33. ČESKÝ A SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES
PRAHA 2015

Transanální operace Wolfovým rektoskopem

Hladík P. Skořepa J., Polanecký O., Pastor J.
Adámek S.
III. chirurgicka klinika 1. LF UK Praha, FN Motol

FN MOTOL

TEMS

Transanal **E**ndoscopic
Micro**S**urgery

TEMS

- Endoskopická
- Miniinvazivní
- Mikrochirurgická
- Transanální
- Stereooptická - 3D

TEMS

- Gerhard Buess
- 1983
- Tübingen

- Buess G, Hutterer F, Theiss J, Bobel M, Isselhard W, Pichlmaier H. [A system for a transanal endoscopic rectum operation]. Chirurg. 1984;55:677-80

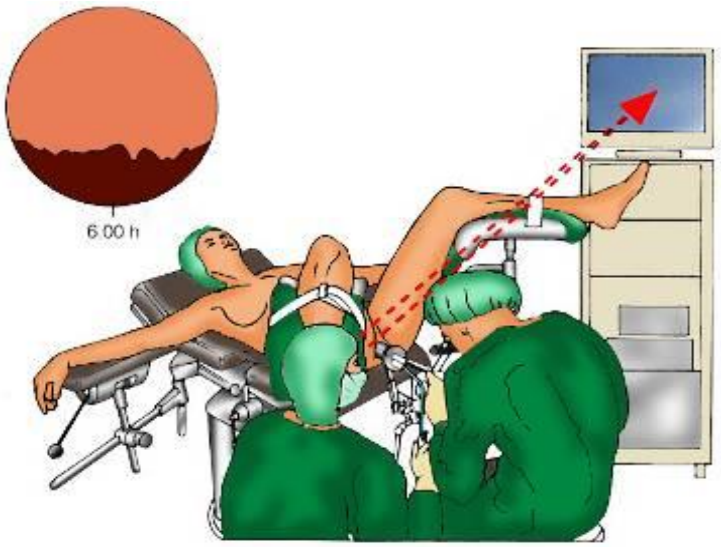
TEMS - instrumentarium

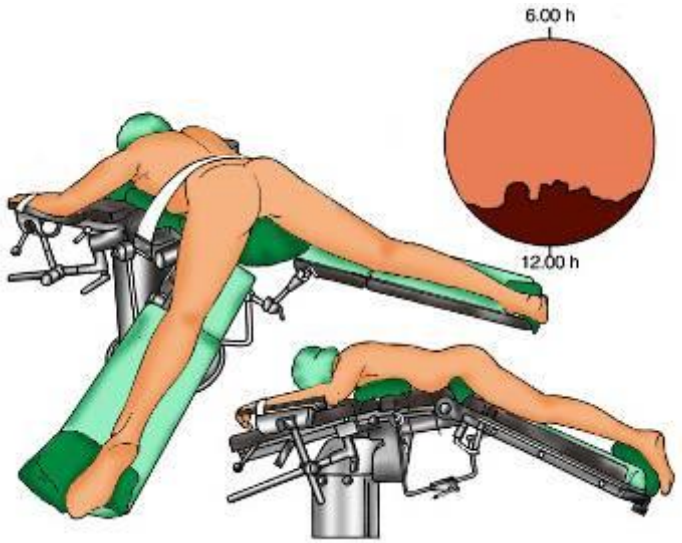
Technika vyžaduje speciální edukaci operatéra

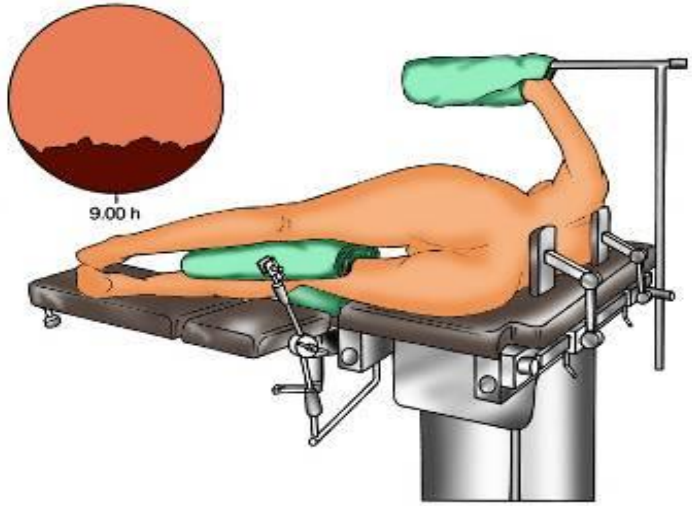
Harmonický skalpel

- Snížení krvácení
- Přehlednost
- Zkrácení operace

TEMS – poloha pacienta







TEMS - anatomické možnosti

- Přední stěna 12cm
- Laterální stěna 15cm
- Zadní stěna 20cm
- „Resekce na volném střevě“
- „Cirkulární léze“

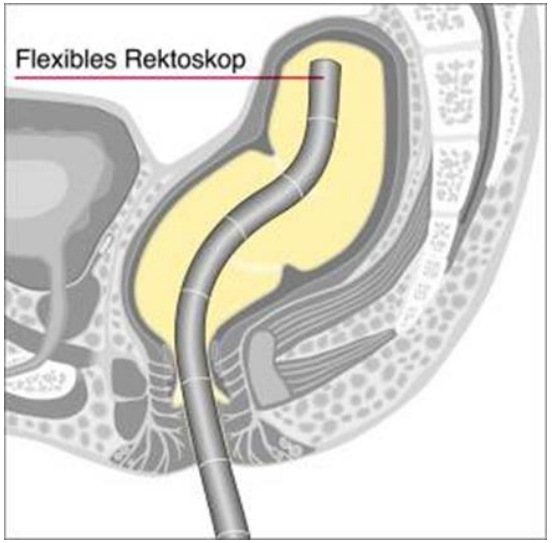
TEMS - indikace

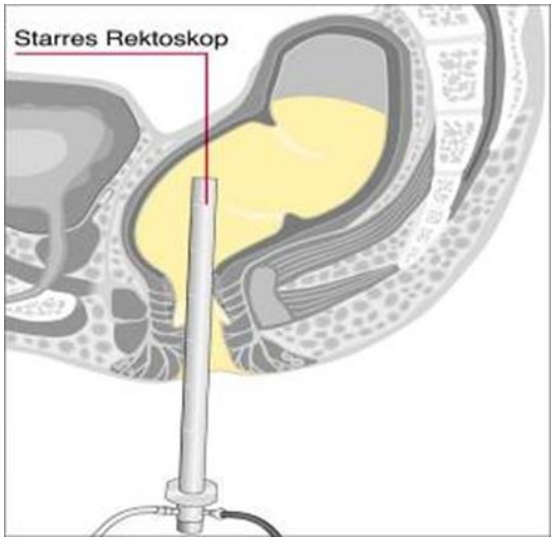
- **Benigní**
  polypy
  adenomy
  karcinoidy
  stenozy
  vysoká píštěl
  endometrioza
  abscesy
  prolapsy
  cévní dysplazie

- **Maligní**
  adenokarcinom
- kurabilní
  Tis, T1N0M0 G1-2 L0
- Podmíněně kurabilní
  T2N0M0 G1-2 L0
- Paliativní
  high-risk Ca T1, T2
  T3, T4

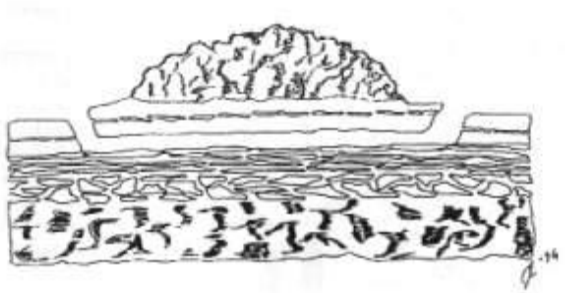
TEMS – diagnostika

- **Per rectum !!!**
- Kolonoskopie
- Rektoskopie
- Biopsie – histologie
- EndoUZ
- MRI?
- **CT plic**
- **CT břicha**
- **Onkomarkery**
- **PET/CT při susp. na meta postižení ?**

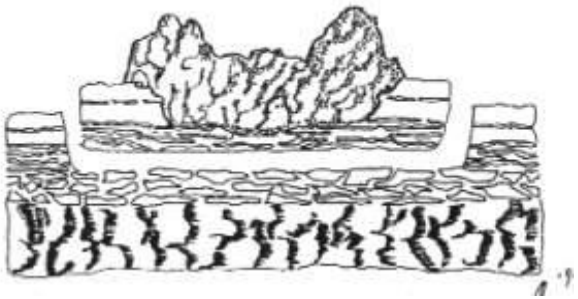




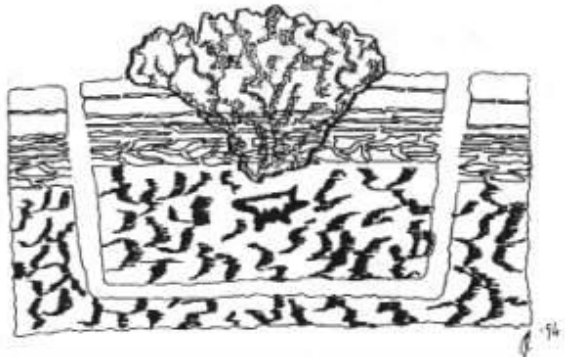
TEMS - resekce



submukozní resekce



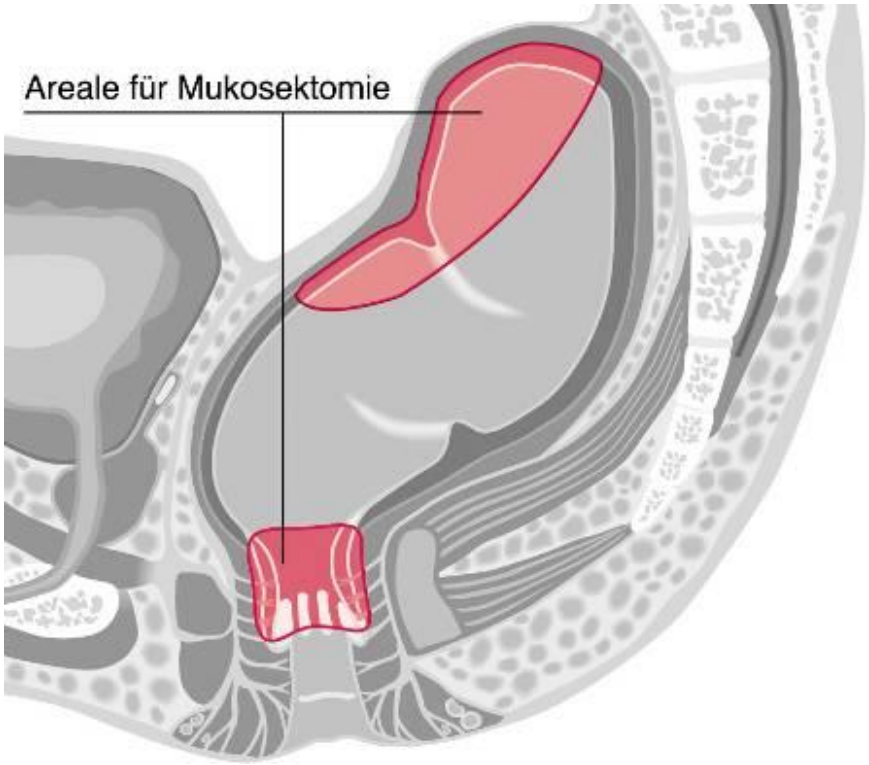
parciální resekce



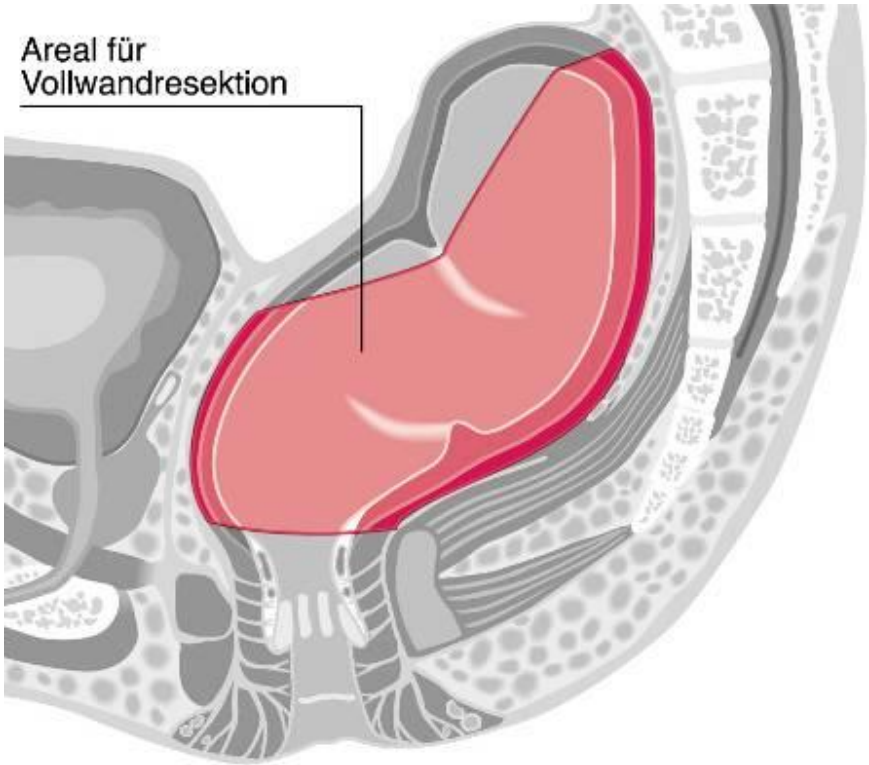
resekce celé stěny

Zóny reskce

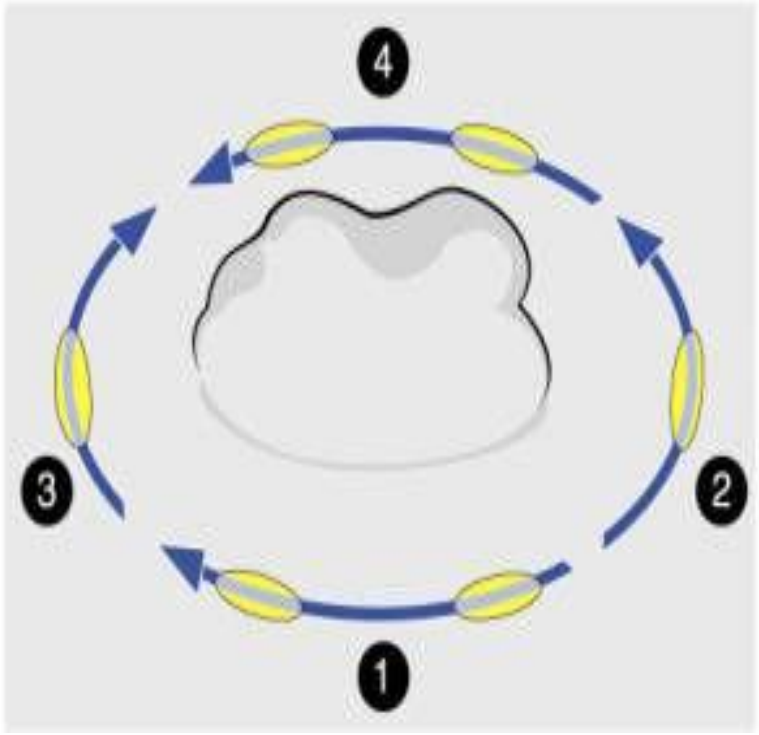
Zona parciální reskce

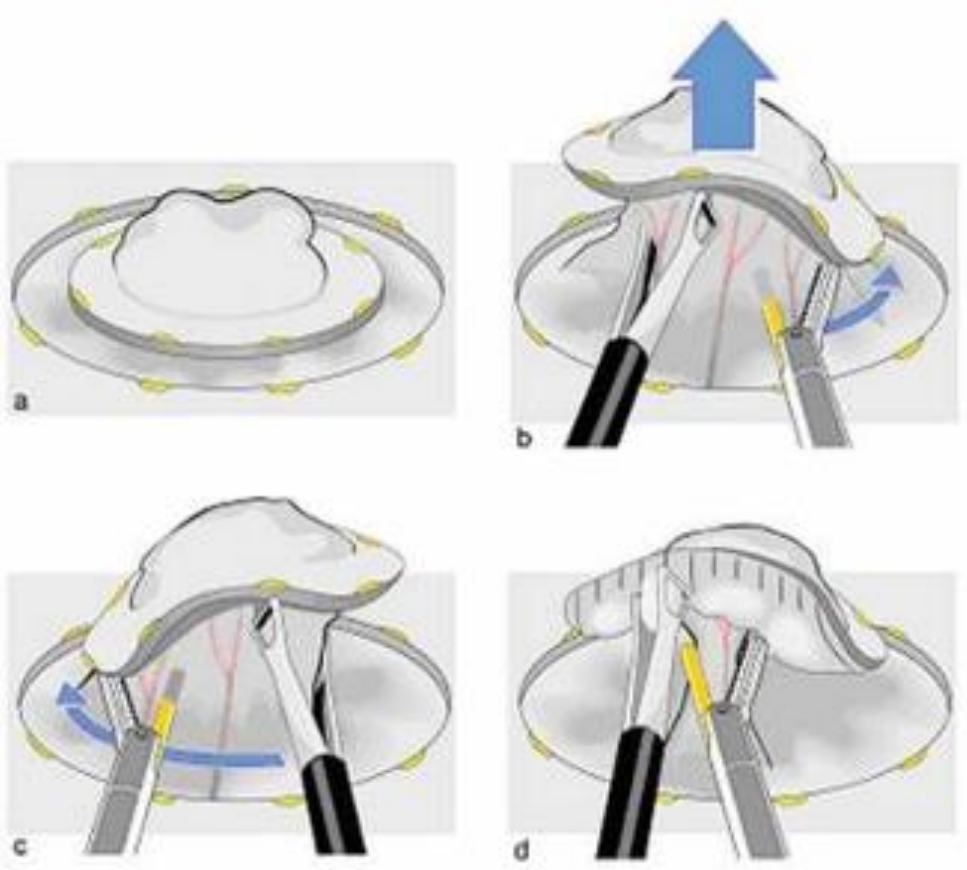


Zona transmurální resekce

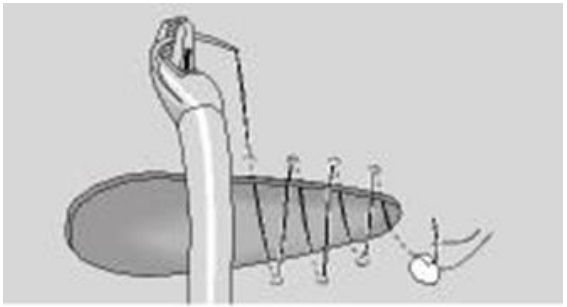


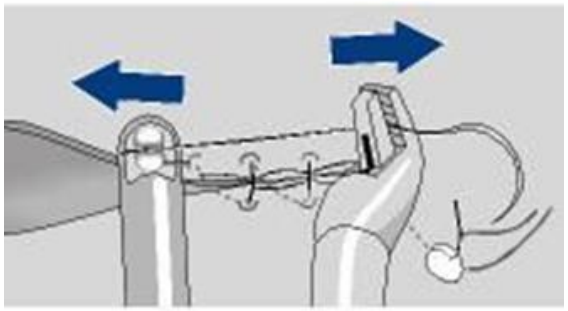
TEMS – technika resekce

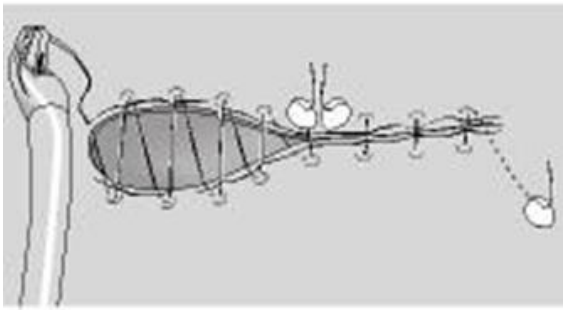


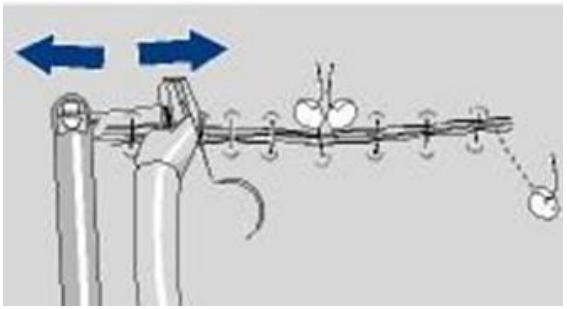


TEMS
technika sutury

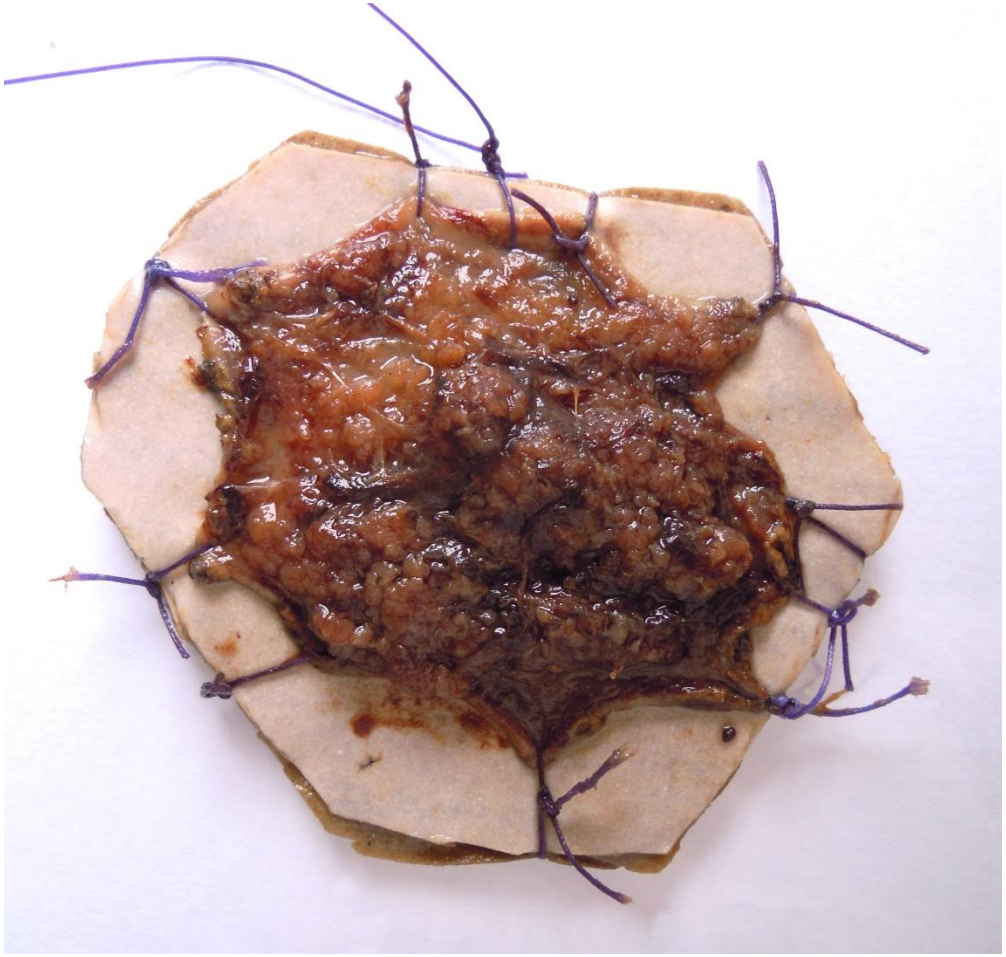








Preparát



TEMS - adenomy

TEM x TAE x ESD x EMR

- **Early local recurrence after single intervention in the EMR series was significantly higher than in the TEM series (11.2 vs 5.4%, respectively;P=0.04)**
  Barendse RM, van den Broek FJC, Dekker E et al. Systematic review of endoscopic mucosal resection versus transanal endoscopic microsurgery for large rectal adenomas. Endoscopy 2011;43:941–55.

- **They reported a significantly higher local recurrence rate after TE than after TEM (31.5 vs 8.8%, respectively).**
