

ОБЗОР НА ХИРУРГИЧНИТЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛЕКТОМИЯ И ПРОКТОКОЛЕКТОМИЯ

Е. Живков, П. Токов, Р. Тодоров, В. Попов, Л. Симонова и В. Солункин

Клиника по обща, жлъчно-чернодробна и панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“ – София

SUMMARY OF SURGICAL OPERATIONS WHEN COLECTOMY AND PROCTOCOLECTOMY

E. Zhivkov, P. Tokov, R. Todorov, V. Popov, L. Simonova and V. Solunkin

Clinic of General, Hepato-Biliary and Pancreatic Surgery, University Hospital „Alexandrovskа“ – Sofia

Резюме: От много години пред хирурзите стои проблемът с разрешаването на чревния пасаж в операциите при отстраняване на голяма част или на цялото дебело черво заедно с ректума. От една страна, стои необходимостта от определен обем на резекцията, а от друга – качеството на живот на пациентите, претърпели такава операция. В статията се опитваме да направим обзор на техниките, еволюцията им, както и на предимствата и недостатъците при прилагането им. Направен е анализ на усложненията.

Ключови думи: проктоколектомия, илеоанална анастомоза, резервоарна стома

Адрес за кореспонденция: Д-р Е. Живков, Клиника по обща, жлъчно-чернодробна и панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“, ул. „Св. Г. Софийски“, 1431 София

Summary: From many years, the surgeons try to resolve the problem of intestinal continuity during operations with resection of major part of colon or total colectomy with amputation of rectum included. The necessity of parameters of resection is one side of the problem and the quality of life of patients suffered such operation is the other side. In this article, we try to make a review of operative techniques, their evolution, advantages and limitations. We also performed an analysis of the complications.

Key words: proctocolectomy, ileoanal anastomosis, reservoir stoma

Address for correspondence: E. Zhivkov, MD, Clinic of General, Hepato-Biliary and Pancreatic Surgery, University Hospital „Alexandrovskа“, 1 Sv. G. Sofiyski St., Bg-1431 Sofia

С развитието на хирургията и напредването на медицината се установяват редица заболявания, които изискват хирургично лечение, свързано с отстраняване на голяма част от дебелото черво или на цялото дебело черво, заедно с ректума. Предизвикателство е било каква техника да се използва. След усъвършенстването на хирургичната техника се явява ново предизвикателство. Стремещт е да се подбере оптимално функционално изправане на пасажа и подобряване качеството на живот на

оперираните пациенти. Всяка техника има предимства и недостатъци. В статията се опитваме да направим обзор на оперативните техники, както и на тяхната функционалност, с цел улесняване избора на хирурга, както и на очакванията след нея.

Операциите на колектомия и проктоколектомия се извършват основно при следните заболявания: хроничен улцерохеморагичен колит и болест на Крон (71-85%), множествена полипоза (6.2-21%), болест на Хиршпрунг (около 10%) и по-рядко при

колоректален карцином [2], ювенилна полипоза, мултиплен кавернозен ангиом [4, 5, 6, 7]. Средната възраст на оперираните пациенти е 34-35.5 години.

Основно се извършват три типа операции: проктоколектомия с илеостомия, проктоколектомия с резервоарна илеостома по Де Кок и колектомия с илеоанална анастомоза.

СРАВНЕНИЕ МЕЖДУ ОПЕРАЦИИТЕ

Проктоколектомия с илеостомия [4, 5, 6, 9]

Предимства: дефинитивно излекуване, едноетапна операция.

Недостатъци: инконтиненция, пролапс на стомата, 4-8 пъти на ден изпразване на торбичката.

Усложнения: ревизия на стомата при 10-25%, усложнения на перианалната рана – 10-25%, обструкция на тънкото черво при ХУК – 10-20%, дисфункция на пикочния мехур – минимално в проценти, сексуална дисфункция – минимално в проценти.

Контраиндикации: няма.

Проктоколектомия с резервоарна стома по Де Кок [1, 3, 4, 5, 9]

Предимства: дефинитивно излекуване, възможна континенция.

Недостатъци: 10% липсва континенция, 4-8 пъти на ден изпразване на торбичката.

Усложнения: фистули в резервоара, сепсис, стеноза, обструкция на тънкото черво при ХУК 10-36%, възпаление на резервоара, дисфункция на пикочния мехур – минимално в проценти, сексуална дисфункция – минимално в проценти.

Контраиндикации: болест на Крон, диария, нисък, ректален карцином.

