



Akutní stavy v koloproktologii -komplexní chirurgické řešení

*MUDr. Petr Bačkovský,
MUDr. Vladimír Vykus,
MUDr. Marta Kostrejšová
MUDr. Robert Mudr*

Chirurgické oddělení NMSKB v Praze

Akutní stavy v koloproktologii

A. Neprůchodnost střevní - ileus

1. Mechanický – *obturační typ*
 - *strangulační typ*
2. Neurogenní – *paralytický*
 - *spastický*
3. Cevní – *tromboza nebo embolie mesenterilálních cev*

B. Krvácení do střeva

1. Zdroj krvácení ve střevu

- *nádor*
- *divertikl*
- *polyp*
- *zánět*
- *vřed*
- *cévní malformace*

2. Zdroj krvácení mimo střevo

- *haemorrhagické diatesy*
- *proděravění aneurysmatu*
- *onemocnění CNS*
- *antikoagulační léčba*

C. Zánětlivé onemocnění

1. Specifické záněty

- *Ischemická kolitida*

příčina: tromboza, embolie, porucha krevního oběhu (šok, dehydratace, srdeční selhání)

- *Infekční kolitida*

příčina: viry, bakterie (nejzávažnější klostridiová infekce po ATB Dalacin - potlačí střevní mikrofloru-přemnožení klostridií- záněty, nekrozy)

- *Celiakie =intolerance lepku*

příčina: reakce imunitního systému na přítomnost lepku – atrofie střevní sliznice – možný vznik adenokarcinomu

2. Nespecifické záněty (IBD)

etiologie: familiární výskyt, imunologický defekt, toxické součásti potravy, bakterie, viry, psychosomatické vlivy– stres, příčina neznámá

- *Morbus Crohn*

chronický granulomatosní zánět, postihuje celou stěnu střevní, celou trávicí trubici, nejčastěji ileocekalní oblast

Příznačný je chronický průběh s akutními exacerbacemi a remisemi. Typické jsou komplikace (stenosisy, abscesy, píštěle)

Příznaky i mimo zažívací trakt – kožní změny, postižení kloubů, svalů, očí.

- *Colitis ulcerosa*

zánět sliznice tračníku, který se šíří od rekta směrem proximálním

Zpočátku postihuje jen sliznici, v pokročilých stádiích pak celou stěnu tračníku. Sliznice je křehká, na dotyk krvácí, povrchové eroze, později splývavé ulcerace. Mezi vředy vznikají zánětlivé pseudopolypy.

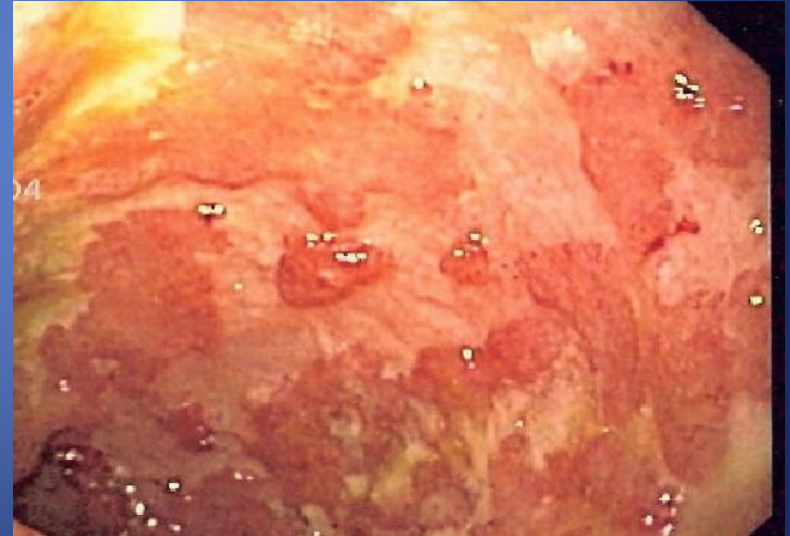
Chronické onemocnění s akutními exacerbacemi a remisemi. Extraintestinální symptomy vzácně, zřídka píštěle a abscesy, výskyt toxického megakolon, krvácení, prekancerosa, sklerozující cholangitida,

Koloskopický obraz - porovnání

Morbus Crohn



Colitis ulcerosa



Léčba

A. Konzervativní – domena gastroenterologů

B. Chirurgická léčba

M.Crohn

- *akutní operace* – indikovány pro ileosní stav (adhese, volvulus, invaginace), bolesti v pravém podbříšku- podezření na appendicitidu
vzácně toxické megakolon, perforace střeva, krvácení
- *elektivní operace* - cílem je zachování co největší funkční části Crohnovou nemocí postiženého orgánu

Colitis ulcerosa

- *akutní operace* – indikovány pro perforaci tračníku, krvácení, toxický šok (tox.megakolon)

Provádíme kolektomii s terminální ileostomií. Pahýl rektosigmatu vyvedeme jako mukozní píštěl, ev. uzávěr dle Hartmanna.

Po zvládnutí akutního stavu 2-6 měsíců provádíme rekonstrukční operaci.

- *elektivní operace* – proktokolektomie, vytvoření rezervoáru - Pouche z tenkého střeva

Kazuistika

Žena, 56 let, ve 30 letech diagnostikována Crohnova choroba, postihující především tračník s mírným postižením terminálního ilea

Příznaky: střevní symptomy, mimostřevní – iridocyklitidy, periferní artralgie a artritidy

Léčba: GE konservativní Budesonid – dlouhodobě stabilizovaný stav, v průběhu léčby se vyvinula kortikodependence, biologická léčba

Průběh onemocnění

- *Leden 2013*: mírné zhoršení stavu, 3 – 4 řídké stolice, bolesti břicha, zhubla 2 kg
 - *Březen 2013*: akutní zhoršení, intenzivní bolesti břicha, nausea, 6 řídkých stolic, bez teplot, enterorrhagia
- SONO: zánětlivé postižení tračníku mezi jaterním ohbím a sestupným tračníkem
- Laboratoř: CRP 104 mg/l

Následuje akutní transport do NMSKB na specializované gastroenterologické pracoviště s dostupností chirurgické péče.



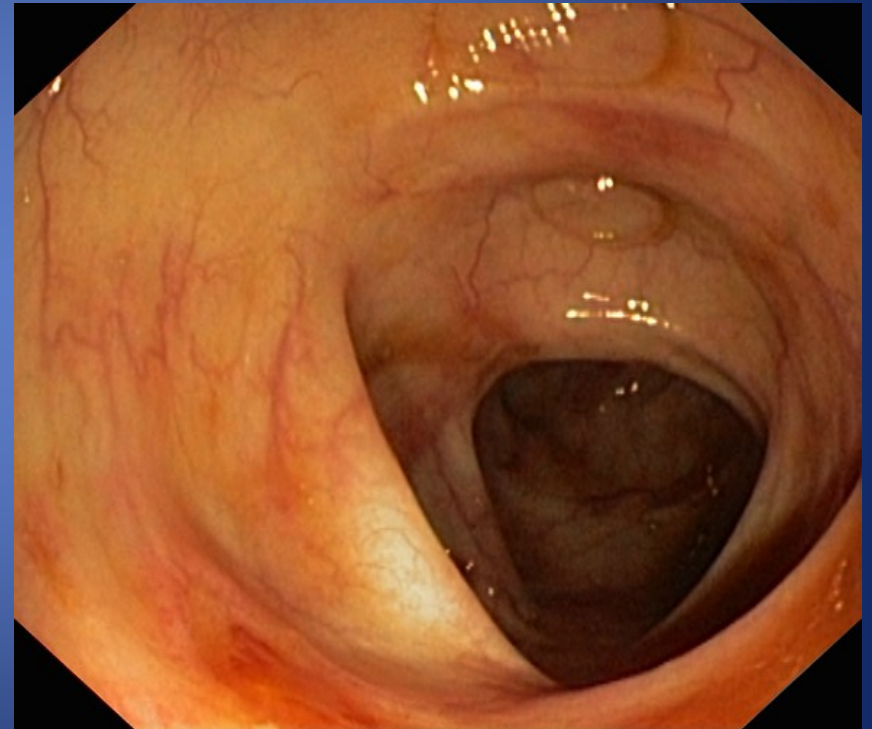
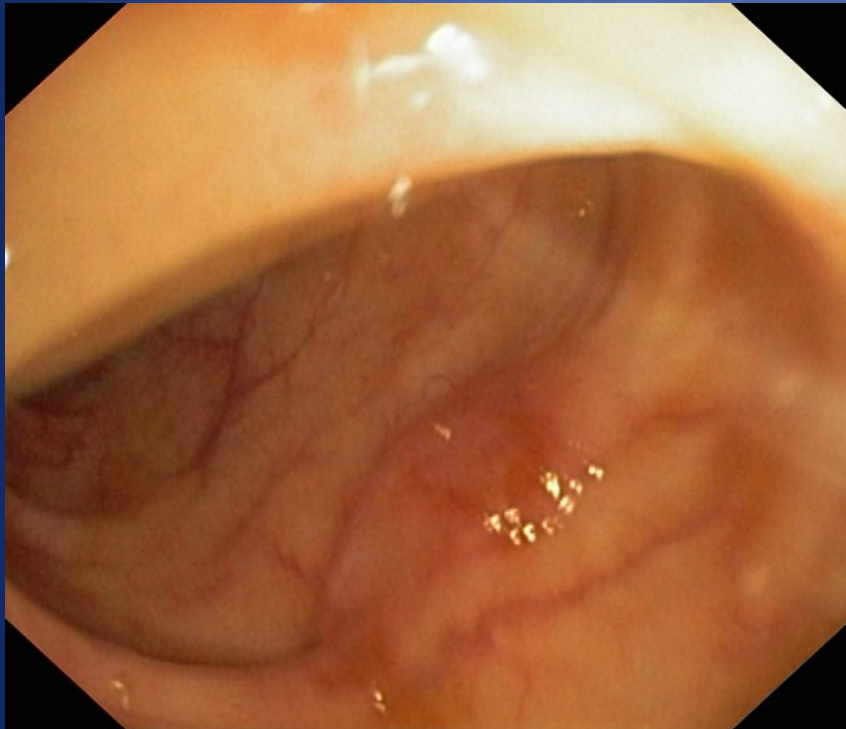
Příjem pacienta:

- TK 130/100 P 83 T 36,7
- Mírně vzedmuté břicho, lehká difusní palpační bolestivost, bez hmatné resistance
- Základní biochemické parametry v normě, vyjma vysoké hodnoty CRP
- CT zánětlivé změny na pravé a levé polovině tračníku, ztlustění stěny vzestupného tračníku, mírné zesílení stěny terminálního ilea
- Koloskopické vyšetření

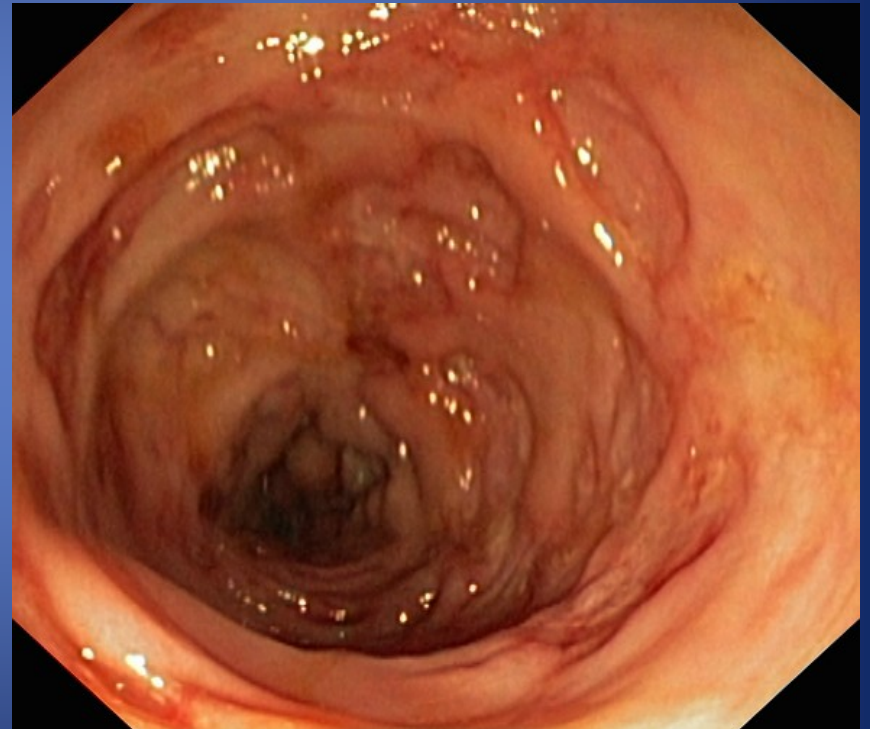
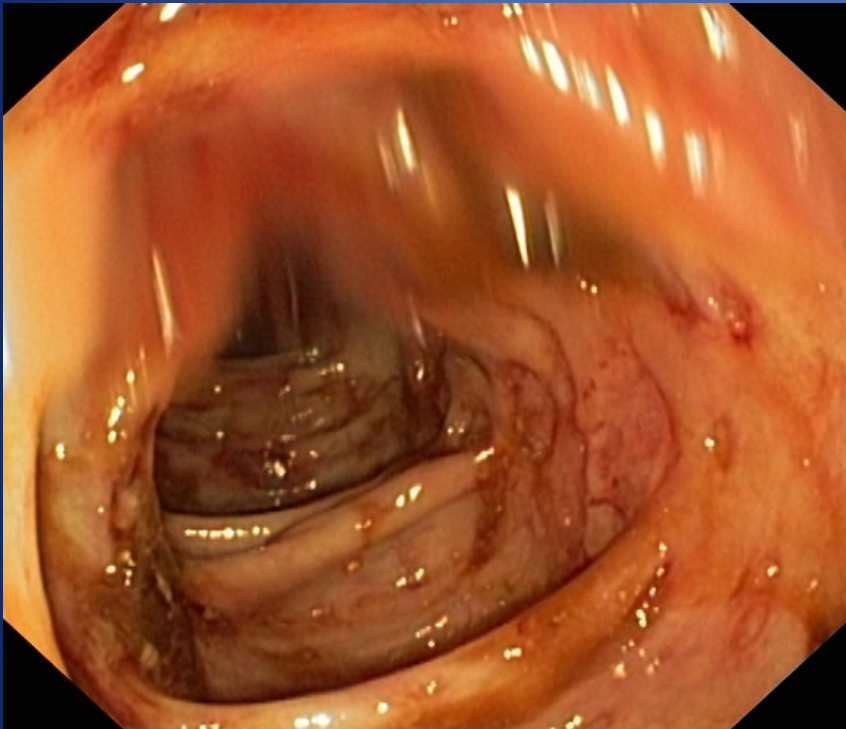
Endoskopické pracoviště



