



Pracovní
skupina
pro IBD



Základy chirurgické léčby u IBD

MUDr. Otakar Sotona, MUDr. Július Örhalmi

Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Crohnova choroba

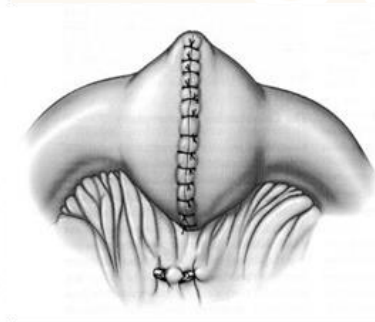
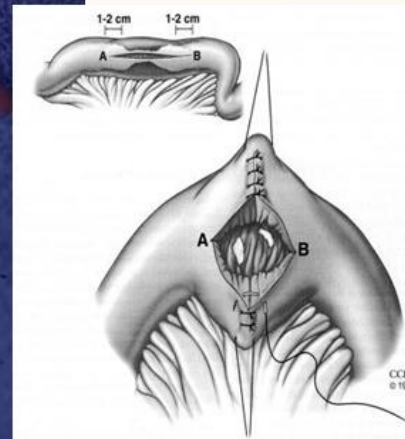
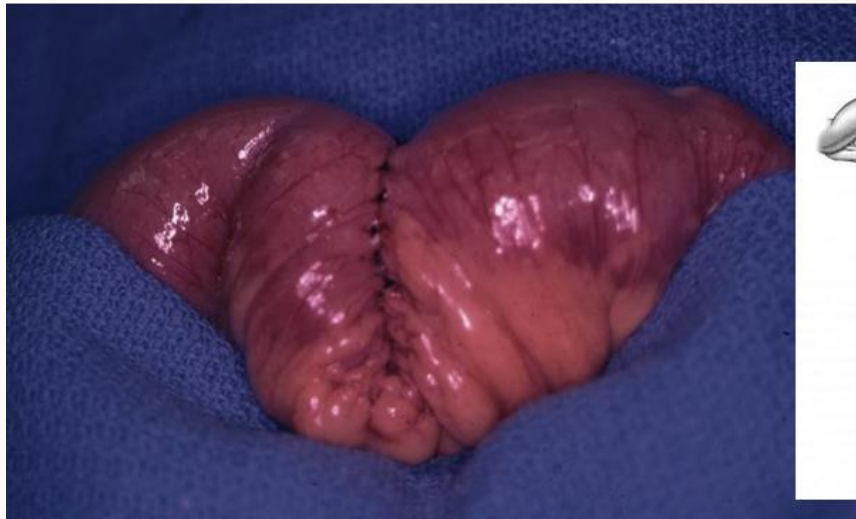
Strikturoplastika

- Střevo šetřící alternativa resekce
- Stenózující forma CN tenkého střeva, recidiva v ileokolické oblasti
- Pacienti se syndromem krátkého střeva
- Nízká frekvence septických pooperačních komplikací a nízký výskyt recidiv
- Neprovádějí se při stenózách tlustého střeva
- Není doporučena v případech fistulující formy CN
- V přítomnosti velkého zánětu střešní stěny a abscesu