  Langer C, Liersch T, Su ss M et al. Surgical cure for early rectal carcinoma and large adenoma: transanal endoscopic microsurgery (using ultrasound or electrosurgery) compared with conventional local and radical resection. Int J Colorectal Dis 2003;18:222–29.

TEMS - adenomy

TEM x TE x ESD x EMR

- **ESD is an effective procedure for treating noninvasive non-polypoid colorectal tumors. These tumors may be difficult to resect en bloc by conventional EMR. The use of ESD results in a higher en-bloc resection rate and is less invasive than surgery.**
  Colorectal endoscopic submucosal dissection: Technical advantages compared to endoscopic mucosal resection and minimally invasive surgery Yutaka Saito,1 Masayoshi Yamada,1 Eriko So,1 Seiichiro Abe,1 Taku Sakamoto,1 Takeshi Nakajima,1 Yosuke Otake,1 Akiko Ono2 and Takahisa Matsuda1 1Endoscopy Division, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan; and 2Digestive Diseases Department, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain

- **The ESD procedure appears to be a safe technique, but TEM achieves a higher R0 resection rate when performed in full-thickness fashion, significantly reducing the need for further abdominal treatment. The R0 resection rate was 74.6 % (95 % CI 70.4–78.4 %) for the ESD patients versus 88.5 % (95 % CI 85.9–90.6 %) for the TEM patients (P\0.001).**
