

Dr. Nagy Attila

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Általános Sebészet
Veszprém

IBD aktualitások a sebész szemszögéből

I. Fast-Track Postoperative Care

Clinical Outcomes and Cost Analysis of a “Fast Track” Postoperative Care Pathway for Ileal Pouch-Anal Anastomosis. A Case Control Study

Y. Kariv C.P. Delaney, A.J. Senagor, et al

Dis Colon and Rectum 137-146. 50. 2007

A gastrointestinális sebészetben egyre nagyobb teret nyerő “Fast track” azaz gyorsított postoperatív rehabilitációt próbálták meg alkalmazni colitis ulcerosa vagy FAP miatt totálcolectomizált és ileum pouch-anális anastomosissal rekonstruált és ileostomával tehermentesített betegeken.

A klasszikus 8-15 napos műtétet követő kórházi tartózkodást 2-5 napra próbálták rövidíteni. A korai rehabilitáció és hazabocsátás hatása a postoperatív szövődményekre és a hosszú távú gyógyulási eredményekre eddig ismeretlen volt. Felvetődött, hogy a módszer bár csökkenti a közvetlen költségeket, de megemelheti a kórházi visszavételt igénylő szövődményeket, illetve, hogy ezek nehezebben és késve kerülnek felismerésre.

97 beteg esetében a gyomor szondát az extubálás során már eltávolították, epidurális anelgesziát nem biztosítottak. Este már inni adtak a betegeknek, kiültették és sétára bízatták. A továbbiakban legalább öt alkalommal kellett felkelniük és sétálniuk a hazabocsátás napjáig. Másnap etetni kezdték őket attól függetlenül, hogy a bélmozgások megindulását vizsgálták volna. A beteget azon a napon hazabocsátották, amikor szél távozását észlelte, vagy széklete volt, biztonsággal enni és inni tudott, és szájon át tudott fájdalomcsillapítót szedni. Aki nem érezte teljesen jól magát egy vagy két nap haladékot kapott a távozásra. Utána a 100 mérföldnyi távolságon belül lakókat haza, a távolabb élőket a kórház közelében levő hotel vagy motelben szállásolták el szükség szerint egytől 3 napig. Stoma zsákkal ellátták és használatára betanították pacienseiket.

Akkor nyilvánították sikeresnek a gyorsított posztoperatív kezelést, ha 5 napon belül el tudta hagyni a beteg a kórházat, a később haza kerülteket a sikertelen kázusok közé sorolták.

A kontroll csoport 94 tagja egy-két napig gyomorszondát kapott, első nap felkeltették az ágyból őket, a második napon kezdődött a sétáltatás. Éhhomon tartották őket az első szél illetve széklet távozás időpontjáig, addig parenterális fájdalomcsillapítást kaptak, ha nem tudtak folyadékot fogyasztani.

A gyorsított protokoll(FT) tagjai átlag 4 nap, a klasszikus kezelésben részesültek(CTL) 5 nap után távoztak a kórházból. A hatodik napon a FT csoport tagjainak 85 a, CTL csoport tagjainak 78%-a elhagyta a kórházat. Az első 10 postoperatív napon belül az FT csoportból 10, a CTL csoportból 7 beteg került újbóli felvételre, 11 és 30 nap között 12-12 mindkét betegcsoportban. Ez az összes eset 24 illetve 20%-a. A leggyakoribb és legsúlyosabb visszavételt indokló szövődmények: 6-6 vékonybél ileus, 4-4 anasztomózis elégtelenség, 4-2 hasúri folyadék gyülem illetve peritonitis, 2-0 dehidráció, 1-1 gasztrointesztinális vérzés. Reoperálni 9 ill. 10 beteget kellett. 30 napon belüli halálozás egyik csoportban sem volt.

A kórházi visszavétel után átlag 5 napot tartózkodtak a betegek az intézményben vagy más kórházban, 10%-uk több mint 12 napot. Ez azonban az összes betegre és kórházban töltött napra vetítve csak 1.1 illetve 0.9 napos plusz kezelési időnek bizonyult.