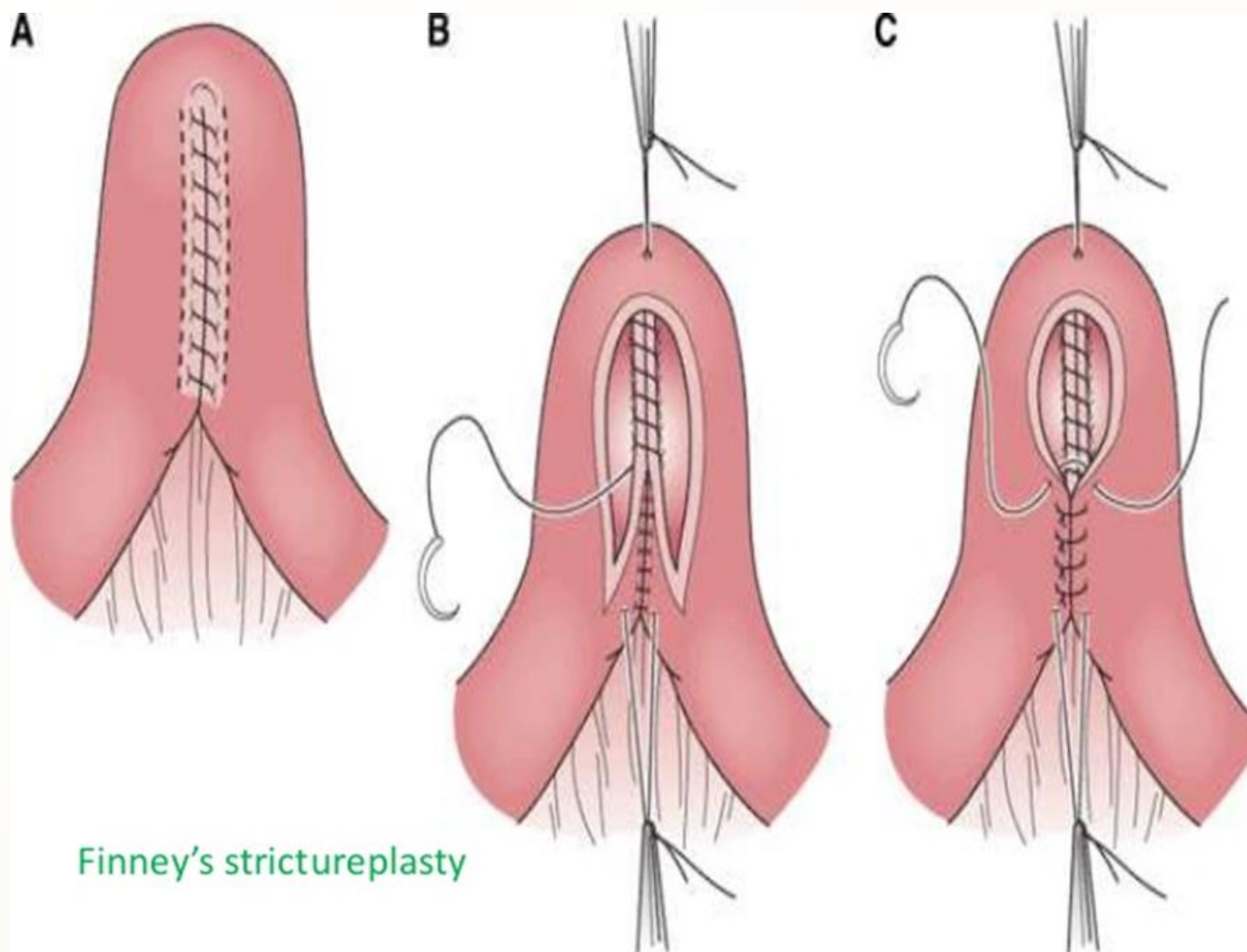
Strikturoplastika

Heineke-Mickulicz



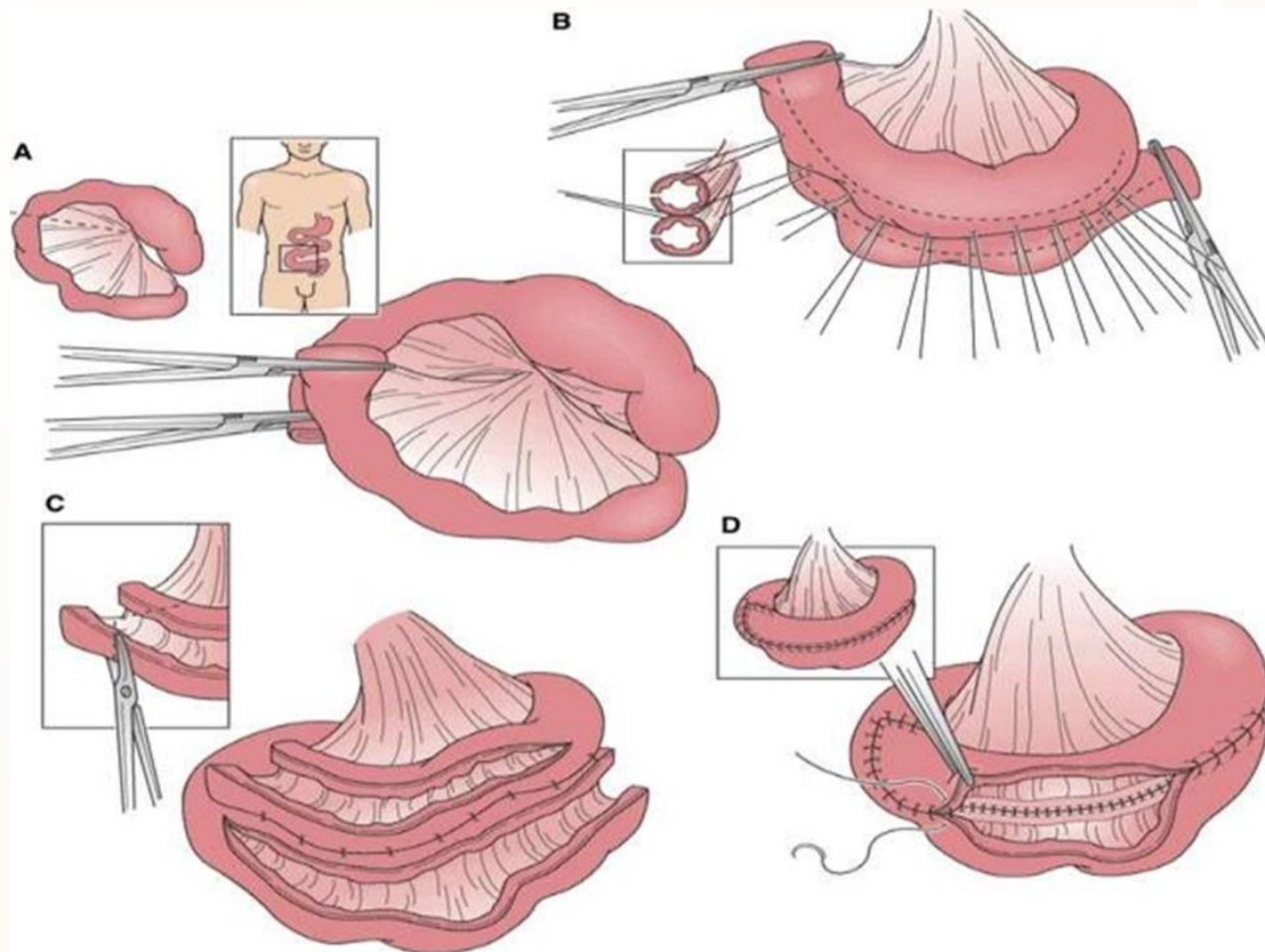
Strikturoplastika

Finney