Колектомия с илеоанална анастомоза [1, 4, 5, 6, 9]

Предимства: без нарушаване на сфинктера, 2-4 изхождания на ден, няма стома, без пикочна и сексуална дисфункция.

Недостатъци: не лекува 100%, остава минимален риск от рак на аналния канал, реоперация поради карцином или ангажиране на лигавицата 5-50%.

Усложнения: обструкция на тънкото черво – 10-20%, инсуфициенция на анастомозата.

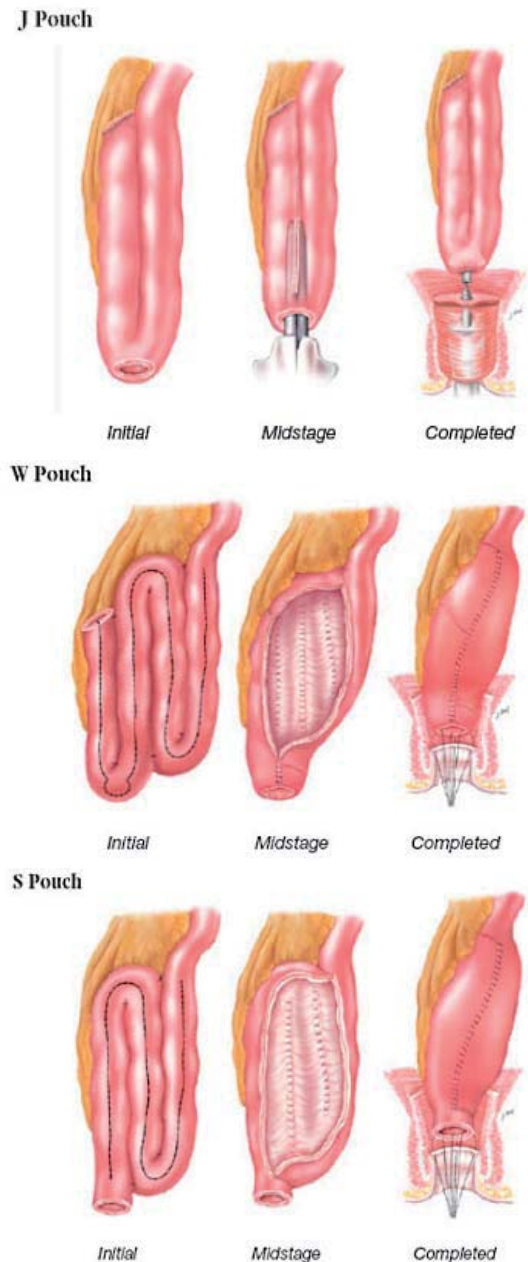
Контраиндикации: инконтиненция на сфинктера, засягане на ректума от ХУК, анална дисплазия, анален карцином.

Илеоректалните анастомози при колектомия от своя страна са основно два типа:

Първи тип, означаващ се с английския термин **ileoanal endorectal pull-trough operation**, което отговаря на българския термин илеоанална ендоректална операция със свличане на проксималното черво, и втори тип, означаващ се с английския термин **ileal**

pouch-anal anastomosis, отговарящо на илеорезервоарно-анална анастомоза. Много често операциите се извършват с временна илеостомия [3].

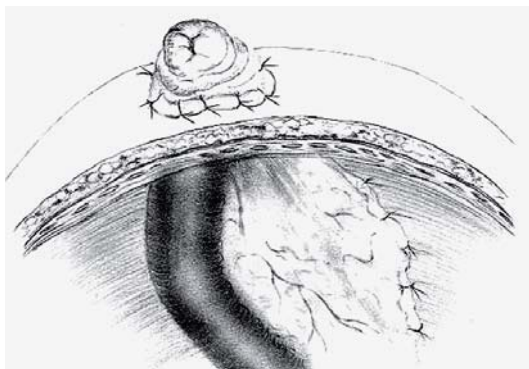
В зависимост от илеалния резервоар се различават: J-резервоар (най-предпочитан), S-резервоар, W-резервоар (фиг. 1), H-резервоар и др.



