

BEVEZETÉS

A nyombél neuroendokrin daganatai (dNET) a gastroenteropancreaticus neuroendokrin neoplasiák (NEN-ek) csupán 2%-át adják. A nem funkcionális NET-ek többsége tünetmentes, és véletlenszerűen kerül felfedezésre, endoszkópos vizsgálat során.

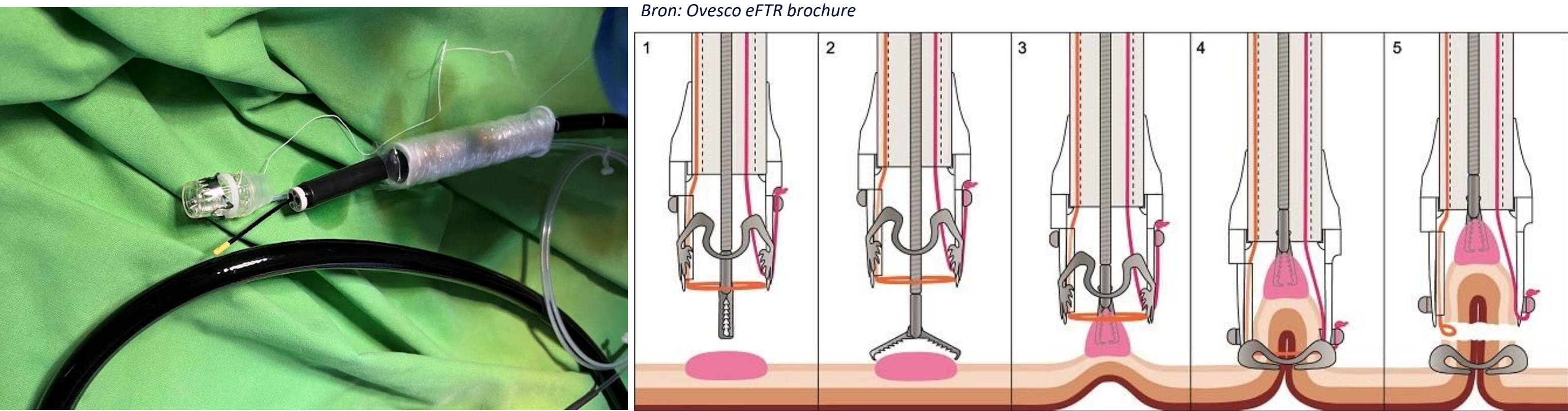
Az **endoszkópos teljes falvastagságú resectio (EFTR)** új lehetőséget kínál azoknak a laesioknak az eltávolítására, amelyeknél a hagyományos endoszkópos resectios technikák (ESD, EMR) nem elegendőek. **Korlátozott adatok** állnak rendelkezésre az EFTR hatékonyságáról és biztonságosságáról a **felső emésztőrendszeri** elváltozások eltávolításában. Az rányelvek jelenleg nem javasolják az EFTR-t standard kezelésként a duodenális elváltozások esetében.

Az EFTR megfontolható olyan **nem-ampulláris duodenális elváltozások** esetén, amelyek:

