

ECCO odporúčania pre chirurgickú liečbu ulceróznej kolitídy na báze EBM.

ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) – európska organizácia pre liečbu Crohovej choroby a ulceróznej kolitídy vydala v druhej polovici minulého roku odporúčania na báze EBM (evidence base medicine), ktoré boli publikované v prvom čísle Journal of Crohn's and Colitis tohto roku. Tieto odporúčania vychádzajú z pôvodného konsenzu uverejneného v roku 2012 a boli schválené Európskou koloproktologickou spoločnosťou. Odporúčania boli zostavené na základe nutnosti úzkej multidisciplinárnej spolupráce pri tomto ochorení a postupne sa rozvíjajúcej špecializovanej IBD (Inflammatory Bowel Disease) chirurgie.

Odporúčania sú chronologicky usporiadané od indikácie a prípravy pacienta na operáciu, cez rizikové faktory, typy výkonov a rozvoja možných komplikácií. Autori venujú samostatnú kapitolu tzv. špecifickým situáciám - týkajúcich sa fertility, pôrodu a pacientom s výskytom neskorých komplikácií. Odporúčania sú voľne dostupné na internete na stránkach ECCO (ecco-ibd.eu), a preto som sa zamerlal na odporúčania týkajúce sa indikácií na chirurgickú liečbu, predoperačnej prípravy, možnosti chirurgickej liečby a liečby neskorých pooperačných komplikácií.

Indikácie na liečbu

ECCO Statement 1A

Pacienti s ťažkou akútnou formou ulceróznej kolitídy (UC) sú indikovaní na hospitalizáciu (EL 4).

ECCO Statement 1B

Od začiatku hospitalizácie je pre pacienta najlepšie jeho sledovanie gastroenterológom a chirurgom (EL 5). Akékoľvek zhoršenie klinického stavu má viesť k uvažovaniu o akútnej kolektómii.

ECCO Statement 1D

Ak po siedmych dňoch medikamentóznej liečby nedôjde k zlepšeniu klinického stavu pacienta, odporúča sa vykonať kolektómiu (EL 2) bez predlžovania ďalšej medikamentóznej liečby, v súlade so znížením pooperačnej morbidity.

ECCO Statement 2

Za najdôležitejšie sa pokladá správne načasovanie a typ operácie, o ktorom rozhodujú spoločne gastroenterológ a chirurg (EL 5).

Predoperačná medikamentózna liečba

ECCO Statement 4C

Liečba kortikosteroidmi viac ako 6 týždňov pred operačnou liečbou zvyšuje riziko pooperačných komplikácií (EL 3). Ak nie je možné túto liečbu vysadiť, je vhodnejšie realizovať viacetapový chirurgický výkon (EL 5).

ECCO Statement 4D

Predoperačná liečba tiopurínmi nezvyšuje riziko pooperačných komplikácií (EL 3).

ECCO Statement 4E

Dáta zamerané na vplyv predoperačnej liečby anti-TNF na rozvoj komplikácií sú kontroverzné a preto sa u pacientov liečených týmito preparátmi odporúča realizovať viacetapový výkon (EL 5).

Operačná liečba

Zlatým štandardom v liečbe ulceróznej kolitídy sa za ostatných 20 rokov stala restoratívna proktokolektómia s ileo pouch-análnou anastomózou (IPAA). Tento postup ponúkol pacientov život bez trvalej stómie. Napriek tomu funkčné výsledky a kvalita života po IPAA budú stále porovnávané so životom s permanentnou ileostómiou.

Dignass A, et al, Second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Current management, Journal of Crohn's and Colitis (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2012.09.002>

ECCO Statement 5A

Laparoskopický prístup je bezpečný a vhodný pre elektívnu liečbu UC s lepšími krátkodobými výsledkami na úkor dlhšieho operačného času a stúpajúcim nákladom na liečbu (EL 2). Dlhodobé výhody minimálne invazívneho prístupu znamenajú zníženie formovania zrastov, zlepšenie ženskej plodnosti a znížený výskyt hernií (EL 3).

ECCO Statement 5B

Zatiaľ nie je určený optimálny postup ošetrovania pahýľa rekta u pacientov po kolektómii pre ťažkú formu UC. Do úvahy prichádza resekcia podľa Hartmanna, vytvorenie mukóznej fistuly, alebo uloženie uzatvoreného pahýľa v podkoží (EL 4).

ECCO Statement 5C

Laparoskopická urgentná kolektómia má za následok zníženie dĺžky hospitalizácie a znižuje výskyt pooperačných infekčných komplikácií a v prípade, že je k dispozícii lekár s potrebnými skúsenosťami, je metódou voľby (EL 2).

ECCO Statement 5E

Vzhľadom k jednoduchosti konštrukcie a dobrým dlhodobým funkčným výsledkom je práve J-pouch spomedzi ostatných pouchov považovaný za štandardný výkon (EL 2).

