

Chirurgická léčba IBD

Informace pro pacienty

Adaptovaný doporučený postup

(ASCRS: Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, 2014, a aktualizace: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021; ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020; ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018; ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020; ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015; ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022)

Autoři: prim. MUDr. Zuzana Šerclová; MUDr. Ondřej Ryska, Ph.D., FEBS; prim. doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.; MUDr. Ondřej Fabián, Ph.D.; prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.; Mgr. Lucie Laštíková; MUDr. Markéta Lengálová; prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.; PhDr. Martina Pfeiferová; MUDr. Aneta Tremerová; prim. MUDr. Ivana Vítková, MBA; MUDr. Petra Zusková
(metodický tým) MUDr. Lucia Kantorová; PaedDr. Dagmar Tučková, Ph.D. et Ph.D.; PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.
Verze: 3.0
Datum: 14. 12. 2022

Informace pro pacienty

Adaptováno dle brožury patientské organizace, autor Z. Šerclová.

Základní léčbou nespecifických zánětů střevních (NSZ) je léčba konzervativní-medikamentózní a operací se řeší spíše komplikace nemoci. Přesto se s chirurgem během svého života setká 70–90 % nemocných s Crohnovou nemocí (CN) a 15–30 % nemocných s ulcerózní kolitidou (UC).

1. Jaké jsou důvody k chirurgické léčbě?

Důvody k operaci mohou být náhlé. V těchto případech je nutné nemocného operovat akutně, tedy během několika hodin až dnů. Akutní důvody k operaci nedovolují řádnou přípravu a zlepšení celkové kondice nemocného, což může být příčinou vzniku pooperačních komplikací ve vyšším procentu. Většinu nemocných s idiopatickými střevními záněty (ISZ) je však možné k operaci dobře připravit a vlastní operační výkon naplánovat.

A. Důvody k plánované operaci

1. Selhání či nesnášenlivost konzervativní léčby

Jedná se o nejčastější indikaci k operaci. Selháním léčby je myšleno pokračování či časté znovu-vzplanutí nemoci při správně vedené konzervativní léčbě a při vyčerpání jejích možností. Chirurgickou léčbu je tedy třeba zvažovat u nemocných, kterým se přes konzervativní léčbu nedaří dobře, mají křečovitě bolesti břicha, průjmy, nízkou váhu a jiné známky podvýživy, jsou trvale unavení. U dětí se selhání konzervativní léčby projevuje nedostatečným růstem a opožděním vývoje pubertálních znaků. Za selhání konzervativní léčby je nutné považovat i potřebu dlouhodobého podávání kortikosteroidů, které je spojené s mnoha nežádoucími účinky a případně i trvalými následky. U nemocných nesnášejících jednu nebo více skupin léků je operace možností léčby, někdy i nutností.

2. Zhoubný nádor střeva, přednádorový stav, podezření na střevní nádorové onemocnění

Nemocní, kteří trpí mnoho let střevním zánětem, zejména zánětem tlustého střeva, jsou ve vyšším riziku vzniku zhoubného nádoru. Toto riziko vzrůstá po 10 letech trvání choroby. Pokud dojde k operaci, odstranění postižené části tlustého střeva, před vznikem zhoubného nádoru, je nemocný z onkologického hlediska zcela vyléčen. Podezření na nádorové onemocnění může být z histologického vyšetření vzorků odebraných při endoskopii. U každého zúžení tlustého střeva, které nelze dobře endoskopicky sledovat, by měla být operace zvažována i z těchto důvodů.

3. Vleklá neprůchodnost střevní

Je častým důvodem k operaci u Crohnovy nemoci. Obvykle je při příznacích střevní neprůchodnosti nemocný vyšetřen, je upravena či nasazena konzervativní léčba. Pokud trvají známky zúžení střeva, je zvažována operace.

4. Střevní píštěl s příznaky

Střevní píštěl je komunikace mezi střevem a jinými orgány či kůží. Je typickým příznakem píštělovité formy Crohnovy nemoci. Touto cestou dochází k pronikání střevního obsahu s bakteriemi do jiných orgánů, což může být příčinou infekce. Střevní píštěle často způsobují zúžení průsvitu střeva, v jejich průběhu vznikají hnisavá ložiska, abscesy. Abscesová ložiska je obvykle třeba vyprázdnit pomocí

drenáže pod rentgenologickou kontrolou. Je-li pro kázána střešní píštěl s příznaky, nemocný je opět nejdříve léčen konzervativně a po zklidnění zánětlivé reakce by mu měla být nabídnuta operace.