Strikturoplastika

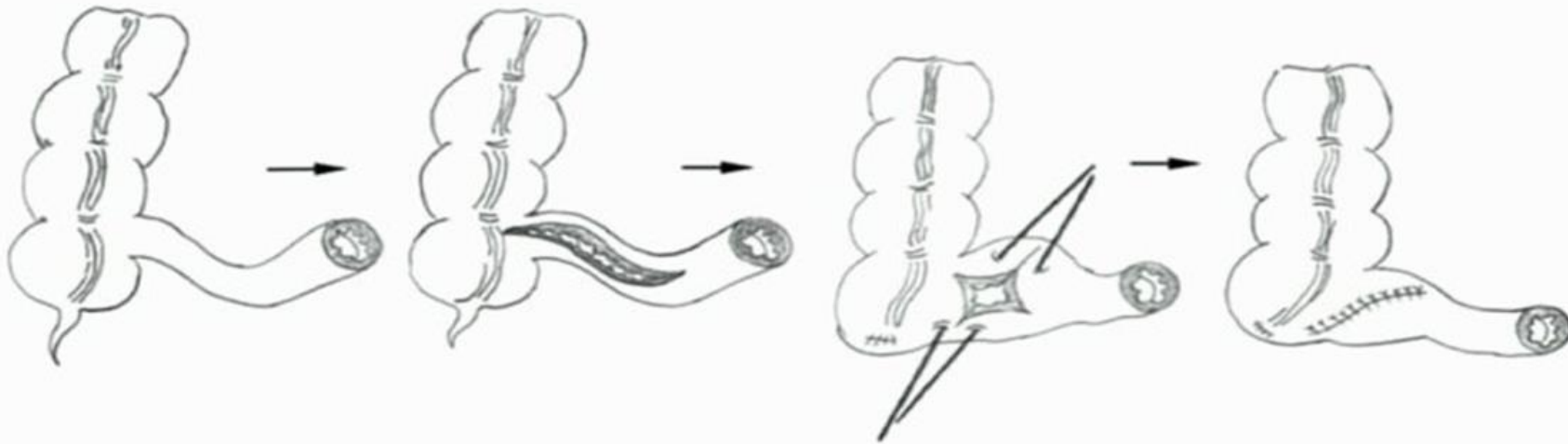
Michelassi



Strikturopastika

Ileokolická - Leuven

Widening ileocolic strictureplasty (HM)

