

## KOLONPOLIPEKTOMIA



Besnik Ismajli

Specialist i Mjekësisë Interne -  
Gastroenterohepatologji

Karcinoma kolorektale zë vendin e tretë më të shpeshtë në botë, si dhe shkaktari i dytë më i shpeshtë i vdekjes nga kanceri. Aplikimi i programeve të depistimit në vendet evropiane dhe zbulimi me kohë i lezioneve premalinje dhe malinje kanë çuar në zvogëlim të mortalitetit nga kanceri kolorektal. Kohët e fundit në vendet evropiane ka një rritje të kolonoskopive depistuese në krahasim me testet occulte të fecesit.

Me rritjen e kolonoskopive rritet edhe detektimi i polipeve që detyrimisht rrit nevojën e largimit të polipeve. Në ditët e sotshme kemi metoda të ndryshme të reseksionit. Me rritje të invazivitetit rritet edhe rreziku i komplikimeve. Varësisht nga madhësia dhe lokalizimi i polipit, sëmundjet shoqëruese të pacientit, përdorimi i antikoagulantëve vendoset nëse polipektomia realizohet në kushte ambulantore apo hospitalore.

Teknikat e reseksionit endoskopik

Largimi me forceps

Largimi i lezioneve të vogla përmes forcepsit bëhet analog si tek biopsia standarde. Përparësi e kësaj metode është përdorimi i lehtë por mangësi është pamundësia e përcaktimit të R0-reseksionit.

Këtu rekomandohet të përdoret "Jumbo-forceps" dhe jo forcepsi standard për biopsi.

Largimi me lak pa rrymë (Cold-Snare Polypectomy, CSP)

Kohët e fundit ka një rritje të aplikimit të largimit të polipeve me metodën CSP. Përparësitë e kësaj metode janë përdorimi më i lehtë përmes kanalit punues të endoskopit dhe pa pasur nevojë të injektimit paraprak submukozal, si dhe pa përdorim të rrymës. Mangësitë e kësaj metode janë mundësia e largimit të polipeve vetëm deri në 10 mm, si dhe kostoja pak më e madhe në krahasim nga largimi me forceps (shiko figurën 1).

Reseksioni mukozal endoskopik (EMR)

EMR është metoda klasike e polipektomisë me rrymë ku paraprakisht injektohet NaCl apo shpesh edhe NaCl e kombinuar me suprarenin/metilenblue. Largimi i polipit bëhet me lak 15-55 mm duke mbyllur lakun dhe përdorim rryme (HF-Device). Largimi shpesh bëhet edhe në pjesë "peace-meal-technic". Përparësitë e kësaj metode janë koha e shpejt e zotërimit si dhe komplikimet më të vogla në krahasim me ESD apo EFTR (shiko figurën 2).



Figura 1. Cold Snare Polypectomy, para dhe pas largimit (Klinikum Bad Salzungen)



Figura 2. EMR (endoscopic mucosa resection) para dhe pas reseksionit (Klinikum Bad Salzungen).

### Endoscopic submucosal Dissection (ESD)

ESD bazohet në injektimin e lezionit njëjtë sikur tek EMR, pastaj bëhet një incision përreth lezionit e në fund bëhet preparimi i lezionit me një "brisk endoskopik" dhe në fund bëhet largimi en bloc i lezionit. Përparësi e kësaj metode janë largimi en-bloc i lezioneve më të mëdha se 20 mm, si dhe numër më i vogël i recidivave në krahasim me EMR. Mangësi janë kompleksiteti i metodës si dhe numër më i madh i komplikimeve (shiko figurën 3).

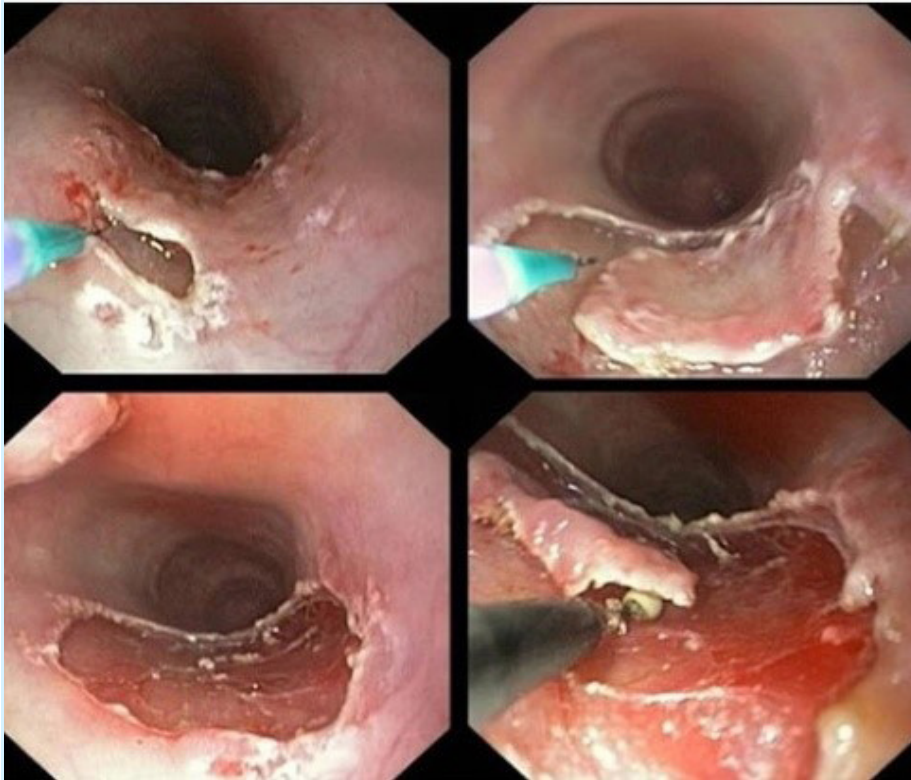


Figura 3. ESD (Prof. dr. Huenerbein, Spezielle Chirurgische Therapieverfahren)

### Resektimi total endoskopik i murit të zorrës (Endoscopic full-thickness resection, EFTR)

EFTR është një metodë relativisht e re (analog sikur incisioni lokal kirurgjik) që përmes endoskopit një pjesë e zorrës me të gjitha shtresat e saj largohet. Përmes EFTR së pari bëhet markimi rrethues i lezionit. Pas markimit të lezionit sipas principit "Clip first-cut later" kjo pjesë e lezionit sigurohet me Over-The-Scope-Clips (OTSC) e pastaj këputet përmes lakut me rrymë (një set special për EFTR). Mangësitë e kësaj metode janë vështirësitë teknike, si dhe kostoja e lartë në krahasim me EMR (shiko figurën 4).

### Polipektomia: Çfarë është ambulant e çfarë në kushte hospitalore e mundshme?

Caktimi se kur një polip duhet të largohet në mënyrë ambulantore apo në kushte spitalore caktohet në bazë të madhësisë së polipit, formës apo komplikimeve që priten gjatë polipektomisë. Po ashtu një rëndësi

të madhe ka se cila nga metodat aplikohet për largim. Një ndihmë për përcaktimin e madhësisë së polipit është forcepsi i hapur. Nuk ekzistojnë studime bindëse për përcaktimin se kur duhet bërë polipektomia ambulantore apo në kushte spitalore.

### Polipet deri 10 mm

Polipet më të vegjël se 5 mm "dominutive polyps" kanë një rrezik shumë të vogël për malinjizim. Secili polip duhet të largohet gjithmonë përveç nëse këto polipe të

vegjël janë në kolonin rektosigmoidale dhe konsiderohen nga endoskopisti me siguri shumë të madhe si polipe hiperplastike. Polipet më të mëdha se 3 mm nuk rekomandohen të largohen me forceps por me CSP (Cold-Snare Polypectomy). Dy studime të kontrolluara dhe rrandomizuara (RCTs) me 117 përkatësisht 145 polipe tregojnë një R0-reseksion më të shpeshtë dhe po ashtu kohë më të shkurt të ekzaminimit. Largimi me forceps duhet bërë vetëm atëherë kur reseksioni me CSP teknikisht është i pamundur. Nëse vetëm përdoret forcepsi atëherë duhet të përdoret Jumbo (shiko tabelën 1).

Polipet sessile me madhësi 6-9 mm sipas udhërrëfyesit nga European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) për shkak të R0-reseksionit rekomandohet të largohen me CSP. Studimet tregojnë për rezultate përfundimtare të njëjta mes CSP dhe HSP (Hot-Snare Polypectomy).

Perforacionet nga aplikimi i metodave të lartcekura nuk janë shfaqur dhe gjakderdhja

postintervencionale është më pak se 1%. Për polipet sessile deri 10 mm ekzistojnë metoda të sigurta të reseksionit kështu që në shumicën e rasteve bëhet largimi ambulantore.