5. Vleklé krvácení

Je méně častou příčinou operace. Jedná se o nemocné, u kterých časté krvácení vede k nutnosti opakovaného podávání krevních náhrad.

B. Akutní důvody k operaci

1. Perforace střeva, zánět pobřišnice

K porušení stěny střevní (perforaci) dochází u nemocných s IZS vzácně. Při perforaci střeva zatéká střevní obsah do dutiny břišní a způsobí těžký zánět. Rychlé operační řešení je jedinou možností léčby.

2. Velké, život ohrožující, krvácení do zažívacího traktu

Většina nemocných s ISZ má zkušenost s příměsí krve při průjmu, což nemocného na životě neohrožuje. Výjimečně dojde k velkému krvácení, které ovlivní krevní oběh a vede k poklesu krevního tlaku. V těchto případech je nejdříve nutná intenzivní péče s tekutinovou podporou. Pak se vyšetří příčiny krvácení. Při některých z těchto vyšetření (rentgenologické, endoskopické) se podaří krvácení zastavit. Operací se řeší krvácení pouze tehdy, když selžou šetrnější metody.

3. Těžká kolitida, toxické megakolon

Těžký zánět tlustého střeva se vzácně i přes konzervativní léčbu rozšíří přes celou stěnu střevní. Poruší její celistvost, dojde k průniku nežádoucích produktů bakterií (toxinů) i celých bakterií do krevního oběhu, což má za následek kritický stav nemocného a vyžaduje pobyt na jednotce intenzivní péče. Pokud stav přes intenzivní léčbu neustupuje či se nezlepšuje, je nutné operační odstranění tračníku.

4. Akutní střevní neprůchodnost

Je opět vzácnou příčinou akutní operace. Většinou je střevní neprůchodnost způsobena zánětem střevní stěny, který obvykle po konzervativní léčbě rychle ustupuje a nemocný je operován po řádné přípravě plánovaně, trvají-li známky neprůchodnosti. K akutní operaci je třeba přistoupit pouze tehdy, nedojde-li k ústupu akutních příznaků, nebo pokud je podezření na jinou příčinu neprůchodnosti.

5. Hnisavá ložiska, abscesy

Nahromadění hnisu, hnisavá ložiska v dutině břišní se obvykle vyprazdňují pomocí drénů zavedených pod rentgenologickou kontrolou. Operační drenáž se využívá pouze, pokud nelze jinak drén zavést. Hnisavá ložiska kolem konečníku je výhodnější vyprázdnit při krátké operaci v celkovém znecitlivění, protože takto je možné tuto oblast i dobře vyšetřit.

2. Typy operací při Crohnově nemoci

Nemocní s CN jsou obvykle operováni opakovaně, proto je hlavním principem operací odstranit pouze co nejkratší část střeva a střevo co nejvíce šetřit. Tuto podmínku je možné lépe splnit u plánovaných operací u dobře připraveného nemocného. Nejčastějším místem postižení CN je oblast přechodu tenkého střeva v tlusté střevo, tzv. ileo-cékální oblast, proto je její odstranění – ileocékální resekce – nejobvyklejší operací. Zdravé konce střeva se pak sešijí obvykle koncem ke konci. Místo sešití se nazývá

anastomózou (spojkou). Pokud je zúženo více úseků tenkého střeva či spojka po předchozí operaci, je možné toto místo operačně rozšířit i pomocí tzv. strikturoplastiky. Nejčastějším typem této operace je podélné naříznutí přední stěny střevní a její sešití napříč. Zánět se tímto způsobem zahojí a není třeba střevo resekovat. Je-li postižen delší úsek střeva, je možné průsvit střeva rozšířit sešitím celé klíčky.

