

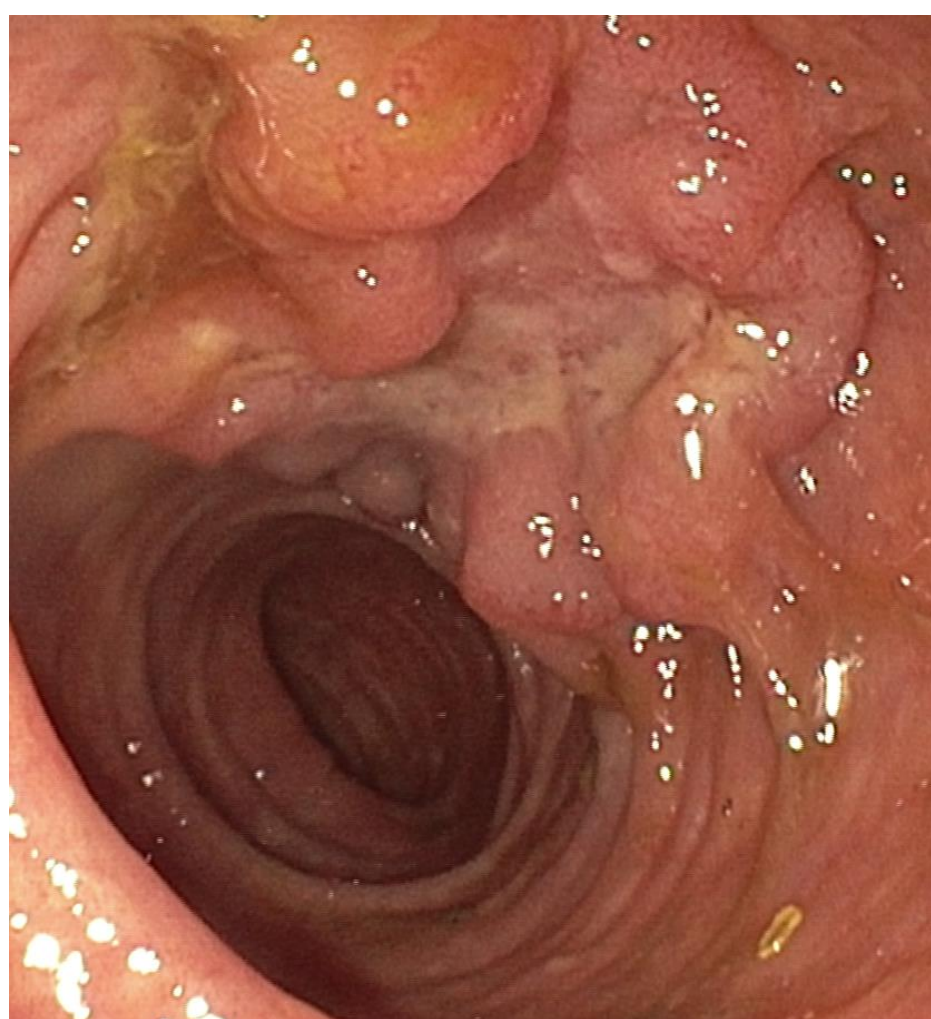
BEVEZETÉS

Az utóbbi években Magyarországon is elérhető, minimál-invazív operatív endoszkópos technika, az endoszkópos teljes falvastagság reszekció (EFTR) a sebészi eltávolítás alternatíváját is jelentő lehetőséget biztosíthat a subepithelialis léziók és fibrotikus epithelialis léziók endoszkópos en bloc eltávolítására a felső-, illetve az alsó tápcsatorna területén is.¹ A beavatkozás során az eltávolítani kívánt lézió körbejelölés után egy „over-the-scope” eszközbe kerül behúzásra, majd egyidejűleg kerül sor a reszekcióra és a heg klippel való zárására². A szakirodalomban is főként esettanulmányok állnak rendelkezésre az EFTR eredményességére vonatkozóan. Intézetünkben az elmúlt 6 hónapban 4 felső tápcsatornai és 3 alsó tápcsatornai EFTR-re került sor, melyek közül 4 esetet ismertetünk az alábbiakban.