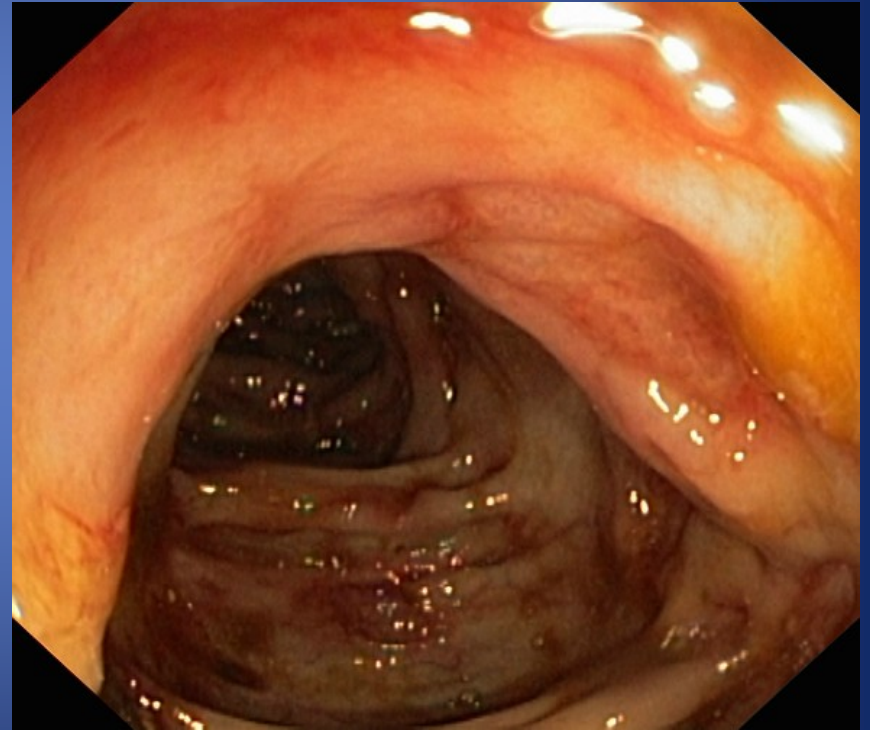
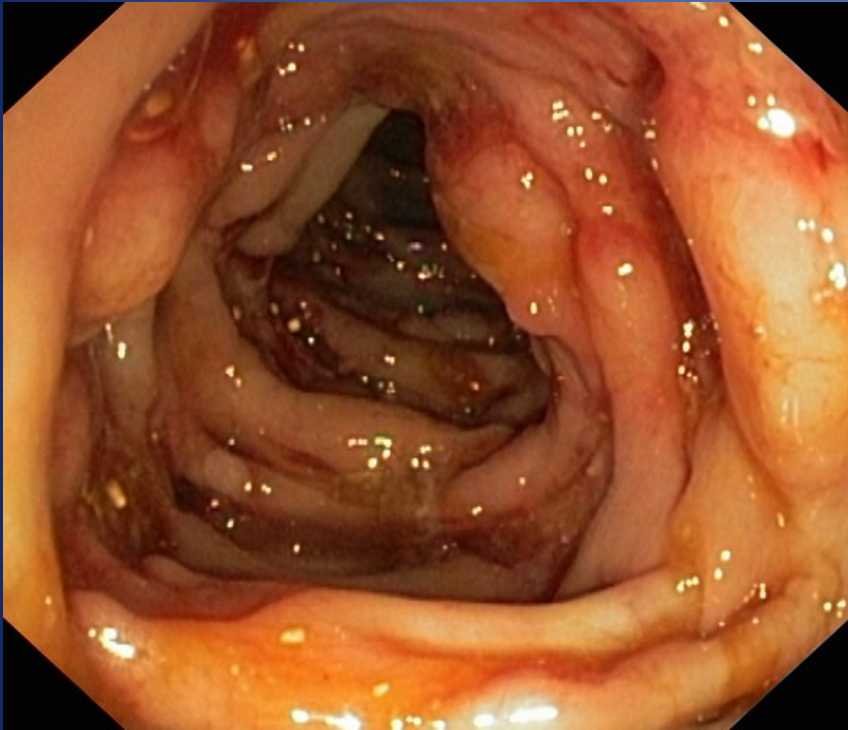
Levá polovina colon, sigmoideum



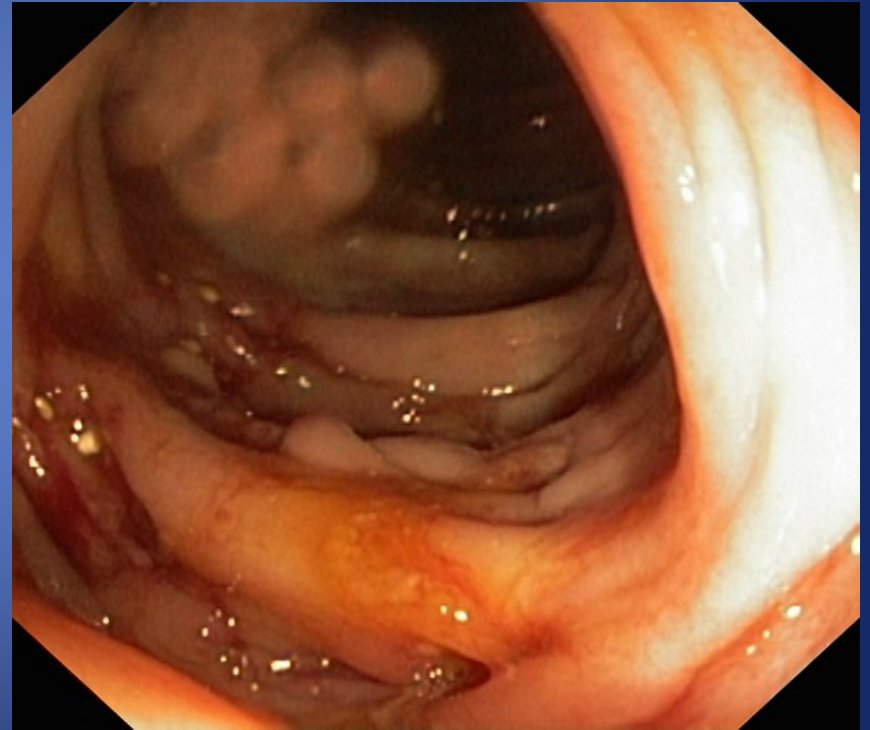
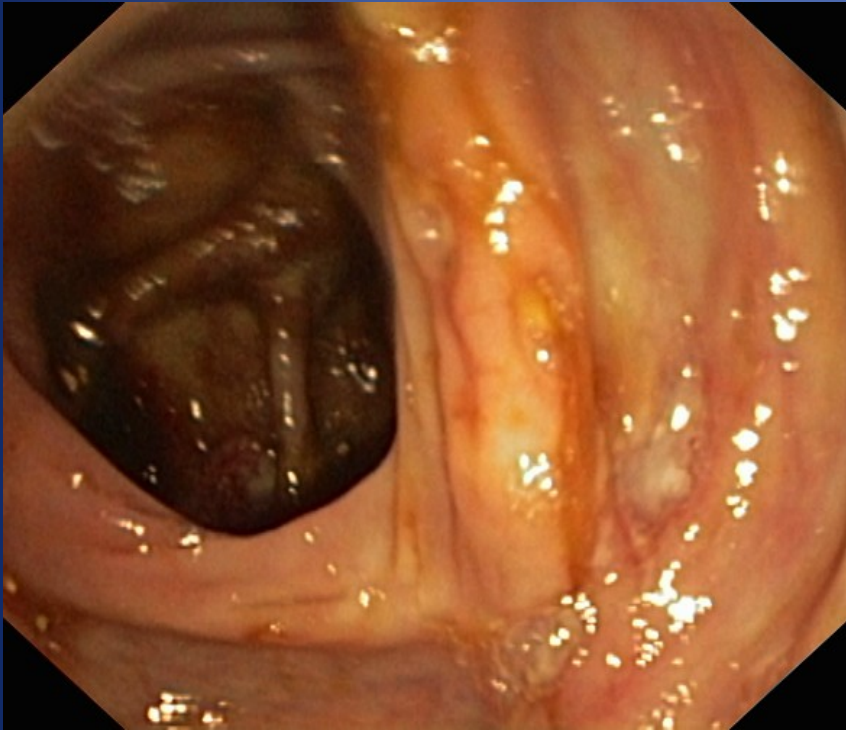
Colon transversum