A teljes kezelési költség 83-83 hosszú távon is követett betegen az FT csoportban 5679 a CTL csoportban 6672 dollár volt. A követésből kiesett betegek további sorsát (az összes eset 12,5%-a) nem ismerik.

A leggyakoribb késői komplikációk:

	FT csoport	CTL csoport
vérzés	1	2
sebgennyedés	3	7
anasztomózissal összefüggő		
szeptikus szövődmény	25	18
vékonybél ileus	10	17
anasztomózis szűkület	8	14
pouch eltávolítás	4	0

Konklúzió:

A gyorsított posztoperatív rehabilitáció és a klasszikus posztoperatív kezelési séma egyaránt eredményes, a betegek zöme 5 napon belül hazabocsátható. A gyorsított hazabocsátás nem növelte a korai és a késői szövődményeket, fatális kimenetelű késedelem a szövődmények felismerésében nem következett be. A korai elbocsátás feltétele a jó infrastruktúra és a specializálódott osztályok adekvát kezelésének időbeni elérhetősége.

Személyes megjegyzések:

A költségek csökkentését célzó korai betegelbocsátás nemcsak a gyorsítottan rehabilitáltakon, de az un. klasszikus posztoperatív kezelésre kerülteken is az európai irodalomból ismertnél és saját tapasztalatomnál (12-15%) jóval több komoly korai szövődményt okozott (24-20%). Ezek legtöbbször életveszélyes következményekkel fenyegető komplikáció volt. Az újabb felvétel során végzett jó és gyors kórházi beavatkozás elismerésre méltóan sikeres volt, haláleset nem következett be.

Zavaró, hogy a betegek 12,5%-ának hosszú távú eredményeit nem ismerjük. Nem zárható ki, sőt feltételezhető, hogy ezek az esetek a legtöbb komplikációval gyógyultak közül kerültek ki.

Az európai irodalomban 2007-ben egy német felmérés jelent meg, melyben kis, közepes nagyságú kórházak és nagy volumenű tevékenységet folytató klinikák adatait mérték fel. Megállapították, hogy igen nagy szórás észlelhető az egyes sebész munkacsoportok felfogása és protokollja között, az átlagos hazabocsátási idő ugyan 6 nap, de ez 3 és 20 nap közötti érték között mozog. Gyomor szondát van aki egyáltalán nem alkalmaz, ugyanakkor van aki az első bél passage megjelenéséig "tehermentesíti" a gyomrot. Epidurális érzéstelenítést csak a betegek 20%-a kap. A szájon át történő táplálás megkezdésében 2-3 napos különbségek vannak. A bélműködés jeleinek megjelenését azonban az amerikaiakkal ellentétben mindenki figyelembe veszi. A felméréshez Schumpelik felkért hozzászólása ad kiegészítést. Szerinte a módszer csak lassú térnyerése várható, de semmiképpen nem szabad dogmatikusan, inkább egyénre szabva kell alkalmazni. A sikertelenség helyes értelmezését sürgeti, ami szerinte a gyorsított rehabilitáció felső határnapjának 4-5 napban való meghatározását jelenti, és nem a módszerrel összefüggésbe hozható súlyos szövődmények emelkedése a klasszikus előkészítéshez képest. Jogi védelmet javasol a szakma részéről az innovatív eljárás alkalmazóinak az esetleges méltatlan támadások ellen.

Irodalom:

Andersen J., Hjort-Jakobsen D., Christiansen P.S., et al: Readmission rate after a planned hospital stay of 2 versus 3 days in fast-track colonic surgery Br. J. Surg. 94. 890-893. 2007.

Hasenberg T., Ritter P., Post S., et al: Umfrage zur perioperativen Therapie bei elektiven Kolonresektionen in Deutschland 2006 Chirurg 78. 818-826. 2007.

Kehlet H. et al: Care after Colonic operation – is it evidence based? – Results from a multinational survey in Europe and the United States. J. Am Coll Surg 202.45-54 2006.

