

AKUTNÍ TĚŽKÁ KOLITIDA

Z. Šerclová
Chirurgické oddělení
Nemocnice Hořovice

 NEMOCNICE
HOŘOVICE 



Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis

Axel Dignass^{*,1,2,3}, Rami Eliakim^{1,3}, Fernando Magro¹, Christian Maaser¹,

Journal of Crohn's and Colitis (2012) 6, 965-990



Terminologie:

ECCO- Klasifikace aktivity IBD (ISZ):

Remise- lehká- středně těžká kolitida -

Akutní těžká kolitida

(Fulminantní kolitida- historický název-

těžká ataka v 1. roce od Dg... zpravidla infaustní)

AGA (- Clinical Practice Guidelines 2010)

Autní těžká kolitida

Fulminatní kolitida

Toxické megakolon



AKUTNÍ TĚŽKÁ KOLITIDA

Morbidita

Mortalita

Kolektomie

Pooperační M+ M

The pattern and outcome of acute severe colitis

Lotte C. Dinesen^a, Alissa J. Walsh^a, Marijana Nedeljkovic Protic^b,
Graham Heap^c, Fraser Cummings^a, Bryan F. Warren^d, Bruce George^e,
Neil J.M. Mortensen^e, Simon P.L. Travis^{a,*}

Journal of Crohn's and Colitis (2010) 4, 431–437

750 pp s těžkou kolitidou v Oxfordském regionu- 186 hospitalizovaných

Kolektomie 10%:

40% pacientů kolektomie – při alespoň 1 přijetí

x 3,4% u nehospitalizovaných

1 přijetí- 29% kolektomií... 2., 3. - 36%, 38%

48% kolektomií

Table 5 Number of TW criteria for each admission.

Admission	Bloody stool ≥ 6 /day	1 additional criterion	2 additional criteria	3 additional criteria	4 additional criteria
First	186/186 (100%)	81/186 (43%)	59/186 (32%)	39/186 (21%)	7/186 (4%)
Second	67/67 (100%)	33/67 (49%)	21/67 (31%)	11/67 (17%)	2/67 (3%)
Third or subsequent	42/42 (100%)	16/42 (38%)	14/42 (33%)	10/42 (24%)	2/42 (5%)

Colectomy in Patients with Acute Colitis: A Systematic Review

J Gastrointest Surg (2009) 13:676–686

P. H. E. Teeuwen • M. W. J. Stommel •

1257 pp akutně operovaných (retrosp. studie)

do roku 95 proktokolektomie, pak již jen subtotální

	Celkem	1975-1984	1995-2007
Mortalita	5,2%	10%	1,8%
Morbidita	50,8%	62%	40%
Indikace pro toxické megakolon	42%	71%	21%
Indikace Rezist. ke konzer.léčbě	44%	16%	58%

SYNDROM MULTIORGÁNOVÉHO SELHÁNÍ

Table 1. Complications and Outcome of Patients With Severe Ulcerative Colitis

	Patients (n = 180)	MODS (n = 11)
Complications		
Perforation	1 (0.6%)	0
Hemorrhage	6 (3.3%)	0
TMC	31 (17.2%)	5 (45.4%)
ITMC	42 (23.3%)	4 (36.4%)
None	100 (55.6%)	2 (18.2%)
Surgery	82 (45.5%)	6 (54.5%)
Mortality	12 (6.6%)	8 (72.7%)

5 bez operace-
100% mortalita

TMC = toxic megacolon; ITMC = impending toxic megacolon; MODS = multiple organ dysfunction syndrome.