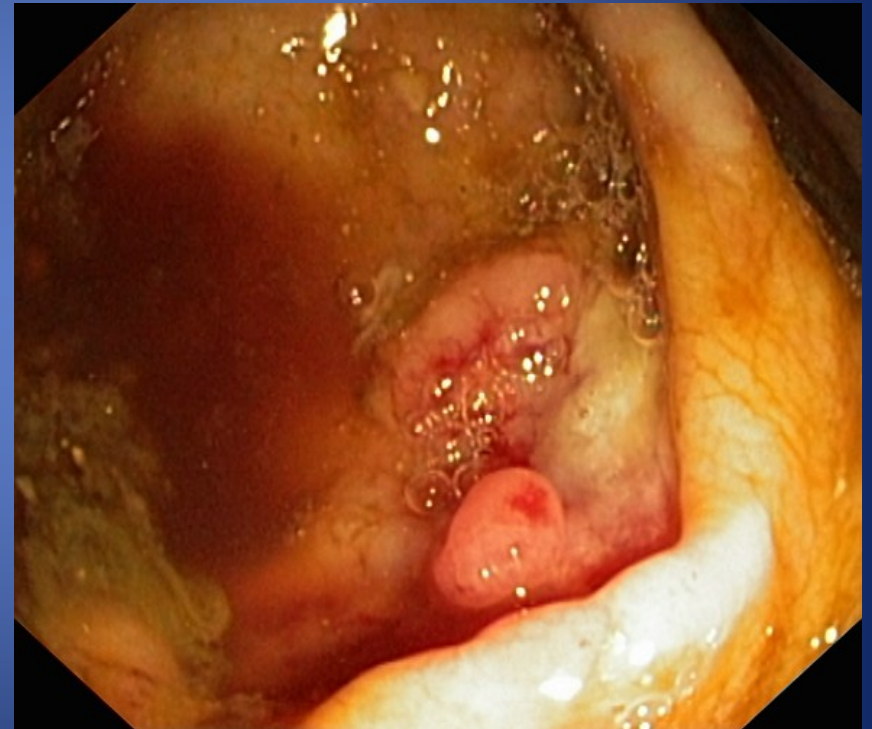
Colon ascendens



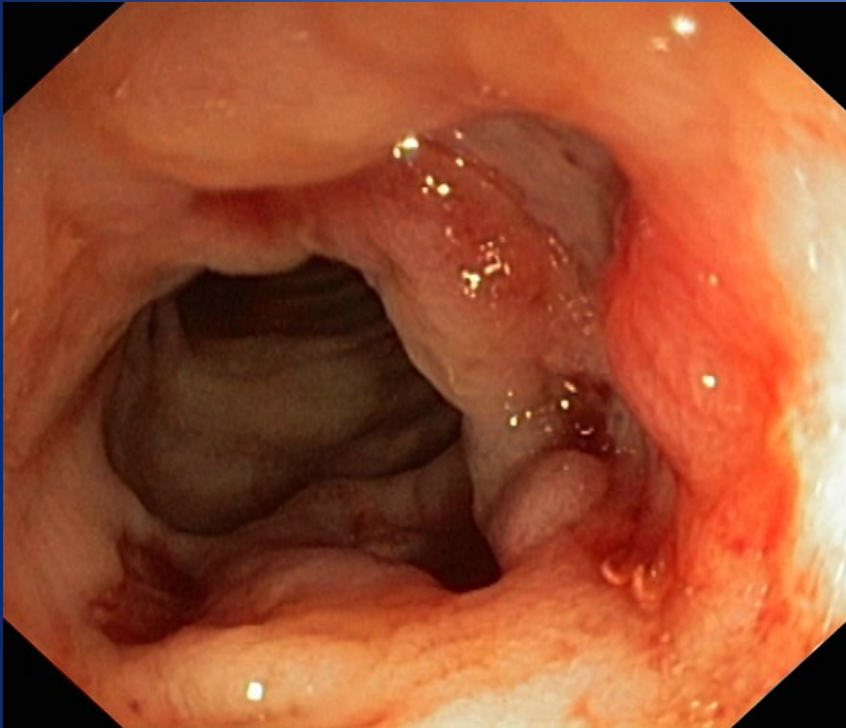
Colon ascendens, caecum



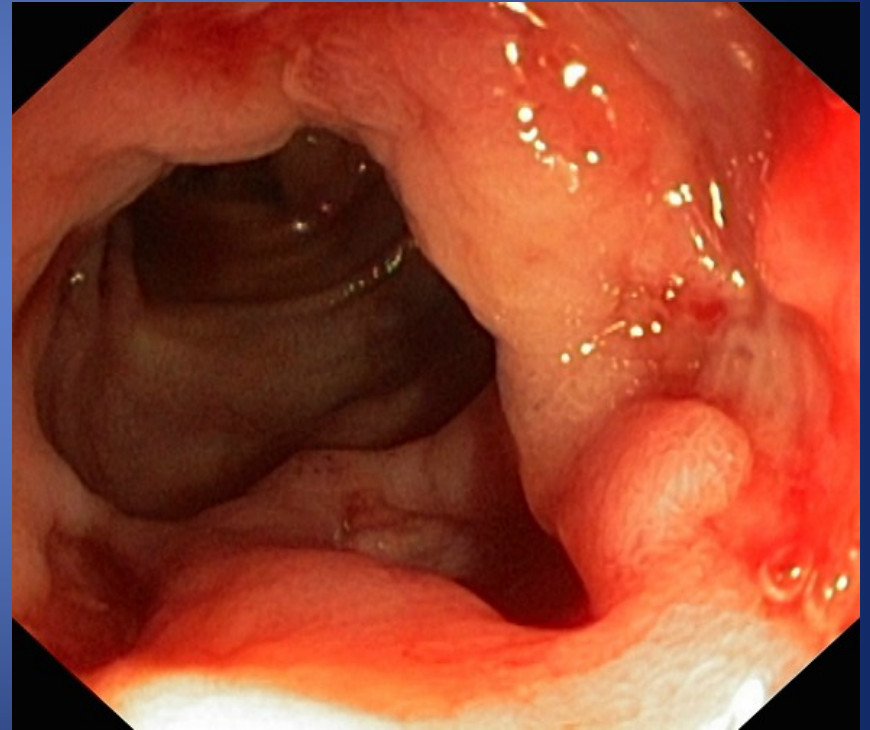
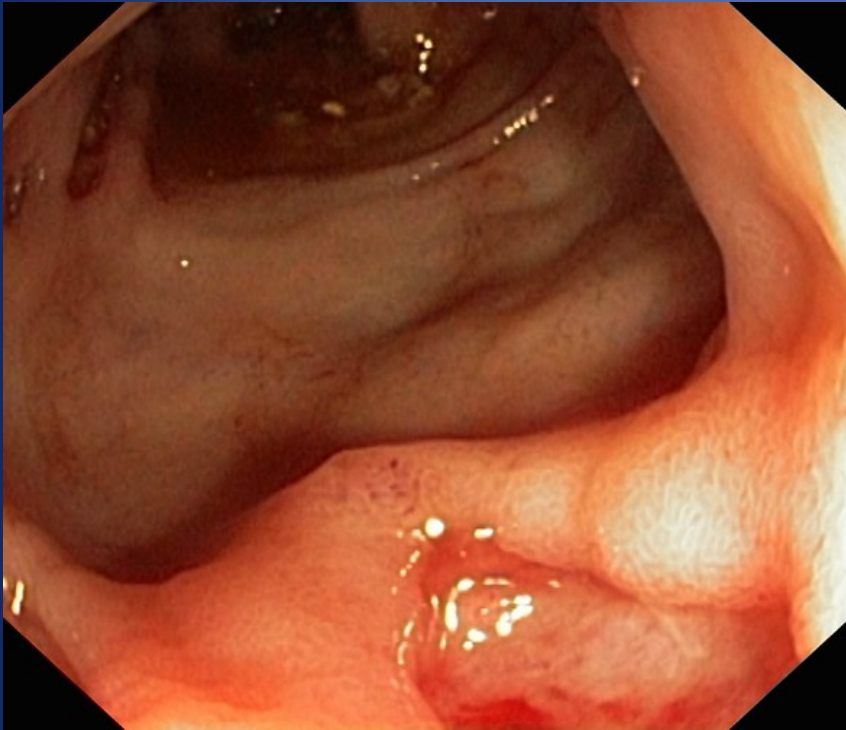
Terminální ileum



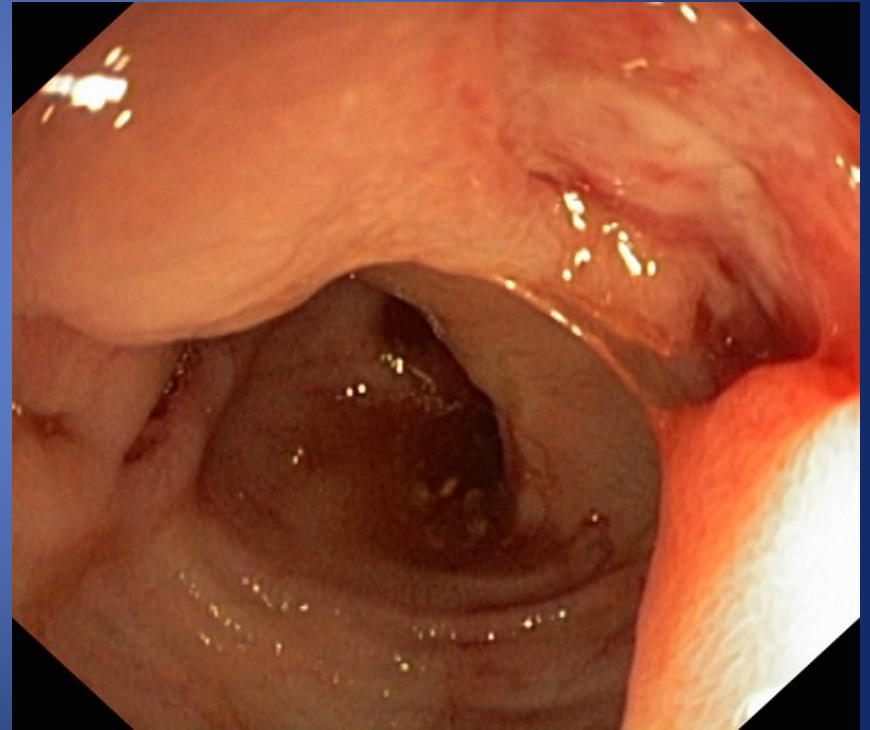
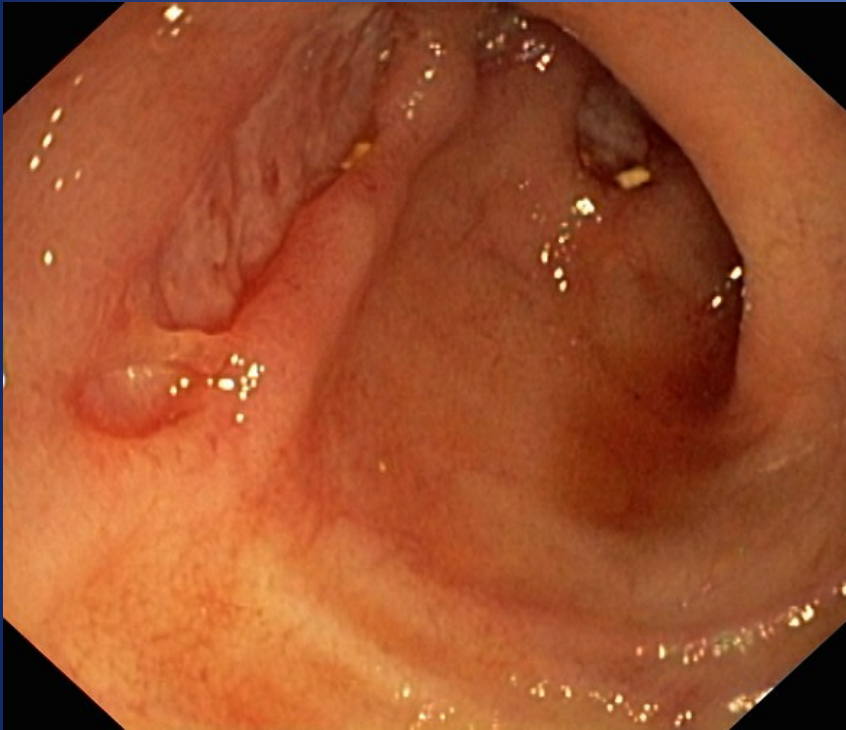
Terminální ileum



Terminální ileum



Terminální ileum



Po přechodném zlepšení následuje ataka masivní enterorrhagie, prekolapsový stav, počínající haemorrhagický šok, rychlý pokles haemoglobinu na 73g/l.



Chirurg indikuje akutní operační revisi z vitální indikace.

Operační sál

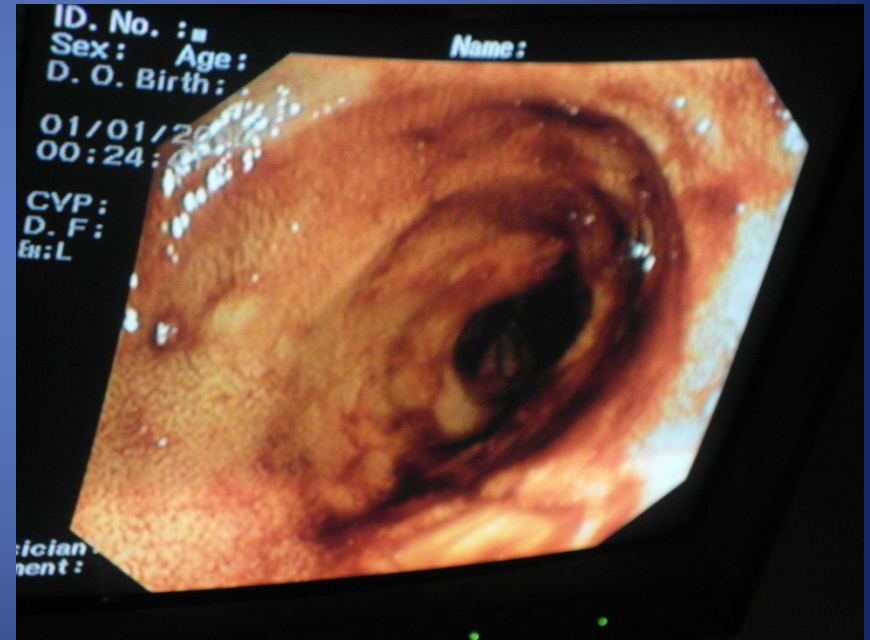


Operační výkon

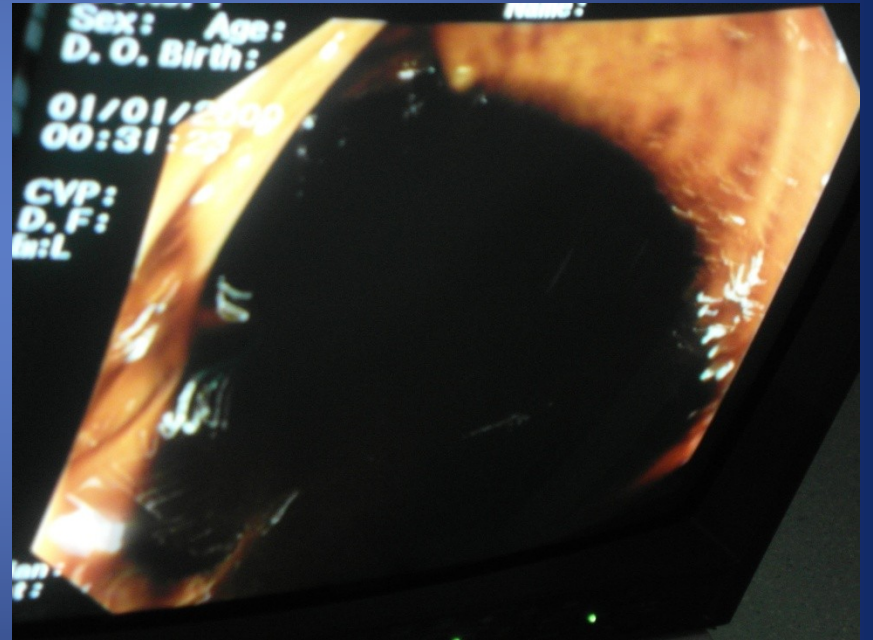
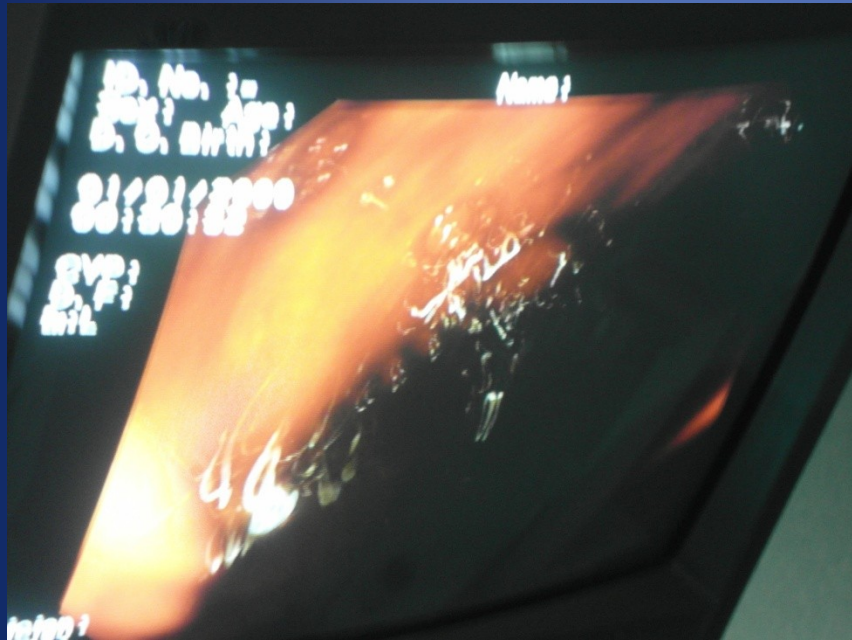
Peroperační nálezn:

