

# TST36

## GRAMPEADOR PARA TRATAMENTO DE HEMORROIDA

### REFERÊNCIAS

<sup>1</sup> Renzi A, Brillantino A, Di Sarno G, D'Aniello F, Giordano A, Stefanuto A, et al. PPH-01 versus PPH-03 to perform STARR for the treatment of hemorrhoids associated with large internal rectal prolapse: a prospective multicenter randomized trial. *Surg Innov*. 2011;18:241-7.

<sup>2</sup> Boccasanta P, Venturi M, Roviato G. What is the benefit of a new stapler device in the surgical treatment of obstructed defecation? Three-year outcomes from a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:77-84.

<sup>3</sup> Ommer A, Rofhs TM, Wals MK. Long-term results of stapled transanal rectal resection (STARR) for obstructive defecation syndrome. *Int J Colorectal Dis*. 2010;25:1287-92.

<sup>4</sup> Jayne DG, Schwandner O, Stuto A. Stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome: one-year results of the European STARR Registry. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:1205-12.

<sup>5</sup> Lenisa L, Schwandner O, Stuto A, Jayne D, Pigot F, Tuech JJ, et al. STARR with Contour Transtar: prospective multicentre European study. *Colorectal Dis*. 2009;11:821-7.

<sup>6</sup> Arroyo A, González-Argenté FX, García-Domingo M, Espin-Basany E, De-la-Portilla F, Pérez-Vicente F. Prospective multicentre clinical trial of stapled transanal rectal resection for obstructive defaecation syndrome. *Br J Surg*. 2008;95:1521-7.

<sup>7</sup> Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, Bottini C, Caviglia A, Carriero A, et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1285-96.

<sup>8</sup> Boccasanta P, Venturi M, Salamina G, Cesana BM, Bernasconi F, Roviato G. New trends in the surgical treatment of outlet obstruction: clinical and functional results of two novel transanal stapled techniques from a randomised controlled trial. *Int J Colorectal Dis*. 2004;19:359-69.

<sup>9</sup> Gravié JF, Lehur PA, Hutten N, Papillon M, Fantoli M, Descottes B, et al. Stapled hemorrhoidopexy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative follow up. *Ann Surg*. 2005;242:29-35.

<sup>10</sup> Senagore AJ, Singer M, Abcarian H, Fleshman J, Corman M, Wexner S, et al. Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH) Multicenter Study Group. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(11):1824-36.

<sup>11</sup> Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregón L, Miranda-Gomez A, Moran S. Stapled rectal mucosectomy vs. closed hemorrhoidectomy: a randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum*. 2002;367-1374.

<sup>12</sup> Boccasanta P, Capretti PG, Venturi M, Cioffi U, De Simone M, Salamina G, et al. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am J Surg*. 2001;182:64-8.

<sup>13</sup> Ho YH, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, et al. Stapled hemorrhoidectomy-cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1666-75.

<sup>14</sup> Naldini G. Serious unconventional complications of surgery with stapler for haemorrhoidal prolapse and obstructed defaecation because of rectocele and rectal intussusception. *Colorectal Dis*. 2011;13:323-7.

<sup>15</sup> Naldini G, Martellucci J, Rea R, Lucchini S, Di Visconte M, Caviglia A, Menconi C, et al. Tailored prolapse surgery for the treatment of haemorrhoids and obstructed defecation syndrome with a new dedicated device: TST STARR Plus. *Int J Colorectal Dis*. 2014;29(5):623-9.

<sup>16</sup> Petersen S, Schinkel B, Jürgens S, Taylessani C, Schwenk W. Impact of prolapse mass on Contour Transtar technique for third-degree rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28(7):1027-30.

### ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Código Produto	Diâmetro da bigorna	Quantidade de grampos	Altura dos grampos	Altura do grampo fechado	Volume do envoltório
TST36	36 mm	34	4.2 mm	0.75 ~ 1.8 mm	35 mL



## TST36 - Grampeador para Tratamento de Hemorroida

Fabricado por:  
Touchstone International Medical Science Co., Ltd. | 21 A Science Plaza  
International Science Park | No. 1355 Jinjihu Avenue | Suzhou | China

Distribuído por  
B. Braun Brasil | Av. Eugênio Borges 1092, Arsenal  
24751-000 | São Gonçalo | RJ | Brasil

B. Braun Brasil | Aesculap  
Av. Eugênio Borges 1092, Arsenal | 24751-000 | São Gonçalo | RJ | Brasil  
S.A.C: 0800 0227286 | [www.bbraun.com.br](http://www.bbraun.com.br)

AESCULAP® – a B. Braun brand



Registro ANVISA nº 80357660012

Siga a B. Braun nas Redes Sociais:



/bbraunbrasil | /bbraunbrasil | @bbraunbrasil



# TST36

## GRAMPEADOR PARA TRATAMENTO DE HEMORROIDA

PROBLEMAS CLÍNICOS EXISTENTES



NOVA VISÃO PARA A SIMPLICIDADE

- A eficácia da ressecção por grampeamento (hemorroidária ou retal) é relatada consistentemente ao longo do tempo<sup>1-13</sup>. No entanto, a taxa de recorrência e algumas complicações relacionadas a esse procedimento, ou seja, sangramento ou falha da anastomose, ainda geram algumas controvérsias<sup>14</sup>.
- A ressecção é realizada de forma "cega" e com limitações na quantidade de parede retal que pode ser ressecada, o que pode explicar algumas das dificuldades e complicações apresentadas com as técnicas de ressecção transanal do grampeador<sup>15</sup>.
- Embora alguns dispositivos, permitam uma ressecção maior, pacientes com prolapso retal importante podem precisar de sutura adicional da anastomose retal, com maior risco de falha na linha de grampeamento<sup>16</sup>.
- Algumas dessas complicações maiores podem ser minimizadas com o uso de um dispositivo cirúrgico que permite o controle completo e contínuo do procedimento sob visão direta.

### TST36 - CONTROLE VISUAL DIRETO E MAIOR VOLUME DE RESSECÇÃO

- O novo TST36, graças ao seu dispositivo Mega-Windows e Barrier-Free Open Case, proporciona ao cirurgião uma visão direta do campo operatório e do volume de tecido ressecável (Fig. 1).
- Um volume de envoltório único de 35 mL permite o tratamento de prolapso anorretais (ressecção de 2 a 8 cm) com apenas um dispositivo, dessa forma, facilitando a operação (Fig. 2).

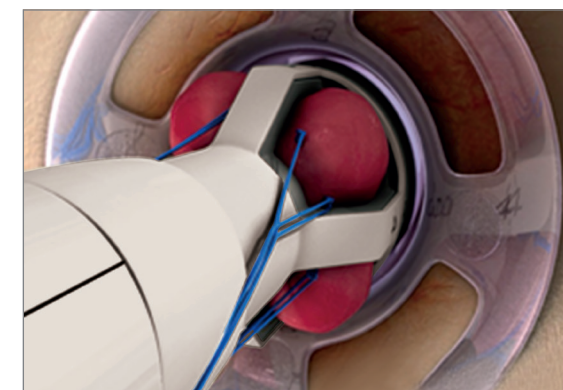


Fig. 1



Fig. 2

- A técnica de paraquedas permite atrair para o envoltório uma maior quantidade de tecido e gerenciar melhor os prolapso assimétricos (Fig. 3).