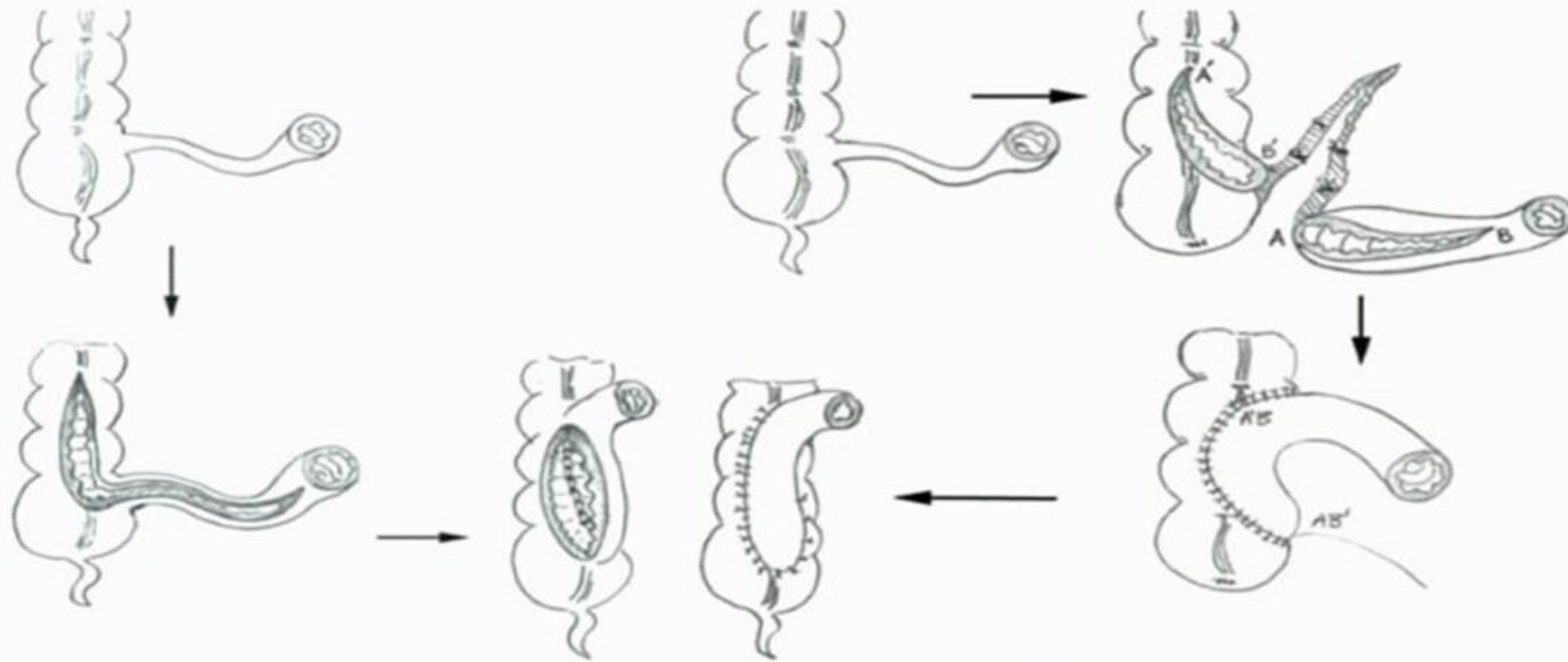


Short strictures ileocaecal valve region (failed balloon dilations)

