

MEU Tıp Fakültesi Kolorektal Cerrahi Ünitesi	
Parameter	Method of choice
Location (distance from anal verge)	DRE/palpation Rigid sigmoidoscopy (flexible endoscopy)
Morphological verification	Biopsy
cT stage	
Early	ERUS
Intermediate/advanced	MRI (ERUS)
Sphincter infiltration	MRI (ERUS, palpation, EUA)
cN stage	MRI (CT, ERUS)
M stage	CT, MRI (or US) of the liver/abdomen CT of the thorax PET-CT if extensive EMVI for other sites
Evaluation for all patients	MDT discussion

Yönetimi kim planlamalı:

Multidisipliner Takım (MDT):

- Cerrahi Onkolog/Kolorektal C
- Medikal Onkolog
- Radyasyon onkoloji Uzmanı
- Patoloji Uzmanı
- Radyoloji Uzmanı
- Nükleer Tıp Uzmanı

MRI

- Rektum tm. için altın standart
- cT evresi, LN met, Mezorektal fasiya invazyonu, extramural vasküler invazyon
- Ancak submukoza distorsiyonu nedeniyle T1-T2 ayırımı yapmakta zorluk
- T1 evresi %654.7 overstage göstermekte
- LN met. belirlemede T1 evresi için %28.6
- PET/MR sonuçları iyileştirmekte ??

ERUS

MRI kısıtlamalarını azaltmak için genellikle ek olarak kullanılabilir

Sensitivitesi:

- Tümör invazyon derinliği %94
- Perirektal tm. invazyon %90
- Lenf Nodu tutulumu %67

• Operatör bağımlı

• Özellikle T1 diffransiyonunda

Pediküllü poliplerde

LVI
Diffransiyon derecesi (Grade)
Tomurculanma (budding)
Hagitt Level 4
Yakın cerrahi sınır

Sesil poliplerde

İnvazyon derinliği
Submukoza alan infiltrasyon
Kanser genişliği
Kukichi sm 2-3

Japon guideline göre

Yüksek risk karakteri taşıyan:
Kötü diferansiye
LVI
>1000 mikrometre invazyon derinliği

Lenf nodu metastaz: risk faza olan hastalarda
Daha ileri bir cerrahi için risk/fayda analizinin yapılması gerekir

Endoskopik rezeksiyon tan. ve tedavi kolay ve kullanışlıdır
Fakat En-blok rezeksiyon tümörün invazyon derinliği, sağlam sınırlar ve tm.ün en dip seviyesini belirlemek için gereklidir (II, B)

Tm. 3 cm büyük

Tm. Rektal tuşede inmobil

Anal vergeden uzaklık

Tm. Çapı, bağırsak çapının %30'dan büyük

LE yapılan teknik (TAE vs. TEM vs. TAMIS)

LE teknikleri

Tam kat rezeksiyon yapılmayan

- ESD (endoskopik submukoza diseksiyon)
- EID (Endoskopik intermusküler diseksiyon)

Tam kat rezeksiyon yapanlar

- Trans-sakral (Kraske)/Trans-sfinkterik (York-Mason)
- Transanal Eksizyon (TAE)
- Transendoskopik operasyon (TEO)
- Transanal Endoskopik Mikrosurgery (TEM)
- Transanal Minimal Invaziv Surgery (TAMIS)
- Endoskopik Full-thickness rezeksiyon (EFTR)

TAE

- Klasik anal retractor aracıyla yapılır

Limitasyon:

- Lezyonun iyi görülme problemi
- Explorasyon manevra kabiliyeti az
- Rektumun 2/3 ve üstündeki lezyona ulaşma problemi

TEM'e kıyasla

- Daha çok pozitif cerrahi sınır
- Daha çok spesimende fragmentasyon
- Daha kötü onkolojik sonuçlar

FIG 9 • Closure of the rectal wall defect. A, After appropriate hemostasis is obtained, the rectal wall defect is closed with a 2-0 Vinyol suture. B, Beginning at the most proximal aspect of the defect, the full thickness rectal wall is represented in a running fashion. The suture is tied to provide better hemostasis and the suture is tied just before the end of the defect is reached, leaving a small opening to allow drainage.

TEM

- 4 cm çapında 12-20cm boyunda rigid rektoskop
- Kamera ve özel enstrümanlar,
- İşık kaynağı, insüflator ve aspiratör

Geniş radial marjın ve full-thickness rezeksiyona izin verir
Çoğunlukla T1 tm. için küratif rezeksiyon

Limitasyonlar

- Rigid enstrüman kullanılması,
- Hastaya uygulanacak pozisyonlar zor
- Uzun öğrenme eğrisi

Komplikasyonlar

- Anal inkontinans
- Rektal kanama
- Rektal ağrı,
- Anal stenoz
- Pelvik ve perianal inf. ve apse

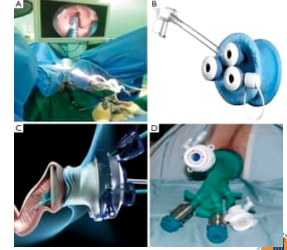
**TAMIS**

Günümüzde en popüler yöntem

- Platform, 10-12 mmHg P, hook, damar mühürleyici, 360° görüntü, litotomi P

Komplikasyonlar

- Ürener sistem inf
- Perforasyon
- Hemoroidal tromboz

**Problem, müdahale ve karşılaştırma süreci (PICO)****Olgu üzerinden tartışalım**

- 52 Y. erkek hasta
- Fizik kondüsyonu iyi (ECOG- 1)
- Medikal kaydı:nda özellik yok
- Rektum tm. (3.6 cm)
- Anal verge'den 6-7 yukarda
- G2
- Perioptif değerlendirme cT1N0M0 (ERUS, MRI dahil)