**Snížení mortality – prevence MODS a časná rozpoznání
- Th - operace**

Klasifikace těžké kolitidy: adaptováno podle Truelove Witts

Počet stolic	≥ 6 stolic/den s příměsí krve
+ alespoň 1 příznak	Tělesná teplota > 37,8 °C
	Tachykardie > 90/min.
	Hemoglobin < 105 g/l
	ESR > 30 mm/h (CRP > 30mg/l)

Progrese:

zvýšení frekvence stolic na více než 10,
krvácení, anémie, vyžadující transfuzi a dilatace tračnicku

Toxické megakolon (5%):

teplota nad 38,6 °C, ≥120 pulzů /min., leukocytóza ≥ 10,5 x 10⁹/l, anémie;
+ dehydratace, mentální změny, iontová dysbalance a hypotenze
Zástava peristaltiky

VYŠETŘENÍ

Radiologické vyšetření	Nativní snímek břicha (ve stoje, vleže), opakovaně při dilataci tenkého či tlustého střeva
	CT vyšetření při neznámé diagnóze a podezření na komplikaci
Biochemické vyšetření	Krevní obraz, ionty, urea, kreatinin, osmolalita, jaterní testy, bílkovina, albumin, Astrup, CRP, prokalcitonin, sedimentace, případně kalprotektin
Kultivace ze stolice	+ toxiny Clostridia difficile
Flexibilní sigmoideoskopie	+ biopsie při podezření na cytomegalovirus
Klinické vyšetření	Denně-základní vitální funkce (tlak, puls, saturace kyslíkem), frekvence stolic a jejich příměs, příjem a výdej tekutin, vyšetření břicha chirurgem
Vyšetření s ohledem na záchrannou léčbu	Quantiferon, virové testy, RTG plic, cholesterol, magnésium, TPMT

HO SKÓRE (EDINBURG)

Příznak	Body
Průměrná frekvence stolic (první 3 dny)	
< 4	0
4 ≤ 6	1
6 ≤ 9	2
> 9	4
Dilatace tračnicku ano	4
ne	0
Hpoalbuminémie < 30g/l (1.den)	1

Predikce selhání konzervativní léčby:

nízké riziko – skóre 0-1 (11% selhání konzervativní léčby);

střední riziko- skóre 2-3 (43% selhání konzervativní léčby);

vyšší riziko- skóre ≥ 4 (85% riziko selhání konzervativní léčby)

TRAVISOVA KRITÉRIA- OXFORDSKÉ SKÓRE

Frekvence stolic	> 8/den
Nebo	
Frekvence stolic	> 3/den
A	
CRP	> 45 mg/l

Predikce kolektomie 3. den léčby kortikoidy

85% riziko kolektomie do 9 měsíců při jejich splnění

KONZERVATIVNÍ LÉČBA- PODPŮRNÁ

- **Korekce vnitřního prostředí a hydratace nemocných. Hypokalémie a hypomagnesémie přispívají k dilataci tračníku, proto je třeba jejich substituce.**
- **Nutriční podpora – p.o., EV, PN**
- **Korekce anémie**
- **Profylaxe tromboembolické nemoci**
- **Antibiotika- infekční či hrozící chirurgická komplikace**
- **Ne opiáty a léky tlumící střevní motilitu**
- **Opakované klinické hodnocení specializovaným gastroenterologem a chirurgem i při ARO péči**

KONZERVATIVNÍ LÉČBA- 1. VOLBA

- **Kortikoidy (po vyloučení infekční etiologie)**
 - Methylprednisolon 60 mg
 - Hydrocortison 300-400 mg

Hodnocení každý den

- Při zhoršení či nezlepšení 3.-5. den



Operace
Záchranná léčba

KONZERVATIVNÍ LÉČBA- ZÁCHRANNÁ LÉČBA

- **Cyclosporin**
 - 2 mg/kg/ den
 - Více pozdních kolektomií
 - Pacienta azathioprin naivní (nebo nesehali na AZA)
- **Infliximab**
 - 5mg/kg =1 dávka
 - Novinky: zkrácený interval (3 infuze/ týdny)
zvýšené dávky -10mg/kg, ztráty stolicí