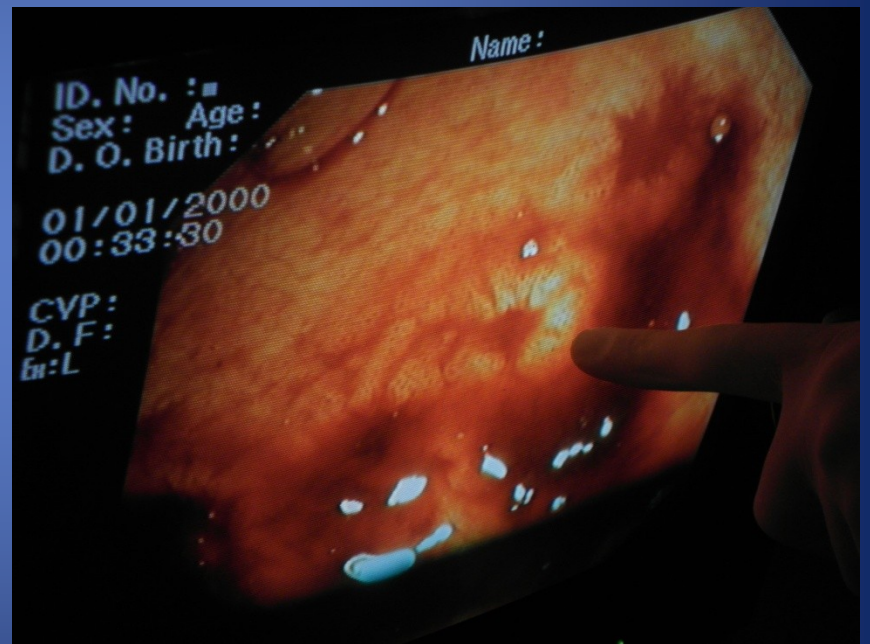
- tlusté střevo vyplněné krví v celém rozsahu
- na příčném tračníku a terminálním ileu mírné změny typické pro Crohnovu chorobu –
 - a) přerůstání tuku na serosu střeva,
 - b) mírné ztluštění stěny
- peroperační koloskopie – k verifikaci rozsahu vředových lezí a určení hranice zdravé tkáně ohledně resekcční linie střeva

Nález peroperační koloskopie:



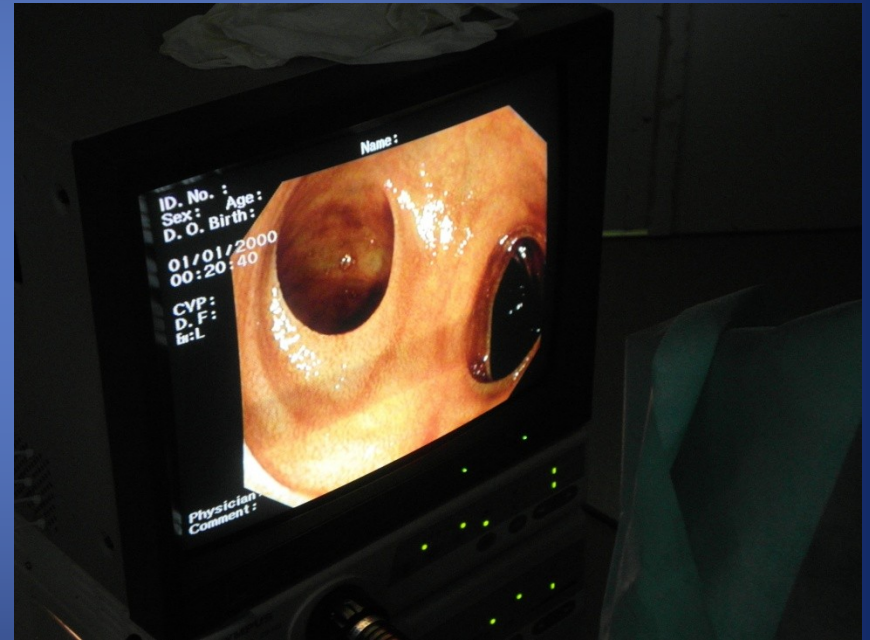






Vedlejší peroperační náález

Divertikulum Meckeli

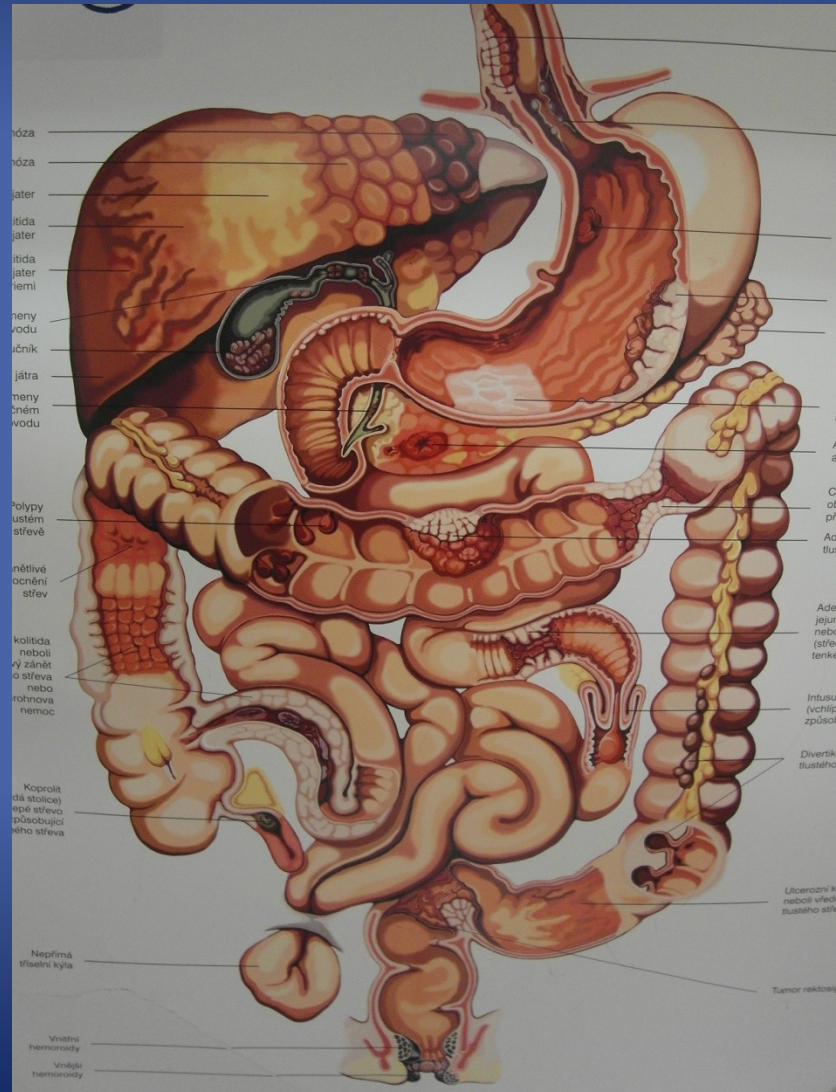


Po vyhodnocení nálezu volíme
radikální chirurgický výkon

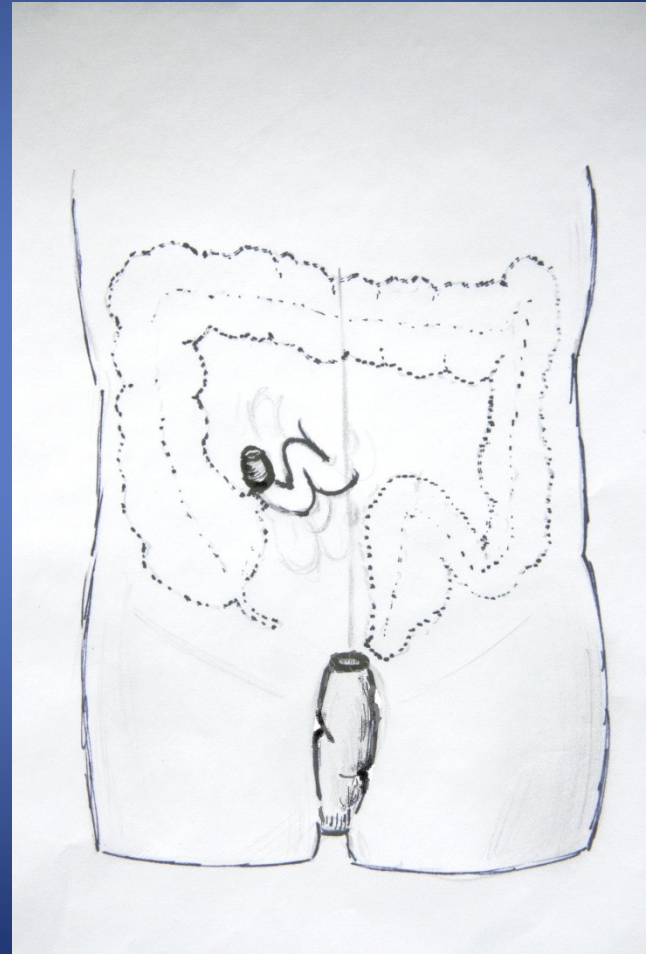
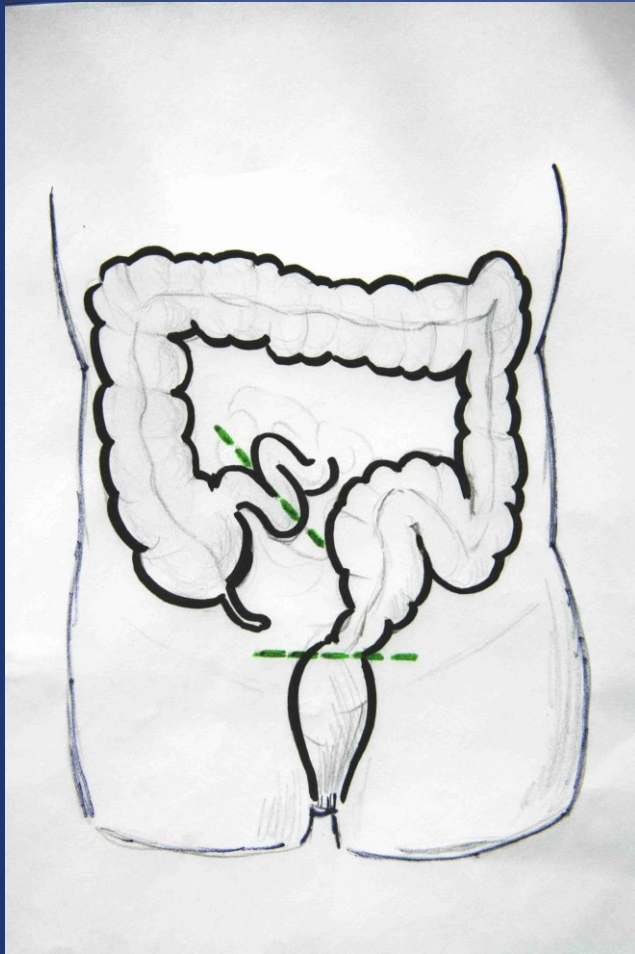


Subtotální kolektomie s vyvedením terminální
ileostomie a ponecháním pahýlu
rektosigmoidea jako mukozní píštěl v dolním
polu rány

