

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

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

ORGANIZACINIS KOMITETAS
(ORGANIZING COMMITTEE)

Pirmininkas (Chairmen)

N. E. Samalavičius

Nariai (Members):

T. Poškus

A. Dulskas

R. Šiugžda

R. Samuolis

D. Venskutonis

P. Šniuolis

Gerbiami Kolegos,

man labai malonu Draugijos valdybos ir Organizacinio komiteto vardu pakviesti Jus dalyvauti XI Lietuvos koloproktologų draugijos suvažiavime, kuris vyks 2025 m. gegužės 22–23 d. Vilniuje, viešbutyje „Panorama“. Suvažiavimo programos tematika plati, todėl kviečiame visus, besidominčius minėta sritimi, tiek klausytis pranešimų, tiek juos skaityti ir taip praturtinti ne tik savo žinias, bet ir mūsų pavasarinio renginio programą. Maloniai kviečiame dalyvauti slaugytojus (bus išduodami sertifikatai, galiojantys visų specialybių gydytojams ir slaugytojams).

Suvažiavimą organizuojame kartu su pasauline organizacija – Tarptautine universiteto kolorektalinių chirurgų draugija (*International Society of University Colon and Rectal Surgeons, ISUCRS*). Renginio programą puoš gausus Jungtinės Karalystės lektorių būrys ir, kaip ir kasmet, pranešėjai iš atokiausių pasaulio kampelių. Tikimės gausaus Jūsų dalyvavimo.



Pagarbiai –

prof. Narimantas Evaldas Samalavičius

Lietuvos koloproktologų draugijos prezidentas

International Society of University Colon and Rectal Surgeons

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping 'A' followed by a smaller, more complex flourish.

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

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

Hotel *Panorama*
Seinu 4, Vilnius, Lithuania
2025 05 23, 8.30–18.30

LITHUANIAN SESSION	
<i>Aquarius Hall</i>	
	I DALIS
	Pirmininkauja: Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus
8.30–8.38	Marius Kryžauskas, Kamilė Pluskutė, Matas Jakubauskas, Tomas Poškus. <i>Kolostomos uždarymo iššūkiai.</i>
8.38–8.46	Ugnė Šilinskaitė, Marius Kryžauskas, Matas Jakubauskas, Vilius Abeciūnas, Austėja Elžbieta Degutytė, Audrius Dulskas, Valdemaras Jotautas, Justas Kuliavas, Kęstutis Strupas, Tomas Poškus. <i>Anastomozijų nesandarumas: atvejo-kontrolės tyrimas.</i>
8.46–8.54	Benedikt Bachmetjev, Marius Kryžauskas, Matas Jakubauskas, Vilius Abeciūnas, Austėja Elžbieta Degutytė, Valdemaras Jotautas, Justas Kuliavas, Kęstutis Strupas, Tomas Poškus, Audrius Dulskas. <i>Nepriklausomųjų kintamųjų sąsajos su mirtingumu, anastomozijų nesandarumu ir ligos progresavimu pacientams, sergantiems storosios žarnos vėžiu: daugiaveiksnė analizė.</i>
8.54–9.02	Michail Klimovskij, Audrius Dulskas (on behalf of Worldwide LARS group). <i>Supraskime porezektinį tiesiosios žarnos sindromą: pirmieji pasaulinės apklausos rezultatai.</i>
9.02–9.10	Inga Kildušienė, Romualdas Maskelis, Aliaksei Piatkevich, Audrius Dulskas. <i>Endoskopinė submukozinė disekcija storiojoje žarnoje: gydymo patirtis ir pacientų atrankos kriterijai.</i>
9.10–9.18	Ugnė Šilinskaitė, Marius Kryžauskas, Ona Lapteva, Karolis Baužys, Arūnas Želvys, Giedrius Kvederas, Tomas Baltrūnas, Genadijus Kučinskis, Tomas Poškus. <i>Kombinuotoji kryžkaulio rezekcija – vienintelė radikalaus retų pirminių ir recidyvinių piktybinių navikų gydymo galimybė.</i>
9.18–9.26	Narimantas Evaldas Samalavičius, Rakesh Gupta, Joseph Nunoo-Mensah, Darius Činčikas, Tomas Janušonis, Žygimantas Juodeikis, Rytis Markelis, Alfredas Kilius. <i>Personalizuota totalinė mezorektalinė ekscizija dėl paribinio viršutinio ir vidurinio tiesiosios žarnos trečdalio vėžio – onkologiškai saugus sprendimas gerinant pooperacinius funkcinis rezultatus?</i>
9.26–9.34	Edvinas Dainius, Donatas Venskutonis, Tadas Latkauskas. <i>Gyvenimo kokybė atlikus pilonidinės ligos operaciją: atsitiktinių imčių klinikinio tyrimo rezultatai.</i>
9.34–9.44	Pertrauka

	II DALIS
	Pirmininkauja: Audrius Dulskas, Marius Kryžauskas
9.44–9.52	Ignas Civilka, Michail Klimovskij, Andrej Aleinikov, Peter Christensen, Narimantas Evaldas Samalavičius, Miglė Sakalauskaitė, Audrius Dulskas. <i>Transanalinė irigoskopija porezekciniam tiesiosios žarnos sindromui gydyti: daugiacentris randomizuotas klinikinis tyrimas.</i>
9.52–10.00	Vita Klimašauskienė, Narimantas Evaldas Samalavičius. <i>Pruritus ani: gydymas metileno mėliu.</i>
10.00–10.08	Živilė Sabonytė-Balšaitienė, Tomas Poškus, Eugenijus Jasiūnas, Diana Ramašauskaitė, Gražina Drąsutienė. <i>Nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksniai ir profilaktika.</i>
10.08–10.16	Gabrielė Didrikaitė, Michail Klimovskij, Bronius Buckus, Tomas Aukštikalnis, Ernestas Šileika, Audrius Dulskas. <i>Ar ileostomos uždarymo laikas lemia gyvenimo kokybę: vieno centro patirtis.</i>
10.16–10.24	Edvinas Kildušis, Gintautas Brimas. <i>Edukacinio 3D virtualiosios realybės vaizdo metodo įtaka ruošiant žarnyną kolonoskopijai: ankstyvieji rezultatai.</i>
10.24–10.32	Ugnė Imbrasaitė, Matas Jakubauskas, Augustas Poškus, Kęstutis Strupas, Tomas Poškus. <i>Perioperacinių veiksmų įtaka kolorektinio vėžio prognozei ir išgyvenamumui: literatūros apžvalga.</i>
10.32–10.40	Jūratė Valčiukienė, Eglė Lastauskienė, Aida Laurinavičienė, Matas Jakubauskas, Marius Kryžauskas, Rūta Barbora Valkiūnienė, Eugenijus Jasiūnas, Renaldas Augulis, Aušra Garnelytė, Justinas Kavoliūnas, Ugnė Šilinskaitė, Tomas Poškus. <i>Norminė žmogaus žarnyno imuninė infiltracija ir infiltracija progresuojant kolorektinei adenomai.</i>
10.40–10.48	Andrej Kolosov, Narimantas Evaldas Samalavičius. <i>Metileno mėlio injekcijos skausmui malšinti, atlikus proktologinę operaciją.</i>

BRITISH & ISUCRS SESSION	
Humanitas Hall	
10.30–12.00	Pelvic Floor disorders – The British Session
	Moderators: Athur Balakrishnan Harikrishnan (Sheffield, UK), Janindra Warusivitarne (London, UK)
	Andy Williams (London, UK). <i>Assessment and treatment of Obstructed defecation syndrome.</i>
	Charles Knowles (London, UK). <i>Slow transit constipation: diagnosis and management.</i>
	Charles Knowles (London, UK). <i>New and future treatments for faecal incontinence.</i>
	Andy Williams (London, UK). <i>Chronic pelvic pain.</i>
11.30–12.00	Miscellaneous Session
	Moderators: Athur Balakrishnan Harikrishnan (London, UK), Janindra Warusivitarne (London, UK)
	Joseph Nunoo-Mensah (London, UK). <i>Lower GI bleeding.</i>
	O. S. Herasymenko, M. A. Kashtalyan, Ie. A. Kvasnevskyi (Odessa, Ukraine). <i>Surgical treatment of combat injuries of the pelvic region.</i>
12.00–13.30	Lunch and bussiness meeting of the Lithuanian Society of Coloproctologists
13.30–16.00	Colorectal Cancer – International Society of University Colon and Rectal Surgeons Session
	Moderators: Ahmad Uraiqat (Aman, Jordan), Rakesh Kumar Gupta (Dharan, Nepal)
	Jose Luis Calleja (Madrid, Spain). <i>Colorectal cancer screening program in Europe: an overview.</i>
	Kanagaraj Govindaraj (Tamil Nadu, India). <i>How AI in colonoscopy helps in today's practice.</i>