Sekvenční léčba

Off label- parciální respondéři- zpět k jiné záchr. léčbě

CAVE- včasná indikace ke kolektomii snižuje mortalitu

CLOSTRIDIUM DIFFICILE

antibiotic

CDI severity	ACG Guidelines (2013) [19]	ESCMID Guidelines (2014) [22]
Mild-to-moderate disease	Metronidazole 500 mg PO t.i.d. 10 days If intolerant to metronidazole or if no improvement in 5-7 days of metronidazole therapy: vancomycin 125 mg PO q.i.d. for 10 days	Metronidazole 500 mg PO t.i.d. 10 days Alternatives: - Vancomycin 125 mg PO q.i.d. for 10 days - Fidaxomicin 200 mg PO bid 10 days
Severe disease	Vancomycin 125 mg PO q.i.d. for 10 days	Vancomycin 125 mg PO q.i.d. for 10 days Alternative: - Fidaxomicin 200 mg PO b.i.d. 10 days
Severe and complicated disease	Vancomycin 500 mg PO q.i.d. plus metronidazole 500 mg IV t.i.d. If ileus, toxic colon or significant abdominal distention: vancomycin 500 mg in 500 mL saline per rectum q.i.d. Surgical consultation/management in complicated disease; e.g. subtotal colectomy with ileostomy or diverting loop ileostomy and colonic lavage+antibiotic treatment	Vancomycin 125 mg PO q.i.d. for 10 days Alternative: - Fidaxomicin 200 mg PO bid 10 days Surgical consultation/management for complicated diseases- e.g. subtotal colectomy with ileostomy or diverting loop ileostomy and colonic lavage+antibiotic treatment
Recurrent disease	1 st recurrence: repeat the same antibiotic used for the initial episode (metronidazole or vancomycin, standard regimen) 2 nd recurrence: pulsed or tapered vancomycin regimen (see text) 3 rd recurrence: fecal microbiota transplant plus vancomycin	1 st recurrence: vancomycin or fidaxomicin (standard regimen) 2 nd recurrence: pulsed or tapered vancomycin regimen or fidaxomicin (standard regimen) 3 rd recurrence: fecal microbiota transplant plus vancomycin

Some data Adapted from: Carmo J, Marques S, *et al* [33]

INDIKACE-OPERACE- KOLEKTOMIE

Známky peritoneálního dráždění- i mikroperforace

Zhoršení stavu– orgánové selhání

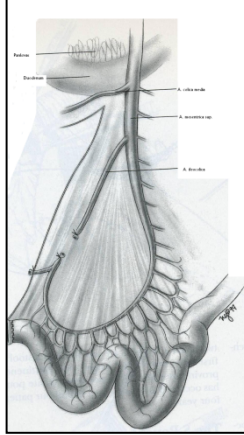
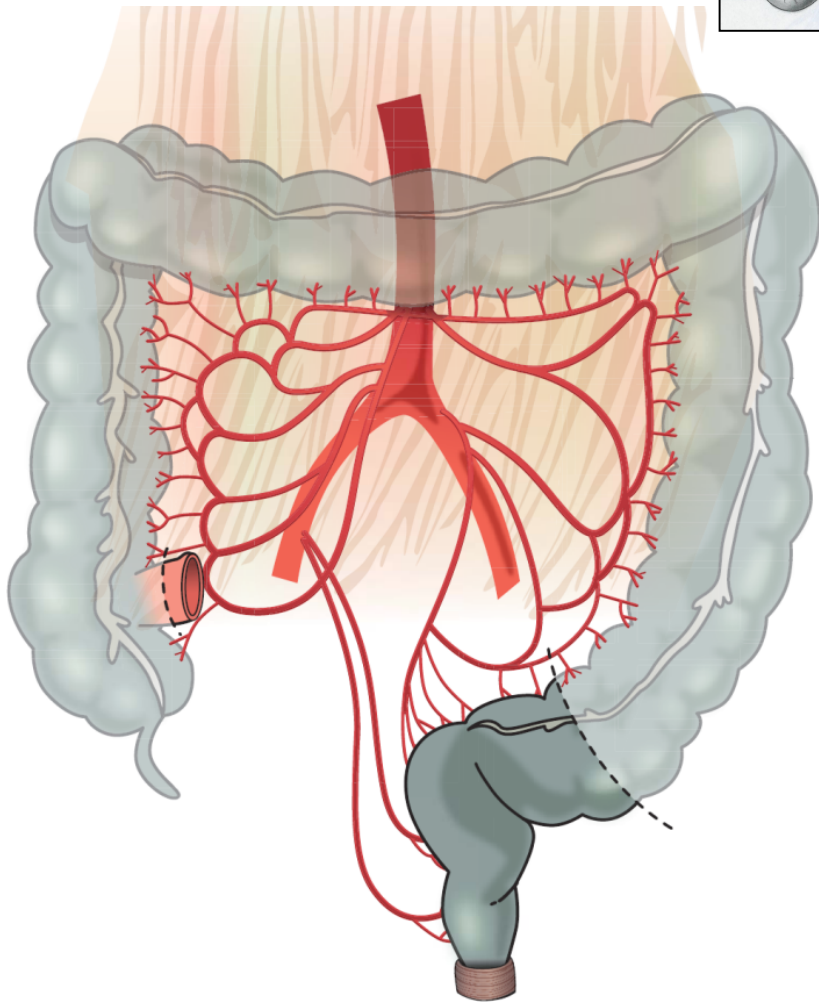
Známky toxické dilatace tračníku