Schema operačního výkonu

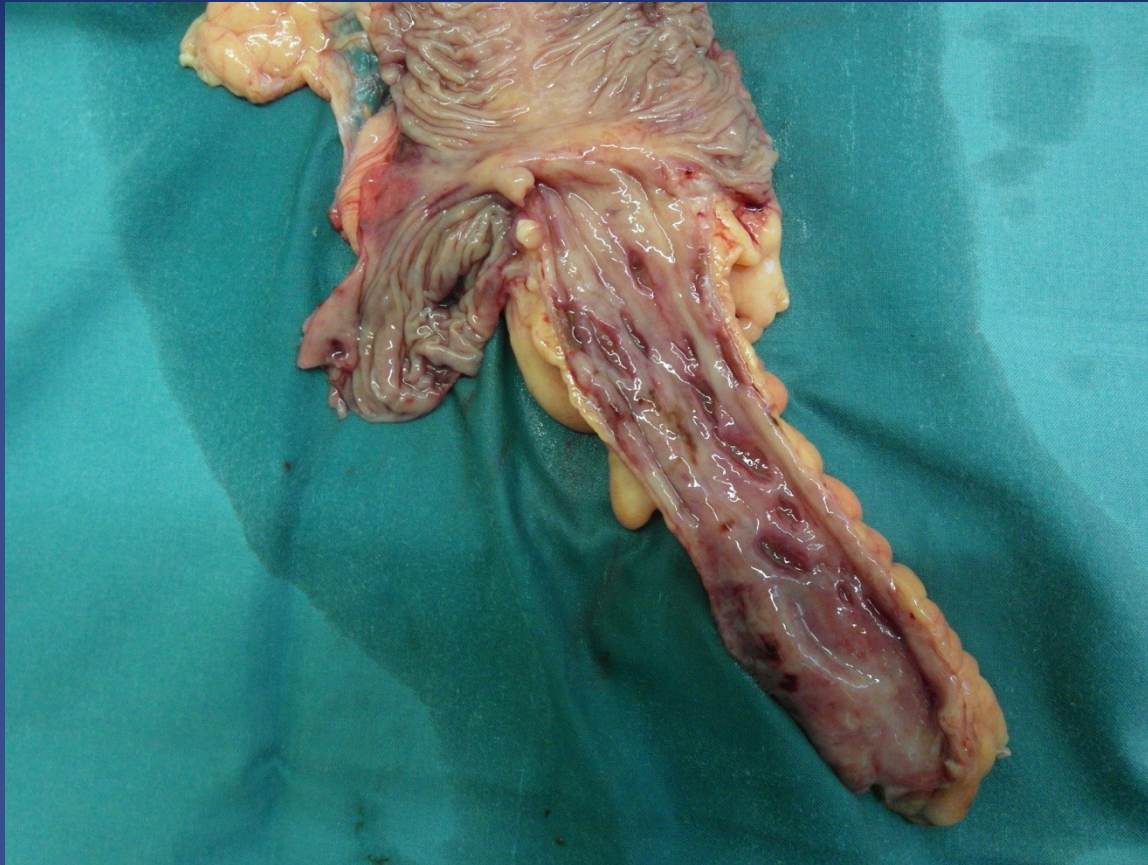


Subtotální kolektomie

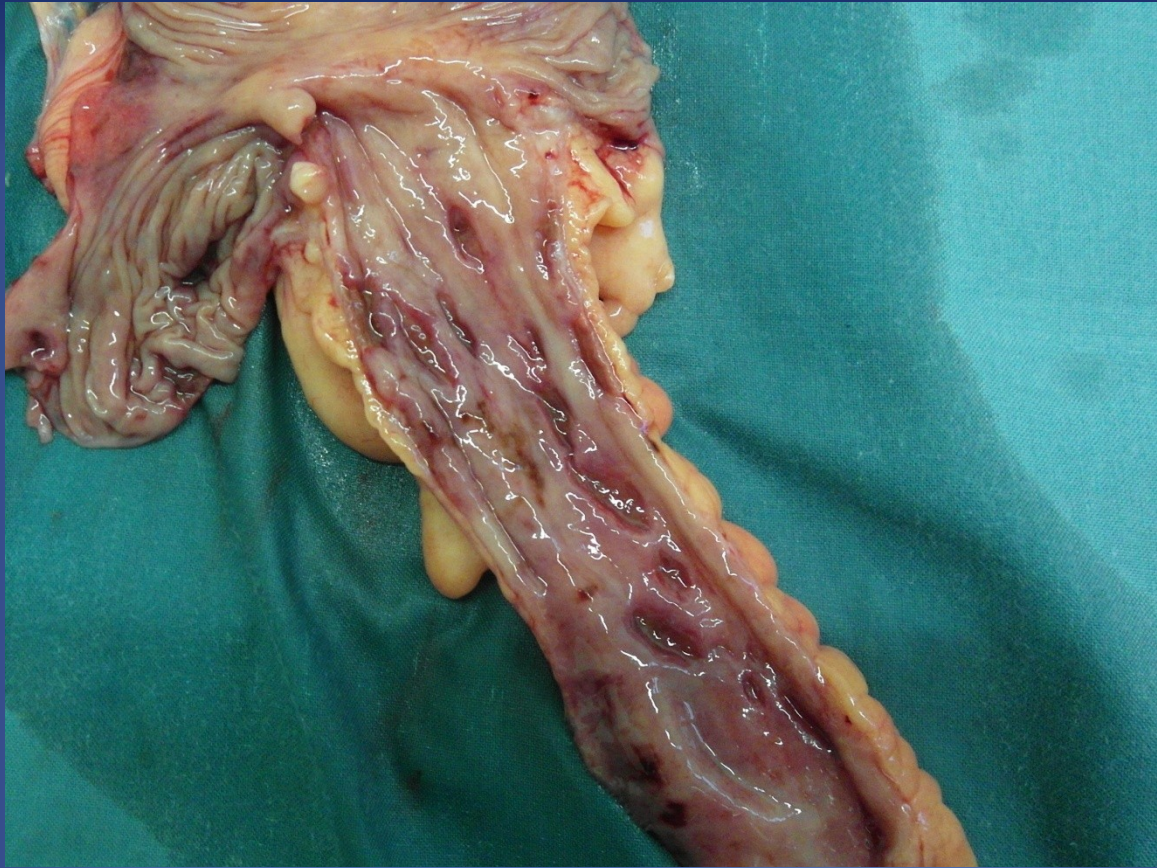


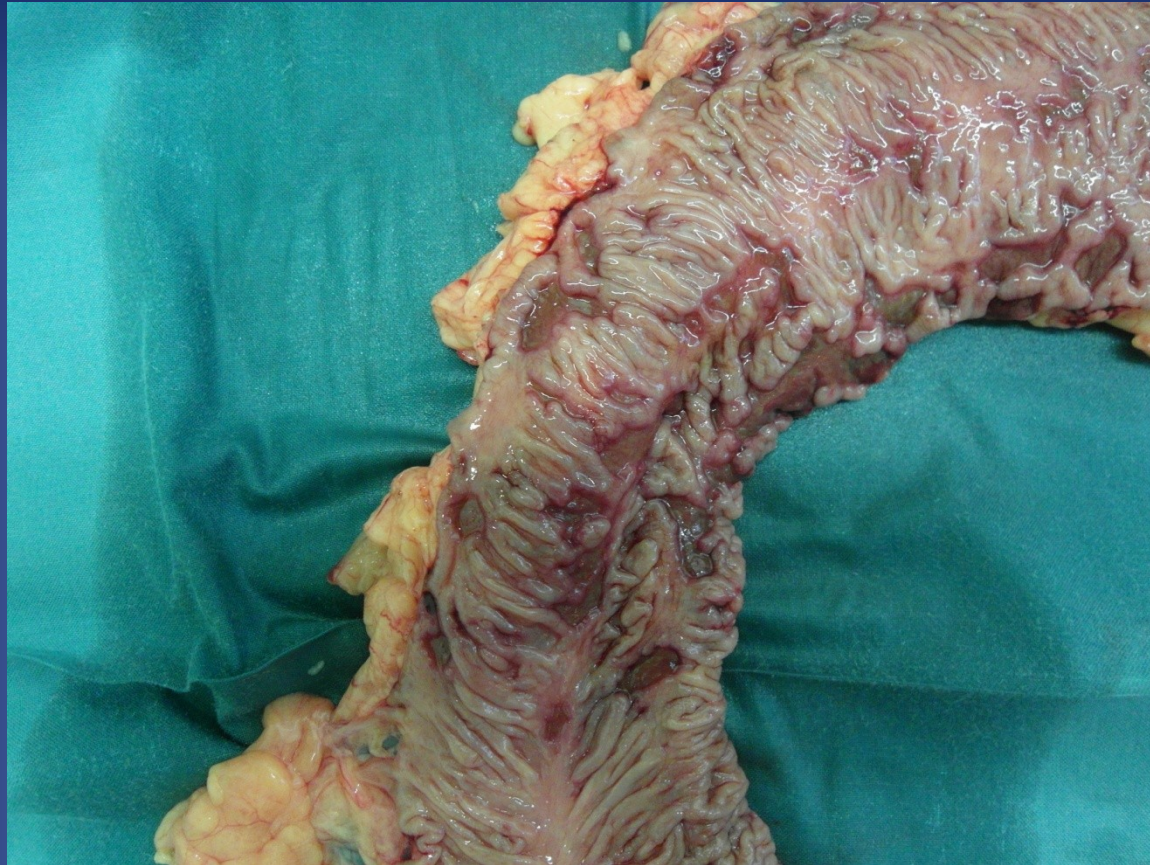


Resekát tlustého střeva
a terminálního ilea



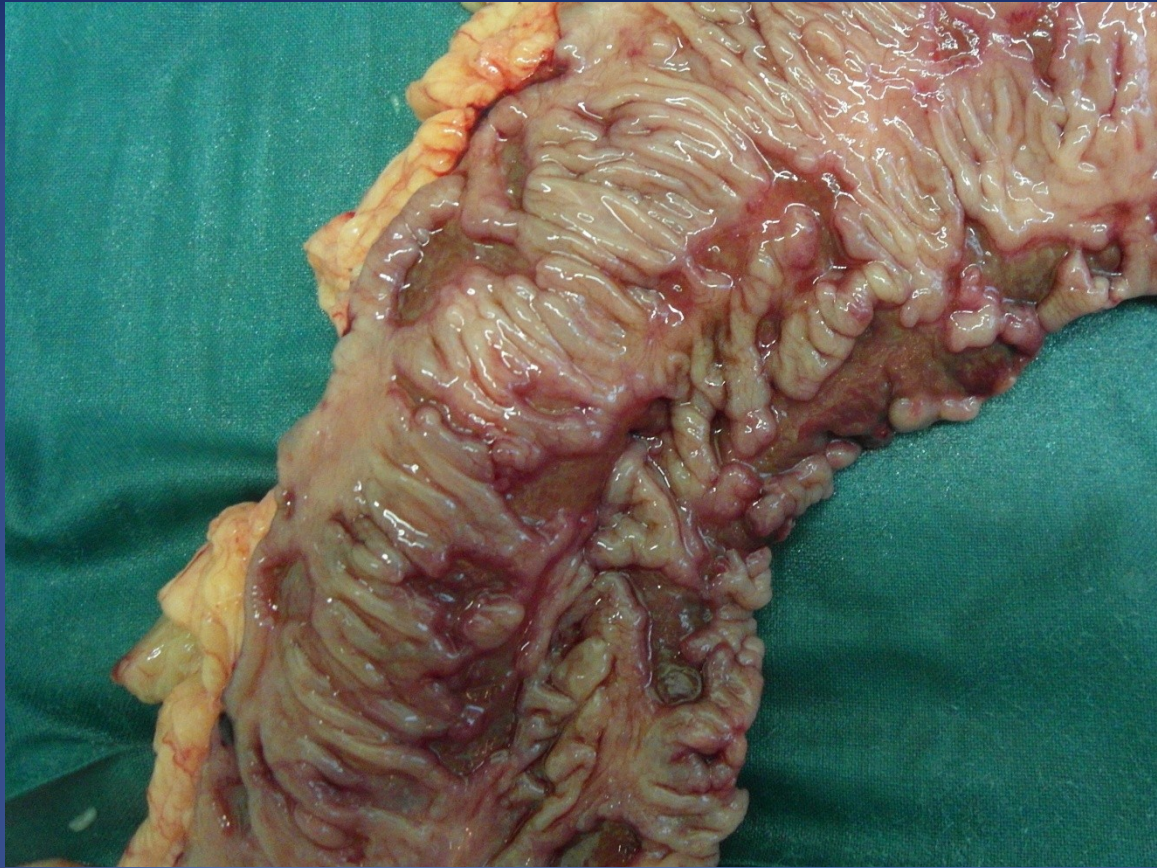
Terminální ileum





Hepatální flexura

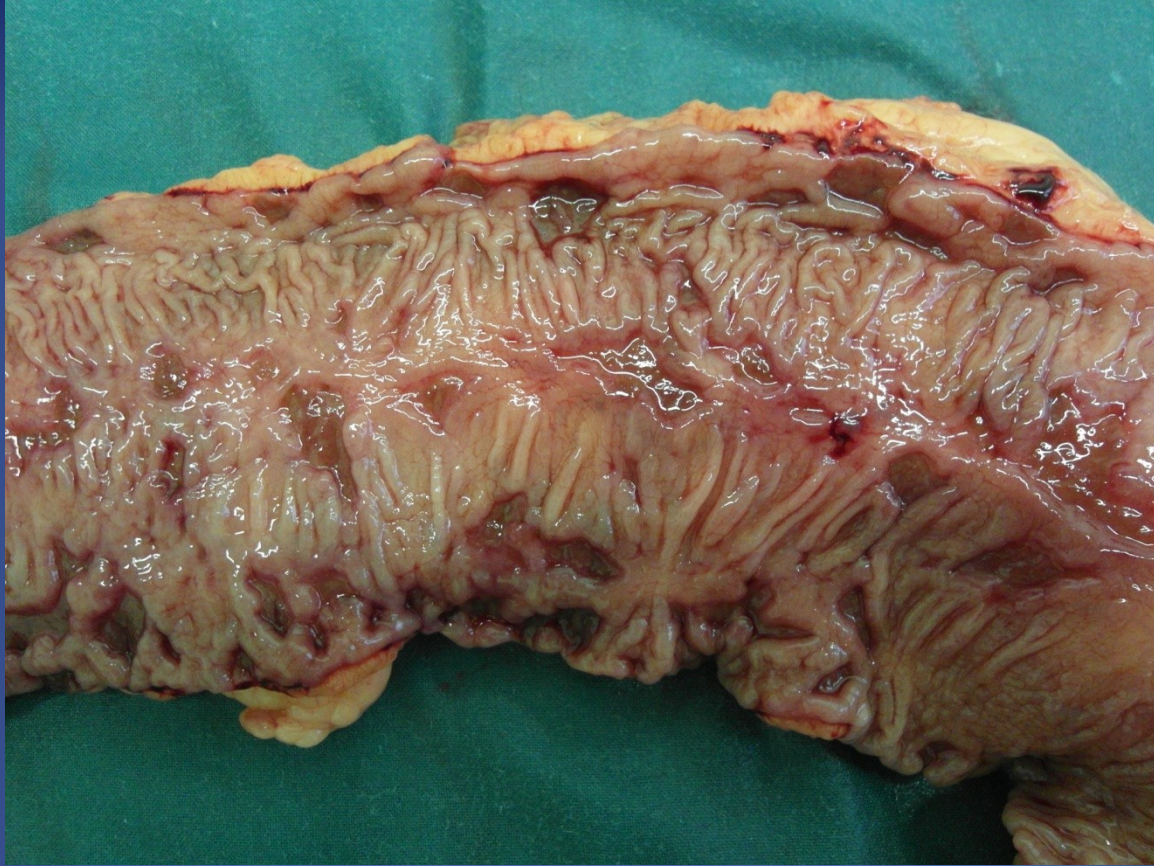






Colon transversum



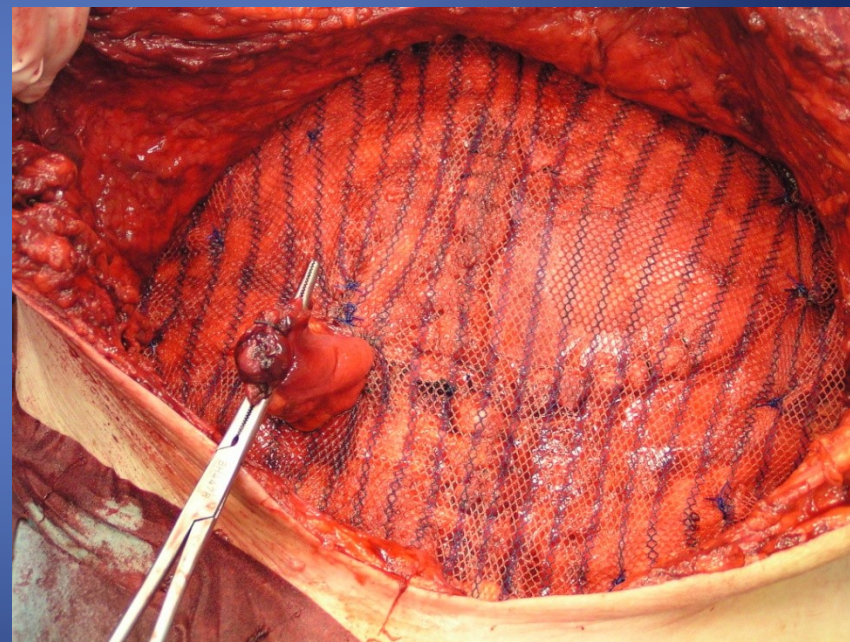
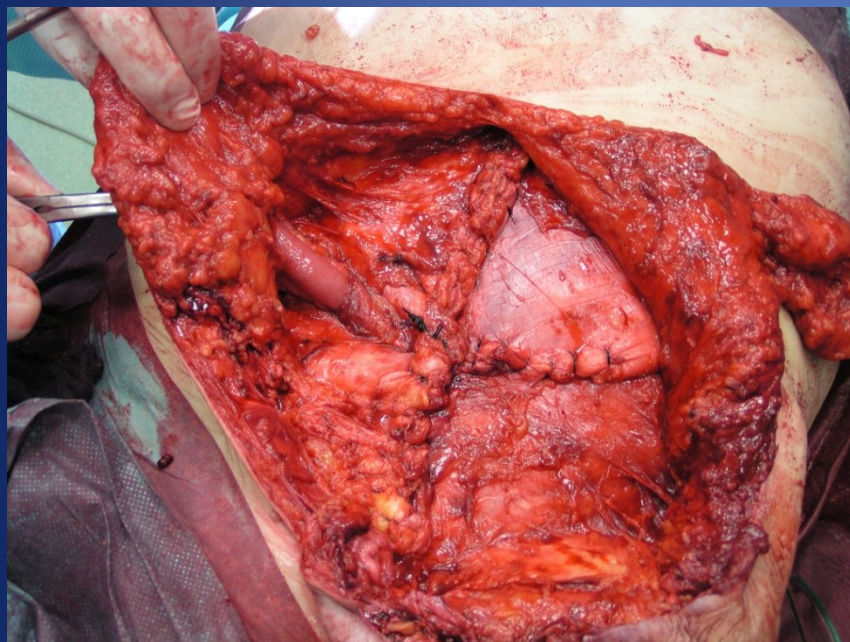