Schumpelick V.: Einschätzung der Chirurgen im Umgang mit Fast-Track Konzepten in der Darmchirurgie (kommentar zum Beitrag Hasenberg et al.) Chirurg 78. 827. 2007.

II. Kock reservoir és Ileum-pouch analis anastomosis

Long - Term Outcome and Quality of Life After Continent Ileostomy

Nessar G., Fazio V.W., Tekkis P. et al.

Dis Colon Rectum 336-344. 49. 2007

Szerzők a Kock rezervoár készítés szövődményeit és hosszú távú funkcióképességét, valamint a betegek életminőségét vizsgálták vég ileostomával élő betegekhez képest.

20 év múlva a FAP-os és UC betegek 85%-a a CD és Ind C betegeknek 37%-a viselte még Kock rezervoárját.

A vízválasztó időszak a műtét után két évvel következett be a CD és IndC betegeken, amikor 95%-ról 2 év alatt 67%-ra csökkent a kontinens stomával élők aránya.

Leggyakoribb szövődmények:

Szelep átérésztés	29%
Fisztula képződés	25%
Parastomális sérv	15%
Bilentyű prolapszus	6%
Pouchitis	26%
Vékonybél ileus	17%
Katéterezési nehézség	14%
Stoma szűkület	10%
Stoma vérzés	10%

Az életminőségben minden paraméter vonatkozásában jobbnak ítélték helyzetüket a Kock rezervoárt viselők a vég ileostomával élőkhez képest.

Személyes megjegyzések:

A rezervoár készítéshez átlag 58 cm vékonybelet használtak fel. Ennek elvesztése különösen azokon akiknek pouch-analis anastomosisát váltották ki Kock rezervoárral megközelítette az egy métert!! Ez jelentős probléma, mert a követési idő alatt a Kock rezervoárok 22%-át el kellett távolítani. Célszerű lett volna azok életminőségét is összehasonlítani az eredetileg definitív vég ileostomával végződött műtéten átesettekhez képest, akiknek el kellett távolítani a Kock rezervoárját(22%!!!) és végül mégis vég ileostomát kell viseljenek.

Ileal-pouch anal anastomosis – review

McGuire B.B., Branigan A.E., O'Connell P.R.

Br. J Surg. 94.812-823. 2007.

1977 óta a restorativ proctocolectomia ileum-pouch analis anastomosissal a standard eljárás a belgyógyászati módszerekkel inaktív colitis ulcerosus betegek elektív műtéti kezelésére. Legegyszerűbb géppel varrva a J alakú pouch képzés és ez a módszer fenyeget a legkevesebb szövődménnyel.

A műtéti technika:

Az egyszerűbb kivitelezhetőség miatt a műtét során az analis csatorna átmeneti hámmal borított szakaszát meghagyják (double stapler technika), a tranzicionális zóna ugyanis képes a széklet jelenlétét érzékelni megtartása esetén jelentősen jobb az életminőség, mint a linea dentat vonalkáig elvégzett mucosectomia és analis anastomosis készítése esetén. Ha csak a mucosát írtják ki és a teljes hosszúságában megőrzi a sphincter izom gyűrűt igen sok a lokális szövődmény. Bizonyított, hogy a

záróizom alsó harmadának maghagyása is elegendő a kielégítő kontinencia biztosításához. Minden olyan eljárás (transanális kézi anastomosis, transanális tágitással végzett mucosectomia), mely a sphincter tágitásával jár rontja a kontinenciát. Ha azonban a mucosa akár 1-2 cm széles része is megmarad, ez fenntarthatja a betegséget, akut fellángolásokat, súlyos vérzést, következményes anális szűkületet okozhat. Évekkel később rosszindulatú elfajulás is kialakulhat benne. A pouch képzés után a tranzicionális zónában a dysplasia fokozódását is megfigyelték, de ez két-három év múlva visszafejlődött illetve enyhült.

