commonly in the sacrococcygeal area. It leads to array of problems including abscess and chronic sinus formation. Treatment is usually surgical but takes weeks to heal with lay-open or marsupialization technique and is known to recur with other plasty operations

Objective

Our objective is to find a minimally invasive technique that needs less dissection, causes less scarring and recurrence.

Material

We included the data of 42 Males (average 24 year; range 20-55) in the study from the year 2007-2012 prospectively followed up in a case to case filing system. Patients were carefully selected on the basis of failure of medical treatment, more than 2 attacks of abscess formation and those who had 3-5 pits in and around the midline.

Method

After inducing spinal anesthesia, patients were put in prone position. After preparing the area in a sterile fashion, the wound was infiltrated with solution of 100 ml of Normal Saline with 5 drops of Nor- Adrenaline to achieve complete hemostasis and aid the dissection. Excision of the complete track over fistulotomy probe or beginning at one end and excising the complete track was done while staying close to the wall of sinus. Care was taken not to dissect in the deeper than the sinus. This assured the flaps to stay close together and aided in tension free approximation. Next, a semilunar incision on both sides facing in the opposite direction with raising 2 cm flaps was done to release the tension on the midline clo-

sure and to pull the scar laterally. Suction drains were used at the end. The end result after suturing looked like an lazy S shape. Patients were advised to avoid sitting on the buttocks till the complete healing of wound. Patients were advised to sleep post-operatively in lateral or prone position, maintain hygiene, fortnight depilation with lifestyle modification and usage of donut ring.

Results

Patients were regularly followed up in the clinic. Immediate post-operative complications included Hematoma formation (1, 2.1%) and wound break down (1, 2.1%). Our technique had 2 (2.01%) recurrences that were managed with z plasty

in one patient & in another same procedure was followed with good result

Conclusions

Pilonidal sinus is a complicated disease and with prolong healing time in open lay or marsupialization technique & tends to recur with other technique which also involves lot of mobilization, dissection and morbidity. Our technique was for simple, less complicated cases of Pilonidal sinus with minimum complication rate and negligible recurrence. The technique helps to eradicate the pathology and can be sutured with a formation of strong sustainable scar which is off the midline and thereby does'nt break down.