Progrese při konzervativní léčbě (3.-5. -7. den)

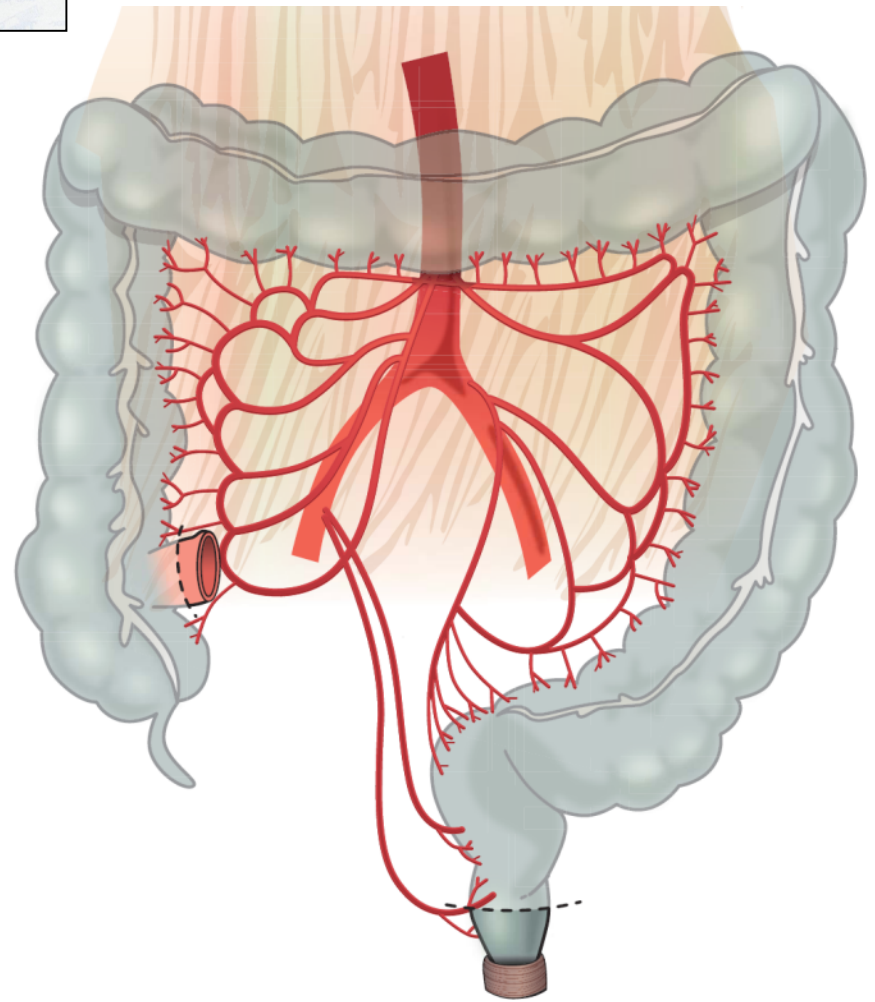
Pokud se stav nelepší po léčbě 1. volby (alternativa záchr. léčby)..