A totális colectomia és pouch képzés endoszkópos műtéttel is elvégezhető, de a műtét hosszabb, a kórházi tartózkodás rövidebb, kevesebb a vérzés. A kedvezőbb összkép azonban csak átmeneti jellegű. A Pouch kpzű műtétek eredményei a nagy számban ilyen beavatkozásokat végző intézményekben szignifikánsan jobbak, mint a sporadikus eseteket produkáló kórházakban.

Az ileum-pouch anális műtétek indikációs területe:

Colitis ulcerosa és FAP-ban egyértelmű. Colon Crohn betegség és indeterminált colitisben a hosszútávú eredmények rosszabbak. A téves diagnosis alapján totálcolectomizált, de végül Crohn betegségnek bizonyuló esetek nyolcan százaléka azonban hosszú évekig szövődményekkel él. Akinek azonban fisztulázó jellegű a betegsége és perianális tünetei is vannak, a pouch képzés nem ajánlott. Az indeterminált colitis miatt operáltak 30%-a a totálcolectomia után 10 évvel már egyértelműen Crohn betegnek bizonyul.

A praeeoperatív záróizom funkció megítélése fontos, mer idősebb betegeken és 40 Hgmm alatti nyugalmi anális nyomás után emelkedettebb a postoperatív inkontinenciák száma. A psotperatív lokális szövődmények is negatív irányban beolvasolják a hosszútávú anális funkciót. A műtét utáni átmeneti funkció zavarok természetesek és csak kb fél év múlva ítéltethető meg a várható végleges eredmény.

Terhesség és szülés:

A colitis ulcerosa és egyes FAP-os betegeken is a betegség aktivitásának és fennállása hosszának függvényében a fertilitás csökken. A normális úton szülés sem kizárt, de akár a pouch elvesztésével is járhat. A késői következmények vonatkozásában ismeretlenek a hatások. Bizonyos esetekben a szülésszel konzultálva tanácsosabb a tervezett császármetszést választani.

A kor és a pouch (a pouch kora):

Idősebb betegeken is biztonsággal, jó funkcionális eredménnyel végezhető a műtét, he előtte még nem volt komoly kontinencia zavar. A pouch funkciója a legújabb megfigyelések szerint 20 évvel a műtét után kezd jelentősebben romlani.

A pouch viselők életminősége, székelési ferekvenciája:

Kb 1 évvel a műtét után áll be a véglegesnek tekinthető funkcionális állapot. Minden szerző adatai szerint jobb a pouch viselők életminősége, mint a Brooke ileostomával vagy Kock rezervoárral élőké. A legtöbb életminőségbeli zavart a diéta hibák okozzák. Arra kell törekedni, hogy a beteg legalább 5-6 órát egyfolytában tudjon aludni, éjszaka legfeljebb 1-2 székürítése legyen és a nappali székletszám ne haladja meg a 6-8-at, valamint, hogy rendszeresen ne kelljen gyógyszeresen befolyásolni bél motilitását.

Sokszor meglepő, hogy a "kis" kellemetlenségeket milyen jól tolerálják a betegek (éjszakai széklet szivárgás, a székelés megindulásának megkésett érzékelése éjszaka stb.) Ugyanakkor az anus nyílás körüli felmaródásokat nagyon megszenvedik a betegek.

Szexuális funkció:

A műtét előtti állapothoz a beteg általános állapotának javulásával párhuzamosan javulnak a szexuális élettel kapcsolatos paraméterek. Ha zavarok jelentkeznek, ez férfiaknál első sorban az idősebb korra jellemző. A nők részéről első sorban érzés zavarok és a kielégülés területén jelennek meg. Nem ritka a közösülés közbeni fájdalom kb. 30%, fiatal férfiakon a retrográd ejakuláció. Ezek miatt egyes szerzők

hangsúlyozzák az autonóm ideghálózat megkímélését különösen a mély, teljes mucosectomiával és kézi anasztomosisal végzett műtétek során. A problémák ellenére az összehasonlítások a restoratív műtét előnyét mutatják a rectum exstirpációval végződő műtétekhez képest. Fiatalokon a szerelmi együttlét kívánsága, az orgazmus elérésének gyakorisága, az ejakulációs képesség javul a pouch képzés után ami első sorban a beteg általános állapotának javulásával, és a beteg bél jelenlététől való megszabadulás lelki felszabadító erejének tudható be.