Фиг. 1

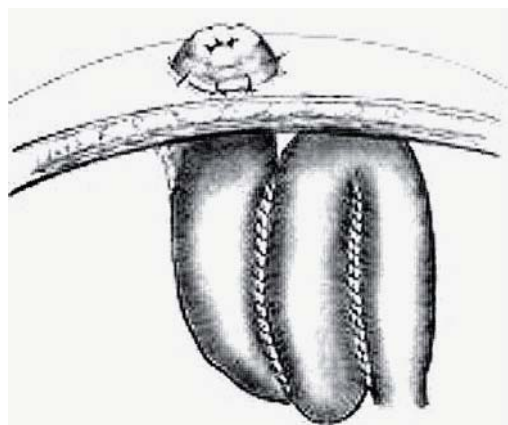
През 1933 г. Nissen докладва за успешен резултат от илеоанална ендоректална операция със свличане на илеума. През 1947 г. Ravitch и Sabiston докладват за проктоколектомия и операция със свличане на илеума след стрипинг на ректалната мукоза [1, 3, 9]. През 1952 г. Brooke докладва за

проктоколектомия и дефинитивна илеостомия на предната коремна стена (фиг. 2).



Фиг. 2

Коск модифицира тази операция през 1969 г., като обособява илеален резервоар на илеостомата (фиг. 3).



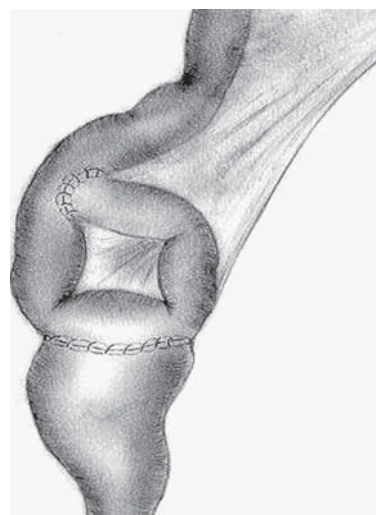
Фиг. 3

През 1978 г. Parks и Nicholls представят илеорезервоарно-анална астомоза, която е S-резервоар, с дължина на бримките около 12-15 cm и с латеро-латерални анастомози между тях. Впоследствие се установява, че 50% от тези анастомози не позволяват спонтанна дефекация. J-резервоарът е представен от Utsunomyia (Япония) и представлява извит дистален сегмент на илеума с дължина 15-20 cm и латеро-латерална анастомоза между тях [1, 7]. Първоначалните функционални резултати между S- и J-резервоарите са сходни, но поради по-лесното осъществяване на вторите те са предпочитани. Според Fonkalsrud и сътр. при анализ на над 600 операции нефункциониране на резервоара, респективно невъзможност за спонтанна дефекация, има при 66% от S-анастомозите, при 61% от латералните анастомози, при 1,4% от J-анастомозите и при 70% от операциите със свличане [7]. При 43% от S-анастомозите има стаза на изходящата бримка. При хронична дисфункция може да се извърши рекон-

структивна операция само на резервоара. Хроничната дисфункция е около 3 пъти по-честа при ХУК и болест на Крон. В мнозинството от операциите се прави временна дебарасираща илеостома (Krauz) (фиг. 4), която се премахва средно след 120 дни (от 31 ден до 352 ден) (фиг. 5).

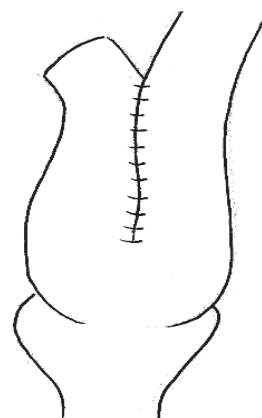


Фиг. 4



Фиг. 5

В момента J-анастомозата е стандартна процедура за пауч-анастомозите (фиг. 6).



Фиг. 6

Средният болничен престой е 8-9.4 дни. Смъртността при процедурата е 0-1.6%. Морбидитетът е 46-62.7%. Стандартът на J-анастомозата е с дължина на илеалния сегмент до 18 cm и мускулен тунел на ректума между 2 и 6 cm. Самата анастомоза се извършва с ръчно наложени шевове или със стаплер. Когато се извършва със стаплер, е най-подходящо анастомозата да е 2 cm над линия дентата. Разпространена е и т.нар. J-анастомоза с двоен стаплер [4, 5, 6].