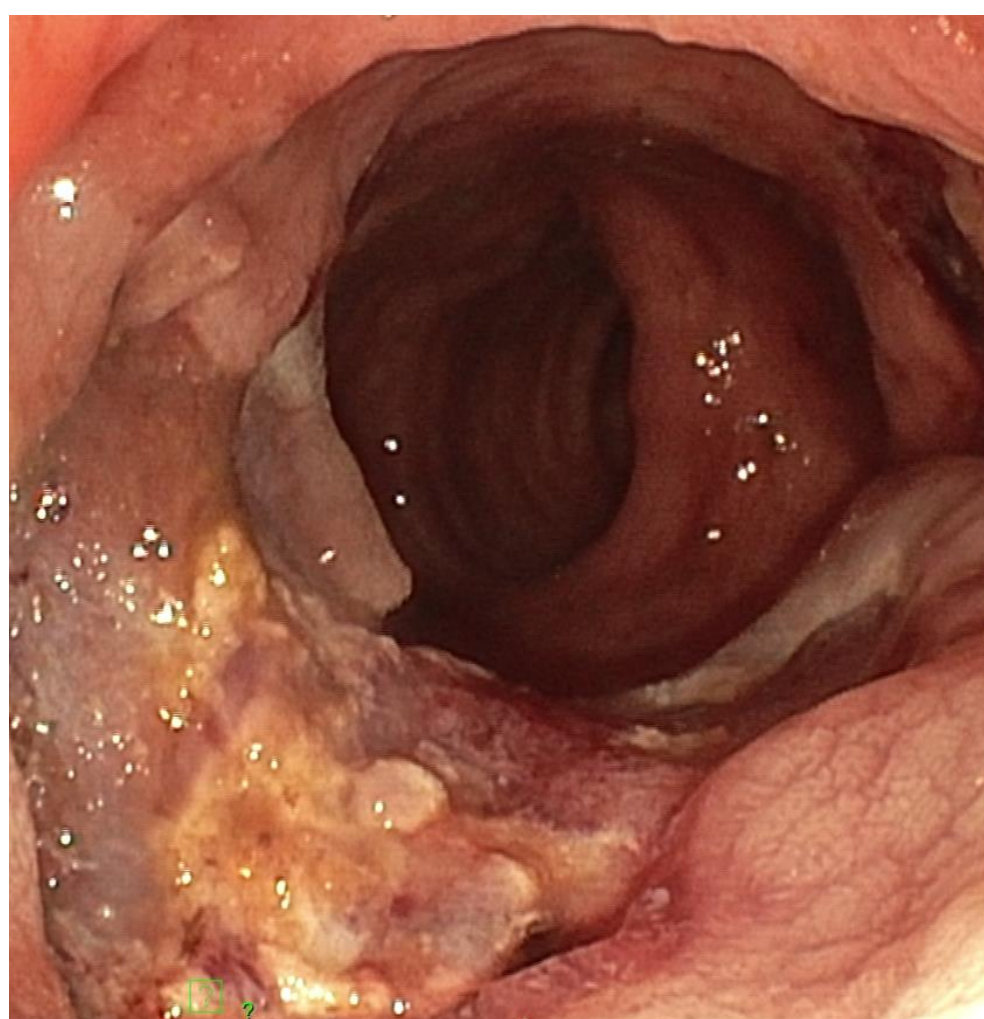
ESETISMERTETÉS

1. eset: Zsuzsanna, 73 éves

Szédülés kapcsán indult kivizsgálás során igazolódott cerebrális metastasisok miatti primer tumorkutatás és post-polypectomiás surveillance keretében történt colonosopia során a colon transversum területén 20x30 mm-es, Kudo V felszíni rajzolatú, sessilis, behúzott közepű polypus mellett a sigmában 30 cm eszközhosszal egy 30x30 mm-es, sessilis, középső részén szintén Kudo V felszíni rajzolatot mutató polypust (1. kép) detektáltunk. Előbbiből vett biopsziás minta szövettani értékelése invazív adenocarcinomát igazolt, utóbbiból high grade dysplasiát mutató adenoma igazolódott - onkoteam ennek endoszkópos en bloc eltávolítását javasolta. Második ülésben a sigma polypusnál megfelelő lifting sign volt észlelhető, a széli részek hagyományos daraboló EMR technikával (2. kép), míg a középső részt EFTR-rel való eltávolítása mellett döntöttünk. A célterületig az EFTR-eszközzel felszerelt endoszkóp ballonos segítséggel jutott el, majd körbejelölést követően megtörtént a teljes falvastagságú reszekció (3. kép). Szövödményt nem észleltünk, az EFTR klip magasságában a bél lumene szűkebbé vált, de endoszkóp számára átjárható volt. Szövettani értékelés low grade