Dilatace tenkého střeva

Subtotální kolektomie (kolektomie)



Proktokolektomie



SUBTOTÁLNÍ KOLEKTOMIE

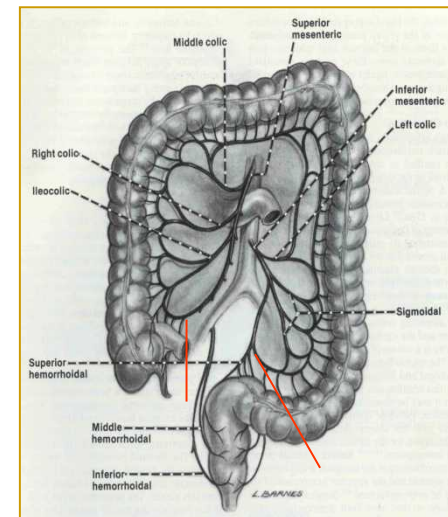
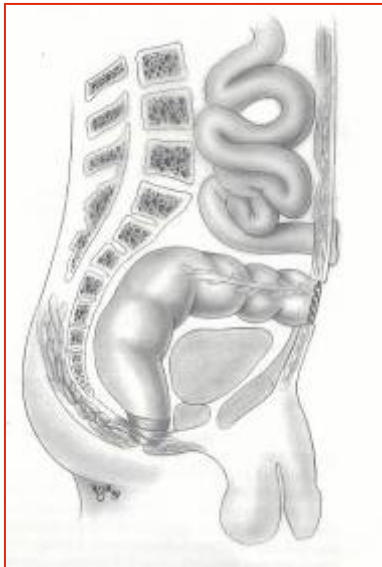
ZLATÝ STANDARD

Uchování ileokolické arterie- pro rekonstrukci

Neotvírat malou pánev

Pahýl rektosigmatu- intraperitoneálně

- slepě uzavřený
- mukózní píštěl



Primary ileo-anal pouch anastomosis in patients with acute ulcerative colitis

Arch Med Sci 2, April / 2013

Jacek Hermann, Jacek Szmeja, Tomasz Kościński, Wiktor Meissner, Michał Drews

99 pp s ATK, 22 pro těžký stav exkludováno ... 77pp

Complication	Hartmann's colectomy (n = 32)	Proctocolectomy with ileo-anal pouch anastomosis (n = 45)	Value of p
Wound infection, n (%)	6 (20)	9 (20)	0.892
Intra-abdominal sepsis, n (%)	4 (12)	8 (17)	0.531
Fascia dehiscence, n (%)	3 (8)	4 (9)	0.942
Bowel obstruction, n (%)	1 (4)	3 (6)	0.492
Respiratory failure, n (%)	8 (24)	6 (14)	0.195
Morbidity, n (%)	22 (69)	30 (67)	0.848

IPAA A ATK

Několik studií popisuje, že je možné se srovnatelnou morbiditou (ale srovnání s akutní SCE)

Většina pacientů – 1. ataka - ? Diagnózy UC x CD

Delší a náročnější operace, riziková anastomóza

PROKTOKOLEKTOMIE A ATK

Popisováno ve starých studiích

Není standardně možná rekonstrukce

Nevýhoda operaci v pánvi v akutním stavu

Delší a náročnější operace

JAKÝ PŘÍSTUP?

SUBTOTÁLNÍ KOLEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ X OTEVŘENÁ

290 pp, 131 (45%) – laparoskopická SCE

Méně menších komplikací

Menší spotřeba opiátů

O 1 den kratší hospitalizace

Stejně závažnějších kompl.