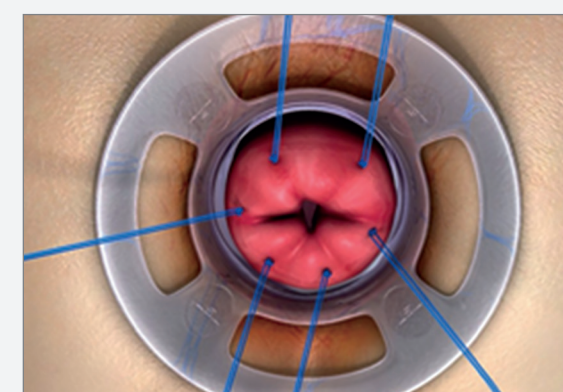
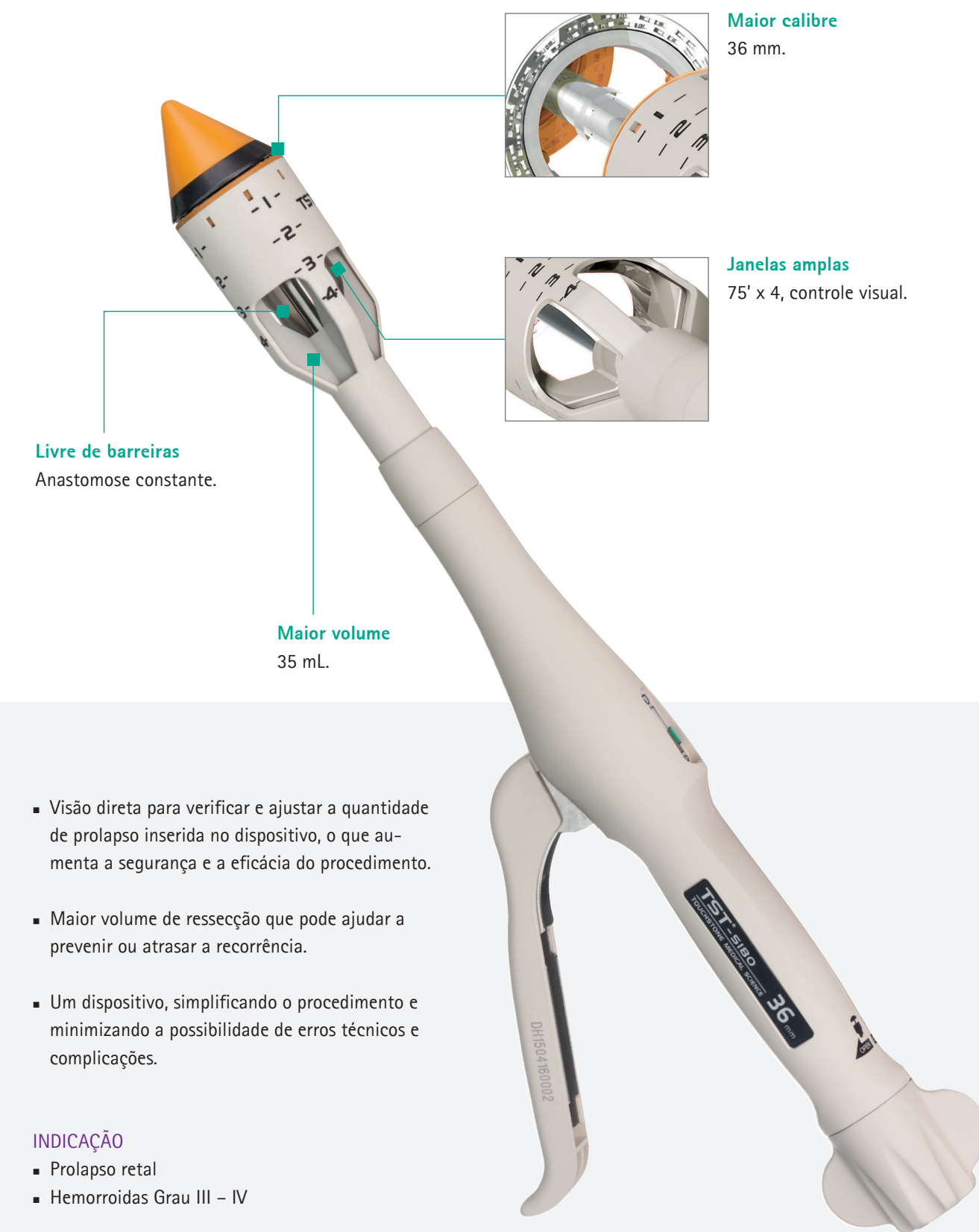


Fig. 3

BENEFÍCIOS CLÍNICOS



- Visão direta para verificar e ajustar a quantidade de prolapso inserida no dispositivo, o que aumenta a segurança e a eficácia do procedimento.
- Maior volume de ressecção que pode ajudar a prevenir ou atrasar a recorrência.
- Um dispositivo, simplificando o procedimento e minimizando a possibilidade de erros técnicos e complicações.

### INDICAÇÃO

- Prolapso retal
- Hemorroidas Grau III - IV