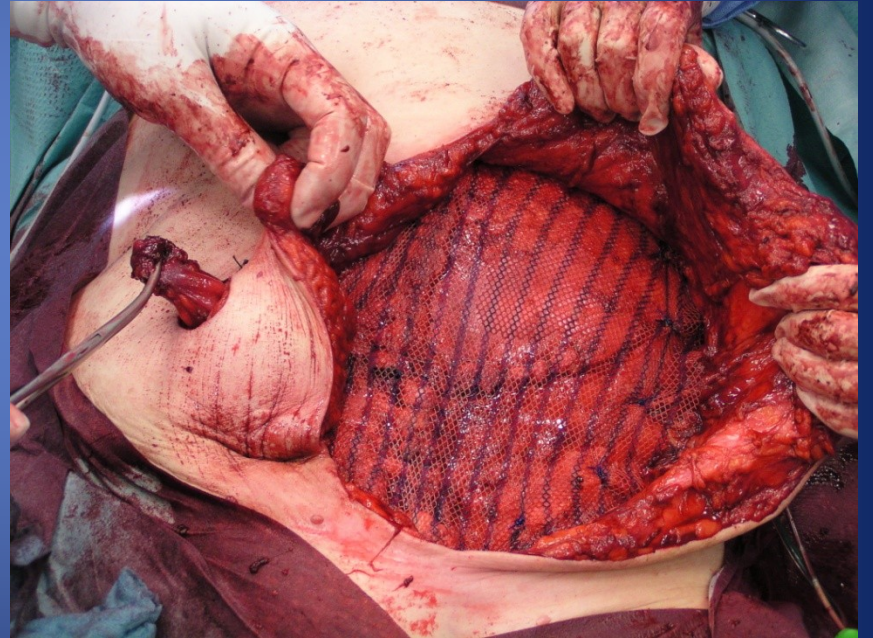
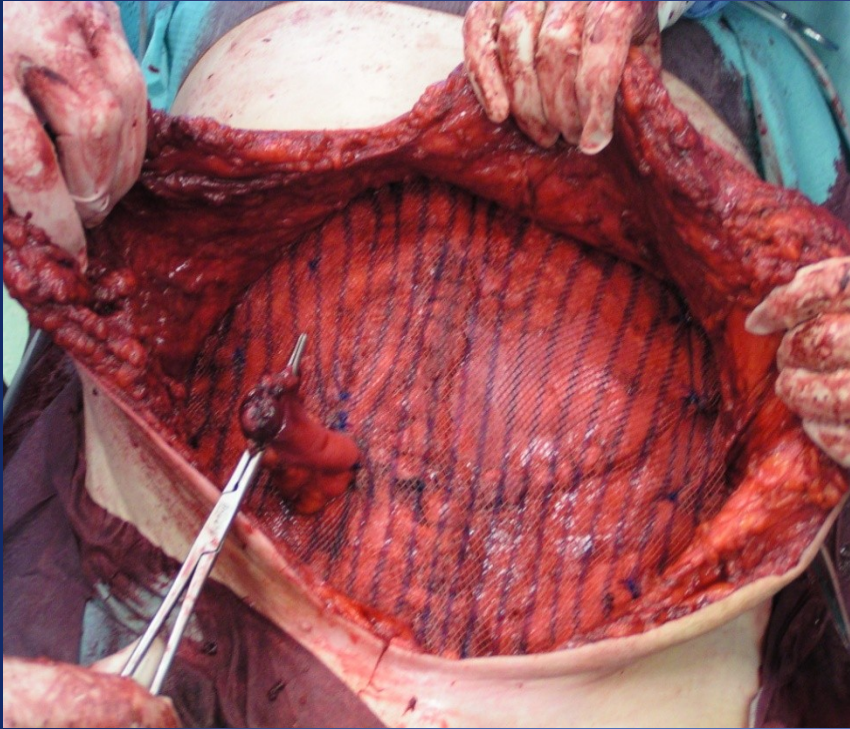
Colon descendens

Histologický nále

- Skutečná příčina rozsáhlých ulcerací, které byly místem masivního krvácení do střeva, byla fibrohyalinní změna submukosní vrstvy a zejména množství organizovaných trombů v drobných arteriolách.
- Jednalo se tedy o obraz ischemické kolitidy vzniklé z hypoperfuze střeva při základním onemocnění M. Crohn.

Pooperační dehiscence rány a její řešení sítkou UltraPro Mesh uloženou on-lay





Komplikace

V pooperačním období stav nemocné komplikován protrahovanou pooperační atonií střeva a plicním infektem.

V okolí terminální ileostomie dochází k maceraci kůže vlivem tenkostřevního obsahu.

Po intenzivní metabolické a nutriční terapii a po zhojení kožního krytu v oblasti ileostomie dimitována v dobrém stavu v květnu 2013 do domácí péče.