### Polipet 10-20 mm

Për shkak të arsyeve të lartcekura polipet sessile të kësaj madhësie nuk mund të largohen me forceps. Po ashtu largimi me CSP në R0 është pothuaj i pamundur prandaj edhe nuk rekomandohet. Udhërrëfyesit rekomandojnë tek polipet e kësaj madhësie polipektominë me rrymë (HSP) paraprakisht duke injektuar submukozën. Tek polipet pedunkul ekzistojnë rekomandimet për largim me rrymë, po ashtu edhe tek polipet pedunkul me bazë të gjerë mbi 10 mm për shkak të gjakderdhjes postintervencionale rekomandohet edhe injektimi i NaCl/suprarenines. Polipektomia deri 20 mm sipas mendimit të autoreve për shkak të komplikimeve (gjakderdhje, perforacion) shumë rrallë mund të bëhet në kushte ambulantore. Nuk ekziston ndonjë rekomandim i bazuar se kur duhet të bëhet mbyllja (klipingi) në mënyrë profilaktive e sipërfaqes së resektuar për të shmangur gjakderdhjen pas intervenimit. Shioji et al. në një studim të kontrolluar rrandomizues tregojnë për një ulje jo sinjifikate më pak se 1% të gjakderdhjes. Në një studim tjetër nga Bahin et al. tek pacientët me polipektomi mbi 20 mm dhe koagulim të sipërfaqes resektuese nuk u vërejt ndonjë reduktim sinjifikat i gjakderdhjes. Kohët e fundit ka studime me rezultate të ndryshme prandaj tek pacientët me faktor rreziku (antikoagulues, polipet në kolonin e djathtë) apo tek pacientët ambulantore mund të arsyetohet mbyllja e sipërfaqes së resektuar (Tabela 2).

### Polipet e sheshtë >20 mm

Polipet sessile/sheshtë janë polipe, të cilët kërkojnë kohë më të madhe për reseksion dhe shoqërohen me komplikime më të mëdha prandaj me rregull duhet larguar në kushte spitalore. Polipet me karakteristika komplekse si (non-lifting-lesions, lokalizim anatomik të vështirë si p.sh. bazë të Appendixit, valvula ileocecale, buzë divetikulit) duhet larguar në qendra të specializuara. Në një studim Australian prej 479 pacientëve me adenoma të mëdha (mesatarisht 35 mm) u arrit një reseksion i plotë tek 89% e pacientëve. Në një studim tjetër mbi 81% e pacientëve iu shmangën operacionit. Komplikimet tek këta pacientë ishin 7-11%, komplikimet më të shpeshta ishin gjakderdhjet akute që këto u sanuan me endoskop menjëherë. Në një metanalizë gjakderdhjet postintervencionale ishin 7% dhe perforacioni 1,5%.

Tek reseksioni i polipeve të mëdha EMR

është etabluar si metodë shumë efektive dhe e sigurt. EMR në krahasim me ESD është më e lehtë por jo gjithmonë arrihet një en-bloc-reseksion tek polipet më të mëdha se 20 mm. Në këto raste përdoret Peace-meal-technic.

Ndryshe nga EMR, ESD lejon edhe tek polipet >20 mm një en-bloc-reseksion. Studime tregojnë në Japoni dhe Kore një numër të vogël të rishfaqjes (2% vs. 14%) në krahasim me EMR-Peacemeal por gjithsesi me një numër më të madh të perforacionit (6,2% vs. 1,3%). ESD për shkak të trashësisë së murit të rektumit aplikohet më shpesh në rektum se në kolon. Vlen të theksohet se për shkak të rezultateve shumë të mira të EMR sidomos tek koloni ESD nuk luan ndonjë rol të veçantë (Figura 5).

#### Non-Lifting-/Recidivadenomat

Adenomat recidivuese janë shpesh të vogla dhe në shumicën e rasteve mund të largohen me metodat standarde endoskopike. Megjithatë ka raste për shkak të cikatrikëve të krijuara dhe mungesës së Lifting bëhet largimi i vështirë. Në këto raste vijnë në shprehje edhe metoda tjera termike lokale si p.sh. Argon-Plasma-Koagulation apo përdorimi i rrymës bipolare me forceps special. Këto metoda mund të aplikohet në kushte ambulatore.

Një metodë relativisht e re është EFTR si një metodë e etabluar sidomos në ato raste kur EMR apo ESD për shkak të rrezikut nuk mund të aplikohen. Një studim i randomizuar WALL-RESECT-Studie tek 181 pacientë me "adenoma të vështira" kryesisht me Liftin negativ apo me vendosje anatomike të vështirë tregon një R0 reseksion diku rreth 77% dhe një perforacion 2,2%. Duhet theksuar për shkak të zgjatjes së ndërhyrjes

si dhe komplikimeve të mundshme këto ndërhyrje duhet realizuar në kushte spitalore.

#### Karcinoma-T1

Tek lezionet që mendohet që kanë infiltrim submukozal gjithmonë duhet tentuar të arrihet En-block-reseksioni. Kjo mund të arrihet me EMR, ESD, EFTR dhe operacion kirurgjik. En-block-reseksioni është shumë me rëndësi sepse nga kjo varet nëse duhet apo jo të pasohet reseksioni-onkologjik me operacion kirurgjik.

Nëse plotësohen këto kritere histologjike (Infiltrim i submukozës < 1000 µm, L0, V0, G1/G2, R0) rreziku për infiltrim metastatik të nyjave limfatike është < 1% prandaj pacientët e tillë konsiderohen sipas udhërrëfyesve si "low risk" për metastazim prandaj largimi endoskopik është i mjaftueshëm.

Të dhënat për krahasimin e teknikave të reseksionit ka shumë pak. Në një studim të kryer tek 37 pacientë nga Asayama et al. tregohet një arritje mbi 92% e R0 me ESD. Në një metaanalizë të krahasuar mes EMR dhe ESD tek polipet e mëdhenj shihet një R0 tek EMR 42,3% versus 80% tek ESD. Në një analizë të thellë u konstatua se arsyeja e reseksionit inkomplet ishte infiltrimi submukozal.

Si përfundim tek indikacionet e tilla trajtimi me EMR nuk është i mjaftueshëm. ESD tregon një rezultat shumë më të mirë por edhe një shpeshtësi perforacioni deri 15%. Një alternativë e mirë tek këto raste është trajtimi me EFTR. Në një analizë të bërë tek 157 pacientë të trajtuar me karcinome të kolonit arrihet një R0 rreth 72% por në të njëjtën kohë perforacion deri 3,9%. Gjithsesi priten studime të reja dhe për të parë rolin e EFTR tek karcinoma kolorektale.

#### Pacientët ma antikoagulant

Kohët e fundit kemi rritje të pacientëve që kërkojnë intervenime kardiologjike dhe angiologjike dhe në të njëjtën kohë kemi rritje të përdorimit të antikoagulantëve prandaj kjo na bën që të jemi akoma më të kujdesshëm për metodën dhe kohën e reseksionit. Për këtë varësisht nga madhësia e polipit, moshë e pacientit dhe faktorët e tjerë të rrezikut ekzistojnë rekomandime nga Udhërrëfyesi Gjerman për Siguri në Endoskopi.

#### Përmbledhje

Karcinoma kolorektale është akoma karcinoma e tretë më e shpeshtë në botë dhe shkaktari i dytë më i shpeshtë i vdekjes nga kanceri. Prandaj përmes depistimit duke zbuluar me kohë lezionet premalinje dhe malinjë dhe largimit të tyre në të njëjtën kohë vjen deri te zvogëlimi i morbiditetit të lidhur me kancer kolorektal. Në ditët tona endoskopistët kanë metoda të ndryshme për largimin e këtyre lezioneve. Në këtë artikull prezantuar disa metoda dhe në të njëjtën kohë shpjeguar se kur mund të largohen në kushte ambulatore e kur në kushte spitalore.

Polipet e vegjël deri 20 mm me një siguri shumë të madhe mund të largohen në kushte ambulatore. Polipet më të mëdhenj apo lezionet më komplekse që kërkojnë kohë dhe kanë rrezikshmëri për komplikime duhet të largohen në kushte spitalore. Gjithsesi se një polip a duhet të largohet në kushte ambulatore apo spitalore varet nga karakteristikat e polipit, ekspertiza e endoskopistit dhe faktorët e rrezikut të pacientit (mosha, sëmundjet shoqëruese etj.).

