

LESTÁR BÉLA⁶

IBD SEBÉSZET KIHÍVÁSAI

1. Bevezetés

A gyulladós bélbetegségnek három fajtája van, leggyakoribb a Crohn betegség, mely az egész emésztő traktust érintheti, transmuralis terjedése van. A colitis ulcerosa, mely a vastagbél nyálkahártyáját érinti és a szövettanilag pontosan nem meghatározható gyulladós bélbetegség. Hazánkban kb. 25000 gyulladós bélbeteg van, 47%-a Crohn-beteg, 40%-a colitis ulcerosás 13%-a nem meghatározott gyulladós bélbeteg. Az újonnan bevezetett gyógyszeres kezeléssel a legtöbb gyulladós bélbeteg állapota szinten tartható. Ennek ellenére a Crohn-betegek 40%-a 10 éven belül műtétre kerül, sőt az operált betegek 50%-ánál ismételt műtéten fog történni életük folyamán. Tudni kell, hogy a Crohn-betegség gyógyíthatatlan betegség. Colitis ulcerosa, mivel a vastagbelet érinti, a vastagbél teljes eltávolítása akár teljes gyógyulást is eredményezhet. Tehát összegezve a gyulladós bélbetegségek kezelésében elsődleges a gyógyszeres kezelés, sebészeti kezelés csak ennek kudarca esetén jön számításba.

2. Crohn betegség

Sebészeti kezelés célja a Crohn-betegségben

Sürgős esetekben az életveszélyes állapot megszüntetése az elsődleges feladat, perforatio, vérzés, bélelzáródás, hasúri tályog ellátása. Krónikus esetekben az életminőség javítása a fő cél. A Crohn-betegek műtéténél el kell fogadni, hogy a sebészeti kezelés nem tudja

⁶ Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvédkórház, II. sz. Sebészeti Osztály, osztályvezető főorvos

meggyógyítani a betegséget, sőt idővel több sebészeti beavatkozásra is szükség lehet. Ezt a tényt a műtét megtervezésénél figyelembe kell venni.

Sebészi kezelés időpontja

Az akut műtét az addigi gasztroenterológiai kezelés kudarcát jelenti. Akut műtét esetén szövődményráta mindig magasabb, mint elektív beavatkozáskor. Akut esetben mindig hosszabb bélszakasz került eltávolításra, mint elektív műtétkor. Ha mód van arra, akkor az akut kórképet gasztroenterológiai gyógyszeres kezeléssel kellene elsődlegesen uralni, pl.: bélelzáródás esetén, a gyulladt bélszakasz szűkületét gyógyszeres kezeléssel kellene enyhíteni, a bélelzáródás megszűnte után választott időben elektív műtét történhet.

A bél-resectio elvei Crohn-betegségben

A vékonybél érintettség esetén ún. spórolós technikát kell alkalmazni, hiszen a vékonybél elvesztése igen súlyos felszívódási károsodást tud okozni. A heges, szűkült szakaszoknál plasztikát kell végezni. A plasztika elve pl. a Mikulitz féle plasztikánál a műtét lényege a szűkült bélszakasz hosszirányú behasítása, haránt irányban való összevarrása. Ezzel a szűk lumen normálissá növelhető. Ha a károsodott belet el kell távolítanunk, szűk resectiot kell végezni. Ez azt jelenti, hogy csak a legkárosodottabb bélszakaszt távolítjuk el, a mesenteriumból pedig csak a legszükségesebb mennyiséget metszünk ki. Az anastomosis készítésénél is ügyelni kell arra, hogy az anastomosis megfelelően tág legyen pl.: így a géppel készített széles oldal-az-oldal anastomosis ideális eljárásnak tűnik. A tág anastomosis azért fontos, mert a recidiva legtöbbször az anastomosis területén jelenik meg, szűkületet okozva. A vastagbél érintettsége esetén szabadabb resectios módokat lehet alkalmazni. A vastagbélnek főleg a vízviasszaszívás a szerepe, de ezt a vékonybél is megfelelően át tudja venni. A vastagbél érintettség esetén segment resectio vagy hosszabb vastagbél érintettség esetén részleges vagy teljes colectomia azaz ileo-ascendorectalis vagy ileo-rectalis anastomosis készítendő. Sajnos, ha a vastagbél 2/3-át eléri a Crohn betegség, akkor előbb-utóbb proctocolectomiara, végleges ileostoma kialakítására fog sor kerülni.