	Athur Balakrishnan Harikrishnan (Sheffield, UK). <i>Colon cancer – is CME beneficial vs. risks.</i>
	Anil Heroor (Mumbai, India). <i>Right radical hemicolectomy D3 lymphadenectomy.</i>
	Kyu Joo Park (Seoul, Korea). <i>Surgical treatment for para-aortic lymph node metastasis in colorectal cancer.</i>
	Samer Doughan (Beirut, Lebanon). <i>Rectal cancer treatment: are the paradigms shifting?</i>
	Ahmad Uraiqat (Aman, Jordan). <i>Organ preservation in rectal cancer surgery.</i>
	Amir Miratashi (Tehran, Iran). <i>Total neoadjuvant therapy vs. conventional neoadjuvant therapy in rectal cancer: a comparative analysis of outcomes and challenges.</i>
	Anil Heroor (Mumbai, India). <i>ISR in low rectal cancers.</i>
	Rashidul Islam (Dhaka, Bangladesh). <i>High ligation of the inferior mesenteric artery and anastomotic leakage in LAR.</i>
16.00–16.30	Coffee Break
16.30–18.30	Proctology – Joint British & International Society of University Colon and Rectal Surgeons Session
	Moderators: Joseph Nunoo-Mensah (London, UK), Samer Daughan (Beirut, Lebanon)
	Pravin Gore (Mumbai, India). <i>Anal canal – Pandora’s doorway to hell: complications of wrong decisions by surgeon.</i>
	Kushal Mital (Mumbai, India). <i>Modern minimal invasive techniques – EPSIT & SiLaC.</i>
	Kushal Mital (Mumbai, India). <i>Fistulectomy with primary repair of sphincters.</i>
	Richard Cohen (London, UK). <i>Advancement flap for anal fistula.</i>
	Ramaya Kalaiselvan (Prescot, UK). <i>LIFT for fistula-in-ano.</i>
	Janindra Warusivitarne (London, UK). <i>Role and place of VAAFT, FiLAC, Fistura, OTSC Clip and Fixcision in your anal fistula surgery arsenal: serious procedures or just hype?</i>
	Rakesh Kumar Gupta (Dharan, Nepal). <i>ISUCRS global audit on treatment of haemorrhoids: first report.</i>
	Parvinder Singh Lubana (Indore, India). <i>Complications of stapled hemorrhoidectomy.</i>
18.30–20.00	Party Time / Vakaronė

Kolostomos uždarymo iššūkiai

Marius Kryžauskas^{1,2}, Kamilė Pliuskutė³, Matas Jakubauskas^{2, 4}, Tomas Poškus^{2, 4}

¹ *Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Klinikinės medicinos institutas, Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Vilnius, Lietuva*

² *Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Pilvo ir onkochirurgijos centras, Vilnius, Lietuva*

³ *Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva*

⁴ *Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Transliacinių sveikatos tyrimų institutas, Vilnius, Lietuva*

Ižanga. Hartmano operacija yra standartinė gelbėjimo procedūra esant ūminėms kairės pusės gaubtinės žarnos komplikacijoms. Paprastai ši operacija yra laikina priemonė, planuojant kolostomą vėliau uždaryti. Kolostomos uždarymas yra sudėtinga operacija, pasižyminti dideliu sergamumu. Minimaliai invazinė chirurgija yra naudojama siekiant sumažinti pacientams pooperacinę traumą.

Metodai. Atlikta retrospektyvi pacientų analizė. Pacientams buvo atliktas vienvamzdės kolostomos uždarymas 2014–2024 m. Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose.

Rezultatai. Išanalizuota 125 pacientai, kuriems buvo atliktas kolostomos uždarymas. 105 (84 proc.) pacientams atliktas kolostomos uždarymas per laparotomiją, o 20 (16 proc.) pacientų buvo atlikta minimaliai invazinė operacija. Pooperacinės komplikacijos buvo stebėtos 35 (28 proc.) pacientams.

Išvados. Žarnyno vientisumo atkūrimas kelia didelę perioperacinio sergamumo riziką. Minimaliai invazinė chirurgija gali būti palankesnė nei atviroji chirurgija, nes pacientas greičiau atsigauna.

Challenges in Colostomy Reversal

Marius Kryžauskas^{1,2}, Kamilė Pliuskutė³, Matas Jakubauskas^{2, 4}, Tomas Poškus^{2, 4}

¹ *Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

² *Center of Abdominal and Oncosurgery, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Vilnius, Lithuania*

³ *Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

⁴ *Institute of Translational Health Research, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania.*

Introduction. Hartmann's operation is a standard salvage procedure for acute complications of the left colon. It is usually performed as a temporary measure, with the intention of closing the colostomy later. Colostomy closure is a complex operation with high morbidity. Minimally invasive surgery is used to reduce postoperative trauma to patients.

Methods. A retrospective analysis of patients who underwent end colostomy closure between 2014 and 2024 at Vilnius University Hospital Santaros Klinikos was performed.

Results. A total of 125 patients who underwent colostomy closure were analysed. 105 (84%) patients underwent colostomy closure via laparotomy, and 20 (16%) patients underwent minimally invasive surgery. Postoperative complications were observed in 35 (28%) patients.

Conclusions. Restoration of intestinal integrity poses a high risk of perioperative morbidity. Minimally invasive surgery may be more advantageous than open surgery due to faster patient recovery.

Anastomozinių nesandarumas: atvejo-kontrolės tyrimas

Ugnė Šilinskaitė¹, Marius Kryžauskas², Matas Jakubauskas², Vilius Abeciūnas¹, Austėja Elžbieta Degutytė¹, Audrius Dulskas³, Valdemaras Jotautas¹, Justas Kuliavas³, Kęstutis Strupas², Tomas Poškus²

¹ Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas

² Transliacinių sveikatos tyrimų institutas, Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas

³ Nacionalinis vėžio centras, Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Įvadas. Anastomozės nesandarumas – viena labiausiai nerimą keliančių ir sunkiausiai prognozuojamų komplikacijų, pasitaikančių atliekant žarnyno rezekcijos operacijas. Šiuo metu nėra priimtų vienų gairių, nurodančių veiksmų seką ištikus šiai komplikacijai. Tyrimo tikslas – palyginti pacientų, patyrusių anastomozės nesandarumą, ištyrimą, gydymą ir jo rezultatus. Šiuo tyrimu siekiama išanalizuoti 2014–2018 m. įvykusius anastomozės nesandarumo atvejus.

Metodai. Iš perspektyviai pildomos duomenų bazės tarp pacientų, gydytų Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose ir Nacionaliniame vėžio centre 2014–2018 metais, identifikuoti pacientai, kurie patyrė storosios žarnos jungties nesandarumą. Kiekvienam pacientui, patyrusiam nesandarumą, pagal amžių, lytį ir lokalizaciją parinkti du pacientai, kurie nepatyrė storosios žarnos jungties nesandarumo. Buvo palyginti klinikiniai, demografiniai, ištyrimo ir gydymo duomenys abiejose pacientų grupėse. Statistiniai skaičiavimai atlikti naudojant „Excel“, „R commander“ ir „R studio“ programas.

Rezultatai. Tyrime iš viso dalyvavo 183 pacientai: 72 moterys ir 111 vyrų. Vidutinis pacientų amžius apie 68 metus. Pacientų, patyrusių anastomozės nesandarumą, amžiaus vidurkis 68,18 metai, o kontrolės grupės – 68,94 metai. Tarp nesandarumą patyrusių pacientų nesandarumas vidutiniškai buvo diagnozuojamas po 5,76 dienos. Nesandarumą patyrusiems pacientams vidutiniškai po pirmosios operacijos buvo atliekama 1,49 pilvo ertmės vaizdinio tyrimo. Kontrolės grupės pacientams po operacijos buvo atliekama 0,59 pilvo ertmės vaizdinio tyrimo. Dažniausiai atliekamas tyrimas buvo pilvo ertmės ultragarsinis tyrimas. Vidutinė hospitalizacijos trukmė po operacijos nesandarumą patyrusių pacientų grupėje buvo 24,95 d. (4 – 102), nepatyrusių – 10,0 dienų (4 – 28). Ligoninėje mirė 10 pacientų (16,13%) patyrusių nesandarumą ir 0 pacientų (0%) nepatyrusių nesandarumo. Vidutinė išgyvenamumo trukmė abiejose pacientų grupėse buvo atitinkamai 35,87 ir 43,20 mėn.

Išvados. Anastomozės nesandarumas yra pagrindinė ir pavojingiausia komplikacija po storosios žarnos rezekcijų, lydimą didelio sergamumo ir mirštamumo bei mažinanti ilgalaikio išgyvenimo tikimybę.

Nepriklausomų kintamųjų sąsajos su mirtingumu, anastomozinių nesandarumu ir ligos progresavimu pacientams, sergantiems storosios žarnos vėžiu: daugiaveiksni

Benedikt Bachmetjev, Marius Kryžauskas, Matas Jakubauskas, Vilius Abeciūnas, Austėja Elžbieta Degutytė, Valdemaras Jotautas, Justas Kuliavas, Kęstutis Strupas, Tomas Poškus, Audrius Dulskas

Įvadas. Storosios žarnos vėžys yra viena dažniausių onkologinių ligų pasaulyje, o chirurginis gydymas išlieka pagrindiniu jo gydymo metodu. Šio retrospektyvinio tyrimo tikslas buvo įvertinti nepriklausomų kintamųjų sąsajas su pacientų išgyvenamumu, anastomozinių nesandarumu ir onkologinės ligos progresavimu.

Metodika. Tyrime analizuoti 1526 pacientų, operuotų dėl storosios žarnos vėžio dviejose Lietuvos gydymo įstaigose 2014–2018 metais, duomenys. Įtraukti pacientai turėjo histopatologiškai patvirtintą diagnozę

ir visą medicininę dokumentaciją. Duomenys buvo surinkti iš medicininių įrašų, įskaitant demografinius rodiklius, ligos eigą, operacinio gydymo ypatumus, komplikacijas ir gydymo rezultatus. Statistinei analizei buvo naudojamos SPSS 26 ir R programinės įrangos, taikytos aprašomosios, lyginamosios bei daugiaveiksnės regresinės analizės.