- *Systematic review and meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus transanal endoscopic microsurgery for largenoninvasive rectal lesions Alberto Arezzo Received: Surg Endosc (2014) 28:427–438*

TEMS - karcinom rekta indikace

- Tis, T1N0M0, G1-2, L0, V0, PNI 0
- Velikost ≤3cm
- Okraje min.3mm
- Vzdálenost max. 8-12cm
- Max. 30-40% obvodu
- Mobilita léze
- St.p. EPE malignizovaného polypu - nejasná histologie

Multidisciplinary team
MDT

- Chirurg
- Onkolog
- Radiolog
- Gastroenterolog
- Patolog

Guidelines

Printed by Pavel Hladík on 9/24/2014 1:12:45 PM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2014 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.

NCCN Guidelines Version 1.2015 Panel Members
Rectal Cancer

NCCN Guidelines Index
Rectal Cancer Table of Contents
Discussion

Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†

These Clinical Practice Guidelines are endorsed by the Japanese Society of Medical Oncology (JSMO)

Correspondence to: ESMO Guidelines Working Group, ESMO Head Office, Via L. Taddei 4, CH-6962 Viganello-Lugano, Switzerland; E-mail: clinicalguidelines@esmo.org

nemožnost současné lymfadenektomie

- studie zabývající se rizikem vzniku uzlinových a vzdálených metastáz

Management of Early Invasive Colorectal Cancer

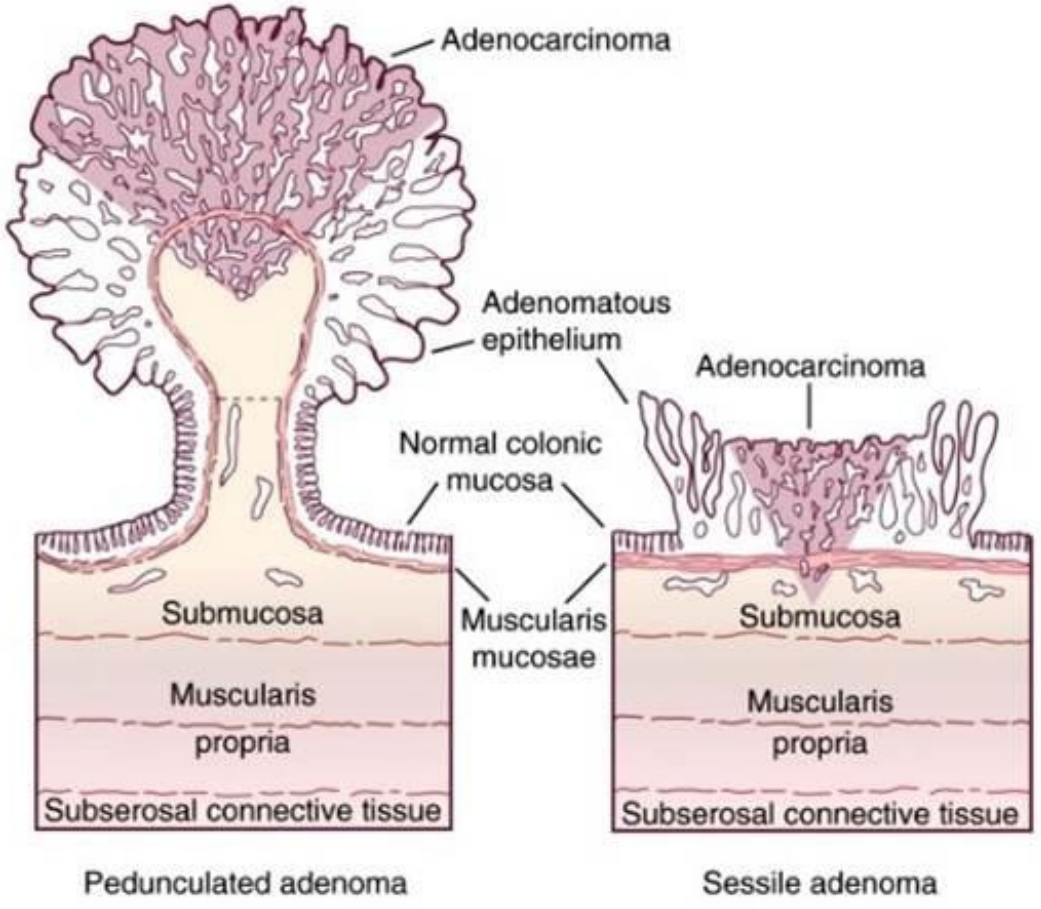
Risk of Recurrence and Clinical Guidelines