Při CN tlustého střeva se odstraňuje jeho postižená část. Strikturoplastiky se pro riziko vzniku zhoubného nádoru nepoužívají. Délka odstranění tlustého střeva je závislá na rozsahu postižení a na cévním zásobení tlustého střeva. Tlusté střevo má jen malý význam pro výživu, proto i jeho rozsáhlejší odstranění nemá závažné následky. Zdravé konce střeva je možné opět spojit sešitím koncem ke konci. U nemocných, kteří mají těžký zánět konečníku a případně i postižení kolem konečníku, se obvykle musí provést z horního zdravého konce střeva střevní vývod. Dolní část (konečník) se slepě uzavře. Pak následuje intenzivní léčba konečníku a oblasti kolem konečníku. Je-li úspěšná, je možné opět operačně střevo spojit. Pokud se zhojení nezdaří, je obvykle nutné konečník odstranit (prokterektomie). Pokud má nemocný postižené celé tlusté střevo i s konečníkem a těžkou formu postižení kolem konečníku a neudrží stolici, je pro něj výhodnější odstranění celého tlustého střeva včetně konečníku v jedné době. Zbylé střevo, obvykle tenké střevo – ileum, se vyvede jako střevní vývod. Kvalita života nemocného, kterému před operací nekontrolovaně unikala stolice píštělemi či nedomykavým svěračem, se po provedení střevního vývodu významně zlepší.

Píštělovitá forma CN kolem konečníku (perianální):

Léčí se kombinací konzervativních a chirurgických metod. Píštěle je nutné vyšetřit chirurgem v celkové anestezii. Hnisavá ložiska je třeba vyprázdnit pomocí drenáže. Vlastní píštěl se protáhne jemný drén. Příčinou píštěle je otvor v konečníku, kterým proniká stolice do tkání kolem konečníku a tvoří bolestivé záněty. Drenáž zánět kontroluje, zmírňuje bolestivé příznaky zánětu. Pokud nemocnému drenáž vyhovuje, je možné ji ponechat měsíce i léta. V některých případech je vhodné vnitřní otvor píštěle ošetřit operačně pomocí posuvného lalůčku (advancement flap). Lalůček se vytvoří ze stěny konečníku, vnitřní otvor píštěle se vyřízne – očistí, zašije a přešije zdravou částí lalůčku. Další možností je podvázání traktu (průběhu) píštěle, je však málo důkazů o úspěšnosti této metody u IZS. Moderní metodou, která je považována za méně invazivní, je aplikace kmenových buněk pod očištěný a zašitý vnitřní otvor píštěle a podél očištěného průběhu (traktu píštěle). Ke zhojení píštělí dochází ve vybraných případech v 50–80 % případů. Výjimečně je možné píštěl odstranit ještě menší operací. V závažných případech je nutné zlepšit hojení píštělí tím, že se vytvoří střevní vývod a do oblasti konečníku tedy neproniká stolice. U některých nemocných pomůže pouze odstranění celého konečníku, což se provádí až po vyčerpání všech ostatních metod.

3. Typy operací u ulcerózní kolitidy

Vzhledem k tomu, že ulcerózní kolitida postihuje pouze tlusté střevo, jeho celé odstranění vede ke kompletnímu vyléčení. Při operaci pro UC se vždy resekují celé tlusté střevo, otázkou zůstává pouze ponechání, či odstranění konečníku.

Menší rozsah operace vede velmi brzy k opakování nemoci ve zbylém tlustém střevě. Nejčastěji se pro UC provádí operace, při které se odstraní celé tlusté střevo a konečník, ponechán je pouze svěrač. Náhrada konečníku se vytvoří z konce tenkého střeva, ze kterého se sešije rezervoár (pouch, vyslovuje se „pauč“) obvykle ve tvaru J. Pouch se napojí na oblast svěračů (ileopouchanální anastomóza). Pouch nahrazuje funkci konečníku, tvoří rezervoár pro stolici. Jedná se o operaci rizikovou, proto se někdy po

dobu hojení vytvoří nad pouchem pojistný střevní vývod, kterým je odváděna stolice. Uzavření tohoto vývodu nejdříve 3 měsíce po hlavní operaci je již jednoduchou operací.

Nemocní, kteří nemají dobrou funkci svěrače, a neudrží dobře stolicí, nebo nechtějí absolvovat větší riziko vyplývající z výše uvedené operace, podstupují operaci s odstraněním celého tlustého střeva i konečníku se svěrači. Horní konec se vyvede stěnou břišní jako trvalý střevní vývod (ileostomie). Tito nemocní již dále z hlediska UC nemusí být sledováni. Ale mohou být léčeni pro mimostřevní projevy.