Morbiditás és műtéti letalitás:

A betegek állapotához és a műtét nagyságához, komplikált voltához képest a műtéti letalitás alacsony (0.4%). A korai morbiditás azonban magas, elérheti a 30%-ot. A pouch-csal kapcsolatos késői várható szövődmény arány 3-12% között van az irodalmi adatok szerint.

A kismencedei szepszis a leggyakoribb (5-24%), Egyértelmű rizikófaktor ebből a szempontból a nagy dózisú és hosszantartó steroid szedés az anamnesisben és a malnutrició. Ezen a területen határozottan tarja magát a tehermentesítő ileostoma szükségessége, mert egyértelműen csökkenti a szeptikus kismencedei komplikációk előfordulását és súlyosságát is.

Mivel az ileostoma zárásnak is vannak szövődményei (első sorban vékonybél ileus), jól definiált feltételek esetén egyesek próbálkoznak az egy üléses műtéttel. A szelekció standardizálása a komplikáció arányt 21%-ról 4,3%-ra tudták csökkenteni. Feltétel, hogy a beteg jól táplált legyen és ne kapjon immunszuppresszív szert. Fel kell azonban készíteni arra, hogy az óhatatlanul sérült inkontinencia miatt perianális felmaródásokra kell számítani hosszú kórházi tartózkodással és igen jelentős, nehezen kontrolálható fájdalommal.

Személyes megjegyzés:

A beteg érdekeit megint összekeverik a gazdaságosság kérdésével és olyan eljárást tüntetnek fel kívánatosnak, mely csak igen tapasztalt kezekben és a műtetre szoruló betegek igen kis százalékában jön szóba. A komplikációs adatok egyértelműen árulkodnak. A több intézetben gyűjtött adatok 30% átlagos morbiditást írnak le, ezen a beteganyagban a szövődmény arány a nehezebb és kockázatosabb műtéti körülmények ellenére csak 21%!!

Pouchitis, Irritable pouch synroma és cuffitis:

A pouchitis nem specifikus gyulladás a pouchban, amely a leggyakoribb késői szövődménye a pouch képzésnek. A műtét utáni első öt évben 20-59% között mozog. FAP miatti pouch képzés után 13-15%. Tünetei: igen magas székletszám, görcsök székelési késztetések, folyékony széklet, vérzés, elesettség, mérsékelten emelkedett testhőmérséklet, anorexia, fogyás.

Kóroka nem tisztázott, de főleg bakteriális okra lehet gyanakodni az anaerob kórokozók ellen hatékony gyógyszerek adásával szerzett kedvező tapasztalatok alapján, valamint a neutrofil leukocyták nyálkahártyában észlelt predominanciája és a magas baktérium szám alapján. Az utóbbi években a probiotikumok alkalmazásával sikerült az anaerob diszbakteriózist visszaszorítani, ami szintén sok esetben javuláshoz vezetett. Az anaerob kórokozók által termelt proteolitikus enzimeket állítanak elő, melyek megváltoztatják a bél pH-ját, mucin degradációhoz vezetnek és rontják a bélfal védekező képességét. Megbomlik a mononukleáris sejtekből felszabaduló citokinek egyensúly. A legutóbbi kutatások szerint az IL 8 szint és a pouchitis súlyossága között korreláció áll fent. Sandborn és munkatársai dolgozták ki a pouchitis aktivitási indexét 3x hat klinikai tünet, az endoszkópos kép és a szövettani és hisztológiai eltérések alapján.

A **pouchitis** definíciója: nem specifikus gyulladása az ileum rezervoárban.

Tünetei: vizes hasmenés, görcsök székelési ingerek, végbél vérzés, anorexia, extraintesztinális manifesztációk, hőemelkedés.