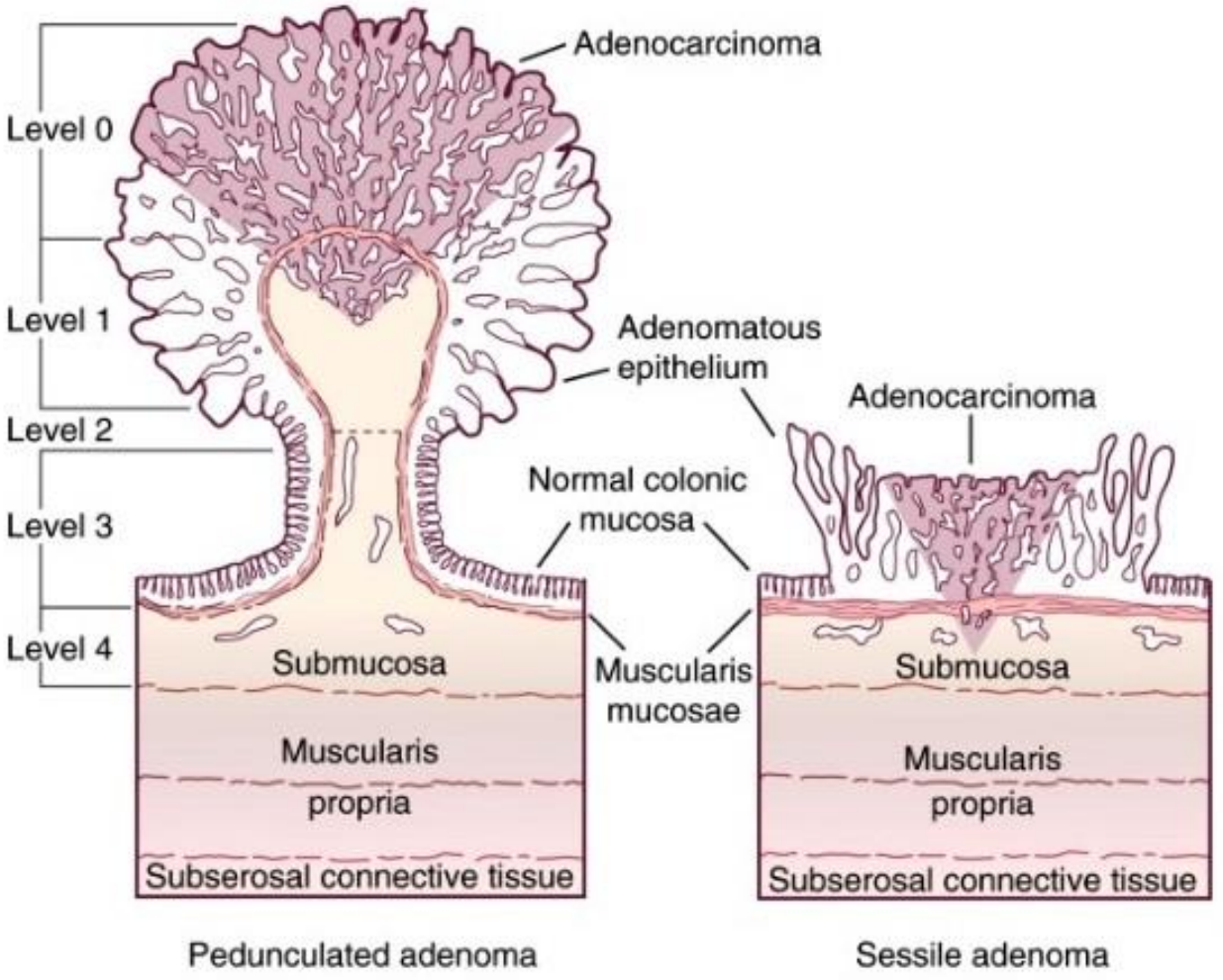
Ryuichi Kikuchi, M.D.,* Masahiro Takano, M.D.,* Koichi Takagi, M.D.,* Naoyuki Fujimoto, M.D.,* Ryoichi Nozaki, M.D.,* Tateshi Fujiyoshi, M.D.,† Yuzo Uchida, M.D.‡

*From *Coloproctology Center of Takano Hospital, Kumamoto, Japan, †Fujiyoshi Clinic, Kumamoto, Japan, and ‡Second Surgery, Oita Medical University, Oita, Japan*

Invaze do submukózy (pT1, Vienna 5)

- stopkaté polypy - Haggitt
- přisedlé léze (sessile) - Kikuchi

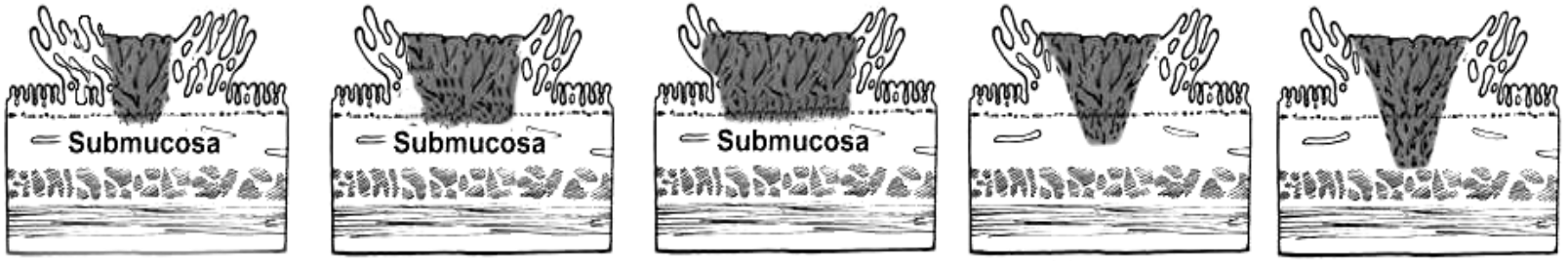




Haggitt level 1,2,3 = Kikuchi Sm1

level 4 = Sm1, Sm2 or Sm3

Kikuchi Levels and LN involvement



T1 sm1a	T1 sm1b	T1 sm1c	T1 sm2	T1 sm3
Invasive depth <1/3 through submucosa, usually <0.3mm. Invades <1/3 of width of adenoma	Invasive depth <1/3 through submucosa, usually <0.3mm. Invades >1/3 & <2/3 of width of adenoma	Invasive depth <1/3 through submucosa, usually <0.3mm. Invades >2/3 of width of adenoma	Invasive depth >1/3 and <2/3 of submucosa	Invasive depth >2/3 of submucosa but not into M.propria
	1-3%		8-10%	23-25%