dysplasiát mutató tubularis adenomát igazolt, melynek eltávolítása komplett volt. 2 hónappal később a colon transversum adenocarcinoma műtéti eltávolítására is sor került, a végső szövettan pT2 N0 M0 stádiumot igazolt, R0 reszekcióval.



1. kép



2. kép



3. kép

2. eset: József, 74 éves

A polymorbid, coronaria-stentelésen 3 hónapon belül átesett betegnél gastroscopia során észlelt 15x25 mm-es Paris 0-Is, Kudo IIIL rajzolatú polypus (4. kép) EMR technikával 5 darabban levételre került, szövettani értékelés pT1b mucinosus adenocarcinomát igazolt az alap irányában R1 reszekcióval. Staging vizsgálatok (CT, EUH) során távoli áttét, illetve submucosa invázió nem igazolódott, (5. kép), így a reziduum levételét – bár a mucosectomiás heg a kontroll során makroszkóposan recidívamentesnek imponált (6. kép) – az onkoteam jóváhagyásával EFTR-rel kíséreltük meg (7. kép). A széli részekről indult azonnali vérzését koagulációval megszüntettük, a vizsgálat végén perforációra vagy vérzésre utaló jel nem igazolódott. Szövettani értékelés tumorreziduum-mentesnek véleményezte az extrahált léziót. A 3 hónapos kontrollvizsgálat során az EFTR hege békés volt, recidíva nélküli, a szövettani mintavétel autoimmun metaplasticus atrophias gastritist igazolt.



