

616.345/.351-006.5-072.1

K PROBLEMATICE ENDOSKOPICKÉ POLYPEKTOMIE KOLOREKTÁLNÍCH POLYPŮ

Pplk. MUDr. Dušan ŠIMKOVIČ, pplk. MUDr. Karel ZÁHORÁK, CSc.
Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav J. E. Purkyně, Hradec Králové
(náčelník: genmjr. prof. MUDr. J. Vaňásek, CSc.)

Koloskopická polypektomie je bezpečnou a spolehlivou metodou excize většiny polypů tračníku a konečníku. Poprvé byla provedena Deyhlem v roce 1970 [11] a podrobněji rozpracována Williamsem v roce 1974, Wolfem a Shinyou v roce 1975 [3, 12]. Za 15 let se stala celosvětově rozšířeným endoskopickým výkonem, který je považován za významnou profylaxi vzniku kolorektálního karcinomu z neoplastických polypů — adenomů.

Endoskopická polypektomie má především význam diagnostický, protože umožňuje totální biopsii polypu. Při splnění specifických histologických kritérií se však stává i výkonem léčebným [2, 3, 8, 11, 15]. Nutno zdůraznit, že adenokarcinom tračníku a konečníku nemetastazuje do lymfatických uzlin, dokud nepronikne přes muscularis mucosae do submukózy. Časný kolorektální karcinom zůstává omezen jen na podslizniční vrstvu a nemetastazuje,

protože kolorektální sliznice má malé, či vůbec žádné lymfatické zásobení sliznice [17].

Vlastní postup a pozorování

Technické vybavení našeho pracoviště nám umožňuje provádět endoskopické polypektomie elektrokoagulací drátěnou kličkou. K polypektomiím jsme používali dvoukanálového koloskopu firmy Olympus typ TCF-2L2 o délce 150 cm a jednocanálový přístroj Olympus typ CF-MB 3R s dosažitelností 90 cm. Pro práci s vysokofrekvenčním proudem jsou přístroje vybaveny vnitřním zpětnovazebním okruhem, který zabraňuje průchodu části vysokofrekvenčního proudu přes vyšetřujícího a tím zamezuje jeho popálení. Rovněž při náhodné závadě (např. odpojení uzemňovací desky) se většina proudu vrací zpět do přístroje a znemožňuje poškození nemocného.

Většinu polypektomií jsme provedli pro nedostatek lůžek na našem pracovišti ambulantně, i když jsme si plně vědomi možných komplikací a sami polypektomií nepovažujeme za ambulantní výkon.

K přípravě střeva používáme ortográdního postupu, který spočívá v perorálním podání 6 litrů solného roztoku tak, aby pacient vypil každou hodinu 1 litr roztoku, poslední 12 hodin před plánovaným vyšetřením. Příprava je doplněna dvěma klyzmaty večer před vyšetřením a ráno 2 hodiny před vyšetřením. Přibližně 30 minut před zahájením výkonu aplikujeme pacientovi 50 mg Dolsinu intramuskulárně.

Pro endoskopické diatermokoagulační výkonu používáme kličky firmy Olympus hexagonálního typu. K odstranění malých polypoidních lézí do 5 mm využíváme bioptických kleští. Důležité je získat polyp po polypektomii z lumen tračnicku k histologickému vyšetření. Často odstraňujeme větší polypy z lumen tračnicku po polypektomii pomocí bioptických kleští, či intenzivním sáním je zachycujeme v ochranném kloboučku hrotu koloskopu. Každý polyp odstraňujeme jednotlivě, aby mohl být topograficky identifikován. Ottenjann udává počet ztracených polypů mezi 5–7 %, většinou jde o polypy menší než 5 mm (11, 13).

Předpokladem provedení elektrokoagulačního výkonu je vedle dokonalého vyprázdnění tračnicku trvalá vizuální kontrola polypu a polohy kličky. Najednou snášíme stopkaté a menší nasedající polypy, větší polypy odstraňujeme po částech. Polypektomii neprovádíme u polypů o průměru větším než 3 cm a polypů s jasným makroskopickým obrazem polypoidního karcinomu.