"problem, intervention and comparison (PICO) process"

- **PICO Faz-1:** erken rektum kanseri (cT1, cN0)
 - Bu hastaya primer (pTME), LE'den daha iyi uzun dönem onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar olur mu?
- **PICO Faz-2:** Erken rektum kanseri (cT1, cN0)
 - Komparisyonel transanal rezeksiyon (TAE) vs. Transanal mikroskopi (TEM, TEO) vs. transanal minimal invaziv cerrahi (TAMIS) daha az postoperative komplikasyon daha kaliteli örnek elde etmek, ve daha az nüksi açısından karşılaştırılmalı
- **PICO Faz-3:** LE sonrası: Fragmentasyon yok, negatif cerrahi sınır
 - Fakat sm derinlik 1.3 cm olan hastada
 - pTME vs. LE/ cTME
 - pTMR vs. LE+ cCRT (güçlü bir histopatolojik karakter nedeniyle)
 - pTME vs. LE+TME geçen (LR nedeniyle)
 - hastalarda sağ kalım oluyor mu? veya fonksiyonel sonuçlar daha mı kötü oluyor?

PICO Faz-1 (LE vs. pTME)

- Bu kriterlere uyan 20 çalışma
- 19 observational çalışma
- Bunlardan 7'si toplam bazlı, geniş database çalışması
- 1 RCT

5 gözlemsel çalışma 5-OS ve 5-DSS rapor etmiş

LE:

- 5-OS
- %71-%91.7

5-DSS
%80-%94

pTME

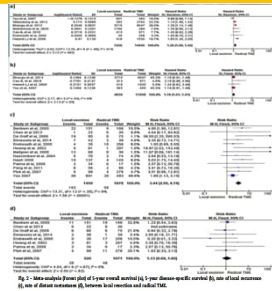
- %92.3-%94.3
- %94.4-%97

Ulusal database çalışmalarının sonuçları:

- 5-OS: TME anlamlı derecede daha uzun (p=0.02)
- 5-DSS: TME anlamlı derecede daha uzun hastalık spesifik sağ kalım (p=0.03)
- Lokal nüksi oranı: TME çok anlamlı derecede lokal nüksi azaltıyor (p=0.00001)
- Uzak metastaz oranında LE ile TME arasında fark yok (p=0.62)

Buna karşılık LE:

- Anlamlı derecede daha düşük mortalite (RR: 0.40, 95%CI 0.17-0.97),
- Anlamlı derecede daha az postop. komplikasyon (RR: 0.20, 95%CI 0.12-0.33)
- Çok daha az kalıcı kolostomi (RR: 0.09, 95%CI 0.05-0.17)

**PICO Faz-2 (TAE vs. TEM/TAO vs. TAMIS) 7 çalışma**

- 1 Meta analiz
- 1 RCT
- 5 Gözlemsel karşılaştırmalı çalışma

TEM vs. TAE

- Açıkça daha yüksek oranda negative mikroskopik marjın sağlıyor
- Spesimen fragmentasyonuna daha az neden oluyor
- Daha az lokal nüks

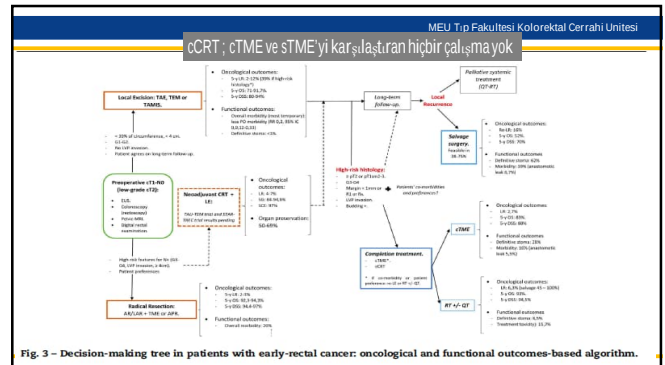
TEM vs. TEO

Teknik veya klinik sonuçlar açısından fark yok (morbidity, spesimen) TEO daha ucuz

TEM vs. TAMIS veya TEO vs. TAMIS

Spesimen kalitesi, morbidite, klinik sonuçlar arasında fark yok

PICO Fark: Tamamlayıcı KRT (cCRT): 10 çalışmada 830 hasta - Ana endikasyon yüksek riskli histopatolojik karakter - Uzun dönem RT yoğunlukla - Eş zamanlı KT (S+D bazlı) Tamamlayıcı (cTME) 10 çalışmada 308 hasta - Ana endikasyon yüksek riskli histopatolojik karakter - Marjin problemleri Kurtarma TME (sTME) 7 çalışmada 228 hasta Ana endikasyon: Lüminal, Nodal ekstremlal (pelvik) nöls	cCRT - LN: %6.3 5-OS vs. DSS vs. DFS: %693 vs. %94.5 vs. 91.5 - Morbidite/toksiste: %16.5, Kalıcı stoma: %66.5 cTME - LN: %2.7(%0-6.5) 5-OS vs. DSS vs. DFS: %683 vs. %88 vs. %94 - Mezorektal bütünlük: %678 - Morbidite (C-D >3): %16, Anastomoz kaçışı: %65.5, Kalıcı stoma: %628 sTME - Re-LN: %16 5-OS vs DSS vs. DFS: %652 vs. %70 vs. %646 - Anastomoz kaçışı: %66.7, Kalıcı stoma: %62
--	--



MEU Tıp Fakültesi Kolorektal Cerrahi Ünitesi

Focus on Surgical Oncology

Open Access, Continuous Publication, Free of Charge, Fast Peer Review

MEU Tıp Fakültesi Kolorektal Cerrahi Ünitesi

Teşekkürler