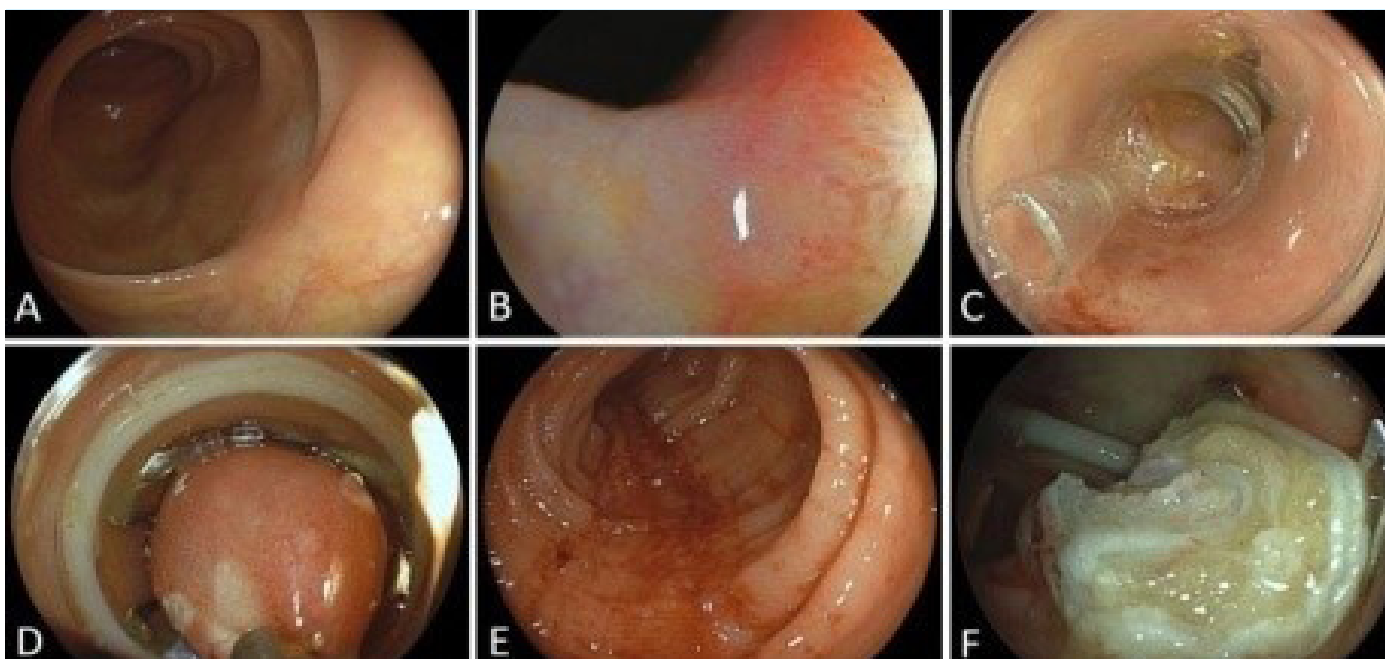


Figura 4. (Endoscopic full-thickness resection,EFTR), Springer link.



Figura 5. Polip 4,5 cm. (Polipektomi e realizuar në Spitalin Olive).

Tabela 1. Forest plot comparing complete resection rate of all diminutive polyps between groups. CSP, Cold snare polypectomy; CFP, cold forceps polypectomy; M-H, Mantel-Haenszel test; CI, confidence interval (Referenca 16).