Delší operace (25min)

Open- více urgentní operace, strarš

Outcome	Univariate analysis			Multivariate analysis	
	Open(N = 159)	Laparoscopic(N = 131)	p	OR	p
Minor Complications* (Clavien-Dindo I & II)	55 (34.6)	29 (22.1)	0.02	0.47 (0.23–0.96)	0.04
Surgical site infection	14 (8.8)	5 (3.8)			
Ileus	12 (7.5)	10 (7.6)			
Early SBO managed conservatively	13 (8.6)	10 (7.6)			
VTE	7 (4.4)	3 (2.3)			
Rectal stump leak treated with antibiotics	4 (2.5)	1 (0.7)			
Bleed from rectal stump	6 (3.8)	1 (0.7)			
Pneumonia	3 (1.9)	1 (0.7)			
High-output stoma	3 (1.9)	1 (0.7)			
Urinary tract infection	3 (1.9)	0 (0)			
Parastomal skin infection	1 (0.6)	1 (0.7)			
Enterocutaneous fistula	2 (1.3)	0 (0)			
Hypocalcaemia	0 (0)	1 (0.7)			
Readmission with nonspecific abdominal pain	0 (0)	1 (0.7)			
Major Complications* (Clavien-Dindo III–V)	17 (10.7)	11 (8.4)	0.51	0.95 (0.32–2.88)	0.93
Intra-abdominal abscess					
Percutaneous drain	2 (1.3)	4 (3.1)			
Operative washout	1 (0.6)	0 (0)			
Rectal stump leak					
Percutaneous drain	2 (1.3)	1 (0.7)			
Operative intervention	1 (0.6)	2 (1.5)			
Early SBO requiring surgery	5 (3.1)	1 (0.7)			
Fascial dehiscence	3 (1.9)	0 (0)			
Postoperative bleed	0 (0)	2 (0)			
Perforated duodenal ulcer	0 (0)	1 (0.7)			
Aspiration pneumonia	1 (0.6)	0 (0)			
Respiratory arrest	1 (0.6)	0 (0)			
Tachyarrhythmia requiring critical care support	1 (0.6)	0 (0)			

Values in parentheses are percentages unless indicated otherwise. The following predictor variables were entered into a logistic regression model to derive a propensity score for surgical approach: age, admission temperature, urgency of surgery, preoperative albumin level, prednisolone dose, use of cytokine modulators, previous surgery, year of subtotal colectomy. A multivariate regression model was constructed for each outcome with adjustment for the propensity score. Operative duration and morphine requirement were also included in the model.

SBO = small-bowel obstruction; VTE = venous thromboembolism.

*The total number of patients who experienced a complication does not equal the total number of complications listed, because some patients experienced more than one complication.

Subtotal Colectomy in Severe Ulcerative and Crohn's Colitis: What Benefit Does the Laparoscopic Approach Confer?.

Messenger, David; Mihailovic, Dana; MacRae, Helen; OConnor, Brenda; Victor, J; McLeod, Robin
Diseases of the Colon & Rectum. 57(12):1349-1357, December 2014.

JAKÝ PŘÍSTUP?

SUBTOTÁLNÍ KOLEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ X OTEVŘENÁ

Rekonstrukce po SCE s Dg UC

67% po laparoskopické operaci – laparoskopická rekonstrukce

16% po otevřené operaci - laparoskopická rekonstrukce

	<i>Open STC (N = 121)</i>	<i>Laparoscopic STC (N = 112)</i>
IPAA	97 (80.2)	92 (82.1)
Laparoscopic	1	50
Laparoscopic converted to open	0	18
Open	96	24
Completion proctectomy	21 (17.4)	16 (14.2)
Laparoscopic	15	12
Open	21	4
No second-stage procedure	3 (2.5)	4 (3.6)

Values in parentheses are percentages unless indicated otherwise.
STC = subtotal colectomy.

Subtotal Colectomy in Severe Ulcerative and Crohn's Colitis: What Benefit Does the Laparoscopic Approach Confer?.