Strikturopastika

Ileokolická Finney

Ileocolic Finney strictureplasty



"patched" to normal ascending colon

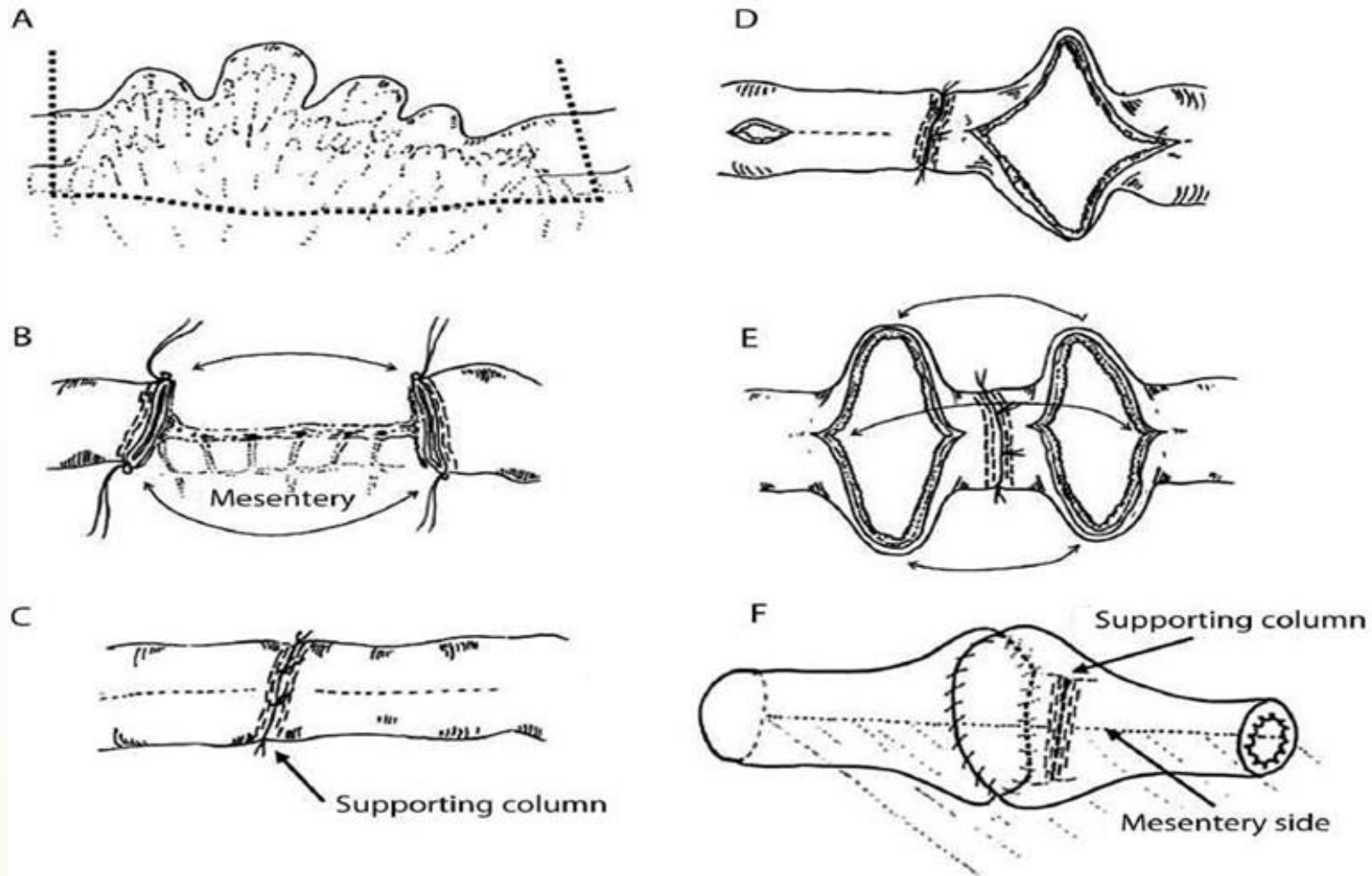
Crohnova choroba

Anastomóza

- Způsob provedení anastomózy (ručně/stapler) nemá vliv na rekurenci
- Typ anastomózy nemá vliv na rekurenci
- Preferovaná side-to-side anastomóza (široká)

Crohnova choroba

Anastomóza Kono S



Crohnova choroba

Hranice resekce

- Hranice resekce tenkého střeva by neměla přesahovat makroskopickou hranici – střevo šetřící technika
- Mikroskopický zánět v místě anastomózy může souviset s vyšší frekvencí anastomotických komplikací

Crohnova choroba

Laparoskopie

- Nižší morbidita - 8% vs 16%
 - Časnější rekonvalescence, snadnější aplikace ERAS
 - Nižší výskyt pooperačního ileózního stavu
 - Nižší výskyt kýl v jizvě
 - Lepší kosmetický efekt
-
- Laparoskopie je preferovaná u primární ileocékální resekce a u resekce tenkého střeva
 - Založení stomie
 - Primární subtotální kolektomie

Ulcerózní kolitida

Akutní výkony

- Akutní těžká kolitida, toxické megakolon
- Masivní krvácení
- Perforace tračníku
- Subtotální kolektomie s terminální ileostomií – 3 dobý výkon
 - ponechat co nejdelší pahýl rektosigmoidea, neotevřít peritoneum MP, terminální ileum pak přerušit co nejbližší k oblasti Bauhinské chlopně
 - ponechat celý průběh ileokolické arterie, nepřerušovat dolní mesenterickou arterii

Ulcerózní kolitida

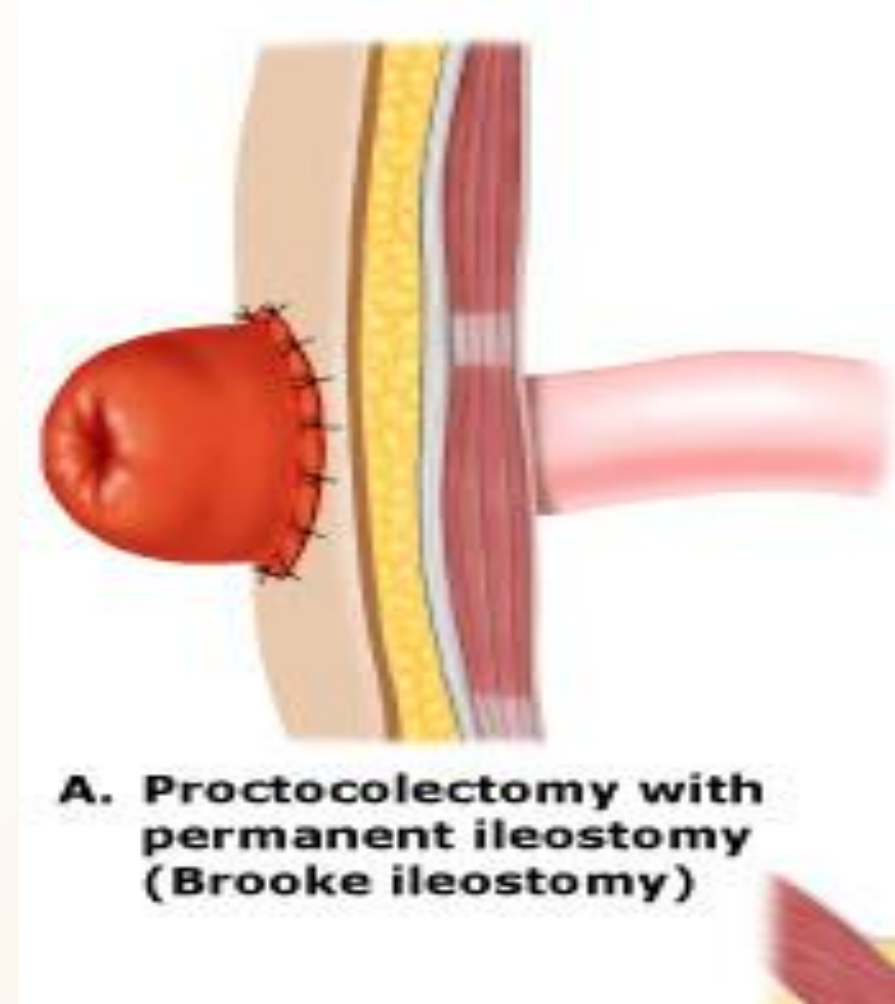
Elektivní výkony

- Proktokolektomie s trvalou ileostomií (Brookova ileostomie)
- Proktokolektomie s kontinentní ileostomií (Kockův pouch)
- Kolektomie s ileorektální anastomózou
- Totální kolektomie – restorativní proktokolektomie a ileo pouch-anální anastomóza-RPC-IPAA
- Totální kolektomie a staplerová ileo pouch distální rektální anastomóza-IPDRA

Ulcerózní kolitida

Proktectomie s trvalou terminální ileostomií

- Kompletní odstranění postiženého střeva
- Jedna operace
- Trvalá stomie, zhoršená kvalita života, riziko parastomální kýly a jiné komplikace stomií



Ulcerózní kolitida

Proktokolektomie s kontinentní ileostomií

- Kompletní odstranění postiženého střeva
- Jedna operace
- Kontinentní stomie
- Trvalá stomie, nutnost intubace stomie, riziko pouchitídy.