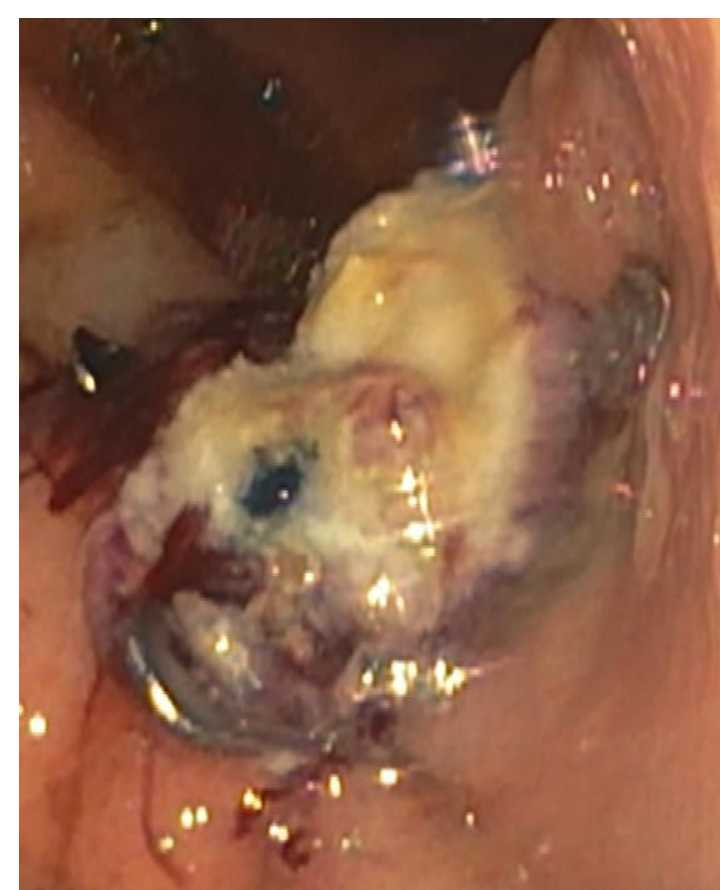
4. kép



5. kép



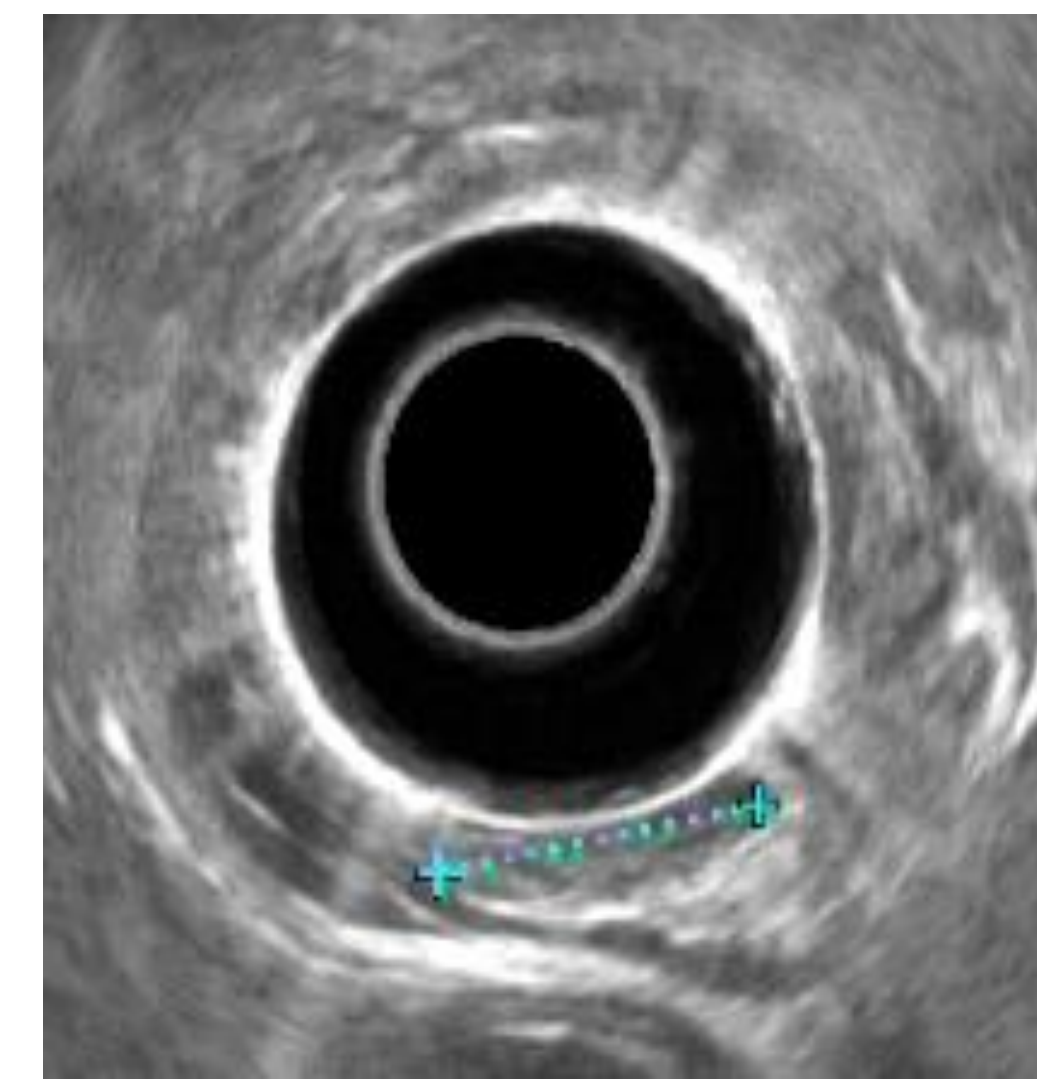
6. kép



7. kép



11. kép



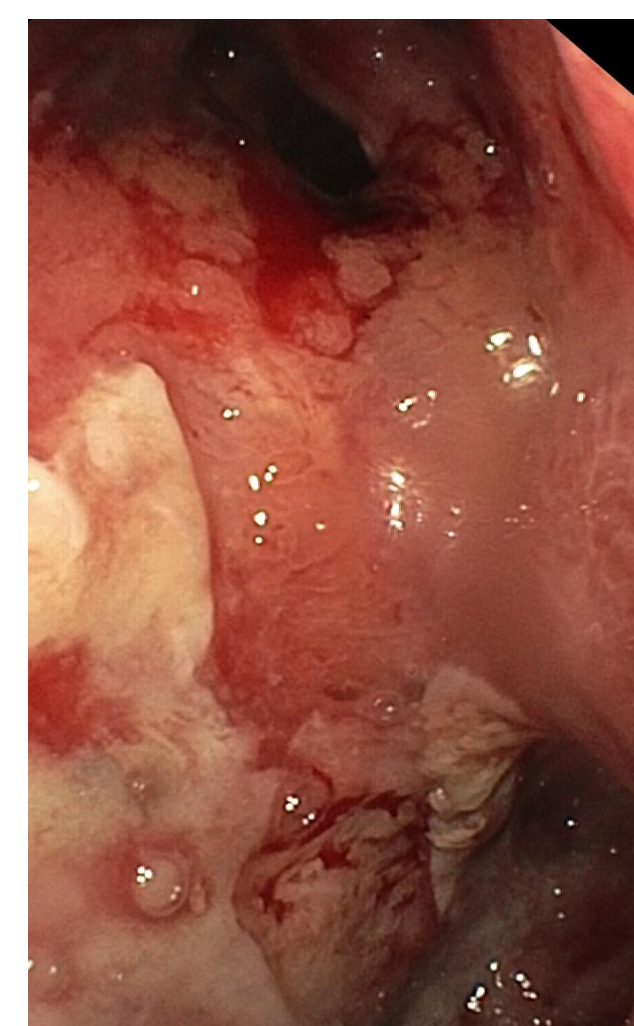
12. kép



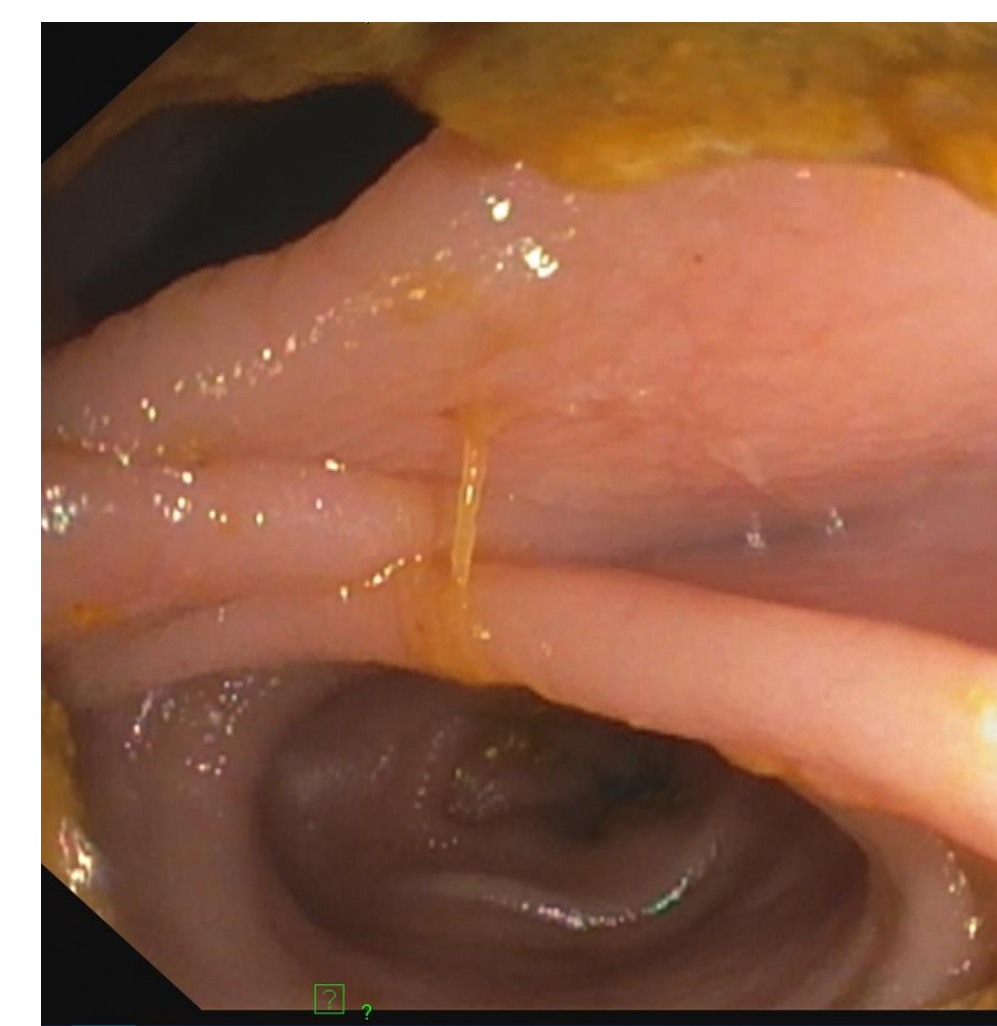
13. kép

3. eset: Béla, 70 éves

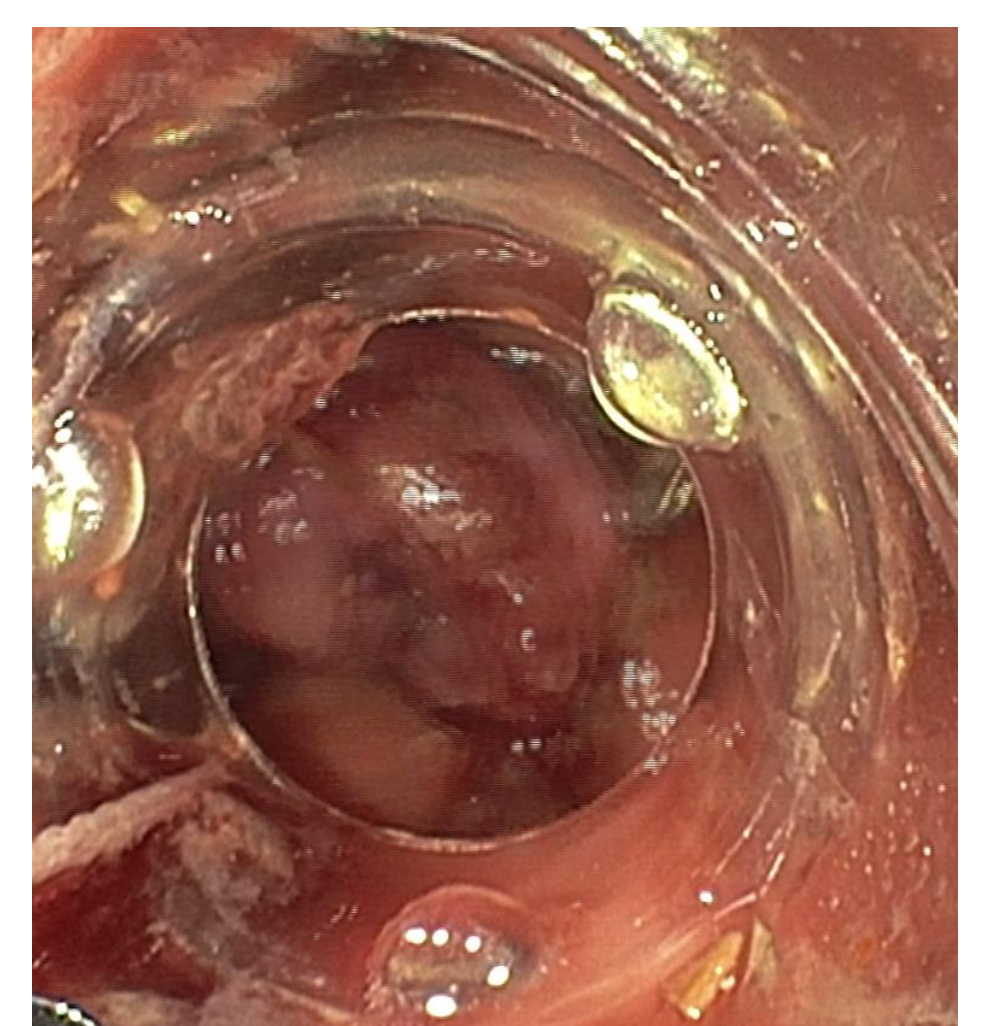
A prostata adenocarcinoma kezelése kapcsán fellépő irradiációs proctitis miatt korábban APC kezeléseken átesett betegnél kialakult mély rectum fekély miatt deviáló, kétsövű sigmoideostoma került kialakításra. Azonban rectum irányába továbbra is nagy volumennel ürülő széklet akadályozta a fekély gyógyulását (8. kép), a beteg kifejezett hematocheziáról és fájdalmas székletürítésről számolt be. Colonosopia során tág lument észleltünk a stoma nyílásánál (9. kép), melynek szűkítését a sebészi komplett deviáció helyett első körben endoszkópos módszerrel terveztük a komorbiditásokra tekintettel (nephrostoma, mélyvénás thrombosis, prostata neoplasia). A beavatkozás során a rectalis szűkültre való tekintettel a stomanyíláson keresztül vezettük az Ovesco klippel felszerelt, vezetődrótra ráfűzött endoszkópot a sigmabélbe. Speciális két oldalú fogóval a lumen két oldalán lévő redőt megfogva húztuk a „cap”-be a colon falat (10. kép), majd helyeztük fel az Ovesco klipet. Záró endoszkópos képen a lumen a 2/3-a bezárult; szövödményt nem észleltünk. Későbbi kontrollok során a beteg beszámolt arról, hogy rectumon keresztül gyakorlatilag megszűnt a vérzés, és elvétve van egy-egy széklete, így klinikailag sikeresnek tekinthető a beavatkozás.



8. kép



9. kép



10. kép

4. eset: Mária, 72 éves

Az ISZB miatt aspirint szedő betegnél tápcsatornai vérzés háttérében az urgens gastroscopia gyomor antrum területi pepticus fekélyt igazolt. Mellékletként került leírásra a cardia magasságában egy 10 mm-es lapos polyp (11. kép), melyből biopsziás mintavétellel high grade dysplasia és legalább intramucosalis adenocarcinoma igazolódott. Staging CT távoli áttétet nem igazolt, EUH-val submucosa invázió nem volt észlelhető (kép 12). Onkoteam az en bloc endoszkópos eltávolítás mellett foglalt állást. A nem megfelelő előemelkedés miatt sikertelen ESD kísérletet követően szövödménymentes EFTR eltávolításra került sor (kép 13), miután a re-staging EUH felvetette ugyan a submucosa invázió gyanúját, de nyirokcsomó érintettség nem igazolódott. Szövettani vizsgálat Barrett-oesophagus talaján létrejött, intramucosalis adenocarcinomát (pT1a) igazolt valamennyi reszekciós felszín tekintetében R0 reszekcióval.

KONKLÚZIÓ

Az EFTR szelektált esetekben, megfelelően felállított indikáció esetén a hagyományos endoszkópos technikákkal kompletten nem reszekálható premalignus és korai malignus tápcsatornai léziók eltávolításán túl benignus folyamatokban is biztonságos minimálisan invazív alternatívát nyújthat a sebészeti megoldással szemben.