Messenger, David; Mihailovic, Dana; MacRae, Helen; OConnor, Brenda; Victor, J; McLeod, Robin
Diseases of the Colon & Rectum. 57(12):1349-1357, December 2014.

JAKÝ PŘÍSTUP?

SUBTOTÁLNÍ KOLEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ X OTEVŘENÁ

Cécile Marceau, MD,^a Arnaud Alves, MD, PhD,^a Mehdi Ouaissi, MD,^a Yoram Bouhnik, MD, PhD,^b
Patrice Valleur, MD,^c and Yves Panis, MD, PhD,^a *Clichy and Paris, France*

Surgery
May 2007

40 laparoskopicky x 48 open

Nesignifikantně nižší morbidita a délka hospitalizace

Jinyu Gu • Luca Stocchi • Feza H. Remzi •
Ravi P. Kiran

Surg Endosc (2014) 28:617–625
DOI 10.1007/s00464-013-3218-7

197 laparoskopických /497 pp

Rychlejší rekonvalescence střevních funkcí

Laparoskopická skupina mladší, vyšší albumin a Hb

JAKÝ PŘÍSTUP?

SUBTOTÁLNÍ KOLEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ X OTEVŘENÁ

Laparoskopický přístup je možný a bezpečný

na pracovišti, kde je běžná laparoskopická střevní chirurgie

Pravděpodobnou výhodou je rychlejší rekonvalescence a trend k méně komplikacím

Výhodou je možnost rekonstrukce laparoskopicky

Je většinou používá u méně morbidních nemocných



Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty – 3. část: ulcerózní kolitida, indikace k operaci

Recommendation of surgical treatment in patients with inflammatory bowel diseases – part 3: ulcerative colitis, indications for surgery

Z. Šerclová¹, O. Ryska¹, M. Bortlík^{2,3}, D. Ďuricová^{2,4}, R. Gürlich⁵, P. Lisý⁵, J. Örhalmi⁶, P. Kohout⁷, L. Prokopová⁸, V. Zbořil⁸, T. Douda⁹, P. Drastich¹⁰, A. Novotný¹¹, P. Matějková¹², K. Mareš¹³, O. Shonová¹⁴, L. Hrdlička¹⁵, J. Koželuhová¹⁶, J. Stehlík¹⁷, M. Kasalický¹⁸, J. Kalvach¹⁸, J. Bronský¹⁹, M. Tomanová²⁰, M. Liberda²¹, P. Falt²², M. Lukáš^{2,23}

ATK

Vyžaduje komplexní přístup

Hospitalizované je třeba ošetřovat v centrech

Včasná kolektomie

Zkušenost při posouzení selhání konzervativní léčby



NEMOCNICE HOŘOVICE

III. IBD pracovní dny, Hořovice 2017 Spolupráce chirurga a gastroenterologa

Datum konání: 30.–31. 3. 2017

Organizuje: NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice

Místo konání: Nemocnice Hořovice, Kongresové centrum Zbiroh

Pořadatel: ❖ Pracovní skupina pro IBD, ČGS ČLS JEP ❖ Sekce IBD chirurgie, ČCHS ČLS JEP

Workshop pro lékaře: Perianální Crohnova nemoc (10–15 účastníků)

Workshop pro sestry: Péče o stomie (10–15 účastníků)

**Paralelně s odborným programem lékařů proběhne
sesterská sekce, sekce posterů**

Hlavní témata: ❖ Stomie u IBD pacientů

- ❖ Pooperační sledování a monitorace léčby
- ❖ Pooperační komplikace
- ❖ Chirurgická a konzervativní léčba ve speciálních situacích

www.nemocnice-horovice.cz

Akce bude ohodnocena kredity celoživotního
vzdělávání pro lékaře i sestry. Vzdělávací akce je pořádána
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK

Registrace od 15.12.2016:
www.nemocnice-horovice.cz/ibddny

IBD CHIRURGIE
Sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP