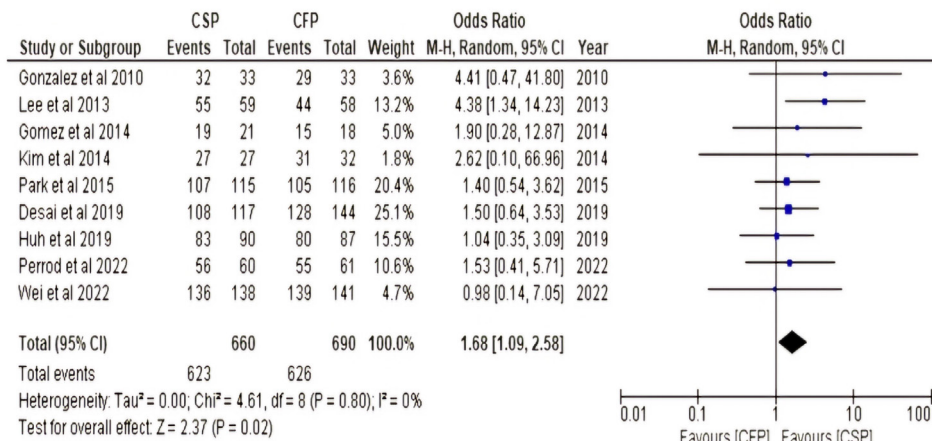
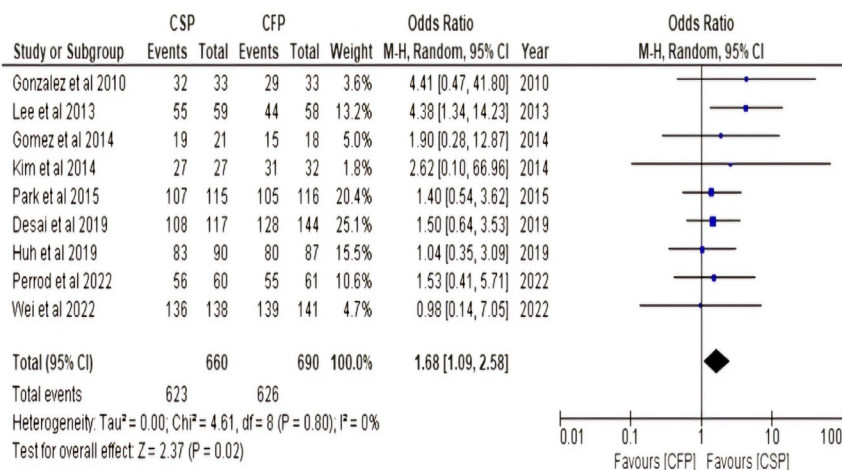


Tabela 2. Forest plot of all RCTs assessing incomplete resection rate (IRR) between HSP/EMR and CSP group (Referenca 17).



**Referencat:**

1. Endoscopic submucosal dissection as total excisional biopsy for clinical T1 colorectal carcinoma. Naoki Asayama 1, Shiro Oka, Shinji Tanaka, Nana Hayashi, Koji Arihiro, Kazuaki Chayama.

2. <https://ëëë.ëho.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>.

3. [https://register.aëmf.org/assets/guidelines/021-007OLI\\_S3\\_Kolorektales-Karzinom-KRK\\_2019-01.pdf](https://register.aëmf.org/assets/guidelines/021-007OLI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf).

4. Trends in colonoscopy and fecal occult blood test use after the introduction of dual screening offers in Germany: Results from a large population-based study, 2003-2016

Chen Chen 1, Christian Stock 2, Lina Jansen 2, Jenny Chang-Claude 3, Michael Hoffmeister 2, Hermann Brenner 4.

5. Clip Closure Prevents Bleeding After Endoscopic Resection of Large Colon Polyps in a Randomized Trial. Heiko Pohl,1,2 Ian S. Grimm,3 Mattheë T. Moyer,4 Muhammad K. Hasan,5 Douglas Pleskoë,6 B. Joseph Elmunzer,7 Mouen A. Khashab,8 Omid Sanaei,8 Firas H. Al-Kawas,9 Stuart R. Gordon,1,10 Abraham Matheë,3 John M. Levenick,3 Harry R. Aslanian,11 Fadi Antaki,12 Daniel von Renteln,13 Seth D. Crockett,3 Amit Rastogi,14 Jeffrey A. Gill,15 Ryan J. Loë,16 Pooja A. Elias,7 Maria Pellise,17 Michael B. Wallace,18 Todd A. Mackenzie,19 and Douglas K. Rex20.

6. Liaquat H Rohn E Rex DK Prophylactic clip closure reduced the risk of delayed postpolypectomy hemorrhage: experience in 277 clipped large sessile or flat colorectal lesions and 247 control lesions.

7. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022 Pedro Pimentel-Nunes # 1 2, Diogo Libânio # 1 3, Barbara A J Bastiaansen 4, Pradeep Bhandari 5, Raf Bisschops 6, Michael J Bourke 7, Gianluca Esposito 8, Arnaud Lemmers 9, Roberta Maselli 10 11, Helmut Messmann 12, Oliver Pech 13, Mathieu Pioche 14, Michael Vieth 15, Bas L A M Èeusten 16, Jeanin E van Hoaft 17, Pierre H Deprez 18, Mario Dinis-Ribeiro 13.

8. <https://www.dgvs.de/leitlinien/endoskopie-notfall/qualitaetsanforderungen-in-der-gastrointestinalen-endoskopie/>.