Усложнения при илео-резервоарно-анална анастомоза:

– обструкция на проксимален сегмент от тънко черво (основно при рецидив на болест на Крон) – 25%;

– възпаление на резервоара (паучит) – 18-61%. От тях 9.6% остър до фулминантен. Това усложнение се регистрира като ранно и късно и се обосновава със следните оплаквания: абдоминални спазми, повишен брой на изхожданията, внезапни изхождания, кървене, субфебрилитет и др.;

– следоперативни адхезии до бридилеус – 12.6-13%, с около 4% релапаротомия;

– супурация на оперативната рана – 5.8-9.6%;

– стриктура на анастомозата – 14-33%;

– инсуфициенция на анастомозата – 4.8%;

– фистула между резервоара и кожата – 4.8-5.2%;

– ректовагинална фистула при жени – 1.8-5%;

– тазов абсцес – 2-8.2%;

– тазов флегмон – 1%;

– тазов сепсис – 4.2%;

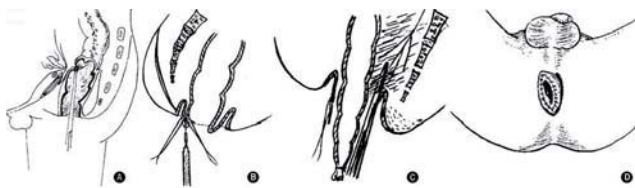
– кървене – 3.4%;

– анален пруритус и екскориации – 5-15%;

– импотентност – 1.2% [4, 5, 6, 7, 9].

Реоперация поради нефункциониране на пауча или остър паучит с конверсия в дефинитивна илеостома има при 2.7-3-5%. Стенозата на анастомозата се повлиява много добре от дигитална или балонна дилатация 60-90 дни след операцията.

Операцията със свличане на илеална бримка се извършва подобно на операцията на Soave и се извършва с ръчно наложени шевове и със стаплер (фиг. 7).



Фиг. 7

Отново най-често се извършва и временна дебарасираща илеостома. Смъртността и морбидитетът се сходни с тези при J-анастомозата. Конверсията в постоянна илеостома поради нефункциониране е около 5% (Coran).

Функционалните резултати след извършване на J-анастомоза и анастомоза при операция със свличане са сходни. Средният брой изхождания за 24 часа е 6-7.7 (1-20), като от тях средно едно е през нощта. Това не зависи от възрастта на пациента и етиологията на заболяването. Пълната континенция е 80-85%, като дневната достига до 100%, а нощната 66-90%. Континенцията е по-добра при операции, извършвани със стаплер, отколкото при ръчно наложени шевове на анастомозата (80-85% срещу 60-65%). Броят на пациентите, приемащи антимолилитетни препарати (Imodium) след операцията, намалява с времето и спада от 40 на 15%. Инцидентна инконтиненция до веднъж седмично има при 7-33%. Инконтиненция до веднъж дневно в лека форма (оскъдно течено съдържимо) има между 0 и 16%. По-тежка инконтиненция и над веднъж дневно има при 0-9% от случаите. Различаване на флатуленция от дефекация има винаги – при 0-18%; често – при 14-30%; понякога – при 40-78%, и никога – при 7-28%. Оценката на качеството на живота е много добра при 94% и добра при 84%. Качеството на живота след операцията при ХУК или болест на Крон е много по-добро при 87%, докато при ФАП тази оценка е 29% [9].

Библиография

1. Кабаков, Г. Илеални тазови резервоари и илеална анастомоза след проктоколектомия при болни с улцерозен колит. Дис. труд, 2005 г.
2. Маслянков, С. Рак на правото черво, www.puls.bg, 31.01.2009 г.
3. Schwartz, S. I. et al. Principles of Surgery. 6-th ed. 1995, 1285-1287.
4. Coran, A. G. A personal experience with 100 consecutive total colectomies and straight ileoanal pull-troughs for benign disease of the colon and rectum in children and adults. – Ann. Surg., 212, № 3, 242-247.
5. Krauz, M. M. et S. D. Duek. Restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: 20 years follow-up in 174 patients. Original Articles. – EMAJ, 7, 2005, 23-27.
6. Michelassi, F. et al. Long term functional results after ileal pouch-anal restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. – Ann. Surg., 238, 2003, № 3, 433-445.
7. Fonkalsrud, E. W. et J. Bustorf-Silva. Reconstruction for chronic dysfunction of ileal pouches. – Ann. Surg., 229, 1999, № 2, 197-204.
8. Amosy, E. et al. Evolution of the restorative proctocolectomy and its effects on gastrointestinal hormones. – Int. J. Colorect. Dis., 22, 2007, № 10, 1143-1163.
9. Fazio, V. W. et al. Ileal pouch-anal anastomosis complications and function in 1005 patients. – Ann. Surg., 222, 1995, № 120-127.