Rezultatai. Pacientų amžius svyravo nuo 28 iki 98 metų (mediana – 67 metai), o kūno masės indeksas – nuo 14,7 iki 47,1 kg/m² (mediana – 26,99 kg/m²). Anastomozų nesandarumas buvo nustatytas 7,5% pacientų, o ligos progresavimas stebėtas 10,3% atvejų. Išgyvenamumą reikšmingai veikė amžius ($p < 0,001$), kūno masės indeksas ($p = 0,036$), rūkymo statusas ($p = 0,011$), Čarlsono komorbidiškumo indeksas ($p < 0,001$) bei gretutinės ligos, tokios kaip koronarinė širdies liga ($p < 0,001$), insultas ($p = 0,039$) ir aterosklerozė ($p < 0,001$). Patologinė stadija ir metastazių buvimas buvo stipriausiai su išgyvenamumu susiję veiksniai ($p < 0,001$).

Chirurginis metodas ir operacijos invaziškumas, remiantis univariacine analize, buvo susiję su gydymo rezultatais – pacientai, operuoti laparoskopiniu būdu, turėjo aukštesnį išgyvenamumą (85,5%) nei operuoti laparotomiškai (65,8%) ($p < 0,001$). Vis dėlto šis ryšys buvo nulemtas pacientų atrankos, nes dažniausiai laparoskopinės operacijos atliekamos jaunesniems pacientams su mažesniais navikais. Panašiai, anastomozės formavimo metodas univariaciniame vertinime parodė, kad aparatu suformuotos anastomozės buvo susijusios su geresniais išgyvenamumo rodikliais nei rankiniu būdu suformuotos ($p < 0,001$), tačiau tai siejama su skirtingomis naviko lokalizacijomis. Šie ryšiai įvertinti, taikant multivariacine analize.

Ligos progresavimą stipriausiai veikė patologinė stadija ($p < 0,001$), metastazių buvimas ($p < 0,001$) ir Čarlsono komorbidiškumo indeksas ($p < 0,001$). Be to, priešoperacinė hemotransfuzija buvo susijusi su ženkliai didesne ligos progresavimo rizika ($p < 0,001$).

Išvados. Išgyvenamumas, anastomozų nesandarumas ir ligos progresavimas priklausė nuo demografinių, klinikinių bei chirurginių veiksnių. Patologinė stadija ir metastazavimas buvo svarbiausi prognostiniai rodikliai. Šie duomenys gali padėti optimizuoti chirurginio gydymo taktiką ir pagerinti storosios žarnos vėžiu sergančių pacientų gydymo rezultatus.

Understanding Low Anterior Resection Syndrome – First Results of Worldwide Survey

Michail Klimovskij, Audrius Dulskas on behalf of Worldwide LARS group

Background and Aims. Minimally invasive laparoscopic toward robotic rectum sparing surgery for low rectal cancer is becoming a standard. As a downside – functional outcomes are affected when patients developing what is called Low Anterior Resection Syndrome (LARS). There is still controversy in recognising and treating LARS. A global project was initiated to research on current paradigm of LARS concept with the initial step a worldwide questionnaire where relevant specialists all over the world could share their experience.

Methods. 23 Questions survey was created using survey platform focusing to capture the most of understanding and perception of LARS. Survey was circulated via social platforms with ESCP support. Results were analysed using the statistical methods.

Results. 230 responses were collected with 391 starts of survey detected. 77% male and 21% female responses, 41.7% age 31–40 and 33.5% 41–50 years age group. 91.4% responders were surgeons. 94% performing low rectal resections, 95% informing their patients about possible LARS. 25% of responders never heard of POLARS. Majority predicted LARS for patients undergoing LAR post neoadjuvant chemoradiotherapy.

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

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

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

Inga Kildušienė, Romualdas Maskelis, Aliaksei Piatkevich, Audrius Dulskas

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

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

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

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

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

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

¹ Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas

² Transliacinių sveikatos tyrimų institutas, Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas

³ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusions. Personalized, or tailored total mesorectal excision for borderline mid–upper rectal cancers does not compromise the principles of TME and seems to be related with better functional outcomes, as demonstrated in this pilot study. Further studies in this direction, including randomized controlled trials, may confirm this observation.

Key words: rectal cancer, total mesorectal excision, personalized (individualized) total mesorectal excision, functional outcomes, LARS.

Table 1. Comparison of outcomes between two groups

Patient data	TME	Personalized, or individualized TME (iTME)	P-value
Male/female	6/4	4/6	1.0
Age	65 (range 53–81)	66 (range 49–79)	0.910
Neoadjuvant treatment (including radiotherapy)	8	6	0.628
Robtic vs others	7/3	9/1	0.582
Preventive ileostomy	10	9	1.0
Ileostomy takedown (early/late)	3/7	4/5	0.650
Complications	0	1 (urinary retention)	1
Pathological stage O/I/II vs III	5/5	7/3	0.650
Wexner	6.5 (3–15)	2 (0–7)	0.004
MSKCC	67 (64–83)	85 (63–88)	0.015
LARS	33 (13–41)	13 (0–31)	0.004
FIQOLI			
Lifestyle	3 (2–4)	1 (1–3)	<0.001
Coping/Bahavior	2.42 (1.69–3.92)	4 (2.85–4)	0.002
Depression/Self perception	2.93 (1.36–3.93)	4 (3.5–4)	0.001
Embarrassment	6 (4–6)	6 (6–6)	0.168
Total FIQOLI	13.94 (13.04–16.85)	15 (14.71–16)	0.448

Gyvenimo kokybė atlikus pilonidinės ligos operaciją: atsitiktinių imčių klinikinio tyrimo rezultatai

Edvinas Dainius¹, prof. Donatas Venskutonis¹, prof. Tadas Latkauskas²

^{1,2}LSMU Chirurgijos klinika, ¹LSMU Kauno ligoninė, ²LSMUL Kauno klinikos

Įvadas. Pilonidinė liga yra ūminė arba lėtinė infekcija poodiniame audinyje, dažniausiai pasireiškianti tarpšėdmeniniame tarpe. Lėtinės pilonidinės ligos gydymas yra chirurginis, taikomi metodai varijuoja nuo pilonidinės ligos radikalaus pašalinimo iki minimaliai invazinių gydymo metodų ir šių metodų modifikacijų. Šiuo metu nėra bendro sutarimo, kokia operacija yra tinkamiausia gydyti šią ligą. Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti pacientų skausmą, gyvenimo kokybę ir atkryčio dažnį po minimaliai invazinės „Pit picking“ operacijos ir radikalių pilonidinės ligos ekscizijos žaizdos nesiuvant.

Metodai. Atliktas atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas. Į tyrimą įtraukta 100 pacientų, kurie atsitiktinės atrankos būdu buvo suskirstyti į dvi grupes: „Pit picking“ (PP) grupę ir ekscizijos (E) grupę. Skausmas ver-

tintas naudojant vizualinę analoginę skalę (VAS). Gyvenimo kokybė vertinta naudojant SF36V2 klausimyną ir naują sudarytą gyvenimo kokybės klausimyną. Šie gydymo rezultatai nustatyti skirtingais pooperacinio laikotarpio intervalais. Žaizdos gijimo laikas ir ligos atsinaujinimo dažnis vertintas 6 mėn. po operacijos.

Rezultatai. Nustatytas statistiškai reikšmingai mažesnis skausmas PP grupėje, palyginti su E grupe pirmą savaitę po operacijos (VAS mediana 10,0 (8,94–17,32) PP grupėje ir 20,0 (17,39–27,92) E grupėje, kai $P = 0,002$). Gyvenimo kokybė, nustatyta naudojant naują gyvenimo kokybės klausimyną statistiškai reikšmingai buvo geresnė PP grupėje nei E grupėje 2 savaitės ir 1 mėn. po operacijos (2 sav. bendrosios balų sumos vidurkis $20,11 \pm 18,19$ PP grupėje ir $28,49 \pm 16,06$ E grupėje, kai $p = 0,019$). Žaizdos gijimo laikas buvo ilgesnis E grupėje (mediana 17 (15,74–29,59) dienų PP grupėje ir 60 (59,97–81,89) dienų E grupėje, kai $p = 0,00$). Reikšmingo skirtumo tarp operacijos tipo ir ligos atsinaujinimo dažnio stebėjimo laikotarpiu nenustatyta.

Išvados. Gydant lėtinę pilonidinę ligą minimaliai invazinė „Pit picking“ operacija yra geresnis pasirinkimas, palyginti su radikalia ekscizija, žaizdos nesiuvant, vertinant pooperacinį skausmą, pacientų gyvenimo kokybę ir žaizdos gijimo laiką. Stebėjimo laikotarpiu nepastebėtas reikšmingas skirtumas tarp ligos atsinaujinimo dažnio.

Transanal Irrigation for Low Anterior Resection Syndrome Treatment: Multicenter, Randomized Controlled Clinical Trial

Ignas Civilka^{1*}, Michail Klimovskij MD^{2*}, Andrej Aleinikov MD³, Peter Christensen⁴, Narimantas E. Samalavicius^{1,5}, Miglė Sakalauskaitė⁶, Audrius Dulskas^{1,3}

¹ Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania

² East Sussex Healthcare NHS Trust

³ National Cancer Institute, Vilnius, Lithuania

⁴ Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark Department of Surgical Oncology

⁵ Republic Vilnius University Hospital

⁶ Faculty of Medicine, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences

* both authors share equal authorship

Objective. The aim of the study was to assess whether transanal irrigation (TAI) provides superior improvements in bowel function and quality of life compared with the best supportive care in patients after low anterior resection.