Endoszkópia: mucosa oedema, fekélyek, kontakt és spontán vérzés

Hisztológia: jelentős krónikus gyulladásos infiltráció, megnövekedett krypta mélységek, kifeléelyesedés, jelzett boholy atrófia.

Kezelés: metronidazol, ciprofloxacín 14 napig
 Pouch Disease Activity Index (PDAI): legalább 7

Az **irritabilis pouch syndrome** definíciója: a pouchitis tünetei 7-nél kevesebb PDAI-szel, cuffitis nélkül

Tünetek: hasmenés, késztetések, görcsök

Endoszkópia: Eltérések nélkül

Hisztológia: Eltérés nélkül

Kezelés: Diéta, rostús étkezés, bélmotilitás csökkentők és görcsoldók, anticholinerg szerek, antidepresszánsok

PDAI: kevesebb mint 7

A **cuffitis** definíciója: A double stapler technikával végzett műtét során megmaradt végbélnyálkahártya ill. átmeneti zóna gyulladása. Tulajdonképpen IBD ekvivalens. A pouch nyálkahártyája nem gyulladt.

Tünetek: Görcsök, vérzés, nyálkaürítés hasmenés, székelési késztetések, extra intesztinális UC manifesztációk

Endoszkópia: a nyálkahártya gyűrű gyulladása, kifeléelyesedése

Hisztológia: ulceráció, neutrofil infiltráció, erytema

Kezelés: két hetes mesalamin kúra, hydrocortison. Befolyásolhatatlan esetben a nyálkahártya kiirtás, pouch sebészeti revíziója, reanastomosisa

Hosszú távú követés

Lassan 30 éves tapasztalat gyűlik össze. Akinek UC miatt végezték a műtétét és állandó súlyos fokú mucosa atrophiaja van, hajlamosak a neoplasma kifejlődésére a pouch-ban. A Kock rezervoárokkal már 1970-től erednek a megfigyelések, melyek a pouch műtétek hosszútávú biztonságát megerősítik. Akiknek már a műtét során súlyos diszpláziájuk vagy rájuk volt a specimenben illetve sclerotizáló cholangitisben szenvednek, a rizikójuk három-négyeszeres.

Az ellenőrző programnak a betegség kezdete után (nem a pouch készítés!) kell elkezdődnie.

Polyp képződés a pouch-ban 8-62%, első sorban FAP után és nemcsak a remanens végbél nyálkahártyában, hanem az ileumban is. FAP-ban évenkénti rektoszkópia az esetleges polypok fulgerációja, sze. rektum exstirpáció a választandó eljárás.

Irodalom:

Oikonomou I K. et al: Risk Factors for Anaemia in Patients with Ileal-Pouch Anal Anastomosis, Dis. Colon Rectum 50. 69-74 2007.

Reese G. E., et al: The Effect of Crohn's Disease on Outcome After Restorative Proctocolectomy, Dis. Colon Rectum 50. 239-250. 2007.

Lim M et al: The Impact of Preoperative Immunomodulation on Pouch-Related Septic Complications After Ileal Pouch Anal Anastomosis, Dis. Colon Rectum 50. 943-951. 2007.

Cornish J. A. et al: The Effect of Restorative Proctocolectomy on Sexual Function, Urinary Function, Fertility, Pregnancy and Delivery: A Systemic REview, Dis Colon Rectum 50 1128-1138. 2007.

Thomson-Fawcett M.W., et al: Use of Monoclonal Antibody to Sucrase-Isomaltase for Evaluation of the Columnar Cuff After Stapled Restorative Proctocolectomy, Dis. Colon Rectum 50. 1428-1435. 2007.

Berndtsson I., et al: Long-Term Outcome After Ileal Pouch Anal Anastomosis: Function and Health-Related Quality of Life, Dis. Colon Rectum 50. 1545-1552. 2007.

Sami M. et al: Assessment of Dietary and Trace Element Status in Patients with Ileal Pouch Anal Anastomosis, Dis. Colon Rectum 50. 1553-1557. 2007.