V akutních případech či u nemocných, jejichž těžký stav neumožní velkou operaci, se provádí odstranění tlustého střeva s ponecháním konečníku (subtotální kolektomie) bez střevní spojky. Horní konec střeva se vyvede stěnou břišní jako střevní vývod, konečník se slepě uzavře, či vyvede jako střevní píštěl. Má-li nemocný dobrou funkci svěračů a zlepšil-li se jeho stav, je možné po několika měsících provést rekonstrukční operaci – odstranění konečníku, vytvoření pouche, obvykle s pojistným střevním vývodem. Po dalších několika (nejméně 3) měsících se střevní vývod uzavře.

Pro nemocné, kteří mají relativně zdravý konečník, je výhodné odstranění tlustého střeva bez konečníku, tenké střevo se napojí na konečník. Je však třeba zvážit, že pravděpodobně dojde k opakování UC v konečníku a budou následovat další operace.

V dnešní době jsou akutní i plánované operace obvykle prováděny laparoskopicky, což snižuje riziko pooperačních komplikací.

4. Pooperační komplikace

Při každé střevní operaci může dojít ke znečištění střevním obsahem s následným hnisáním v ráně. Počet komplikací v místě operační rány je nižší u nemocných v dobré kondici, naopak je vyšší u nemocných trpících podvýživou, u těch, kteří mají v dutině břišní hnisavá ložiska, píštěle a kteří byli operováni akutně. Komplikace v místě operační rány bývají příčinou pooperačních kýl. Střevní spojky se většinou zhojí dobře. V nízkém procentu může dojít k poruše hojení a prosakování střevního obsahu. Porucha hojení je méně častá u spojek na tenkém střevě, častější u spojek na tlustém střevě. Nejvyšší počet komplikací je u operací s pouchem a u spojek na tlustém střevě. Nejvyšší počet komplikací je u operací s pouchem napojeným na oblast svěračů. Malé poruchy hojení se řeší konzervativně, pomocí drenáže, podáním antibiotik, výživy apod. U velkého defektu ve spojce je obvykle nutné znovu operovat a následkem většinou bývá střevní vývod. Obnovení střevního průběhu pak znamená další operaci.

Pooperační srůsty mezi orgány dutiny břišní někdy způsobí střevní neprůchodnost. Srůsty jsou pravděpodobně příčinou snížené možnosti otěhotnět u pacientek po ileopouchanální anastomóze. Tato komplikace se snižuje při laparoskopickém přístupu.

Při odstranění velké části tenkého střeva jsou nemocní ohroženi podvýživou a nedostatečným vstřebáváním důležitých živin, vitamínů a stopových prvků, které je třeba uměle nahrazovat. Mohou trpět průjmami. 2/3 nemocných s UC po ileopouchanální anastomóze mají výbornou kvalitu života, mají kolem 5 stolic denně, bez bolestí a nucení na stolicí. U některých nemocných však pooperační komplikace, zánět v pouchi či funkční poruchy vedou k vyšší frekvenci stolic a špatné funkci, případně k unikání stolice. U většiny nemocných je možné tyto poruchy řešit konzervativní léčbou. U malé skupiny nemocných se dobré funkce nedosáhne a řešením je trvalý střevní vývod. Některé léky používané v léčbě IZS zhoršují pooperační hojení a mohou být příčinou komplikací. Jejich předoperační

vyřazení by však znamenalo náhlé vzplanutí nemoci, které je pro pooperační hojení nevýhodné, proto se většinou předoperačně nevysazují. I přes vyjmenované pooperační následky a komplikace je průběh většiny operací a pooperačního hojení klidný a operace, je-li správně indikována, zlepšuje život nemocného. Závažnost operace, možnost vzniku komplikací pooperačních i komplikací konzervativní léčby je nezbytné dobře zvažovat. Frekvence komplikací je nižší na pracovištích majících s chirurgickou léčbou ISZ velkou zkušenost.