Stav po propuštění pacientky





Obnovení kontinuity GITu

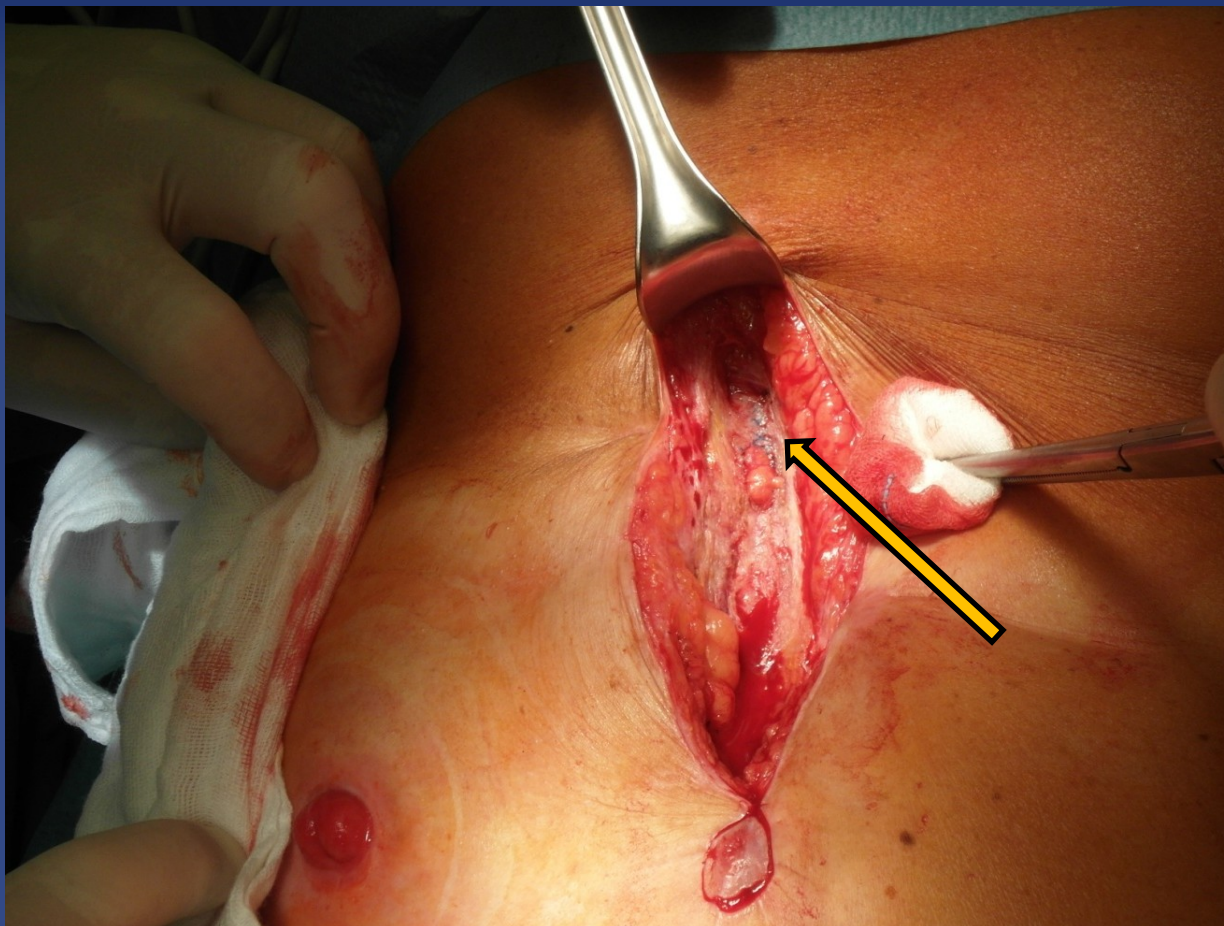
Září 2013



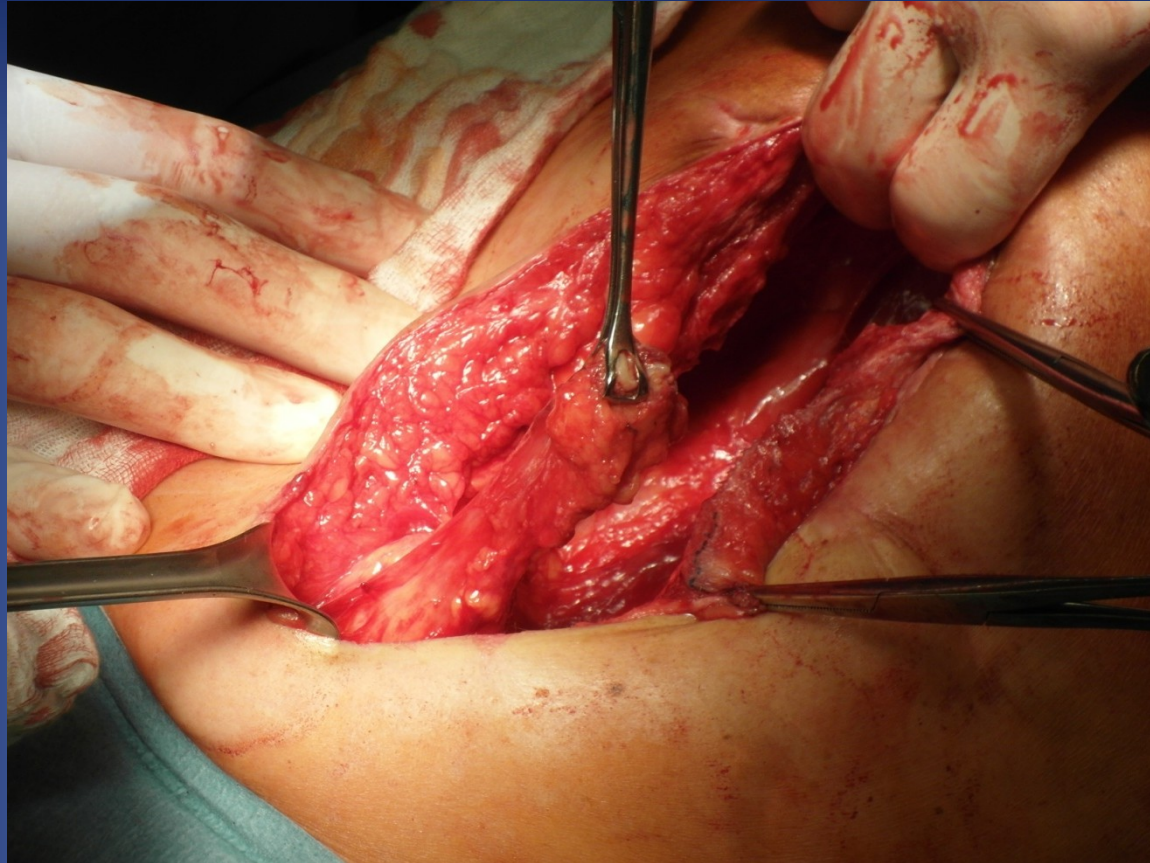


Kožní řez

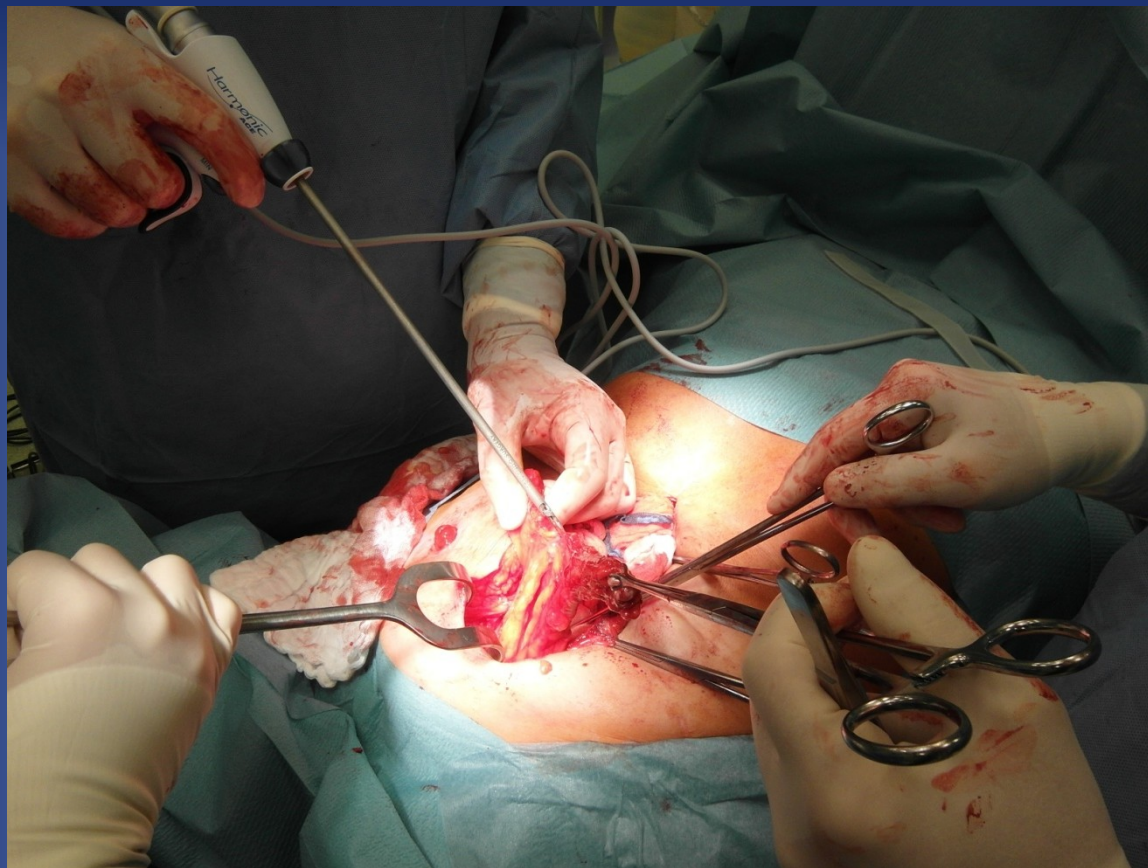




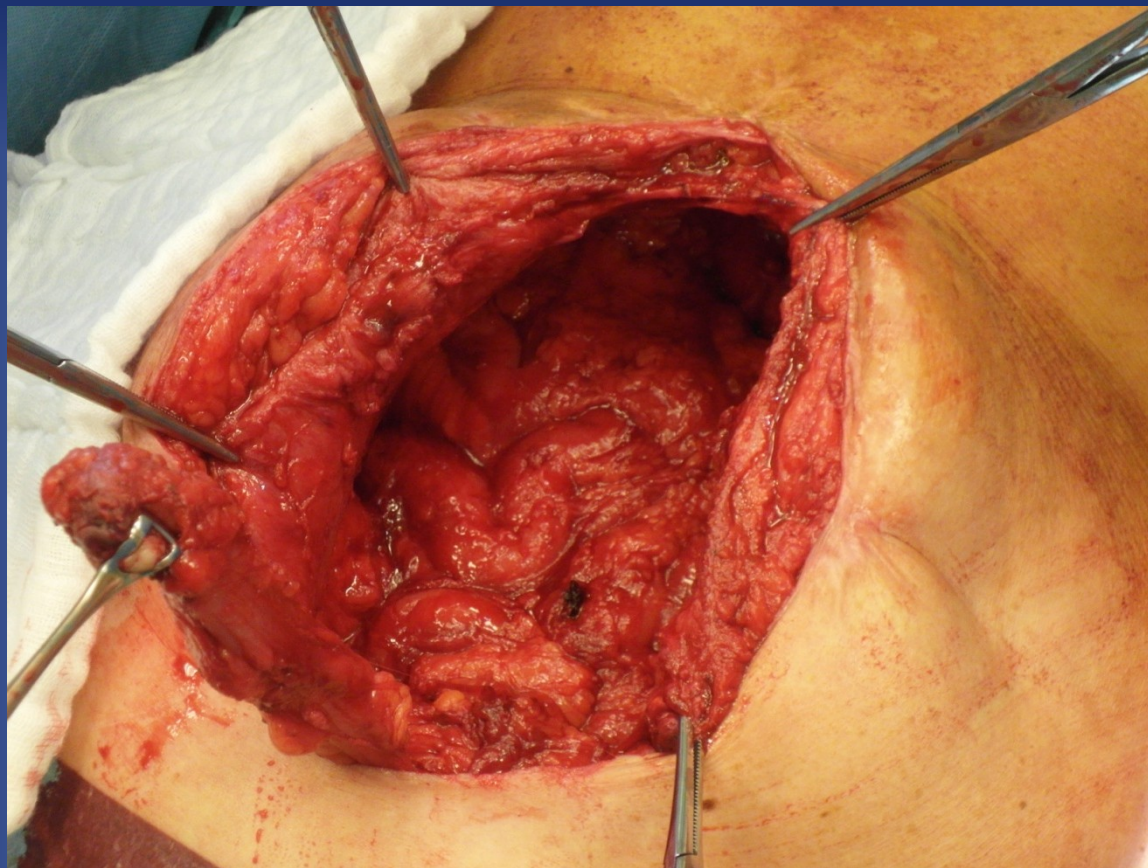
Sítka na spodině operační rány



Mobilisace pahýlu rektosigmoidea



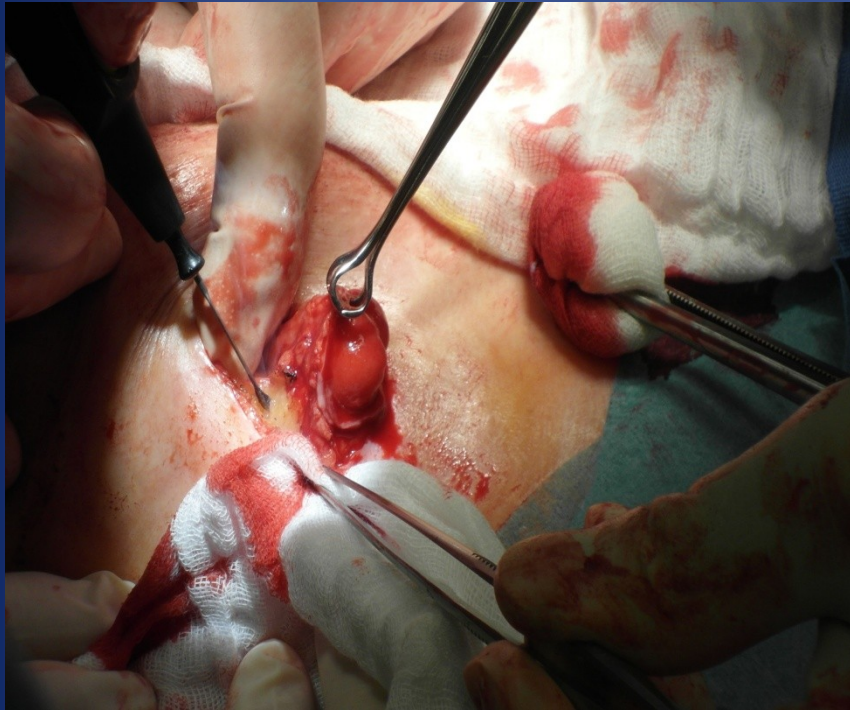
Použití harmonického skalpelu



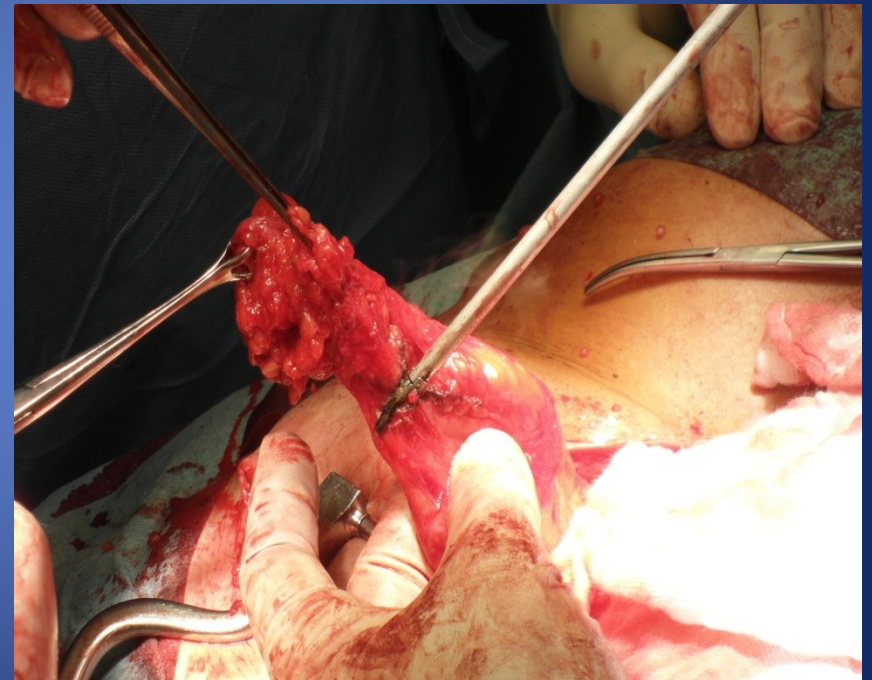
Uvolněný pahýl rektosigmoidea



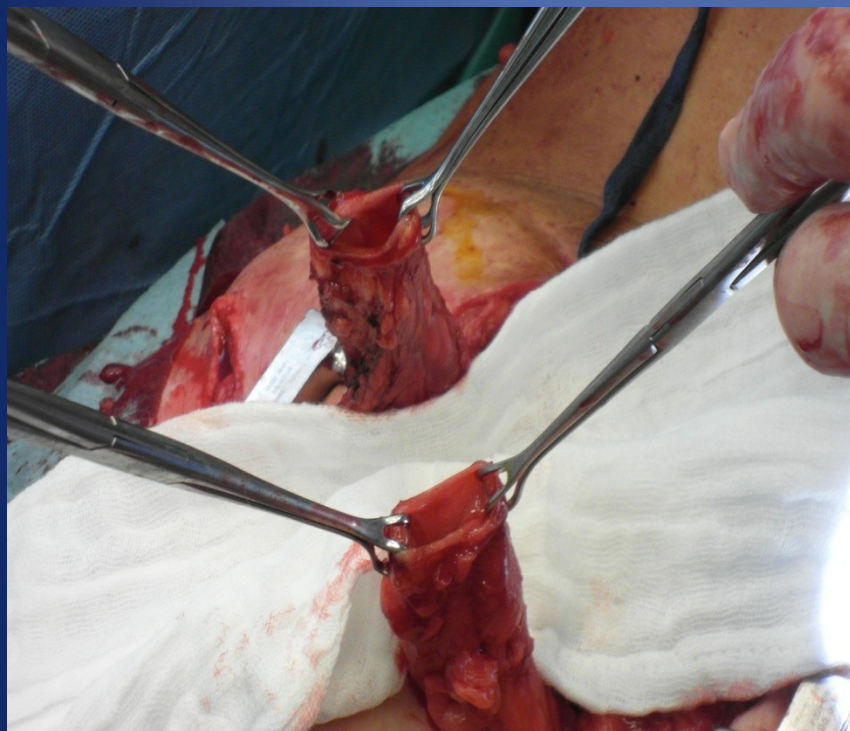
Rušení ileostomie

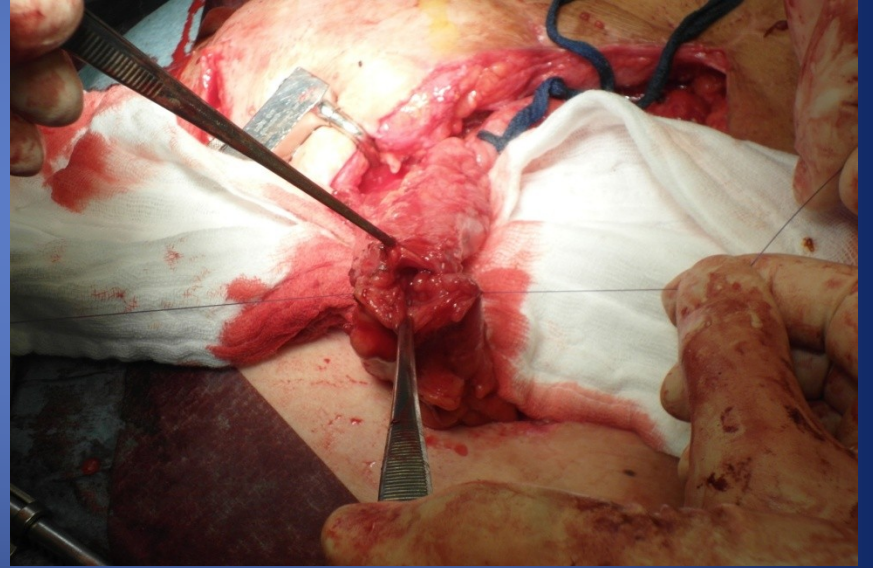
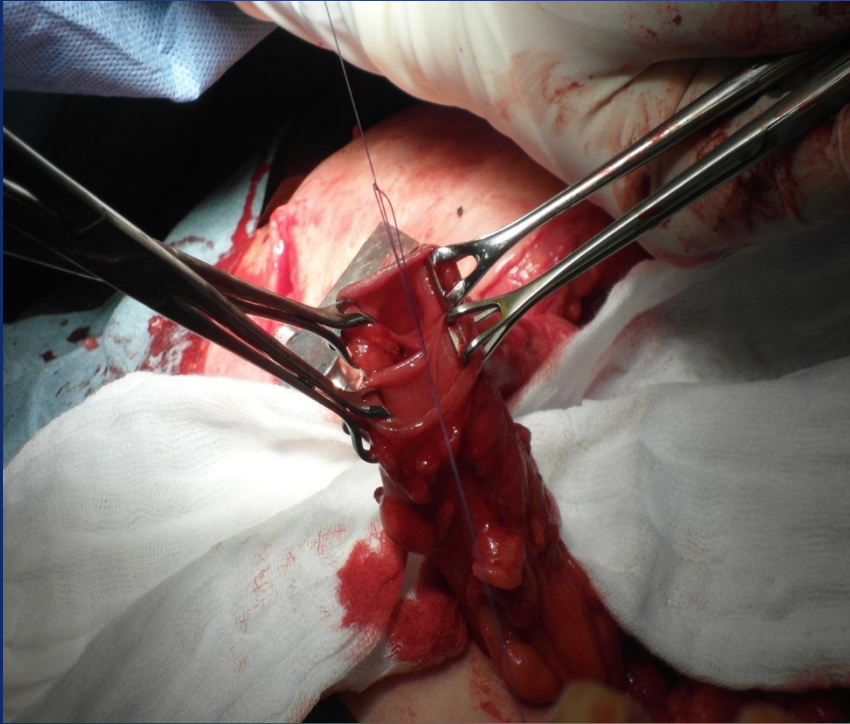


Příprava obou konců střevních k anastomóze

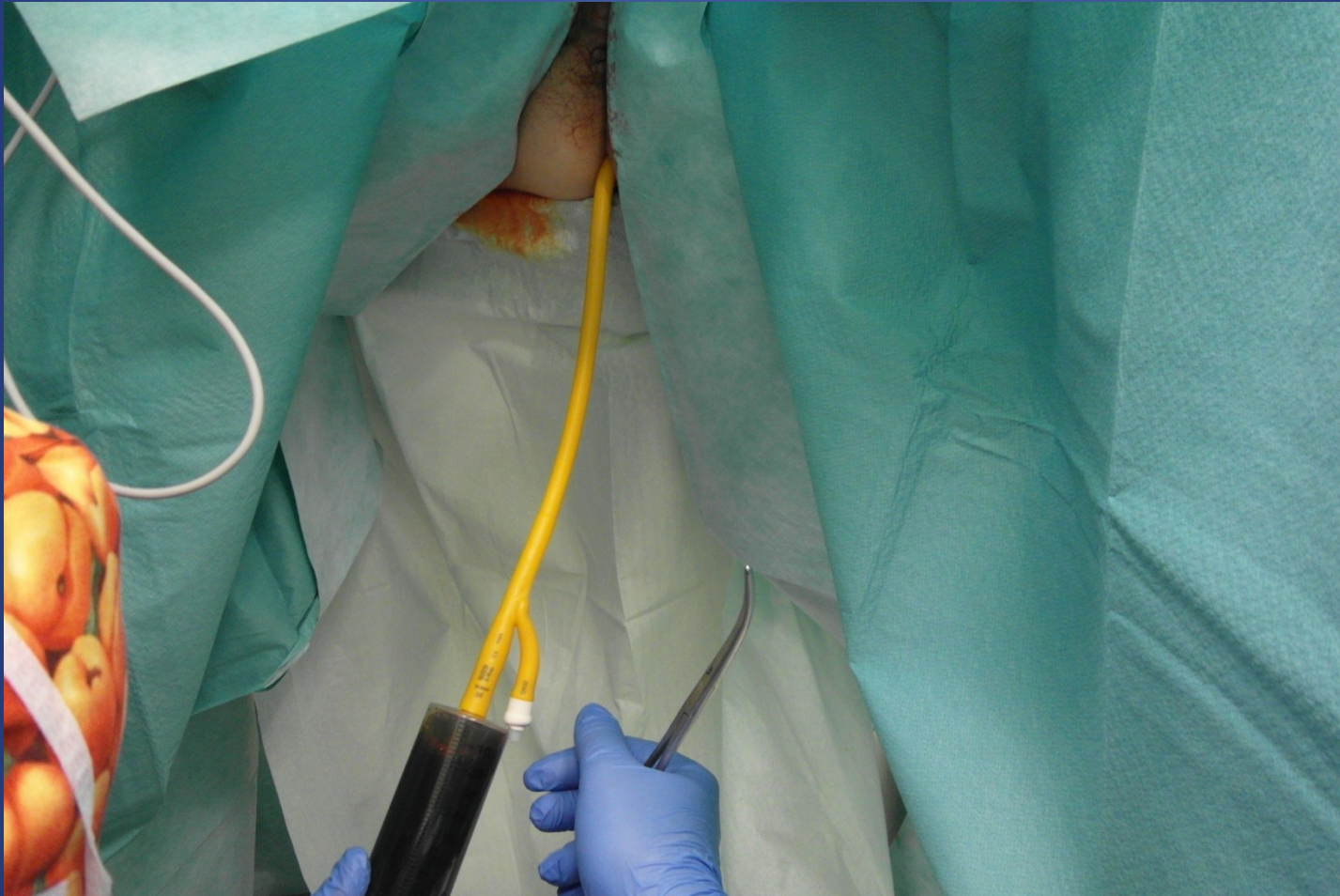


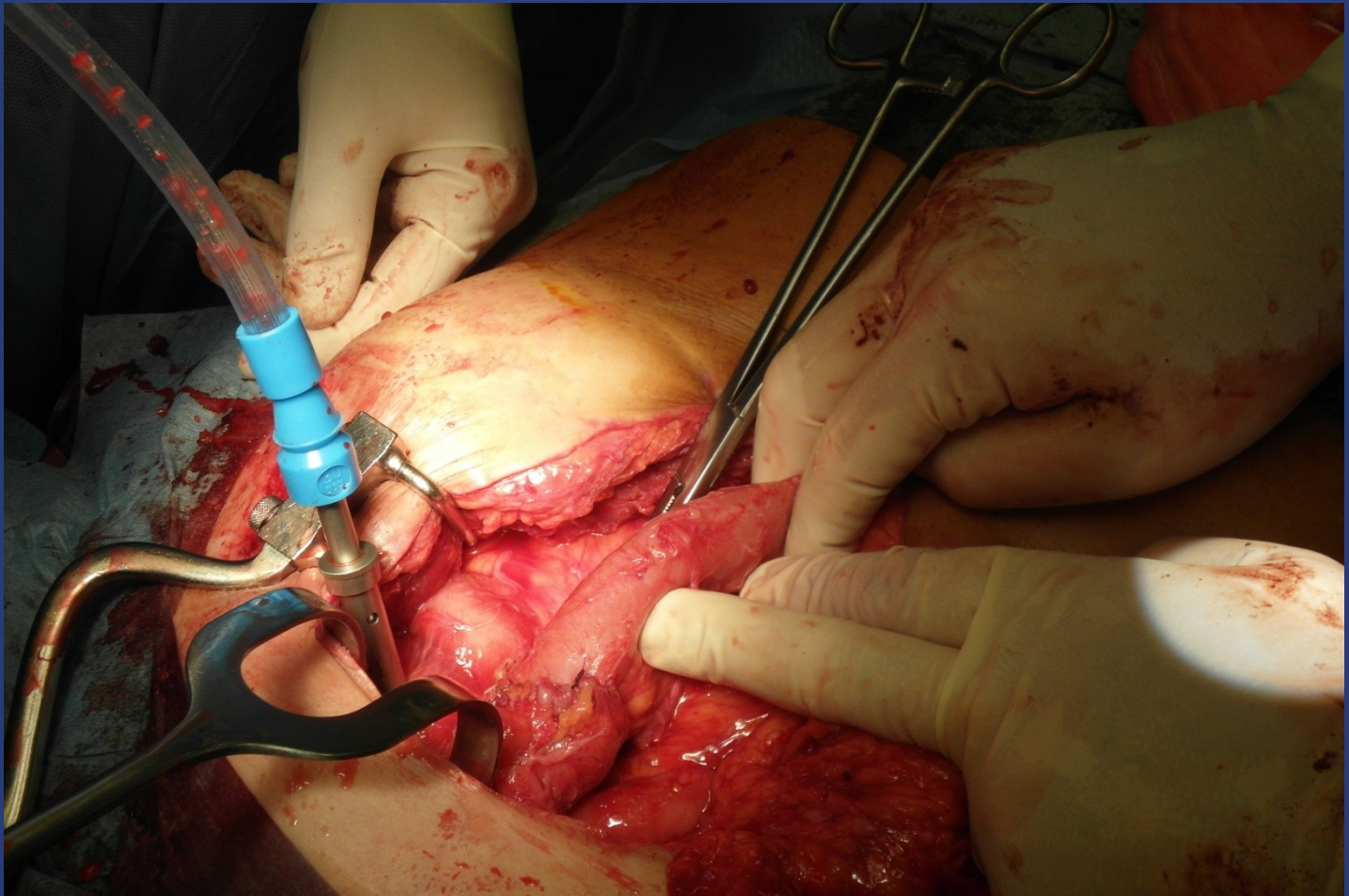
Konstrukce termino-terminální anastomosisy





Zkouška těsnosti anastomosisy

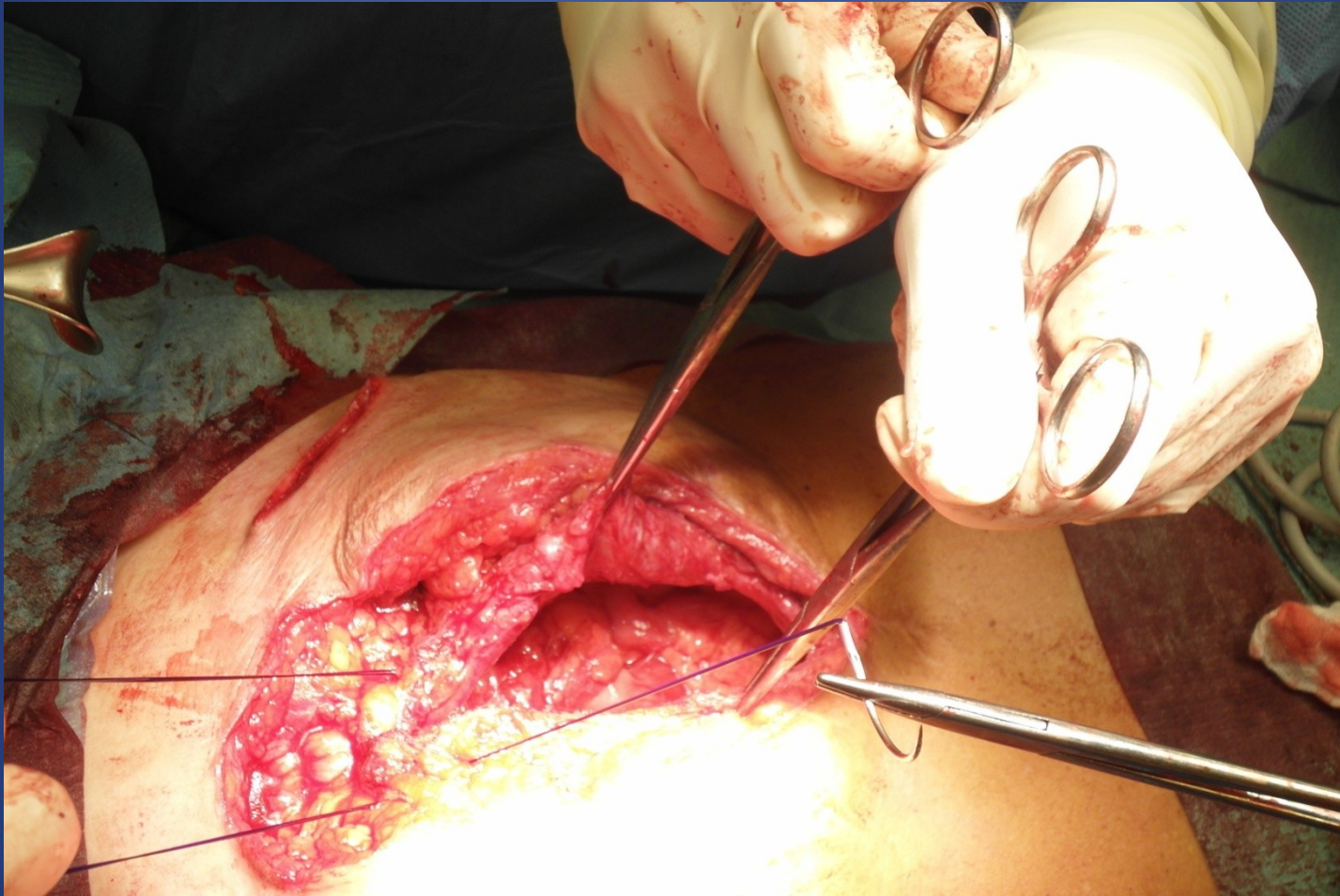




Reposice orgánů dutiny břišní



Sutura stěny břišní



Pooperační stav



Říjen 2013

- pacientka dimitována v celkově dobrém zdravotním stavu
- obnovená pasáž trávicího traktu
- plně zatížena stravou
- laboratorní nález v normě.



Závěr

Onemocnění tlustého střeva a konečníku, která vyžadují neodkladný chirurgický výkon, nejsou vzhledem k svému charakteru v řadě případů řešitelná provedením pouze jedné operace.

Vyžadují nejen úzkou spolupráci mezioborovou, ale i znalosti a zkušenosti z dalších chirurgických specializací.

Týmová práce – zásadní význam !

- Gastroenterolog – endoskopista
- Lékař – intenzivista
- Anesteziolog
- Stoma sestra
- Chirurg

Doporučení

Rp.

*Při onemocnění trávicího traktu odeslat
pacienta s plnou důvěrou
na chirurgické a gastroenterologické
pracoviště NMSKB v Praze.*



Děkuji za pozornost