Summary Background Data. Low anterior resection syndrome (LARS) commonly affects patients following rectal resection, impairing bowel function and quality of life. TAI has emerged as a potential intervention to alleviate these symptoms.

Method. A multicenter randomized clinical trial comparing TAI (intervention – starting with 500 ml per day, increased to a maximum of 1 L normal warm water once a day) with best supportive care (control – diet modification, antidiarrheal medication, biofeedback) was performed. Patients who have undergone low anterior resection in four European centers were included. The primary outcome was differences in bowel function at baseline, 3 months, 6 months, and 1 year, which were evaluated using LARS and Wexner scores. The secondary outcome was quality-of-life (QoL), measured by Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) and Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Bowel Function Instrument (MSKCC BFI) questionnaires.

Results. Forty-one patients were enrolled in the study (TAI 19, control 21). LARS scores were significantly better in the TAI group just after 3 months (median 4 versus 36 in the control group; $p<0.0001$), after 6 months (median 3 versus 36; $p<0.0001$), and stayed practically the same after 12 months (median 3 versus 36; $p<0.0001$). Wexner scores were also lower in the TAI group after 3 months (median 0 versus 14 in the control group; $p<0.0001$), 6 months (median 0 versus 14; $p<0.0001$), and 12 months (median 0 versus 13; $p<0.0001$). MYMOP score was lower in the TAI group after 3 months (median 2 versus 11; $p<0.0001$). In addition, patients in the TAI group also achieved higher MSKCC BFI scores after 3 months (median 89 versus 39 in the control group; $p<0.0001$), after 6 months (median 89 versus 39; $p<0.0001$), and after 12 months (median 89 versus 39; $p<0.0001$).

Conclusion. The study confirms that TAI leads to better functional outcomes and improvement in QoL compared with best supportive care.

***Pruritus ani*: Causes, Treatment and Methylene Blue**

Vita Klimasauskiene, Narimantas Evaldas Samalavicius

Centre of General Surgery, Republican Vilnius University Hospital, Vilnius, Lithuania

In this presentation we would like to discuss an origin and treatment of anal itching, highlighting method of methylene blue intradermal injection.

Pruritus ani is a common problem that may affect up to 5% of the population, more men than women. It could be primary (idiopathic) or secondary due to various skin conditions, infections, systematic diseases, etc. All diagnosed condition should be treated to relieve *pruritus ani* symptoms. After that, if itching remains, it could be classified as idiopathic *pruritus ani* (IPA). According to the literature, up to 50% of all *pruritus ani* cases are IPA. In this case, dietary and hygiene changes are recommended, various ointments, antihistamine agents, local anesthetic therapies could be prescribed. However, recurrence is highly likely.

In 1968 Rygick introduced a new method for IPA treatment – intradermal methylene blue injections. The methylene blue directly affects the nerve endings of perianal skin. In such way urge to scratch decreases. Later, in 1991, Esubio suggested to reduce methylene blue concentration and add local anesthetic (Lidocaine) to reduce local complications. Still, various complications may occur, e.g. cellulitis (17,4%), full-thickness skin necrosis (13%), decreased perianal sensation (6,9%), etc. Over time, the concentration and methodology of intradermal injections varied. In this presentation we would like to share a video of our method.

Based on data from the literature, intradermal methylene blue injections show good results in a short term (up to 90,6% symptom free). In a long term, recurrence rate could reach up to 80%, in some cases re-injection could be required.

Nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksniai ir profilaktika

Živilė Sabonytė-Balšaitienė¹, Tomas Poškus², Eugenijus Jasiūnas², Diana Ramašauskaitė¹, Gražina Drąsutienė¹

¹ *Akušerijos ir ginekologijos klinika, Klinikinės medicinos institutas, Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas*

² *Transliacinių sveikatos tyrimų institutas, Medicinos fakultetas, Vilniaus universitetas*

Tikslas. Nustatyti pagrindinius nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnius ir ištirti profilaktikos priemonių, mažinančių vidurių užkietėjimą, svarbiausiąjį nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnį, efektyvumą ir saugumą bei pasiūlyti mokslškai pagrįstas profilaktikos priemones moterims nėštumo laikotarpiu.

Metodai. Atliktas perspektyvusis atsitiktinės atrankos viengubai aklas daugiacentris tyrimas. Įtrauktos 18–45 m., pirmą kartą ar pakartotinai nėščios moterys, kurių nėštumo trukmė iki 12-os nėštumo sav., pavirtintas vienavaisiais arba daugiavaisiais gyvybingas nėštumas gimdoje, sutikusios dalyvauti tyrime. Tiriamosios pasirinktos atsitiktine tvarka ir suskirstytos į kontrolės (KG) ir intervencijos (IG) grupes santykiu 1:1 ir turėjo galimybę gauti įprastines LR SAM teikiamas Antenatalinės priežiūros rekomendacijas arba papildomai gauti vidurių užkietėjimą mažinančias mitybos, fizinio aktyvumo ir tuštinimosi higienos rekomendacijas. Moterys stebėtos nėštumo metu ir po gimdymo. Išangės ligoms būdingi simptomai vertinti ir diagnozuotas hemorojus po gimdymo, išrašant pacientės iš gimdymo skyriaus. Tyrimas vykdytas gavus Vilniaus regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimą (2016-05-10, Nr. 15820016-843-357).

Rezultatai. Iš viso į tyrimą įtraukta 260 moterų, kurios lankėsi nuo 2016 iki 2019 m. trijuose tyrimo centruose. Hemorojus po gimdymo nustatytas 20 moterų IG (20%) ir 53 moterims KG (47,8%) ($p < 0,001$). Nustatyta vidutinio stiprumo statistiškai reikšminga išangės ligoms būdingų simptomų priklausomybė nuo papildomų rekomendacijų ($ED = 0,16$, $p = 0,01$). IG tiriamosios šiuos simptomus jautė rečiau (35 vs. 65 proc.). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių, lyginant savaiminio persileidimo ir priešlaikinio gimdymo dažnį bei tikimybę pagimdyti sveiką naujagimį, nenustatyta. Vidutinis naujagimio svoris didesnis nei 3380 g ir nėščiosios KMI vertė iki nėštumo didesnė nei 21,48 didino galimybę išsivystyti išangės patologijai nėštumo laikotarpiu (atitinkamai GS 3,95, 95 PI (1,47–10,59), $p = 0,006$ ir GS 3,58, 95 PI (1,51–8,47), $p = 0,004$). Kasdienis vaisių ir daržovių vartojimas (GS 0,35, 95 PI (0,15–0,81), $p = 0,014$) ir mūsų taikyta intervencija (GS 0,17, 95 PI (0,08–0,36), $p < 0,001$) nustatyti kaip hemorojaus po gimdymo profilaktikos veiksniai.

Išvados. Mitybos, fizinio aktyvumo ir tuštinimosi higienos rekomendacijos, mažinančios vidurių užkietėjimą, yra efektyvios ir saugios nėščiosioms. Išangės ligų profilaktikai rekomenduojame naudoti mūsų sudarytą prognostinį modelį bei pateiktas rekomendacijas.

Quality of Life Following Ileostomy Takedown: Single centre, Retrospective Clinical Trial – Does Closure Time Matter?

Gabriele Didrikaite^{1*}, Michail Klimovskij^{2*}, Bronius Buckus¹, Tomas Aukstikalnis¹, Ernestas Sileika^{1, 4}, Audrius Dulskas^{1,3}

¹ *Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania;* ² *East Sussex Healthcare NHS trust*

³ *National Cancer Institute, Vilnius, Lithuania;* ⁴ *Radiation Oncology Department, National Cancer Center, Vilnius, Lithuania*

** both authors share equal authorship*

Background. This study aimed to assess whether closing the loop ileostomy earlier helps reduce the rate of postoperative complications and enhances the patient's quality of life, as measured by the LARS (Low Anterior Resection Syndrome) and Wexner (Cleveland Clinic score) questionnaires.

Methods. All patients who underwent rectal resection + ileostomy were included in the study and later had ileostomy reversal between January 2019 and May 2023. We have assessed and contacted 180 patients. Of them, 107 (59%) responded to the LARS and Wexner questionnaires. Of the 107 patients, 51 were men (47.7%) and 56 were women (52.3%). The time to ileostomy closure ranged between 0.5 and 28 months, with a median of five. Patients were divided into two groups: early closure (<3 months $\pm$ (2–4 weeks)) compared to late closure (>3 months $\pm$ (2–4 weeks)). There were 46 (43%) patients in the early closure group and 61 (57%) – in late closure. In this study patients' demographics, and rate of complications (which have been categorised by severity using Clavien-Dindo scale) were assessed.

Results. In the early and late closure groups, postoperative complications were observed in 4.3% vs. 14.8% ($p=0.0793$) of patients and postoperative ileus occurred in 6.5% vs. 4.9% ($p=0.7211$) of patients respectively. Median LARS score was 25 vs. 20 ($p=0.9899$) and Wexner's 2.5 vs. 2 ($p=0.8236$), respectively. The previously discussed indicators (postoperative complication, postoperative ileus rate, LARS and Wexner scores) are not statistically significantly different.

Conclusion. In our small retrospective study, early ileostomy closure did not affect postoperative complications and bowel dysfunction rates compared to late closure.

Edukacinio 3D virtualiosios realybės vaizdo metodo įtaka ruošiant žarnyną kolonoskopijai: ankstyvieji rezultatai

Gyd. Edvinas Kildušis, prof. Gintautas Brimas

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Tikslas. Nustatyti 3D virtualiosios realybės vaizdo naudojimo edukacijai įtaką pacientų žarnynui paruošti prieš atliekant kolonoskopiją.