Peritonitis

Crohn-betegek műtéténél ez az egyik legrettegettebb klinikai tünet. A has megnyitása után a hasüregben diffuse gyulladást találunk, a bélrendszer jelentős hossza gyulladtnak tűnik. Ebben a nehéz helyzetben azt lehet tanácsolni, hogy csak a legkárosodottabb, nagy valószínűséggel már nem gyógyítható bélszakaszt távolítjuk el, anastomosist nem készítünk, a kimetszés végeit a hasfalra stomának kihozzuk. Ha pl. egy jejunum szakaszt kell resecálnunk, akkor úgy az oralis resectios véget, mint az aboralis resectios véget stomának a hasfalra kihozzuk. Igaz, hogy ezzel mi készítettünk el rövidbél szindrómát, de a beteget egy nehéz perióduson át tudjuk segíteni. A beteg folyadék- és energia igényét parenteralisan pótoljuk, majd az aboralis kacsba katéteren keresztül tápszert perfundálunk, mellyel a passage-ból kirekesztett bélszakasz működése megtartható, a beteg táplálását segíti. A folyamat megnyugvása után a stoma-zárás elvégezhető. Ez az eljárás sok türelmet igényel úgy a sebésztől, mint a gastroenterológus kollégától, mint pedig a beteget ápoló nővérektől.

Bél-conglomeratum

Crohn-betegség jellemzője nem csak a szűkület, hanem a sipoly képződés. A sipoly képződés lehet vékonybél-vékonybél között, a bélrendszer-hasfal között, de ugyanúgy a vékonybél-vastagbél között, illetve a bélrendszer és a húgyhólyag között, valamint a bél és a gynecológiai szervek között is. Ezek a sipolyok viszonylag lassan hónapok alatt alakulnak ki. A sipolyok meglétéhez a betegek folyamatosan alkalmazkodnak, a tünetek fokozatosan jelennek meg. A bél-conglomeratum eltávolításának, sebészi megoldásának az ideje a későbbi következmények szempontjából lényeges. Általában azt lehet mondani, hogy a meglévő bél-conglomeratumot a conglomeratum 5 hónapos fennállásának ideje előtt célszerű megoldani. Ha tovább várunk, akkor a műtégi szövödmények lényegesen magasabbak lesznek, mint a korábban elvégzett műtéteknél.

Crohn-betegség és a carcinoma

Korábban azt hittük, hogy csak a colitis ulcerosa tud malignusan átalakulni, ez azonban mára már megváltozott. A Crohn-betegség a colitis ulcerosához hasonlóan tud malignusan

átalakulni. Ezért tanácsos pl. striktura plasztikánál is biopsiat venni a bélszélekből. Különösen gondot jelenthet, ha a vastagbél jelentős része az aboralis vastagbél szakaszon lévő szűkület miatt endoscoppal nem vizsgálható. Malignus daganat az endoscoppal nem vizsgálható szakaszon észrevétlenül, nehezen diagnosztizálható módon alakulhat ki. A beszűkült anális csatorna melyet rendszeresen tágítanak carcinoma kialakulására lehetőséget teremt, hasonlóan a folyamatos gyulladást mutató anális fistula is.

Vastagbél Crohn-betegség szövődményei

Súlyos colitis véres hasmenésben, lázban, haemodinamikai instabilitásban jelentkezhet. Ha nincs javulás 3-5 nap után, akkor műtét jön számításba. Toxicus megacolon esetén nem csak híg, gyakori, nyálkás székürítés a panasz, hanem a radiológiai képen a transversum 6 cm-nél szélesebbé válik. Ha a gyógyszeres kezelés nem eredményes, a sebészeti beavatkozás elkészik, akkor vastagbél perforatio alakulhat ki, melynek eredménye tragikus lehet. Urgens colectomiánál a műtéti eljárás a következő: A vastagbelet resecaljuk, a rectumcsonkot nyák-fisztulának a metszésvonal alsó zugában alakítjuk ki, és ileostomát készítünk. Ez a módszer legtöbb esetben segít a gyulladásos folyamat leküzdésében, de nem terheli túl a beteget, kismedencei preparálással, rectum eltávolításával.

Crohn-anus

A Crohn-betegség 10%-ban csak az anális csatornára terjed, illetve a magasabb bélszakasz Crohn-os elváltozásai 50%-ban anális elváltozásokat is okoznak. Alapelv az anális szövődmények ellátásánál, hogy csak a tüneteket, panaszokat okozó elváltozásokat kell sebészileg kezelni. A feltárás minden esetben mértéktartó legyen, széles kimetszéseket kerüljük. A sipolyok kezelésénél ún. setont alkalmazunk, mely azt jelenti, hogy a sipolyon nem átvágó, hanem drainage fonalat vezetünk át. A fonalat lazára hagyva megkötjük. A fonál nem fogja a sipolyt megszüntetni, csak a tályogképződést meg fogja akadályozni, csökkentve a gyulladásos reakciót. A perianális fistula-rendszerek feltérképezésében MR vizsgálat segíthet. Akut esetben, fluctuláló tályog esetén erre nincs mód, azonnali feltárás javasolt szövetkímélő technikával.

3. Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa sebészete

Ugyanúgy, mint a Crohn betegségnél a colitis ulcerosa sebészeti beavatkozása között vannak akut, illetve elektív műtétek. Akut műtétek fő indikációja gyakori véres-nyákos székürítés (több mint 10), széklettartási képtelenség, toxicus állapotnál magas láz, gyulladáso paraméterek emelkedése. A belgyógyászati kezelés eredménytelensége esetén akut műtétet el kell végezni. Akut műtétnél több megoldás van, legegyszerűbb, mint azt már a Crohn-colitisnél leírodott colectomia, rectumcsonk nyákfisztulával. Néhány esetben azonban előfordult, hogy a visszahagyott rectum csonkból olyan profuse vérzés indult el, hogy azonnali proctectomiara is szükség volt.

Az elektív műtéteknél továbbra is standard műtéti eljárás a total proctocolectomia vég-ileostomával. Ez ugyan viszonylag egyszerű műtétnek számít, de sok buktatója van. A megfelelő helyre felhelyezett és a hasfal szintje elé kiboltosuló ileostoma elengedhetetlen feltétele a beteg további elfogadható életminőségéhez. Nem megfelelő helyre felhelyezett, visszasüllyedt, vagy beszűkülő ileostoma a beteg életét lehetetlenné teheti. A perinealis metszés kivitelezésénél colitis ulcerosa esetén nem úgy járunk el, mint rectum tumor műtéténél. A rectum falat, illetve az analis csatorna nyálkahártyáját a belső záróizommal együtt eltávolítjuk vigyázva arra, hogy a külső záróizomzat sértetlen maradjon. A nyálkahártya fosztott külső záróizomzatot zárjuk a középvonalban. Ezzel a módszerrel a gát statikáját megőrizzük.

Funkciót megőrző műtétek colitis ulcerosa esetén

Egyenes ileoanalis anastomosis elkészítése ma már nem ajánlott, mert a vékonybél peristalticus nyomása át fogja törni a záróizomzat erejét, ezzel incontinentiát okozva.

Ileo-rectalis anastomosis készítése csak igen válogatott esetekben végezhető, amikor a rectum-csonk viszonylagosan ép és az analis csatorna egészséges. Sajnos az ilyen típusú műtétek hosszú távú funkciója nem jó, közel 50%-ban reoperatióra fog sor kerülni.

Nils Koch 40 évvel ezelőtt azt a sebészeti szempontból fontos felfedezést tette, hogy ha a vékonybeleket egybenytva reservoir-t készítünk, a vékonybelek peristalticus nyomása

lecsökken, és ha ezt egy befelé invaginált szeleppel kombináljuk, ún. kontinens ileostoma készíthető. Ez azt jelenti, hogy az ileostomából béltartalom csak akkor ürül, amikor a beteg speciális katéterrel a kívülről a billentyűn keresztül a pouchot leengedi. Ma ezt a műtétet bonyolultsága, szövődményei miatt csak igen kevés helyen végzik.

A restorativ proctocolectomia, azaz total proctocolectomia perinealis, ilealis reservoiré képzés, ileo-analis anastomosissal ma általánosan elfogadott analis kontinenciát megőrző műtét. Parks és Nicols 1978-ban közölte le azt a sebészi megoldást, amikor részben Koch elgondolása alapján kialakított reservoiré-t az analis csatornára varrja, ezzel állítva helyre az székletkontinenciát. Az évek folyamán az eredetileg „S” alakú reservoiré „J” alakúvá változott, a műtéti eljárás egyszerűbbé vált. Korábban az addig kézzel készült ileo-analis anastomosis ma szinte kizárólagosan gépi anastomosissal készül, ezzel a műtétet egyszerűsítették, funkcionális eredményt javították.

A műtéti halálozás igen alacsony, 0,1 %, de a műtéti morbiditás a 30%-ot is elérheti. Ideális esetben a beteg székürítése nappal 4, éjszaka 2. Éjszaka azonban a betegek 30%-a biztonsági betét viselésére szorul. A pouch műtét hátránya még a reservoiré ismeretlen etiológiájú gyulladása. A gyulladás jele a széklet szám hirtelen növekedése, véres nyák ürítése, septicus tünetek megjelenése és incontinencia. A pouchitis leggyakrabban metronidasole, illetve ciprofloxacinnal kezelésre jól reagál.

Hosszú távon a pouch műtéteket követően az esetek 3%-ában a rossz funkció, illetve egyéb szövődmények miatt a reservoiré-t el kell távolítani, mely értelemszerűen bélveszteséggel jár.