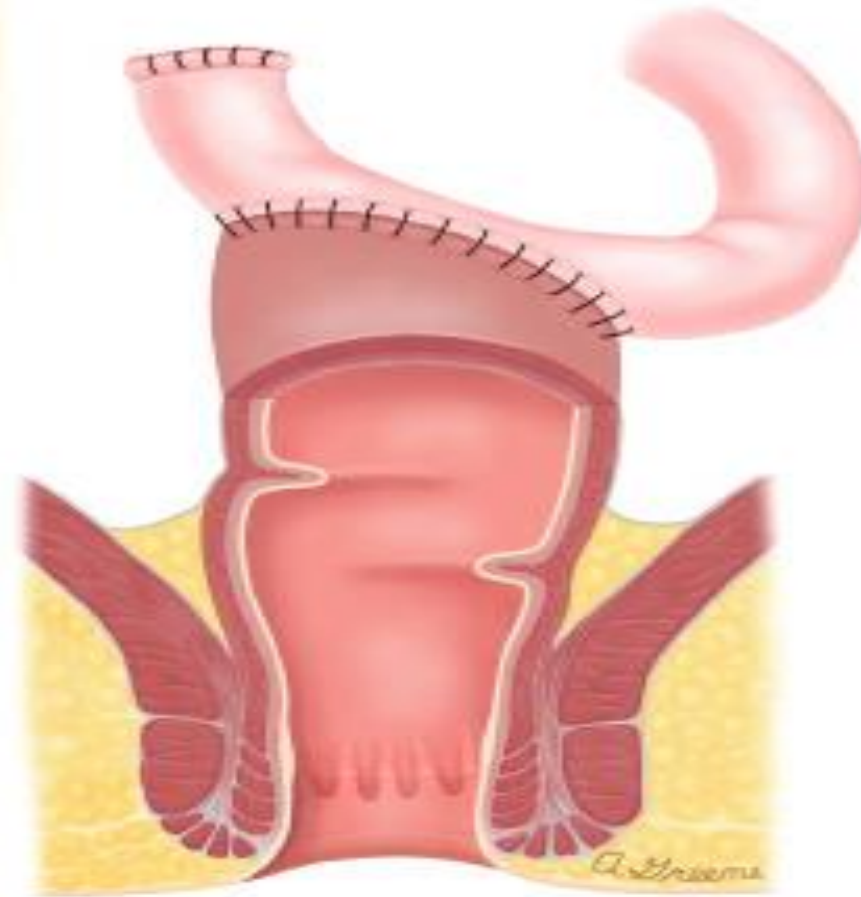


B. Proctocolectomy with continent ileostomy (Kock ileostomy)

Ulcerózní kolitida

Kolektomie s ileorektální anastomózou

- Uspokojivé funkční výsledky
- Riziko vzniku karcinomu v ponechaném pahýlu rekta
- Ospravedlnitelná u přísně selektovaných pacientů (např. u pacientek, které ještě nedokončily svou plánovanou reprodukci)
- Pečlivá endoskopická dispenzarizace

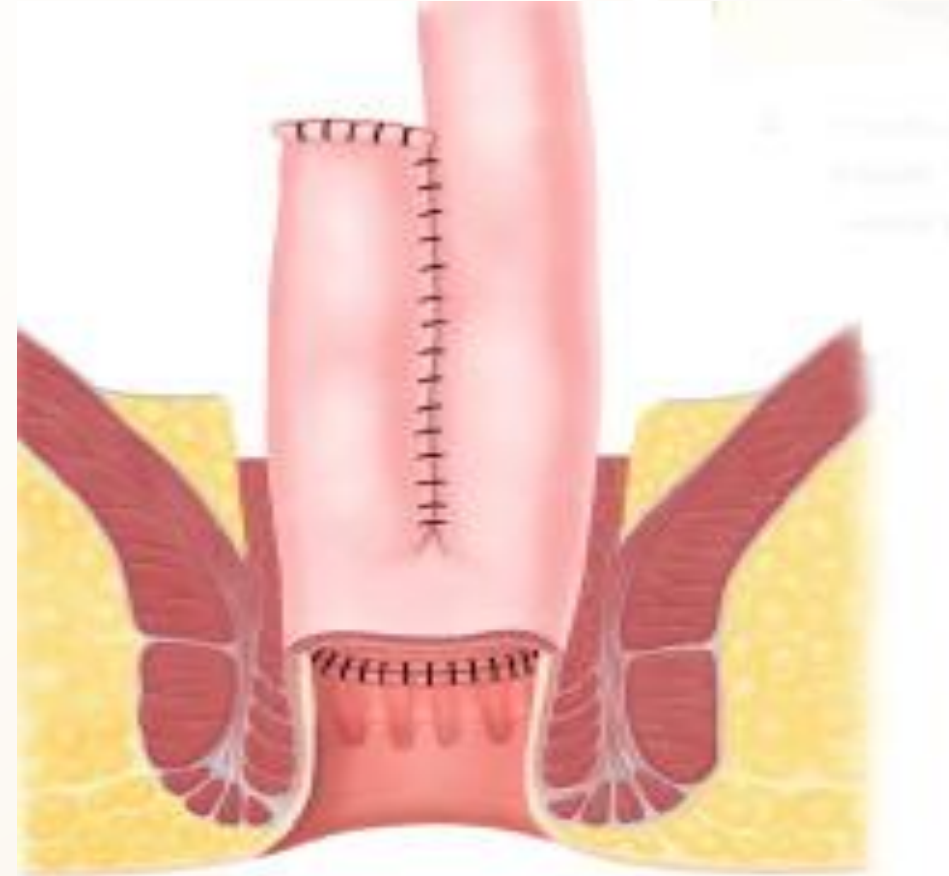


**E. Abdominal colectomy
with ileorectal anastomosis**

Ulcerózní kolitida

Restorativní proktokolektomie a ileo pouch-anální anastomóza

- Dobré funkční výsledky
- Není riziko vzniku karcinomu rektu
- Dvoudobá operace, riziko pouchitídy, cuffitídy, noční inkontinence