Metodai. Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje (RVUL) 2021-03-07 pradėtas perspektyvusis, aklasis, atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas. Pacientai atsitiktiniu būdu suskirstyti į kontrolinę ir tiriamąją grupes. Pirmajai grupei informacija apie žarnyno paruošimą suteikta RVUL naudojama standartinė forma – raštu, antrajai grupei – 3D virtualiosios realybės vaizdo įrašu. Abiem grupėms teikiamos informacijos turinys buvo vienodas. Žarnyno paruošimo kokybę vertinta remiantis Bostono ir Otavos žarnyno paruošimo skalėmis.

Rezultatai. Abi grupės yra tapačios pagal lyties, amžiaus, kūno masės indekso, gretutinių susirgimų rodiklius. Vidutinis BŽPS balas buvo statistiškai reikšmingai mažesnis kontrolinėje grupėje, palyginti su 3D-VR vaizdo įrašą stebėjusių tiriamųjų grupe. Vidutiniai OŽPS balai buvo didesni kontrolinėje grupėje, palyginti su tiriamąja grupe. Tinkamo žarnyno paruošimo rodiklis 3D-VR vaizdo įrašą stebėjusiųjų grupėje buvo didesnis negu kontrolinėje grupėje. *Ileum terminale* intubacijos dažnis kontrolinėje grupėje reikšmingai mažesnis nei vaizdo įrašų grupėje. Vidutinis kolonoskopijos laikas buvo statistiškai reikšmingai trumpesnis tiriamųjų, stebėjusių 3D-VR vaizdo įrašą, grupėje.

Išvados. Šiuo metu nėra nustatyta, kuris edukacijos būdas yra geriausias ruošiant žarnyną kolonoskopijai. 3D virtualioji realybė yra naujas daug žadantis metodas, kurio įtaka žarnyno paruošimui kolonoskopijai iki šiol nėra ištirta. Pacientų, kurie prieš kolonoskopiją informuoti 3D-VR metodu, žarnynas buvo paruoštas statistiškai reikšmingai geriau. Taip pat minėtinas sutrumpėjęs procedūros laikas, padidėjęs polipų (adenomų) ir kitų patologijų aptikimo dažnis.

Perioperacinių veiksnių įtaka kolorektinio vėžio prognozei ir išgyvenamumui: literatūros apžvalga

Ugnė Imbrasaitė, dr. Matas Jakubauskas, Augustas Poškus, Kęstutis Strupas, prof. Tomas Poškus

Pilvo ir onkochirurgijos centras, Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centras, Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva

Kolorektinis vėžys užima trečią vietą pagal sergamumą ir antrą vietą pagal mirštamumą visame pasaulyje. Tai yra labai heterogeniška ir skirtingą ligos eigą bei prognozę turinti vėžio forma. Dėl šios priežasties kolorektinio vėžio gydymas dažnai susideda iš skirtingų metodų. Pacientams, ypač ankstyvoje stadijoje, gali būti atliekama radikali operacija, kurios metu pašalinamas navikas. Kartu arba be operacinio gydymo šiems pacientams gali būti skiriama chemoterapija, radioterapija, taikinių terapija, imunoterapija bei kiti gydymo būdai. Nepaisant gerėjančios ankstyvos ligos diagnostikos ir pažangos kolorektinio vėžio gydyme, per pirmuosius metus po ligos nustatymo apie 40–50 % pacientų patiria ligos atkrytį arba recidyvą. Šio vėžio stadija dažniausiai nustatoma remiantis aštuntąja TNM klasifikacija (T-naviko dydis, N-limfiniai mazgai, M-metastazės). Remiantis šia klasifikacija yra pasirenkama gydymo taktika ir nuspėjama ligos eiga bei prognozė. Vis dėl to pastebėta, kad tą pačią kolorektinio vėžio stadiją turinčių pacientų ligos išeitys skiriasi. Manoma, kad yra kitų veiksnių, tokių kaip paciento individualūs bruožai ir gyvenimo būdas, įvairios naviko histopatologinės charakteristikos ir išraiškos bei kiti perioperaciniai faktoriai, kurie galėtų daryti įtaką šios ligos eigai ir išgyvenamumui. Šiame darbe yra pateikiama literatūros apžvalga, kurioje bus aptariama skirtingų perioperacinių veiksnių (chirurginio ir terapinio gydymo svarba, pooperacinės komplikacijos, kraujo tyrimų rodikliai ir jų reikšmė, vėžio žymenys, histologiniai-patologiniai kolorektinio vėžio bruožai, mitybos ir fizinio aktyvumo reikšmė, demografiniai rodikliai, socialiniai ir ekonominiai rodikliai ir kita) svarba kolorektiniu vėžiu sergančiųjų pacientų ligos progresavimui. Tokiu būdu siekiama identifikuoti pagrindinius faktorius, kurie yra svarbūs kolorektinio vėžio gydymo rezultatams, siekiant personalizuoti šių pacientų gydymo galimybes ir pagerinti jų ligos prognozę bei išgyvenamumą.

Raktažodžiai: išgyvenamumas, kolorektinis vėžys, perioperaciniai veiksniai, prognozė, TNM.

Norminė žmogaus žarnyno imuninė infiltracija ir infiltracija progresuojant kolorektinei adenomai

Jūratė Valčiukienė^{1*}, Eglė Lastauskienė², Aida Laurinavičienė^{3,4}, Matas Jakubauskas¹, Marius Kryžauskas¹, Rūta Barbora Valkiūnienė^{3,4}, Eugenijus Jasiūnas⁵, Renaldas Augulis^{3,4}, Aušra Garnelytė³, Justinas Kavoliūnas², Ugnė Šilinskaitė⁶, Tomas Poškus¹

¹ Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Klinikinės medicinos institutas, Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius

² Biomokslų institutas, Gyvybės mokslų centras, Vilniaus universitetas, Vilnius

³ Valstybinis patologijos centras, Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Vilnius

⁴ Patologijos ir teismo medicinos katedra, Biomedicinos mokslų institutas, Vilnius

⁵ Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Medicinos mokslų centras, Vilnius

⁶ Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius

* jurate.valciukiene@mf.stud.vu.lt ; jurates.valciukienes@gmail.com (JV)

Išvadas / tikslas. Žarnyno imuninės mikroaplinkos tyrimai kolorektalinio vėžio kontekste išlieka nauja ir aktuali studijų sritis. Kompleksiniai žarnos imuninio atsako pokyčiai turi tiesioginę įtaką žarnyno gleivinės homeostazės palaikymui ir yra vienas iš displastinių kolorektinių pažeidimų atsiradimą bei vystymąsi sąlygojančių veiksnių. Tyrime siekėme nustatyti ir palyginti ląstelinę imuninių infiltratų sudėtį: (a) sveikų pacientų normalioje žarnoje; (b) nepakitusioje žarnoje pacientų, turinčių kolorektinius polipus/navikus; bei (c) displastinių/navikinių storosios (gaubtinės) ir tiesiosios žarnos pakitimų mikroaplinkoje progresuojant konvencinei kolorektinei adenomai.

Ligoniai ir metodai. Į šį prospektyvinį stebėsenos tyrimą buvo įtraukti 58 pacientai: 14 sveikų asmenų kontrolinėje grupėje (be displastinių pakitimų žarnoje kolonoskopijos metu), 17 pacientų su mažomis (≤ 1 cm dydžio) kolorektinėmis adenomomis I grupėje; 17 pacientų su didelėmis (> 1 cm dydžio) kolorektinėmis adenomomis II grupėje; ir 10 pacientų su karcinomomis *in situ* bei invazinėmis adenokarcinomomis storosios (gaubtinės) arba tiesiosios žarnoje III grupėje). Pacientai atrinkti atlikus programinę, kontrolinę kolonoskopiją, ar storosios žarnyno endoskopinį ištyrimą dėl simptomų. Tos pačios procedūros metu atliktas žarnyno gleivinės audinių mėginių paėmimas iš distalinės klubinės žarnos, dešinės ir kairės gaubtinės žarnos, bei kolorektinio polipo/naviko (kur rasta). Biopsijos ištyrty histologiškai bei atliktas imunohistocheminis dažymas CD3, CD8, CD20 ir CD68 monokloniniais antikūnais. Imunokompetentinių ląstelių skaičius, tankis ir pasiskirstymas epitelio ir stromos kompartmentuose buvo įvertintas naudojant skaitmeninę vaizdo analizę pasitelkus dirbtiniu intelektu pagrįstą HALO platformą. Tirta žarnos imuninių infiltratų kompozicija ir imuninių ląstelių erdvinis pasiskirstymas skirtingose žarnos segmentuose normoje bei jų pokyčiai progresuojant kolorektinei adenomai, taip pat šių kintamųjų sąsajos su pacientų klinikopatologiniais bei tiesiogiai su polipu susijusiais parametrais. Statistinė analizė atlikta naudojant IBM SPSS V23.0. Naudoti Kruskal-Wallis ranginis kriterijus ir Spearmano koeficientas. Skirtumai buvo laikomi reikšmingais, kai $p < 0,05$. Tyrimas finansuotas iš Lietuvos mokslo tarybos (LMTLT) fondo, sutarties Nr. P-MIP-22-315.