Colitis ulcerosa és a carcinoma

Colitis ulcerosa éveken keresztül tartó folyamatos gyulladása, 7-8 év után már malignus átalakulás mutathat. Ezért a colitis ulcerosus vastagbél rendszeres endoscopos ellenőrzése, szigorúan meghatározott biopsia vételekkel elengedhetetlen.

4. Összefoglalás

Az elmúlt két évtizedben az igen hatásos biológia kezelés általános gyakorlattá vált a gyulladással járó bélbetegségek kezelésében. Ennek ellenére a szövődményes esetek sebészeti úton kezelendők. Crohn-betegség kezelésénél tudni kell, hogy a betegséget sem

IBD sebészet kihívásai

gyógyszeresen, sem sebészileg véglegesen meggyógyítani nem lehet. A műtéti beavatkozásnál figyelembe kell venni, hogy a beteg életében többszörös bél-resectiora is sor kerülhet. Colitis ulcerosa, ideális esetben proctocolectomiával meggyógyítható. Pouch műtéttel az analis kontinencia megfelelő szinten helyreállítható. A jelentős beteg szám, a komplex kezelés szükségessé teszi, hogy megfelelően kiképzett szakember gárda álljon az ilyen betegek gasztroenterológiai belgyógyászati és sebészeti kezelésére.

Irodalomjegyzék

CARTER, F. M., MCLEOD, R. S.–COHEN, Z. (1991) Subtotal colectomy for ulcerative colitis: complications related to the rectal remnant. *Dis Colon Rectum*, 34. pp. 1005-1009.

EADEN, J. A., ABRAMS, K. R.–MAYBERRY, J. F. (2001) The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut*, 48. pp. 526-535.

FAZIO, V. W., ZIV, Y., CHURCH, J. M., OAKLEY, J. R., LAVERY, I. C., MILSOM, J. W.–SCHROEDER, T. K. (1990) Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg.*, 222. pp. 120-127.

GUMASTE, V., SACHAR, D. B.–GREENSTEIN, A. J. (1992) Benign and malignant colorectal strictures in ulcerative colitis. *Gut*, 33. pp. 938-941.

HULTEN, L. (1998) Proctocolectomy and ileostomy to pouch surgery for ulcerative colitis. *World J Surg.*, 22. pp. 335-341.

HYMAN, N. H., CATALDO, P.–OSLER, T. (2005) Urgent subtotal colectomy for severe inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum*, 48. pp. 70-73.

KATZ, J. A. (2000) Medical and surgical management of severe colitis. *Semin Gastrointest Dis.*, 11. pp. 18-32.

KOCK, N. G. (1969) Intra-abdominal "reservoir" in patients with permanent ileostomy. Preliminary observations on a procedure resulting in fecal "continence" in five ileostomy patients. *Arch Surg.*, 99. pp. 223-231.

MICHELASSI, F., LEE, J., RUBIN, M., FICHERA, A., KASZA, K., KARRISON, T.–HURST, R. D. (2003) Long-term functional results after ileal pouch anal restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: a prospective observational study. *Ann Surg.*, 238. pp. 433-441.

MIHELLER P., NAGY F., PALATKA K., ALTORJAY I., HORVÁTH G., LORINCZY K.–TULASSAY Z. (2012) Magyarországi adatok a gyulladássos bélbetegségről, analitikai adatok a colitis ulcerosáról. *Orvosi hetilap*, 153(18). pp. 702-712. <https://doi.org/10.1556/OH.2012.29361>

PARKS, A. G., NICHOLLS, R. J. (1978) Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J.*, 2. pp. 85-88.

RIZZO, G., PUGLIESE, D., ARMUZZI, A., ET AL. (2014) Anti-TNF alpha in the treatment of ulcerative colitis: a valid approach for organsparing or an expensive option to delay surgery? *World J Gastroenterol*, 20. pp. 4839–4845.

TAJTI J. JR., SIMONKA Z., PASZT A., ÁBRAHAM S., FARKAS K., SZEPES Z., MOLNÁR T., NAGY F.–LÁZÁR G. (2015) Role of laparoscopic surgery in the treatment of ulcerative colitis; short- and mid-term results. *Scand J Gastroenterol*, 50. pp. 406-412.

TRAVIS, S. P., FARRANT, J. M., RICKETTS, C., NOLAN, D. J., MORTENSEN, N.M., KETTLEWELL, M.G.–JEWELL, D.P. (1996) Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut*, 38. pp. 905-910.

UTSUNOMIYA, J., IWAMA, T., IMAJO, M., MATSUO, S., SAWAI, S., YAEGASHI, K.–HIRAYAMA, R. (1980) Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum*, 23. pp. 459-466 [PMID: 6777128].