5. Předoperační příprava akcelerovaná kolem operační péče

Pooperační hojení i další průběh u plánovaných operací vždy zlepšuje dobrá příprava. Léky bývají upravovány příslušnými lékaři (snížení kortikoidů, úprava krevního tlaku, stavu funkcí ledvin, výživy). Vy můžete přispět během čekání na operaci k dobrému výsledku zlepšováním tělesné kondice a zlepšením příjmu potravy způsobem, který Vaše nemoc umožňuje. Někdy je nutné popíjet výživné koktejly či výživa trubičkou (enterální sonda) do tenkého střeva, která umožní příjem nutných kalorií k pooperačnímu hojení. Po operaci byste měli co nejdříve opět jíst, nejdříve lehce stravitelnou dietu, měla by být žádná, či jen mírná bolest a měl(a) byste se co nejdříve pohybovat mimo lůžko. Tento postup přirozeným způsobem snižuje frekvenci komplikací a zkracuje dobu pobytu v nemocnici.

6. Péče o stomie

Stomie (střevní vývod) umožňuje odvedení střevního obsahu do stomické pomůcky upevněné na stěně břišní. Důvodem k jejímu vytvoření může být postižení části střeva pod stomií, které neumožní vytvořit střevní spojku. Špatná funkce svěrače a nekontrolované unikání stolice z konečníku (inkontinence) je příčinou nízké kvality života. Střevní vývod ji v těchto případech velmi zlepšuje. Tam, kde bylo nutné provést střevní spojku s vysokým rizikem vzniku komplikací, je bezpečnější konstrukce střevního vývodu nad spojkou. Stomie jsou dočasné, pokud se předpokládá jejich následné uzavření, což je možné u pojistných střevních vývodů, či u nemocných, u kterých se důvod k její konstrukci podařilo zhojit. Např. vyléčení perianální formy CN. Trvalou stomii mají nemocní, jimž byl odstraněn konečník i se svěračem, nebo u kterých zánět trvá, nebo tam, kde je pro nemocného rekonstrukce střevního průběhu vysoce riziková. U rizikových operací se označuje vhodné místo pro stomii před výkonem tak, aby případně bylo možné bez problémů stomii ošetřovat. Pokud je skutečně stomie během operace vytvořena, naučíte se ještě před propuštěním z nemocnice o ni pečovat a dále budete mít kontakt na sestru specialстку (stoma-sestru), která s Vámi bude v kontaktu.

7. Jak se připravit k operaci?

Ke každé operaci musí nemocný dát souhlas. Bez tohoto souhlasu nemůže být žádná operace provedena, ani její rozsah se nesmí významně lišit od uvedeného rozsahu v souhlasu s operací. Každý nemocný má právo se od operátora dozvědět o plánované operaci, jejích možných komplikacích a jejích následcích. Je dobré vědět, jaký je rozsah Vašeho onemocnění, kterou část trávicího ústrojí postihuje, a pak s chirurgem probrat možnosti operačního řešení. Výhodné je si k pohovoru o operaci přizvat blízkou osobu, se kterou pak jednotlivé postupy můžete prohodit a která Vám pomůže doplnit, co jste pro stres v ordinaci nedokázali vnímat. Pokud je Vám cokoliv nejasné, znovu si to s chirurgem vysvětlíte. Měl(a) byste dostat i informace o předoperační přípravě, co Vás čeká bezprostředně po operaci, jak bude zajištěna léčba pooperační bolesti, jak dlouho se předpokládá Váš pobyt v nemocnici, pracovní neschopnost či jiná pooperační omezení. Na akutní operaci se samozřejmě

nemůžete dobře připravit, protože ji musíte, opět po Vašem nezbytném souhlasu, podstoupit neodkladně. K plánované operaci se však připravit můžete. Rozhodně před příchodem do nemocnice nehladovějte, pokud nemáte výslovné doporučení od lékaře. Bezprostřední příprava k operaci obvykle probíhá až na lůžku. Pokud je to možné, snažte se zlepšit i svůj fyzický stav procházkami či cvičením. Výsledky Vaší operace budou tím lepší, čím lepší bude Vaše tělesná a psychická kondice. Podrobné informace byste měl(a) dostat i před propuštěním.

Kompletní klinický doporučený postup pro chirurgickou léčbu IBD je dostupný [zde](#).