Rezultatai. Tiriant sveikus pacientus kontrolinėje grupėje: CD3+ (T-limfocitų), CD8+ (T-citotoksinių limfocitų) ir CD20+ ląstelių (B-limfocitų) tankis laipsniškai mažėjo, o CD68+ ląstelių (makrofagų) infiltracija palaipsniui didėjo einant žarnynu distalyn. CD3+, CD8+, CD20+ ir CD68+ ląstelių buvo daugiau stromoje lyginant su normaliu epiteliu visuose žarnos segmentuose. Tiriant žarnos gleivinės imuninę infiltraciją tarp tyrimo grupių visame audinyje: CD3+ ląstelių buvo rasta tankiau mažose adenomose lyginant su didelėmis adenomomis ($p < 0,001$) ir karcinomomis ($p < 0,02$). CD20+ ląstelių tankis mažose ir didelėse adenomose buvo reikšmingai didesnis negu karcinomose ($p = 0,04$). Taip pat stebėtas CD68+ ląstelių polinkis tankiau būti karcinomose negu didelėse adenomose ($p = 0,05$). Tiriant imuninę infiltraciją endoskopiškai ir histologiškai normaliose žarnos vietose tarp visų grupių, nustatytas reikšmingai didesnis CD8+ ląstelių infiltracijos tankis kontrolinės grupės pacientų distalinėje klubinėje žarnoje lyginant su didelių adenomų grupe ($p = 0,04$). Kitų reikšmingų pokyčių tiriant ląstelių infiltratus nepakitusios žarnos vietose nenustatyta. Tiriant imuninių infiltratų ląstelinę sudėtį skirtinguose žarnyno segmentuose: CD3+ ląstelių kontrolinės ir mažų adenomų grupių pacientų distalinėje klubinėje žarnoje statistiškai reikšmingai rasta daugiau, nei dešinėje storosios žarnoje ($p = 0,02$). Šis polinkis išnyko pacientams su didelėmis adenomomis ir karcinomomis. Taip pat CD8+ ląstelių infiltracija kontrolinės ir mažų adenomų grupių pacientų terminalinėje klubinėje žarnoje buvo reikšmingai didesnė nei dešinėje arba kairėje gaubtinės žarnos pusėse, tuo tarpu pacientams su didelėmis adenomomis ir adenokarcinomomis šio reikšmingo skirtumo nestebėta. Mažų adenomų grupėje rastas reikšmingas CD20+ ląstelių tankių skirtumas tarp distalinės klubinės žarnos ir kairės bei dešinės storosios žarnos pusių, kitose grupėse nestebėtas. CD68+ ląstelių infiltracija displastiniame epitelyje mažoje ir didelėje adenomoje yra mažesnė, negu sveikoje žarnoje.

Išvada. Sveikų asmenų distalinės klubinės ir gaubtinės žarnos gleivinės mėginiuose nustatytas distinktyvus imuninių ląstelių infiltracijos modelis. Mažos kolorektinės adenomos išsiskyrė ryškia CD3+ ląstelių (bendra T limfocitų) infiltracija, o tai patvirtina ankstyvus pokyčius displastinėje storosios žarnos gleivinėje. Didėjant gleivinės displazijai kinta žarnyno imuninių infiltratų sudėtis bei mažėja imuninių ląstelių tankių skirtumas plonosios ir storosios žarnos segmentuose. Didesnė CD68+ ląstelių (makrofagų) infiltracija būdinga sveikai kairės gaubtinės žarnos pusei ir ryškiai išauga karcinomų navikiniame audinyje. Visų imuninių ląstelių infiltracija buvo ryškesnė stromoje nei epitelyje bei atkartojė epitelio imuninės infiltracijos pokyčius. Tolesni tyrimai tikslingi siekiant geriau apibrėžti žarnyno imuninių infiltratų kompozicinius profilius normoje ir konvencinės kolorektinės karcinogenezės procesui, skirtinguose žarnos segmentuose, skirtingo dydžio bei morfologijos displastiniuose kolorektiniuose pažeidimuose.

Reikšminiai žodžiai: žarnyno imuninė infiltracija, intestininis imunitetas, kolorektinė adenoma, karcinoma *in situ*, adenokarcinoma, kolorektinė karcinogenezė.

Metileno mėlio injekcijos skausmui malšinti, atlikus proktologinę operaciją

Andrej Kolosov¹, Narimantas Evaldas Samalavičius^{1,2}

¹ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Bendrosios chirurgijos centras, andrejkolosov@gmail.com

² Vilniaus universitetas, Klinikinės medicinos institutas

Atvirosi hemoroidektomija yra efektyvus, dažnai taikomas hemorojaus gydymo metodas, tačiau susijęs su stipriu pooperaciniu skausmu. Įprastas nuskausminimas nesteroidiniais vaistais nuo uždegimo bei opioidais ne visada užtikrina pakankamą skausmo kontrolę.

Atsitiktinių imčių, dvigubai aklų klinikinių tyrimų metu nustatyta, kad pacientai, kuriems buvo atliktos metileno mėlio injekcijos, pirmąją savaitę po operacijos patyrė statistškai reikšmingai mažesnį skausmo lygį, lyginant su kontrolinės grupės pacientais, – analgetikų poreikis buvo reikšmingai mažesnis. Pooperacinių komplikacijų dažnis išliko panašus abiejose grupėse.

Poodinės ir intraderminės metileno mėlio injekcijos yra efektyvus papildomas pooperacinio skausmo gydymo būdas po proktologinių operacijų. Išsamesni tyrimai galėtų padėti išplėsti šio metodo taikymo galimybes.

Assessment and Treatment of Obstructed Defecation Syndrome

Andrew Williams (London, UK)

Normal defecation occurs between three times per day and every three days, there is immense variation in normal function. Of vital importance is the sensation of whether or not the process of evacuation is straightforward and happens with ease or is it a difficult, sometimes prolonged or incomplete process. When there is failed, difficult or incomplete evacuation this is termed obstructed defecation (ODS). ODS can be scored based upon the frequency and difficulty of each bowel action.

Patients with ODS will often use digital assistance to help, initiate, optimise, or complete evacuation. These techniques can be termed, depending upon the intended outcome of digitation;

Stretchers - To open the anus and start.

Scoopers - To finish and remove retained stool.

Reducers - To reduce internal intussusception.

Splinters - To support a rectocele transvaginally.

Poor evacuation can also be the result of a failure to generate or coordinate bowel expulsive effort and pelvic floor / anal relaxation, resulting in anismus (failure to relax the anus in response to a good propulsive effort) or dyssynergia (failure to coordinate propulsion and relaxation).

Evaluation of patients with ODS should include a full history and examination to exclude symptoms that could be resulting from malignancy or inflammatory bowel disease. An obstetric history should be taken, as well as enquiring about previous pelvic or bowel surgery. Previous or a current eating disorder / excessive laxative use or a history of physical or sexual abuse is common in this patient group. Investigations may be required to exclude malignancy or inflammation, or an endocrine dysfunction contributing to the symptoms.

Examination of a patient should include abdominal palpation, assessing for masses or faecal loading, tenderness etc, as well as digital rectal and vaginal examination. Anatomical changes associated with ODS include, rectocele, perineal descent, rectal intussusception (internal prolapse), mucosal prolapse, genito-urinary prolapse, enterocoele, failure to relax pelvic floor – anismus and general assessment of failure in coordination of pelvic floor contraction and relaxation.

Pelvic floor assessment includes radiographic Colonic Transit Studies, anal and perineal ultrasound, anorectal physiology and assessment of evacuation with either MRI proctography or contrast evacuation proctography. The role of imaging is to identify anatomical features that may be associated with the failure to evacuate, and to assess the degree of coordination present during attempted evacuation.

Structural features displayed on proctography are often evident in normal asymptomatic subjects and so the presence of intussusception, rectocele and pelvic floor descent are not necessarily pathological. Importantly this means that the surgical correction of these features will not inevitably correct the patient's symptoms. The entire dynamic sequence of images and the result in the ability to empty must be reviewed, in a multi-disciplinary setting for most appropriate assessment. The MDM should include surgeons, gynaecologist, clinical scientist, specialist nurses and physiotherapists. Each case should review an individual's clinical history, anal, perineal ultrasound, physiology and proctography. Initial treatment should take the form of optimising function with behavioural retraining and defaecation technique tuition. Patients that fail to improve to their satisfaction, despite maximising their technique may be considered for surgery, IF a suitable surgical target has been demonstrated by the assessment and imaging.

An isolated rectocele that traps contrast, with optimised coordination and minimal intussusception may benefit from a rectocele repair. If excessive descent and intussusception is present (with or without significant rectocele), then mesh rectopexy could be considered. Isolated high grade intussusception may benefit from surgery (although the results are not as predictable and surgery is not without potential complications (STARR, VMR).

Slow Transit Constipation: Diagnosis and Management

Charles Knowles (London, UK)

The talk will cover the diagnosis and significance of finding delayed whole gut transit in adults with chronic constipation. A brief overview of non-surgical treatments will be followed by a critical appraisal of the contemporary role of colectomy (given surgical audience).

New and Future Treatments for Faecal Incontinence

Charles Knowles (London, UK)

The talk will focus on the role of specialist (physiological and radiological) diagnostic testing for faecal incontinence. It will then focus on management with close reference to the 2022 International Continence Society (ICI) guidelines. The talk will touch on the ongoing role of surgery (sphincteroplasty) vs. existing and future neuromodulation and regenerative medical approaches.

Chronic Pelvic Pain

Andrew Williams (London, UK)

This common pelvic floor pathology affects 15% of women between the ages of 18–50 years and accounts for approximately 10–40% of all out patient gynaecology visits, 35% of laparoscopy and ultimately 15% of all hysterectomies. The symptoms seldom affect only one of the pelvic floor compartments, but usually there is considerable crossover between specialties and so it is best treated in MDT setting. This will usually involve experts in urology, colorectal, gynaecology, physiotherapy, nursing and MSK.

Patients with chronic pelvic pain will often have a previous diagnosis of Painful Bladder Syndrome / Interstitial cystitis, many of whom will also have symptoms of over active bladder, pelvic floor dysfunction. It is important to exclude other treatable causes of pain eg post radio therapy, bladder or ureteric calculi, urological malignancy. Prostatic causes may include BPH or malignancy. Usually however, in these cases, other symptoms take precedent over pain.

Painful Bladder Syndrome / Interstitial Cystitis is a diagnosis made when the symptoms have been present for over 9 months, and a patient in addition to chronic pain, has urgency, frequency, bladder pain / pelvic pain relieved by voiding. 90% of patients are female who must have negative urinalysis culture and may have Hunner's ulcers, or an otherwise normal cystoscopy – importantly having other causes excluded.

Treatment revolves around pelvic floor myofascial trigger point release. Some benefit may be gained with intravesical oxybutynin, reduction in caffeine, spice food, alcohol intake. Oral medication with Pentosan polysulphate, Hydroxyzine (H2 antagonist), Cimetidine (H2 antagonist), Subcutaneous Heparin or Intravesical Dimethylsulfoxide, Hyaluronic Acid, Botox or Chondroitin Sulphate may be beneficial.

Gynaecological causes of pain may be cyclical or non-cyclic. Classical cyclical pain may be due to endometriosis, adenomyosis or sometimes fibroids leading to bleeding in 10-40% +/- pain, possible dyspareunia, or even mass effects when large enough. Non-cyclic gynaecological pain may be due to vulvodynia, vulval vestibulitis and / or vaginismus. The latter often may have a musculo neuropathic cause and relating to pelvic floor imbalance. Pain may follow surgery, often with mesh procedures being implicated. It is vital in those who have had surgery of this nature to assess for exposed mesh or evidence of infection, although often no problems are detected despite the ongoing symptoms.

Colorectal causes of pelvic pain may be due to inflammatory conditions affecting the colon and rectum or even malignancy, although as with the other compartmental causes, usually other symptoms dominate the presentation rather than purely pain. It is important to exclude anal pathology as a cause. Anal sepsis / fistulae whether obvious or occult, is a common cause for pain as are other common conditions including perianal haematoma and chronic anal fissure.

Obstructed defaecation syndrome may be associated with lower pelvic pain and can be related to occult high grade intra rectal intussusception leading to incomplete evacuation, multiple visits to empty the bowel

and straining. Pelvic floor spasm and imbalance can lead to pain with varying symptoms and durations (Levator Ani syndrome, Proctalgia Fugax, Chronic Proctalgia). Pain may also be related to pudendal nerve entrapment leading to more constant, unilateral symptoms, often spontaneous, with a burning sensation in the saddle area of skin.

Chronic anal fissure is a diagnosis made when an anal ulcer (usually at the posterior aspect of the anal margin showing visible exposed IAS) persists for over 3 months, in the absence of an obvious aetiology. It is likely to result from high resting sphincter pressure leading to deficient blood supply of posterior anoderm. Modern treatment involves sphincter relaxation with GTN 0.4% or Diltiazem 2% topical cream, or injection of botulinum toxin into the IAS. Rarely is formal surgical sphincter division (lateral internal anal sphincterotomy) required, although this remains the most effective treatment, although with the small risk of causing passive leakage in subsequent years. Botox injection may also be used in pelvic floor spasm and dyssynergia / anismus. It must be combined with optimizing pelvic floor coordination and training.

Most patients with chronic pelvic pain have multifactorial symptoms affecting at least two if not all compartments of the pelvic floor. The unifying trend is overactivation of the pelvic floor musculature and a hyper sensation of the nerves involved. They often have other features of stress, migraine or fibromyalgia. Multifactorial treatment not only focusing on the pelvic floor but them as a whole and an individual, is vital to achieve ultimate treatment success. This process will inevitably be multidisciplinary and often include mindfulness / meditation as part of a Biofeedback program. Pelvic massage, deep muscular release is usually very beneficial, together with pharmacological down-regulation of the hypersensitivity.

Surgical Treatment of Combat Injuries of the Pelvic Region

O. S. Herasymenko, M. A. Kashtalyan, Ie. A. Kvasnevskyi

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Actuality. Combat injuries of the pelvis represent one of the most difficult problems of military field surgery, are the main cause of high mortality (12.7–46.5%) and disability, and the results of surgical treatment are often unsatisfactory [1, 2]. Gunshot wounds of the pelvic area, as a rule, are multistructural in nature, dangerous in the acute period due to the possibility of profuse bleeding and shock, and the improvement of surgical tactics using the technology of “damage control surgery” is extremely important to save the lives of wounded soldiers [3].

Objective. To improve the results of surgical treatment of wounded with combat injuries of the pelvic region.

Materials and Methods. We analyzed the treatment of 297 wounded with combat injuries of the pelvic region at II–IV levels of medical care. 30% of the wounded had pelvic bone fractures, 52% – bladder injuries, 13% – urethral injuries, 10% – rectal injuries, 2.7% – major vessel injuries, and 16.2% had a combination of multiple organ injuries. The severity of the wounded was determined using the developed method (Ukrainian patent for utility model No. 134120) based on the perfusion index by pulse oximetry. For wounded without signs of shock, a full range of diagnostic and therapeutic measures was carried out, for shock of the first or second degree – a reduced one, and for shock of the third degree – a minimal one (using the tactic of “damage control surgery” (DCS)). After stabilization of the vital functions of the wounded, they were evacuated by air to the third or fourth level of medical care, where the third phase of DCS tactics was implemented.

Results. Complications were observed in 29.6% of the wounded (pelvic phlegmon – 1.41%; postoperative wound suppuration – 2.82%; intestinal fistula – 1.41%; osteomyelitis of the pelvic bones – 1.41%, urethral stricture – 2.82%; joint contractures – 5.63%; decubitus – 2.82%; pneumonia, tracheobronchitis – 4.22%;

wound cachexia – 4.22%; polyneuropathy – 2.82%. Mortality was 32.4%, the main causes of which were blood loss (12.7%) and infectious complications (7.1%). Thanks to the use of differentiated surgical tactics with the use of “damage control surgery” technology, it was possible to reduce the overall mortality rate by 11.9% (and in the acute period of traumatic disease – by 15.1%), the number of complications was reduced by 9.7%.

Key words: pelvic trauma, damage control surgery.

References

1. Military Surgery edited by Y.L. Zarutsky, V.M. Zaporozhan, Kyiv 2023. Textbook, second supplemented edition. P. 402–404
2. Bailey RA, Simon EM, Kreiner A, Powers D, Baker L, Giles C, Sweet R, Rush SC. Commercial and Improved Pelvic Compression Devices: Applied Force and Implications for Hemorrhage Control. *J Spec Oper Med*. 2021 Spring;21(1):44–48. doi: 10.55460/KRKS-8I7S. PMID: 33721306.
3. Patch DA, Hess MC, Spittler CA, Johnson JP. Diagnosis and Management of Traumatic Hemipelvectomy. *J Am Acad Orthop Surg*. 2022 Sep 15;30(18):888–895. doi: 10.5435/JAAOS-D-21-01018. Epub 2022 May 24. PMID: 36166384.

Colorectal Cancer Screening Program in Europe: An Overview

Jose Luis Calleja

Jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

The epidemiology of colorectal cancer within the European Union is outlined. The causes of colorectal cancer are thoroughly examined. Updates on possible instrumental tests, which aid in the detection of early-stage intestinal cancers, are provided. Information is presented regarding colonoscopy, FOB examination, capsule endoscopy, and future research. Which test proves to be the most sensitive and accurate? Colorectal cancer programmes implemented in the European Union and other countries around the world are summarised, noting their achievements and shortcomings. The significance of colonoscopy in colorectal cancer screening is scientifically established. Proper patient preparation for the colonoscopy procedure presents an opportunity to reduce or prevent mortality from colorectal cancer at an early stage. New recommendations from the European Society of Gastroenterology for preparing a patient for a colonoscopy are reviewed.

How AI in Colonoscopy Helps in Today's Practice

Kanagaraj Govindaraj

Tamil Nadu, India

The ability of computers to perform increasingly complicated tasks is transforming today's society. Artificial Intelligence (AI) has rapidly made its way in healthcare. Initially AI was used in interpreting image related tests like mammography for cancer breast and increasingly used in colonoscopy for colonic neoplasm.

The AI systems in colonoscopy are based on software, through computer – Aided Detection [CADe] and computer Aided diagnosis [CADx] has increased the Polyp detection rate significantly. This in turn reduces the rate at which colorectal neoplasm is detected. This aids in colorectal screening, treatment and surveillance in hospitals and in community based screening programmes. The CAD system is trained on millions of im-

ages from colonoscopies (machine learning) allowing it to potentially detect small lesions that can otherwise be missed by human eye. When the software algorithm detects a suspicious polyp it lights up an area on the screen and sounds an alert.

CADx aims in predicting the histology of a polyp there by reducing the need for tissue biopsies. Other application of AI in colonoscopy include quality assurance and in diagnosis and management of IBD. All these characteristics can make it a valuable tool in community based screening. Many studies have conflicted views on whether it improves an endoscopist's performance, or in detecting potentially malignant adenomas. Whether AI can improve the detection of colorectal malignancies in the futures is yet be seen.