Provedli jsme celkem 62 diatermickokoagulačních koloskopických polypektomií u 42 nemocných — 29 mužů, průměrný věk 55,3 let a 13 žen s průměrným věkem 63,3 let. Nejmladší nemocný 29 let a nejstarší 79 let. Naprostá většina polypů byla lokalizována v oblasti sigmoidea a sestupného tračnicku (tab. 1). Nízký po-

pickou polypektomií nejčastěji u familiární polypózy po předchozí resekci postižené části tračnicku. Histologická skladba polypů je znázorněna v tabulce 2.

Tab. 2

Histologická skladba polypů

T y p	Počet polypů
Tubulární adenom	45
Potencionálně maligní adenomový polyp	5
Tubulovilózní adenom	3
Vilózní adenom	3
Adenokarcinom	3
Zánětlivý polyp	2
Benigní cévnatý polyp	1

Zvláštní pozornost si zasluhují potencionálně maligní polypy. U nemocných s histologicky prokázaným adenokarcinomem jsme provedli resekci postiženého úseku tračnicku. Koloskopická polypektomie byla provedena u 42 polypů s průměrem menším než 1 cm, 13 polypů bylo velikosti od 1 do 2 cm a 7 polypů o průměru větším než 2 cm.

Diskuse

Není pochyb o tom, že koloskopická polypektomie je nejlepším způsobem ošetření naprosté většiny polypů tračnicku. Úspěšně lze extirpovat až 95 % polypů (13). Několik prací potvrdilo skutečnost, že i polypy do velikosti 1 cm se mohou maligně zvrhnout. Je tedy vhodné odstraňovat každý, i malý polyp a pečlivě celý histologicky vyšetřit (5, 6, 8, 9, 10). Význam histologického vyšetření zdůrazňuje Mařatka, který upozorňuje na skutečnost, že makroskopický vzhled polypu neříká nic o jeho biologické povaze (8).

Incidence polypů v populaci je až 40 % (18). Úspěšnost koloskopické polypektomie je podminěna skutečností, že 70–74 % polypů se nachází v oblasti rektosigmoidea, jen asi 6 % polypů je umístěno v proximální části tračnicku, tj. od céka po hepatální ústí (1, 7, 11).

Protože se polypy často vyskytují ve vyšších věkových skupinách, bývá někdy rozhodování o operaci obtížné. Uvážíme-li, že laparotomie je zatížena 1–2% mortalitou, nehledě na pooperační morbiditu a dobu hospitalizace, lze doporučit endoskopickou polypektomii i ve vyšších věkových kategoriích. K vážnějším komplikacím při endoskopické polypektomii dochází asi jen ve 2 % (11, 13, 16, 18).

Polypektomie je především výkonem diagnostickým. Terapeutickým výkonem se stává, jsou-li splněna 4 kritéria histologická:

Tab. 1

Lokalizace polypů

Č á s t	Počet polypů
Vzestupný tračník	6
Příčný tračník	6
Sestupný tračník	16
Esovitá klička	31
Konečník	3

čet polypektomií v konečníku je ovlivněn skutečností, že polypy konečníku odstraňujeme pomocí rektoskopu s elektrokoagulační spodinou po odstranění polypů bioptickými kleštěmi. V oblasti rektosigmoidea provádíme endosko-

1. Ložisková atypie je ohraničena v hlavě polypu.
 2. Řez je veden v tkáni bez nádorových změn.
 3. Jde o velmi dobře či dobře diferencovaný karcinom.
 4. Není přítomna invaze do lymfatických cév.
- Není-li splněna některá z těchto histologických podmínek, je nutno předat nemocného do péče chirurga (2, 5, 8, 11, 17).

O'Connor a Pagana upozorňují na výskyt synchronických polypů a karcinomů, které našli až ve 2–6 % (12, 14). Koloskopická polypektomie by proto měla být spojena s vyšetřením alespoň levé poloviny tračníku.

Protože polypy mohou po provedené polypektomii recidivovat, je třeba nemocné po výkonu dále sledovat. Není dosud zcela jasné, která metoda ke sledování je nejvhodnější a který časový interval je optimální. Většinou je nemocným prováděna 1–2krát ročně koloskopie, dále se provádí irigoskopie s dvojitým kontrastem, rektoskopie a sledování okultního krvácení (4).

Souhrn

Vzhledem k narůstajícímu výskytu a mortalitě na kolorektální karcinom vystupuje do popředí nutnost časně diagnostiky tohoto onemocnění v kurabilním stadiu. Práce ukázala, že koloskopická diatermokoagulační polypektomie je metodou, která může tento nepříznivý trend kladně ovlivnit. Má především význam diagnostický, ale v rukou zkušeného koloskopisty se stává výkonem léčebným, který významně přispívá k časně diagnostice a profylaxi invazivních forem rakoviny tračníku a konečníku.

Literatura

1. FRÜHMORGEN, P. - LAUDAGE, G. - MATEK, W.: Ten years of colonoscopy. *Endoscopy*, 13, 1981, s. 162 až 168.
2. HAGER, T. - GROITL, H.: Ambulantní polypektomie kolorektálních polypů. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 33, 1979, č. 2–3, s. 154–155.
3. JOURDAN, M. - RENDALL, M. - MCCOLL, I.: Colonoscopy: a survey of its value in a teaching hospital surgical unit. *J. R. Soc. Med.*, 74, 1981, č. 7, s. 485 až 489.
4. KMENT, M.: Sledování nemocných po polypektomii tračníku. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 37, 1983, č. 4, s. 280.
5. KMENT, M. - VÍŠEK, J. - NOVOTNÝ, P.: Endoskopická polypektomie tračníku. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 35, 1981, č. 8, s. 382–386.
6. KOTRLÍK, J.: IV. evropský kongres pro digestivní endoskopii. Hamburk (NSR), 13.–14. června 1980. *Čas. Lék. čes.*, 119, 1980, č. 43–44, s. 1196–1197.
7. KOTRLÍK, J. - RONSKÝ, R. - FRIC, P.: Sigmoidoskopie. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 34, 1980, č. 6, s. 417 až 418.
8. MARATKA, Z.: Indikace diagnostických a terapeutických metod endoskopických v konfrontaci s nálezy rentgenovými a operačními. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 35, 1981, č. 5, s. 216–239.
9. NEDBAL, J.: Současné možnosti včasné diagnostiky okorektálního karcinomu. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 36, 1982, č. 3–4, s. 226–227.
10. NEDBAL, J. - KUDRMANN, J. - KOTOUŠ, J.: Polypektomie v tlustém střevě. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 36, 1982, č. 8, s. 443–446.
11. NEDBAL, J. - KUDRMANN, J. - KOTOUŠ, J.: Koloskopická diatermokoagulační polypektomie. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 36, 1982, č. 6, s. 303–313.
12. O'CONNOR, J.: Colonoscopic management of colonic polyps in a community hospital. *Amer. J. Proctol. Gastroenterol. Colon rectal Surg.*, 32, 1984, č. 12.
13. OTTENJANN, R.: Ambulante koloskopische Polypektomie? *Dtsch. med. Wschr.*, 108, č. 24, s. 956.
14. PAGANA, T. et al.: The use of colonoscopy in the study of synchronous colorectal neoplasms. *Cancer*, 53, 1984, č. 2, s. 356–359.
15. RESCH, M. - WETL, K.: Dickdarmpolypen — endoskopische Diagnostik und Therapie. *Acta chir. austriaca*, 1980, č. 5–6, s. 109–112.
16. SCHWEISINGER, W. et al.: Complications in colonoscopy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 148, 1979, č. 2, s. 270 až 281.
17. STOS, F. et al.: Kolonpolypen und endoskopische Polypektomie. *Acta chir. austriaca*, 16, 1984, č. 1, s. 13 až 15.
18. WILLIAMS, Ch. - MUTO, T. - RUTTER, K.: Removal of polyps with fiberoptic colonoscope: a new approach to colonic polypectomy. *Brit. med. J.*, 24, 1973, č. 1, s. 451–452.

Klíčová slova: Endoskopická polypektomie; Polypy tračníku.