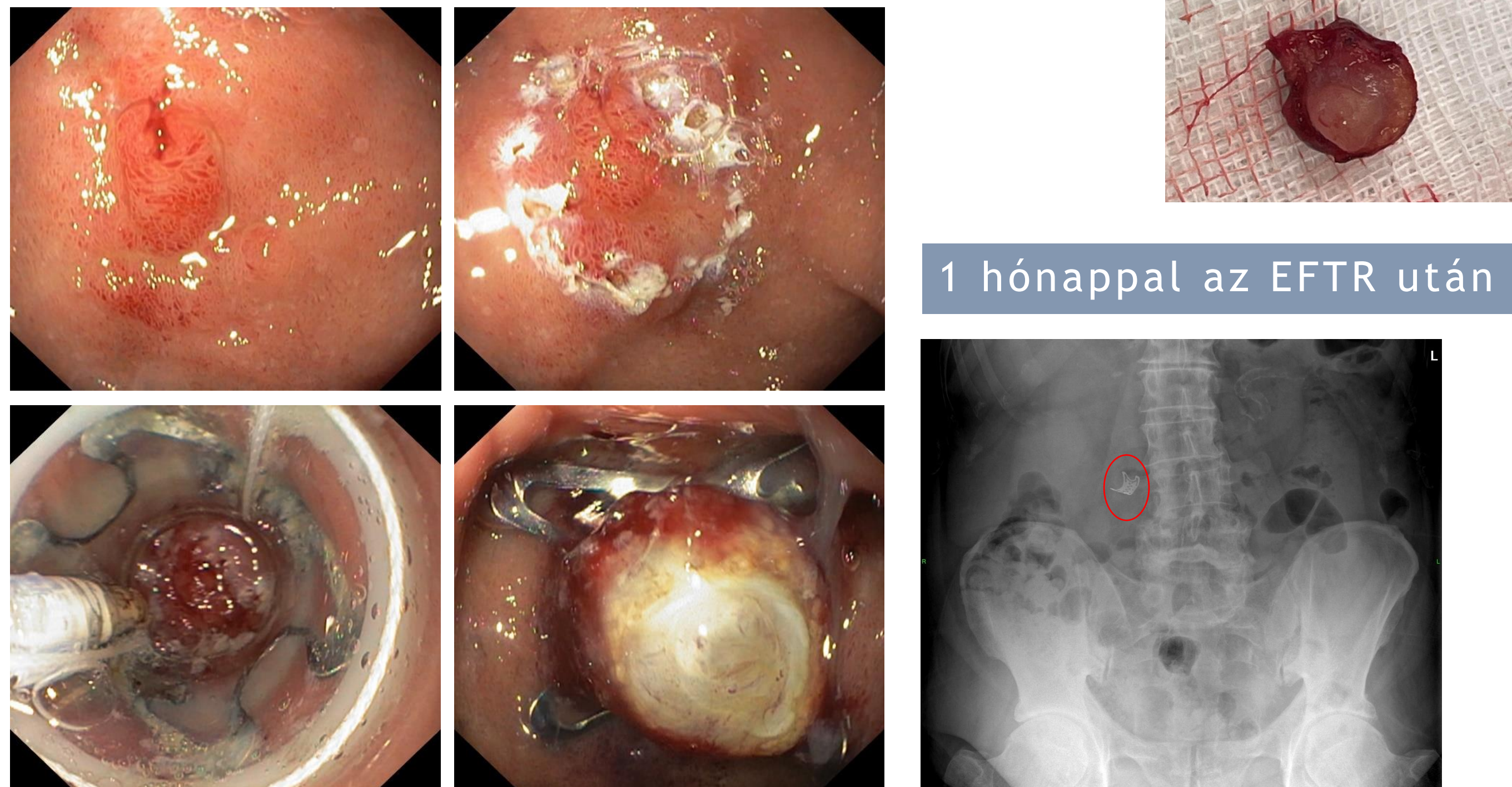
- nem emelhető (non-lifting) léziók
- fibrózissal járó elváltozások
- muscularis propriából kiinduló subepithelialis tumorok

A duodenum anatómiai sajátosságai (szűk lumen, vékony fal, közeli fontos struktúrák) növelik a perforáció és vérzés kockázatát.

MÓDSZER



Bulbus duodeni - EFTR (1. beteg)