Kikuchi et al *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1286

Management malignizovaných polypů

- sm1
  - kurativní výkon, když nejsou další rizikové faktory
- sm2 – stopkatý
  - kurativní, pokud je čistý resekční okraj
- sm2 – přisedlý
  - doporučuje se chirurgická resekce
- sm3
  - chirurgická resekce nutná

TEM vs. TME

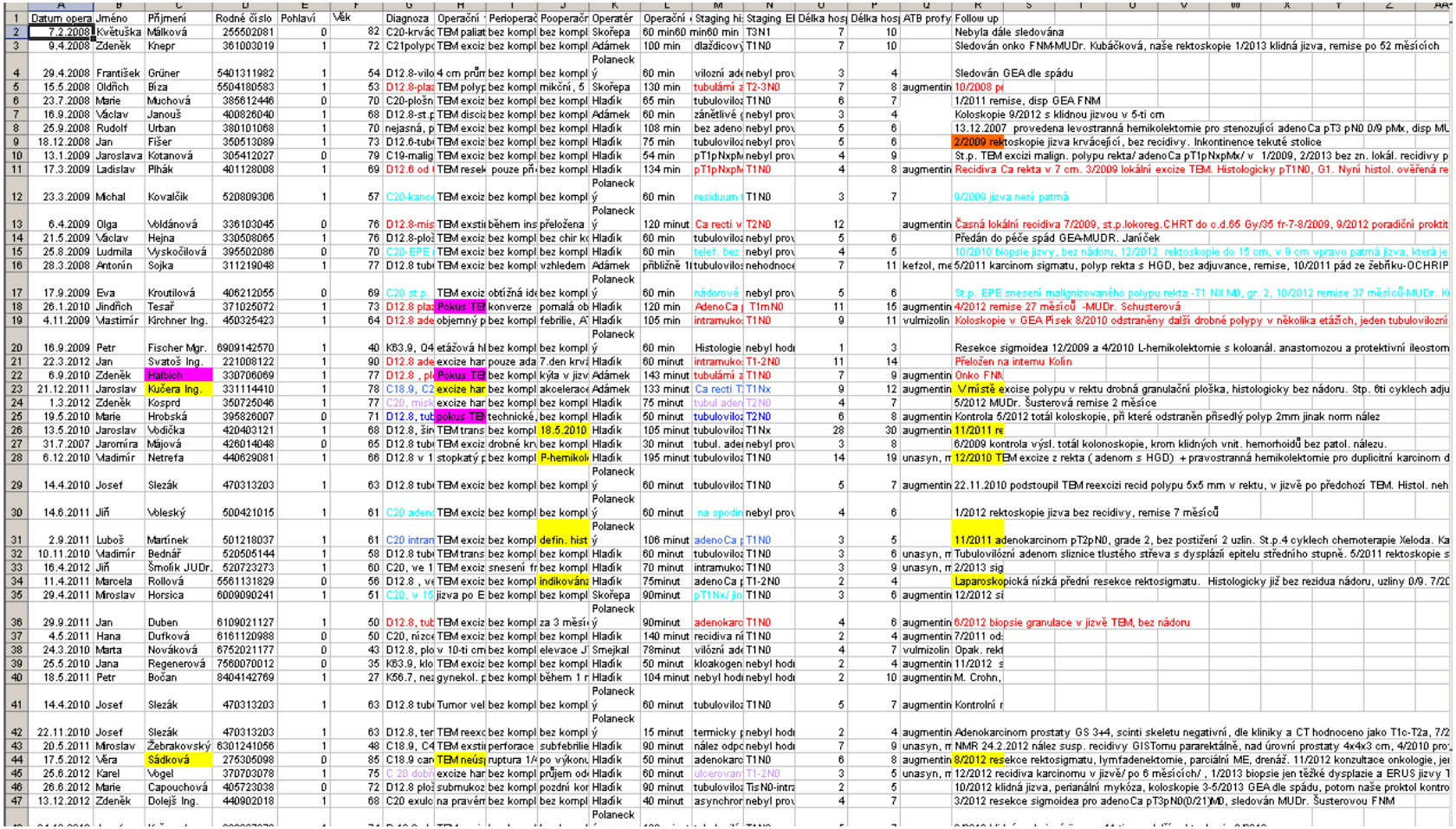
- **For patients with T1 rectal cancer, the distant metastasis, overall survival and disease-free survival rates did not differ between the TEM and TME groups, although the local recurrence rate after TEM was higher than that after TME**
  Comparison of Transanal Endoscopic Microsurgery and Total Mesorectal Excision in the Treatment of T1 Rectal Cancer: A Meta-AnalysisJun-Yang Lu, Guo-Le Lin, Hui-Zhong Qiu, Yi Xiao, Bin Wu, Jiao-Lin Zhou Department of General Surgery, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing, China 100730, PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0141427 October 27, 2015*

- **Globally, a significantly lower postoperative complication rate was reported after TEM, compared with TME (8.2 vs 47.2%; P=0.01), with no mortality, confirming the safety of TEM, even in the treatment of early rectal cancers. A significantly higher local recurrence rate was found after TEM (12 vs 0.5%; P=0.004). However, the wide range of local recurrence rates from 4–18%**
  Wu Y, Wu YY, Zhu BS et al. TEM and conventional rectal surgery for T1 rectal cancer: a meta-analysis. Hepatogastroenterology 2011;58:364–68.

TEM x TME

- **Ten trials including 942 patients were retrieved. There was a trend toward a higher risk of local recurrence (odds ratio 2.78; 95% confidence interval 1.42, 5.44; z = 2.97; P < 0.003) and overall recurrence (P < 0.01) following TEMS compared with RR. The risk of distant recurrence, overall survival (odds ratio 0.90; 95% confidence interval 0.49, 1.66; z = 0.33; P = 0.74) and mortality was similar. TEMS was associated with a shorter operation time and hospital stay and a reduced risk of postoperative complications (P < 0.0001). The included studies, however, were significantly diverse in stage and grade of rectal cancer and the use of neoadjuvant chemoradiotherapy.**
  M. S. Sajid, S. Farag, P. Leung, P. Sains, W. F. A. Miles and M. K. Baig Department of General and Laparoscopic Colorectal Surgery, Western Sussex Hospitals NHS Trust, Worthing Hospital, Worthing, UKSystematic review and meta-analysis of published trials comparing the effectiveness of transanal endoscopic microsurgery and radical resection in the management of early rectal cancer.Colorectal Dis. 2014 Jan;16(1):2-14. doi: 10.1111/codi.12474