In Trichy, Tamilnadu, India we have started a KGF Endobus which is a mobile endoscopy screening bus. We have started doing OGD scopy and colonoscopy in the endobus by travelling to remote areas where the facilities for scopy is not available or they have to travel a minimum of 4 hours to get scopy done. In the endobus we have started using AI for screening colonoscopy. The purpose of AI not to miss any polyp and incase of multiple polyps, to target the polyp that requires biopsy. This study of using AI colonoscopy in community screening is in grassroot stage. Probably in a year we can predict the exact advantage and results of AI colonoscopy vs Non-AI colonoscopy in community screening.

Surgical Treatment for Para-Aortic Lymph Node Metastasis in Colorectal Cancer

Kyu Joo Park

Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

In patients with colorectal cancer and clinically suspected para-aortic lymph node (PALN) metastasis, the survival benefit of para-aortic lymphadenectomy is unknown.

At our institution, we have a very aggressive approach to primary colorectal cancer lesions, even in unresectable stage IV situations. Although this remains controversial, we have reported survival benefits of palliative resection in metastatic colorectal cancer. As such, an aggressive surgical approach toward PALN metastasis has been my practice, and reviewing the results of PALN dissection for isolated PALN metastasis from colorectal cancer in our small series of patients showed survival benefits compared to chemoradiotherapy or chemotherapy alone, with a 5-year survival rate of 58%.

In my presentation, I will show representative cases of PALN metastasis. We should keep in mind that “a cure cannot be achieved without an aggressive and courageous surgical intervention.”

Rectal Cancer Treatment: Are the Paradigms Shifting?

Samer Doughan

Beirut, Lebanon

Total Neoadjuvant Therapy (TNT) has transformed rectal cancer management by incorporating chemotherapy and radiation before surgery to improve outcomes. Clinical trials, such as RAPIDO and PRODIGE 23, demonstrated that TNT enhances disease-free survival and reduces treatment failure. Patients achieving a complete clinical response may be eligible for organ preservation in any age group, though surveillance protocols remain debated. The OPRA trial showed that non-operative management can be safe in selected

cases. For patients achieving near-complete responses, strategies like intensified chemotherapy (especially consolidation chemotherapy), local excision, and brachytherapy may improve outcomes. However, patients with incomplete responses typically require total mesorectal excision (TME). High-risk rectal cancer, identified via MRI features such as mesorectal fascia involvement or extramural venous invasion, often necessitates an intensified multimodal approach. Emerging techniques, including PD-1 blockade and circulating tumor DNA (ctDNA) monitoring, may help refine treatment strategies and predict recurrence risks. Individualized approaches based on MRI findings and molecular markers will shape future care. A multidisciplinary team discussion approach incorporating the clinical findings (MRI & molecular markers) and the patient's wishes are crucial in determining the optimal treatment pathway to achieve the best oncological and functional outcomes for rectal cancer patients.

Organ Preservation in Rectal Cancer Surgery

Ahman Uraiqat

Aman, Jordan

Organ preservation strategies in rectal cancer, particularly transanal local excision and watch-and-wait approaches, have gained prominence due to their potential to avoid radical surgery. These methods are particularly applicable for patients demonstrating significant tumor regression following neoadjuvant chemoradiotherapy (nCRT).

Transanal local excision allows for pathological assessment post-treatment, facilitating informed decisions regarding further interventions. While this technique shows promise, it is not without risks; a notable percentage of patients may require subsequent total mesorectal excision due to adverse pathology findings.

The watch-and-wait strategy is particularly advantageous for patients achieving complete clinical response after nCRT. This approach necessitates careful monitoring through imaging techniques like MRI and PET/CT to accurately assess tumor regression and ensure timely intervention if necessary. Ultimately, these organ preservation strategies represent a shift towards more individualized treatment paradigms in rectal cancer management.

Anal Canal – Pandora’s Doorway to Hell: Complications of Wrong Decisions by Surgeon

Pravin Gore

Mumbai, India

While many proctological surgeries are routine, even experienced surgeons may face unexpected situations or “surprises” on the operating table ranging from technical challenges to unforeseen complications. A thorough understanding of anatomy, pathology and surgical techniques is pivotal in proctology surgeries in order to avoid significant complications due to incorrect decisions or poor management. It is therefore essential to thoroughly follow evidence-based guidelines, pre-operative assessment, learn-practise-master the right surgical techniques, ensure proper patient selection, and provide excellent postoperative care.

Here we discuss a few of the many cases highlighting some common surprises that may occur, along with potential complications due to wrong decisions in proctology patients & their surgeries.

Lesson. A wrong decision or mismanagement can lead to long-term complications that affect the patient's physical health & psychological well-being. Surgeons need to be prepared for these unforeseen events and possess the flexibility to adjust their plans quickly. However, in the event of unexpected surprise or complication, prompt and effective decision-making is critical to managing the situation successfully. 'What **not** to do' is as important as 'what to do'.

Advancement Flap for Anal Fistula

Richard Cohen

Cleveland Clinic London, UK

Advancement flaps have been used for many years to treat anal fistula.

The concept is quite simple. An incision is made through the mucosa distal to the internal opening to raise a flap which contains the Internal opening. The internal opening is then excised and the flap brought down and anastomosed to cover the fistula.

It is in effect a partial radius colo-anal anastomosis.

There are nuances as to how "thick" the flap is and whether it is deeper than just mucosa. There are also variations in the configuration, "U" shaped or hemicircumferential flaps. The data on success advancement flaps is quite variable, as is the effect of underlying inflammatory bowel disease, such as Crohn's disease, and inherent complexity of the fistula being treated.

LIFT for Fistula-in-ano

Ramya Kalaiselvan

Prescot, UK

Anal fistulas present a surgical challenge, requiring elimination of sepsis while maintaining sphincter integrity to preserve continence. Among the various treatment options available, the Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) procedure stands out as a sphincter-conserving technique specifically designed for complex cases.

LIFT involves accessing the intersphincteric plane to isolate the fistula tract. The tract is then ligated near its internal opening, and the affected segment is excised. This process disrupts the pathological connection between internal and external openings without compromising the anal sphincter mechanism.

Clinical studies report healing rates ranging from 60% to 80%, with recurrence noted in approximately 20% to 40% of cases. The primary advantage of LIFT lies in its minimal risk of postoperative incontinence, making it highly suitable for patients with transsphincteric or high fistulas. Outcomes are influenced by several factors, including the complexity of the fistula, the presence of sepsis or secondary tracts, and the surgeon's experience. While recurrence remains a concern, success is significantly enhanced by meticulous surgical technique and appropriate patient selection.

Overall, LIFT represents a significant evolution in fistula surgery, providing a safe, effective, and continence-preserving option for patients at higher risk of sphincter damage from conventional approaches like fistulotomy.

Role and Place of VAAFT, FiLAC, Fistura, OTSC Clip and Fixcision in Your Anal Fistula Surgery Arsenal: Serious Procedures or Just Hype?

Janindra Warusivitarne

St. Marks Hospital, London, UK

This talk covers the multiple minimally invasive procedures available for anal fistula repair. The available literature is at best scanty on the success of such procedures and most of all we have little understanding of who would benefit from each of these procedures. Dealing with complex fistulas where avoiding sphincterotomy can be challenging and the purpose of the talk is to assess the currently available minimally invasive technologies and understand its role in fistula treatment.

ISUCRS Global Audit on Treatment of Haemorrhoids: First Report

Rakesh Kumar Gupta¹, Narimantas Evaldas Samalavicius²

¹*MIS & GI Unit, Surgery, B.P. Koirala Institute of Health Sciences, Dharan, Nepal*

²*Department of Surgery, Republican Vilnius University Hospital, Vilnius, Lithuania*

Aim. There is no universally accepted treatment consensus for haemorrhoids, and thus, management has been individualized all over the world. This study was conducted to assess a global view of how surgeons manage haemorrhoids.

Methods. The research panel of the International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS) developed a voluntary, anonymous questionnaire evaluating surgeons' experience, volume and treatment approaches to haemorrhoids. The 44 multiplechoice questionnaire was available for one month via the ISUCRS email database and the social media platforms Viber and WhatsApp.

Results. The survey was completed by 1005 surgeons from 103 countries; 931 (92.6%) were in active practice, 819 (81.5%) were between 30 and 60 years of age, and 822 (81.8%) were male. Detailed patient history (92.9%), perineal inspection (91.2%), and digital rectal examination (91.1%) were the most common assessment methods. For internal haemorrhoids, 924 (91.9%) of participants graded them I–IV, with the degree of haemorrhoids being the most important factor considered to determine the treatment approach (76.3%). The most common nonprocedural/conservative treatment consisted of increased daily fibre intake (86.9%), increased water intake (82.7%), and normalization of bowel habits/toilet training (74.4%). Conservative treatment was the first-line treatment for symptomatic first (92.5%), second (72.4%) and third (47.3%) degree haemorrhoids; however, surgery was the first-line treatment for symptomatic fourth degree haemorrhoids (77.6%). Rubber band ligation was the second-line treatment in first (50.7%) and second (47.2%) degree haemorrhoids, whereas surgery was the second-line treatment in third (82.9%) and fourth (16.7%) degree symptomatic haemorrhoids. Rubber band ligation was performed in the office by 645 (64.2%) of the participants. The most common surgical procedure performed for haemorrhoids was an excisional haemorrhoidectomy for both internal (87.1%) and external (89.7%) haemorrhoids – with 716 (71.2%) of participants removing 1, 2 or 3 sectors as necessary.

Conclusion. Although there is no global haemorrhoidal treatment consensus, there are many practice similarities among the different cultures, resources, volume and experience of surgeons around the world. With additional studies, a consensus statement could potentially be developed.

Keywords: haemorrhoids; survey; treatment of haemorrhoids