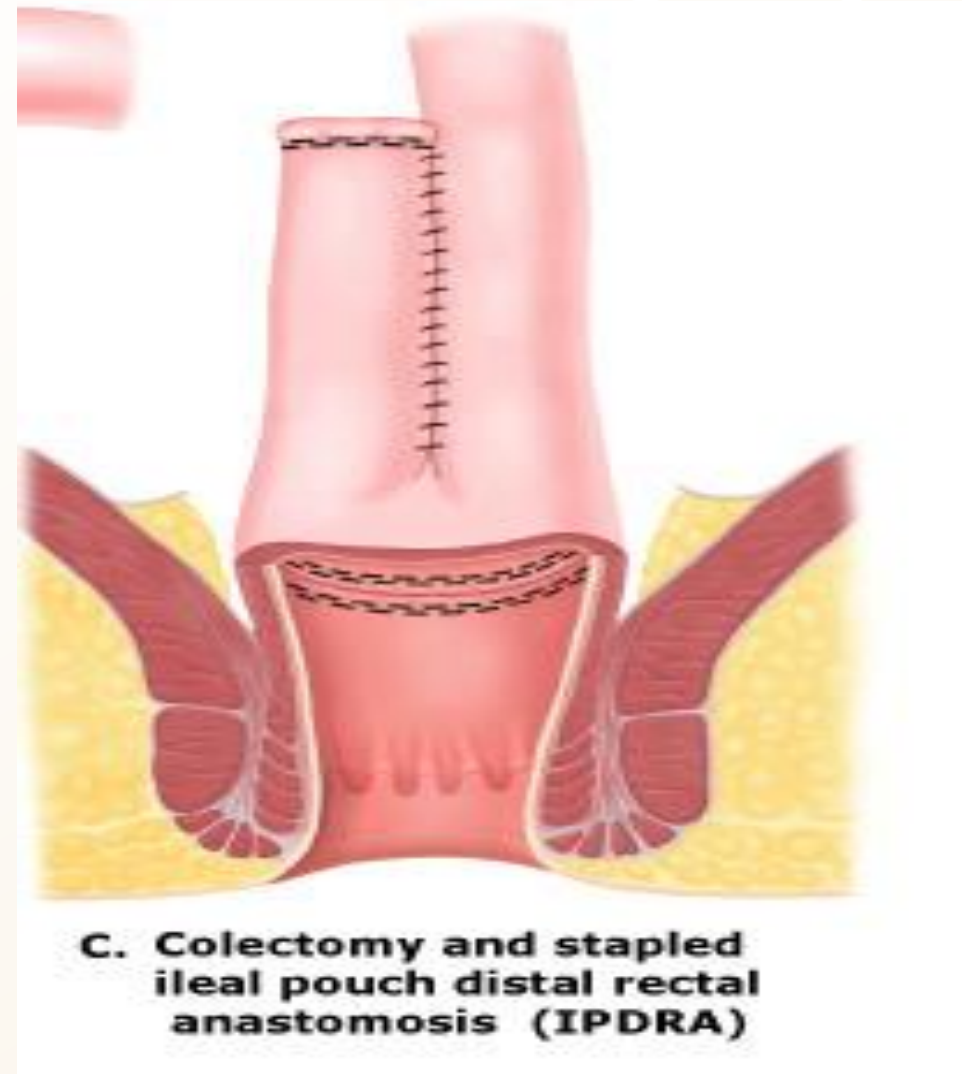


D. Colectomy, mucosal proctectomy, and ileal pouch-anal canal anastomosis (IPAA)

Ulcerózní kolitida

Totální kolektomie a staplerová ileo pouch distální rektální anastomóza-IPDRA

- Technicky snadná proveditelnost
- Dvoudobá operace, pouchitída, cuffitída, riziko vzniku karcinomu rekta v pahýlu rekta



Ulcerózní kolitida

Provedení IPAA

- Anastomóza by neměla být více než 2 cm od linea dentata
- Ačkoliv je preferovaná anastomóza vytvořená pomocí stapleru, je nutné, aby operující tým měl zkušenosti s prováděním ručně šité anastomózy a mukosektomie (selhání staplerového výkonu nebo jeho technické neproveditelnost)
- Druhá doba - odstup cca 3-6 měsíců
- Třetí doba ideálně s odstupem cca 2-3 měsíců
- Laparoskopický přístup aplikovaný na pracovištích s dostatečnou erudicí může být benefitní a usnadnit provedení dalších fází



Pracovní
skupina
pro IBD



Děkuji za pozornost.