Vlastní soubor -TEM



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	Datum opera	Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Pohlaví	Věk	Diagnoza	Operační	Perioperač	Pooperačn	Operatér	Operační	Staging hi	Staging El	Délka hos	Délka hos	ATB profy	Follow up
2	7.2.2008	Květuška	Málková	255502081	0	82	C20-krvác	TEM paliat	bez kompl	bez kompl	Skořepa	60 min	60 min	T3 N1	7	10		Nebyla dále sledována
3	9.4.2008	Zdeněk	Knepr	361003019	1	72	C21polyp	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Adámek	100 min	dlaždicový	T1 N0	7	10		Sledován onko FNM-MUDr. Kubáčková, naše rektoskopie 1/2013 klidná jizva, remise po 52 měsících
4	29.4.2008	František	Grüner	5401311982	1	54	D12.8-vilo	4 cm prům	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	60 min	vilozní ade	nebyl prov	3	4		Sledován GEA dle spádu
5	15.5.2008	Oldřich	Bíza	5504180583	1	53	D12.8-plaz	TEM polyp	bez kompl	mikční , 5	Skořepa	130 min	tubulární a	T2-3N0	7	8	augmentin	10/2008 pi
6	23.7.2008	Marie	Muchová	385612446	0	70	C20-plošn	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	65 min	tubuloviloz	T1N0	6	7		1/2011 remise, disp GEA FNM
7	16.9.2008	Václav	Janouš	400826040	1	68	D12.8-st.p	TEM discíz	bez kompl	bez kompl	Adámek	60 min	zánětlivé (	nebyl prov	3	4		Koloskopie 9/2012 s klidnou jizvou v 5-ti cm
8	25.9.2008	Rudolf	Urban	380101068	1	70	nejasná, p	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	108 min	bez adeno	nebyl prov	5	6		13.12.2007 provedena levostranná hemikolektomie pro stenozující adenoCa pT3 pN0 0/9 pMx, disp ML
9	18.12.2008	Jan	Fišer	350513089	1	73	D12.6-tub	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	75 min	tubuloviloz	nebyl prov	5	6		2/2009 rektoskopie jizva krvácející, bez recidivy. Inkontinence tekuté stolice
10	13.1.2009	Jaroslava	Kotanová	305412027	0	79	C19-malig	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	54 min	pT1pNxpM	nebyl prov	4	9		St.p. TEM excizi malign. polypu rekta/ adenoCa pT1pNxpMx/ v 1/2009, 2/2013 bez zn. lokál. recidivy p
11	17.3.2009	Ladislav	Plhák	401128008	1	69	D12.6 od	TEM resek	pouze pří	bez kompl	Hladík	134 min	pT1pNxpM	T1N0	4	8	augmentin	Recidiva Ca rekta v 7 cm. 3/2009 lokální excize TEM. Histologicky pT1N0, G1. Nyní histol. ověřená re
12	23.3.2009	Michal	Kovalčík	520809306	1	57	C20-kanc	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	60 min	residuum t	T1N0	3	7		9/2009 jizva není patrná
13	6.4.2009	Olga	Voldánová	336103046	0	76	D12.8-mis	TEM exstir	během ins	přeložena	Polaneck ý	120 minut	Ca recti v	T2N0	12		augmentin	Časná lokální recidiva 7/2009, st.p.lokoreg.CHRT do o.d.65 Gy/35 fr-7-8/2009, 9/2012 poradiční proktit
14	21.5.2009	Václav	Hejna	330508065	1	76	D12.8-ploš	TEM exciz	bez kompl	bez chir ko	Hladík	60 min	tubuloviloz	nebyl prov	5	6		Předán do péče spád GEA-MUDR. Janíček
15	25.8.2009	Ludmila	Vyskočilová	395502086	0	70	C20-EPE	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	60 min	telef. bez	nebyl prov	4	5		10/2010 biopsie jizvy, bez nádoru, 12/2012 rektoskopie do 15 cm, v 9 cm vpravo patrná jizva, která je
16	28.3.2008	Antonín	Sojka	311219048	1	77	D12.8 tub	TEM exciz	bez kompl	vzhledem	Adámek	přibližně 1	tubulovilos	nehodnoce	7	11	kefzol, me	5/2011 karcinom sigmatu, polyp rekta s HGD, bez adjuvance, remise, 10/2011 pád ze žebříku-OCHRIP
17	17.9.2009	Eva	Kroutilová	406212055	0	69	C20 st.p.	TEM exciz	obtížná ide	bez kompl	Polaneck ý	60 min	nádorové	nebyl prov	5	6		St.p. EPE snesení maligizovaného polypu rekta -T1 NX M0, gr. 2, 10/2012 remise 37 měsíců-MUDr. Kr
18	26.1.2010	Jindřich	Tesař	371025072	1	73	D12.8 pla	Pokus TEM	konverze	pomalá ob	Hladík	120 min	AdenoCa p	T1mN0	11	15	augmentin	4/2012 remise 27 měsíců -MUDr. Schusterová
19	4.11.2009	Vlastimír	Krchner Ing.	460326423	1	64	D12.8 ade	objemný p	bez kompl	febrilie, A	Hladík	105 min	intramuko	T1N0	9	11	vulmizolin	Koloskopie v GEA Písek 8/2010 odstraněny další drobné polypy v několika etážích, jeden tubuloviloní
20	16.9.2009	Petr	Fischer Mgr.	6909142570	1	40	K63.9, Q4	etážová hi	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	60 min	Histologie	nebyl hodi	1	3		Resekce sigmoidea 12/2009 a 4/2010 L-hemikolektomie s koloanál. anastomozou a protektivní ileostom
21	22.3.2012	Jan	Svatoš Ing.	221008122	1	90	D12.8 ade	excize har	pouze ada	7.den krvá	Hladík	60 minut	intramuko	T1-2N0	11	14		Přeložen na internu Kolín
22	6.9.2010	Zdeněk	Halbich	330706069	1	77	D12.8 , pl	Pokus TEM	bez kompl	kýta v jizv	Adámek	143 minut	tubulární a	T1N0	7	9	augmentin	Onko FNM
23	21.12.2011	Jaroslav	Kučera Ing.	331114410	1	78	C18.9, C2	excize har	bez kompl	akcelerace	Adámek	133 minut	Ca recti T	T1Nx	9	12	augmentin	V místě excise polypu v rektu drobná granulační ploška, histologicky bez nádoru. Stp. 6ti cyklech adju
24	1.3.2012	Zdeněk	Kosprd	350726046	1	77	C20, mist	excize har	bez kompl	bez kompl	Hladík	75 minut	tubul aden	T2N0	4	7		5/2012 MUDr. Šusterová remise 2 měsíce
25	19.5.2010	Marie	Hrobská	395826007	0	71	D12.8, tub	pokus TEM	technické,	bez kompl	Hladík	50 minut	tubuloviloz	T2N0	6	8	augmentin	Kontrola 5/2012 totál koloskopie, při které odstraněn přisedlý polyp 2mm jinak norm nález
26	13.5.2010	Jaroslav	Vodička	420403121	1	68	D12.8, šir	TEM trans	bez kompl	18.5.2010	Hladík	105 minut	tubuloviloz	T1Nx	28	30	augmentin	11/2011 re
27	31.7.2007	Jaromíra	Májová	426014048	0	65	D12.8 tub	TEM exciz	drobné kr	bez kompl	Hladík	30 minut	tubul. ade	nebyl prov	3	8		6/2009 kontrola výsl. totál kolonoskopie, krom klidných vnit. hemorhoidů bez patol. nálezu.
28	6.12.2010	Vladimír	Netrefa	440629081	1	66	D12.8 v 1	stopkatý p	bez kompl	P-hemikol	Hladík	195 minut	tubuloviloz	T1N0	14	19	unasyn, m	12/2010 TEM excize z rekta (adenom s HGD) + pravostranná hemikolektomie pro duplicitní karcinom d
29	14.4.2010	Josef	Slezák	470313203	1	63	D12.8 tub	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	60 minut	tubuloviloz	T1N0	5	7	augmentin	22.11.2010 podstoupil TEM reexcizi recid polypu 5x5 mm v rektu, v jizvě po předchozí TEM. Histol. neh
30	14.6.2011	Jiří	Voleský	500421015	1	61	C20 adeno	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	60 minut	na spodin	nebyl prov	4	6		1/2012 rektoskopie jizva bez recidivy, remise 7 měsíců
31	2.9.2011	Luboš	Martínek	501218037	1	61	C20 intran	TEM exciz	bez kompl	defin. hist	Polaneck ý	106 minut	adenoCa p	T1N0	3	5		11/2011 adenokarcinom pT2pN0, grade 2, bez postižení 2 uzlin. St.p.4 cyklech chemoterapie Xeloda. Ka
32	10.11.2010	Vladimír	Bednář	520505144	1	58	D12.8 tub	TEM trans	bez kompl	bez kompl	Hladík	60 minut	tubuloviloz	T1N0	3	6	unasyn, m	Tubulovilózní adenom sliznice tlustého střeva s dysplázií epitelu středního stupně. 5/2011 rektoskopie s
33	16.4.2012	Jiří	Šmolík JUDr.	520723273	1	60	C20, ve 1	TEM exciz	snesení fr	bez kompl	Hladík	70 minut	intramuko	T1N0	3	9	unasyn, m	2/2013 sig
34	11.4.2011	Marcela	Rollová	5561131829	0	56	D12.8 , vé	TEM exciz	bez kompl	indikována	Hladík	75minut	adenoCa p	T1-2N0	2	4		Laparoskopická nízká přední resekce rektosigmatu. Histologicky již bez rezidua nádoru, uzliny 0/9. 7/2
35	29.4.2011	Miroslav	Horsica	6009090241	1	51	C20, v 15	jizva po E	bez kompl	bez kompl	Skořepa	90minut	pT1Nx/ jiz	T1N0	3	6	augmentin	12/2012 si
36	29.9.2011	Jan	Duben	6109021127	1	50	D12.8, tub	TEM exciz	bez kompl	za 3 měsíc	Polaneck ý	90minut	adenokarc	T1N0	4	6	augmentin	6/2012 biopsie granulace v jizvě TEM, bez nádoru
37	4.5.2011	Hana	Dufková	6161120988	0	50	C20, nízce	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	140 minut	recidiva ní	T1N0	2	4	augmentin	7/2011 od
38	24.3.2010	Marta	Nováková	6752021177	0	43	D12.8, plo	v 10-ti cm	bez kompl	elevace J	Smejkal	78minut	vilózní ade	T1N0	4	7	vulmizolin	Opak. rekt
39	25.5.2010	Jana	Regenerová	7560070012	0	35	K63.9, klo	TEM exciz	bez kompl	bez kompl	Hladík	50 minut	kloakogen	nebyl hodi	2	4	augmentin	11/2012 s
40	18.5.2011	Petr	Bočan	8404142769	1	27	K56.7, nes	gynekol. p	bez kompl	během 1 r	Hladík	104 minut	nebyl hodi	nebyl hodi	2	10	augmentin	M. Crohn,
41	14.4.2010	Josef	Slezák	470313203	1	63	D12.8 tub	Tumor vel	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	60 minut	tubuloviloz	T1N0	5	7	augmentin	Kontrolní r
42	22.11.2010	Josef	Slezák	470313203	1	63	D12.8, ter	TEM reexc	bez kompl	bez kompl	Polaneck ý	15 minut	termicky p	nebyl hodi	2	4	augmentin	Adenokarcinom prostaty GS 3+4, scinti skeletu negativní, dle kliniky a CT hodnoceno jako T1c-T2a, 7/2
43	20.5.2011	Miroslav	Žebrakovský	6301241056	1	48	C18.9, C4	TEM exstir	perforace	subfebrilie	Hladík	90 minut	nález odpo	nebyl hodi	7	9	unasyn, m	NMR 24.2.2012 nález susp. recidivy GIS Tomu paranektálně, nad úrovní prostaty 4x4x3 cm, 4/2010 pro
44	17.5.2012	Věra	Sádková	275305098	0	85	C18.9 can	TEM neúsp	ruptura 1/	po výkonu	Hladík	50 minut	adenokarc	T1N0	6	8	augmentin	8/2012 resekce rektosigmatu, lymfadenektomie, parciální ME, drenáž. 11/2012 konzultace onkologie, je
45	25.6.2012	Karel	Vogel	370703078	1	75	C 20 dobř	excize har	bez kompl	průjem od	Hladík	60 minut	ulcerovan	T1-2N0	3	5	unasyn, m	12/2012 recidiva karcinomu v jizvě/ po 6 měsících/ , 1/2013 biopsie jen těžké dysplazie a ERUS jizvy T
46	26.6.2012	Marie	Capouchová	405723038	0	72	D12.8 plo	submukoz	bez kompl	pozdní kor	Hladík	90 minut	tubuloviloz	Tis N0-intra	2	5		10/2012 klidná jizva, perianální mykóza, koloskopie 3-5/2013 GEA dle spádu, potom naše proktol kontro
47	13.12.2012	Zdeněk	Dolejš Ing.	440902018	1	68	C20 exulc	na pravém	bez kompl	bez kompl	Hladík	40 minut	asynchron	nebyl prov	4	7		3/2012 resekce sigmoidea pro adenoCa pT3pN0(0/21)M0, sledován MUDr. Šusterovou FNM
											Polaneck							

Výsledky FN Motol 2009 - 2014

- 92 výkonů s 3 konversemi do laparotomií.
- Z 92 výkonů TEM bylo histologicky potvrzeno 38 karcinomů - 41%
- 22 pacientů odesláno s dg. karcinomu
- U 40 pacientů, kteří byli odesláni s dg. nezhoubného polypu, byl karcinom nalezen v 16 případech, tedy v 40% .

Pooperační komplikace

n=4 4,2%

3 x močová retence

1 x krvácení

Časné recidivy do 1 roku

5/36 – 13,8 %

Závěr

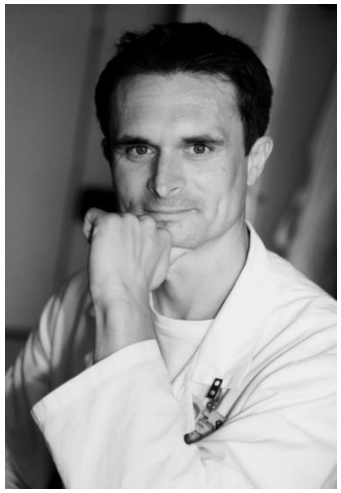
- TEM je ověřená a bezpečná metoda
- Prioritní postavení v resekcích objemných adenomů
- Kurativní léčba low risk časného karcinomu rekta
- Paliativní léčba u vyšších stadií karcinomu rekta
- **Zlatý standard léčby karcinomu rekta je stále chirurgická resekce + TME**

Závěr

- Pečlivý předoperační staging
- Histopatologie – Vídeňská klasifikace, hodnocení invaze do submukozy, velikost, lokalizace, grading, lymfatická invaze, venozní invaze, buding
- Individuální přístup

Děkuji za pozornost

Koloproktologická skupina III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol


Prof. MUDr. Svatopluk Adámek, CSc.
MUDr. Pavel Hladík
MUDr. Jiří Skořepa
MUDr. Ondřej Polanecký
MUDr. Jan Pastor