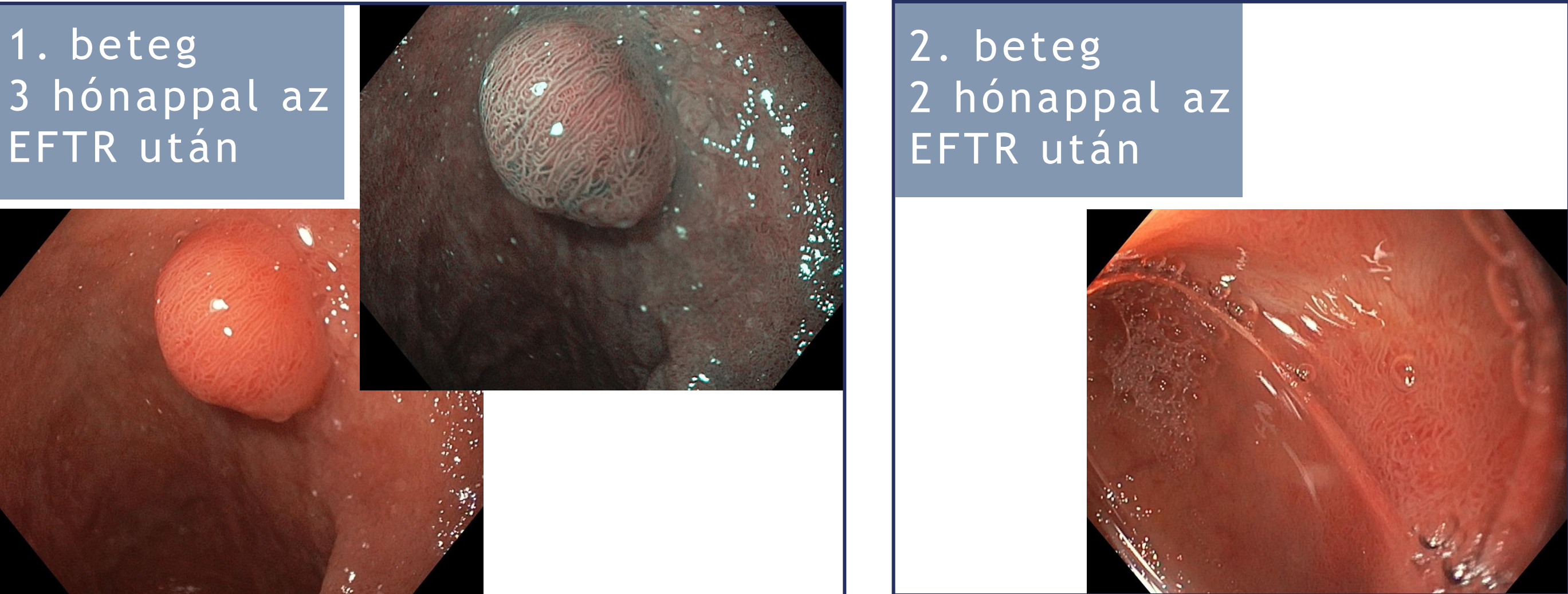


1 hónappal az EFTR után

EREDMÉNYEK

Az első betegnél a laesio a falból csak minimálisan emelkedett ki, emiatt a beavatkozás csak harmadszorra volt sikeres, a második betegnél már az első beavatkozás során R1 resectiot végeztünk. Szövődményt nem észleltünk.

Kontroll endoszkópos vizsgálattal recidivát nem láttunk. Az első esetben gastrikus heterotopiát tartalmazó, szabályos felszíni mintázatot mutató polypoid képletet láttunk a resectio helyén, a második esetben csak heg mutatkozott.



1. beteg
3 hónappal az
EFTR után

2. beteg
2 hónappal az
EFTR után

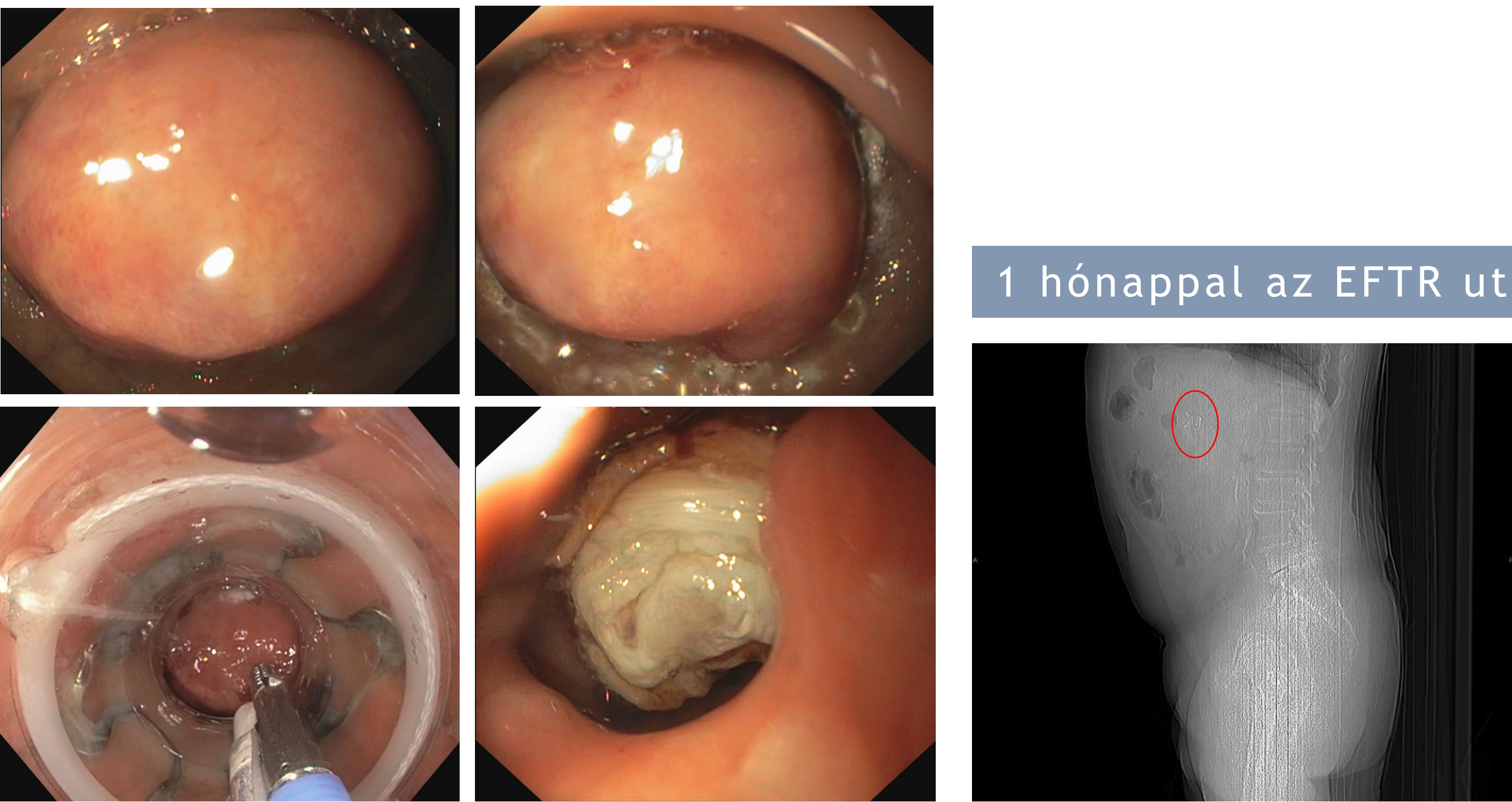
CÉLKITŰZÉS

Az endoszkópos teljes fal resectio módszerét, tapasztalatainkat szeretnénk bemutatni két, a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán ellátott betegünk esetében, akiknél duodenális neuroendokrin tumort igazoltunk.

BETEGEINK

	1. 78 éves férfi	2. 71 éves férfi
Anamnézis	appendectomy, hypertonia, GERD, 2-es típusú DM, laryngectomy, nyaki blockdissectio, tracheostoma képzés, NSTEMI miatt Cx-OM PCI (DES) implantatio	postinfekciós GN, következményes KVE, 2-es típusú DM, prostata cc. miatt hormonterápia
Laesio	Gastroscoopia: bulbusban mellékletként kis sessilis polypoid laesio (Gr. I.NET, össz. 1,8 mm-es területen négy apró, csaknem összefüggő gömbölyded sejtcsoportba rendeződve; EUS: 10-11 mm-es echoszegény, jól körülhatárolt SEL, kp. vascularizált, a serosát jól respektálja, a muscularis propria érintett	Hasi UH, CT MRI: bedomborodás a duodenum pars descendensben; Gastroscoopia és EUS: 13 mm-es, a muscularis propriával egy ponton érintkező SEL a bulbusban (Gr. I. WD-NET), bedomborodó pancreasszövet a pars descendensben
Végleges szövettan (EFTR után)	idült gyulladás	jól differenciált (grade 1), pT2 L0 V0 Pn0 stádiumú NET

Bulbus duodeni - EFTR (2. beteg)



1 hónappal az EFTR után

KÖVETKEZTETÉSEK

Az endoszkópos teljes fal resectio (EFTR) biztonságos és hatékony terápiás lehetőség lehet a subepithelialis laesiok, recidiváló és nem kiemelhető adenomák, a nehezen hozzáférhető daganatok és a gyomor-bélrendszeri korai daganatok válogatott eseteinek kuratív eltávolítására.