ECCO Statement 5F

Pri konštrukcii pouch-análnej anastomózy sa preferuje staplerom zhotovená anastomóza, pretože znižuje nočnú inkontinenciu. Aby bolo riziko zápalu či vzniku dysplázie v oblasti pahýľa minimalizované, dĺžka pahýľa nemá presahovať 2cm (EL 3).

Alternatívna operačná liečba

ECCO Statement 5G

Totálna proktokolektómia s terminálnou ileostómiou je metódou voľby u pacientov, ktorí nesúhlasia s IPAA (EL 4). Intersfinkterická perineálna disekcia môže zlepšiť hojenie rany na perineu.

ECCO Statement 5H

Kockova kontinentná ileostómia predstavuje alternatívu terminálnej ileostómie napriek tomu, že asi u polovice pacientov je nutná jedna alebo viac reoperácií. Operácia má byť realizovaná v špecializovanom centre, kde majú s týmto typom výkonu skúsenosti (EL 3).

ECCO Statement 5I

Ileorektálna anastomóza predstavuje za určitých podmienok alternatívu k IPAA. Je potrebné zvážiť výhody výkonu, oproti nutnosti sledovania pacientov s rizikom proktektómie 50% (EL 3).

Protektívna ileostómia

ECCO Statement 5J

Na základe dôkazov sa predpokladá, že protektívna ileostómia pri konštrukcii IPAA znižuje riziko klinického leaku o 50% (EL 2). Napriek tomu, u vybraných pacientov nemusí byť realizovaná (EL 2).

Skúsenosti chirurga

ECCO Statement 5K

Je jednoznačne dokázané, že chirurgovia s lepšími skúsenosťami v špecializovaných centrách majú menej komplikácií pri realizácii poucha (EL2). Centralizácia by mala viesť k usmerneniu pacientov na pracoviská, kde realizujú minimálne 10 pouchov ročne (EL 5).

Pooperačné sledovanie

ECCO Statement 6A

Urgentná kolektómia je pri UC je zaťažená mortalitou 5-8% a morbiditou 27-51% (EL 3). V špecializovaných centrách môže byť mortalita znížená pod 1% pri pravidelnom chirurgickom sledovaní pacientov (EL 2).

ECCO Statement 6B

Anastomotický leak vedie zvyčajne k vylúčeniu anastomózy z pasáže, ak tak nebolo realizované pri prvotnom výkone (EL 5).

ECCO Statement 6C

Obštrukcia tenkého čreva je častou komplikáciou pri operáciách pre UC s výskytom do 30% pacientov, aj keď väčšina z nich nevyžaduje chirurgickú intervenciu (EL 4).

ECCO Statement 6D

Pacienti podstupujúci chirurgický výkon pre UC majú zvýšené riziko tromboembolických komplikácií, preto je potrebná profylaxia podľa platných predpisov (EL 3).

ECCO Statement 6E

Uzáver ileostómie je optimálne vykonať najskôr 8 týždňov po realizácii IPAA (EL 4). Na vylúčenie nemého leaku sa v praxi najviac využíva rtg vyšetrenie kontrastnou látkou (EL 5).

ECCO Statement 6I

Presakrálny absces v okolí z pasáže vylúčenej IPAA môže byť riešený sledovaním, drenážou s preplachmi alebo liečbou s využitím podtlaku (EL 4).

ECCO Statement 8B

Ak je prítomná perianálna fistula a/alebo absces je nutné danú patológiu vyriešiť a uvažovať aj nad možnosťou prítomnosti Crohnovej choroby (EL 3). Ak už bola v minulosti perianálna oblasť postihnutá a vyliečená, nie je absolútna kontraindikácia k realizácii IPAA (EL 5).

ECCO Statement 10A

Pacienti s chronickou pouchitídou majú byť odoslaní za kolorektálnym chirurgom, ktorý rozhodne o terminálnej ileostómii s vylúčením alebo zrušením poucha (EL 4).

Z uvedených vybraných odporúčaní vyplýva, že liečba ulceróznej kolitídy nie je jednoduchá a má byť komplexná. Od začiatku sa vyžaduje úzka spolupráca pacienta, gastroenterológa a chirurga. Odporúča sa centralizácia týchto pacientov na špecializované pracoviská, ktoré sa liečbou ulceróznej kolitídy zaoberajú vo väčšej miere. Náplňou činnosti týchto špecializovaných centier by malo byť aj ďalšie pooperačné sledovanie pacientov, problematika adjuvantnej medikamentózneho terapie, otázka sexuálnych funkcií a fertility, ako aj riešenie komplikácií spojených s konštrukciou poucha, ako je napr. pouchitída, stenóza pouch-análnej anastomózy či zlyhanie poucha.

Spracoval: MUDr. Radoslav Krajničák

Chirurgická klinika UPJŠ LF Nemocnica Košice – Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica