

# **Rol van chirurgie bij IBD**

Dr. S. Van den Broeck

Dienst Abdominale-, Kinder- en Reconstructieve Heelkunde

UZ Antwerpen

# Inleiding

- chirurgie z v Crohn  $\neq$  chirurgie CU
- Hoewel veel patiënten uiteindelijk chirurgie zullen krijgen is de behandeling van IBD primair in de handen van de gastro-enteroloog
- Chirurgie kan dan als 'laatste optie' beschouwd worden
- MAAR dit impliceert dat patiënten die uiteindelijk chirurgie krijgen meer gecompliceerde ziekte hebben en dus een hoger risico hebben op complicaties

# Chirurgie bij **ziekte van Crohn**

## Inleiding

- NIET CURABEL door chirurgie
  - Risico op recurrentie na darmresectie: zoveel mogelijk darm sparen
  - Operaties bij:
    - Complicaties
    - Refractaire ziekte onder medicatie
  - ½ van de patienten zullen uiteindelijk een chirurgische procedure moeten ondergaan

# Chirurgie bij ziekte van Crohn

## Indicaties

- Fibrotische strictuur met obstructie
- Fistulisatie
- Perforatie
- Abces
- Bloeding
- Tumor
- Geen respons op medicatie
- Groei retardatie bij kinderen

# Chirurgie bij ziekte van Crohn preoperatief

- Z v Crohn of CU of indeterminant colitis bij aantasting van het colon?

- Vb: pte 36jaar oud

- 1<sup>e</sup> consultatie GE: 2011, ervoor reeds jaren elders behandeld voor CU
- Colitofalk, Budenofalk
- 5-ASA geen resultaat
- Tijdelijke steroïden: beter
- Remicade: geen verbetering klachten (diarree bloederig 10-tal keer per dag)
- Colonoscopie : pancolitis en terminale ileitis:
- Apd: chronische actieve ontsteking
- Laparoscopie: creeping fat terminaal ileum → zv Crohn?
- 2013 biopsies: Ernstige actieve en chronische colitis passend bij ziekte van Crohn
- 2014: subtotale colectomie: apd: Subtotale colectomie: ernstige diffuse ontsteking die vooral de mucosa aantast, voorkeur voor een colitis ulcerosa.



# Chirurgie bij ziekte van Crohn preoperatief

- Optimalisatie medische status patient
  - Correctie anemie, vocht-, electrolytenbalans, voeding

# Chirurgie bij ziekte van Crohn preoperatief

- STOP en herSTART medicatie:
  - European Crohn's and Colitis Organisation Statement
    - Anti-TNF (Infliximab (Remicade), Adalimumab (Humira))
      - Potentieel ernstige postop complicaties (lekkage, abscessen, sepsis)
      - Appau et al. Use of Infliximab within 3 months of **ileocolonic** resection is associated with adverse postoperative outcomes in Crohn
        - » Infliximab en non-Infliximab groep = ziekte kenmerken
        - » 30 dagen post-op re-admission rate, intra-abdominaal abces, sepsis hoger in de Infliximab groep
      - Andere studies tonen dit niet aan
        - » Eerder mixed populatie (niet alleen ileocolische anastomoses)

# Chirurgie bij ziekte van Crohn preoperatief

- STOP en herSTART medicatie:
  - ECCO Statement
    - Anti-TNF
      - **NO CONSENSUS**
        - » Optimale tijd tussen laatste toediening Infliximab en abdominale chirurgie
        - » Farmacokinetiek: therapeutische concentratie blijft meestal 8 weken
        - » 4 weken voordien stop = geen stop = langer stop???



# Chirurgie bij ziekte van Crohn preoperatief

- STOP en herSTART medicatie:
  - ECCO Statement
    - Steroiden
      - » Zo mogelijk afbouwen preoperatief
      - » Uncontrolled or retrospectieve studies: Prednisolone > of = 20mg geeft stijging van postop complicaties
    - Immunomodulatoren (Azathioprine (Imuran))
      - » Geen probleem om te continueren
      - » Geen stijging postop complicaties

# Chirurgie bij ziekte van Crohn preoperatief

- Stomaplataatsbepaling + uitleg:
  - Afspraak stomaverpleegkundige
- Preoperatieve beeldvorming
  - MRI enterografie of CT enterografie
- Geen darmvoorbereiding
- AB profylax: Cefa-Flagyl
- LMWH

# Chirurgie bij ziekte van Crohn peroperatief

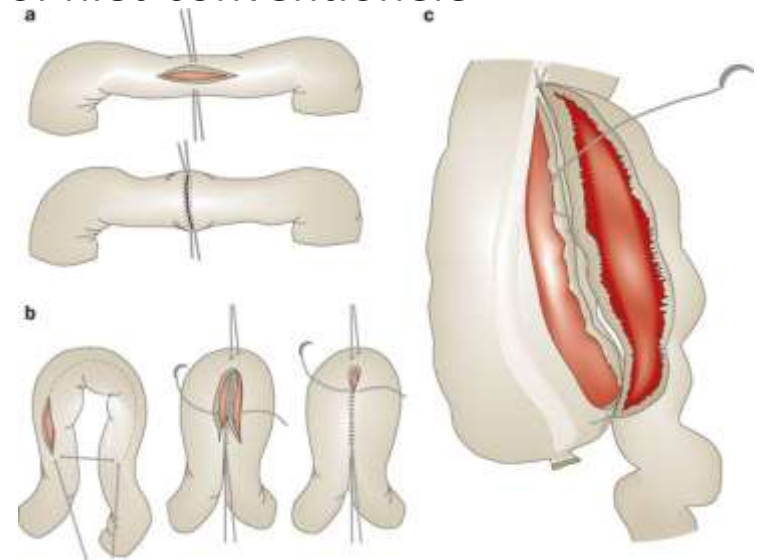
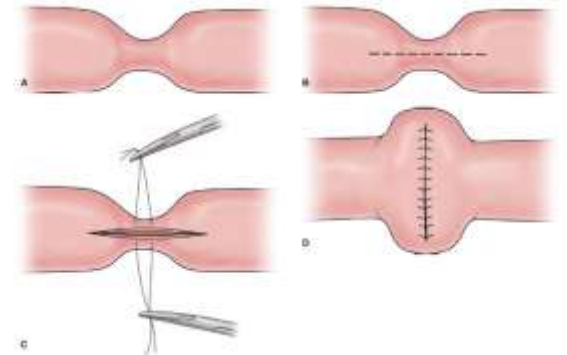
- Resectie:
  - Zo min mogelijk (obstructie, bloeding, perforatie)
  - Inschatting op zicht
  - Evtl enteroscopie peroperatief
- Laparoscopie-laparotomie
  - Laparoscopie in geselecteerde gevallen
    - » Sneller herstel, minder lange hospitalisatie
    - » Minder adhesies
    - » Minder eventraties

# Chirurgie bij ziekte van Crohn peroperatief

- Stricturoplastie

- Heineke-Mikulicz
- Niet bij acute inflammatie
- Voor lange stricturen of sequentiele stricturen:
  - Side-to-side isoperistaltische of niet-conventionele stricturoplastie (Michelassi)

- Zeer goede resultaten
  - » Opheffen obstructie
  - » Symptomen verbeteren
  - » Daling gebruik steroïden



# Chirurgie bij ziekte van Crohn peroperatief

- **Stricturoplastie:**
  - Risico op fistels of nieuwe stricturen is laag
  - NIET bij stricturen verdacht voor maligniteit: resectie
- **Ballon dilatatie**
  - Stricturen < 4cm
  - Kans op perforatie (2%)
  - Geen chirurgie
- **Stenting**

# Chirurgie bij ziekte van Crohn peroperatief

- Intra-abdominale abcessen en perforatie
  - Vrije perforatie = zeldzaam
  - Abcessen: CT-, of US-geleide punctie:
    - 70% kans op succes, anders chirurgische drainage
    - Resectie aangetaste segment of niet na afkoelen = controversieel
    - Anastomose vermijden bij abces EN gebruik steroiden
      - » Tot 40% complicaties
- Abdominale wandabcessen
  - Minder frequent



# Chirurgie bij ziekte van Crohn peroperatief

- Colorectale ziekte
  - Segmentaire colectomie:
    - » Enkel voor zeer beperkte aantasting (minder dan 1/3 colon)
    - » Hogere recurrentie dan proctocolectomie maar minder kans op permanent stoma
  - Subtotale colectomie: rectum gespaard
    - » ½ ptn uiteindelijk toch nog proctectomie nodig
    - » Indien perianale ziekte aanwezig is: ↗ kans op recurrentie en re- OK
    - » Bij ernstige colitis: hoger risico op ontwikkeling dysplasie en adenoca

# Chirurgie bij ziekte van Crohn peroperatief

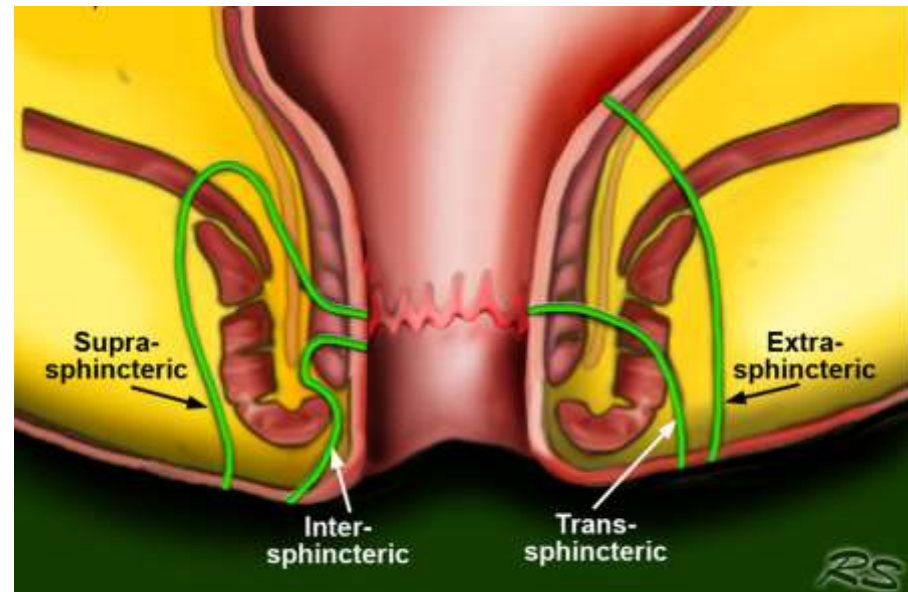
- Colorectale ziekte
  - Totale proctocolectomie en terminaal ileostoma
    - » IPAA niet aanbevolen
    - » meer kans op pouch failure tov CU
    - » Meer kans op incontinentie en stricturen
  - Abdominoperineale resectie (intersfincterische proctectomie: daling sexuele/urinaire dysfunctie en betere wondheling)
    - » Uitgebreider indien fistulisaties, flapchirurgie
  - Lage Hartmann procedure: in urgentie
    - » Ernstige anorectale ziekte
    - » 2<sup>e</sup> tijd perineale proctectomie



# Chirurgie bij ziekte van Crohn

## Perineale ziekte

- Fissuren, fistels, abcessen, stenoses
  - Alleen of in combinatie
  - Fissuren: conservatief, in laatste instantie LIS (niet bij proctitis)
  - Fistels:
    - » Infliximab - Azathioprine
    - » Fistulotomie voor lage fistels (niet bij proctitis: slechte heling)
    - » Seton (non-cutting)
    - » Advancement flap
    - » Plug
    - » Proctectomie
  - Abces
    - Drainage
  - Stenose
    - » Langdurige inflammatie
    - » Dilatatie
    - » Rectale steroid suspensie



# Chirurgie bij **Colitis Ulcerosa**

## Inleiding

- Colitis Ulcerosa is **CURABEL**
- Medische behandeling centraal
- Ongeveer 20-30% van de patienten met CU zullen uiteindelijk een colonresectie ondergaan

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Indicaties

- Acute fulminante colitis met acuut abdomen
  - = absolute indicatie
  - Door bloeding, perforatie, toxisch megacolon

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Indicaties

- **Toxisch megacolon** = dilatatie van het rechter colon en transvers colon > 6 cm met systeemtoxiciteit (koorts > 38C°, tachycardie, neutrofiele leucocytose, anemie, dehydratie, electrolytenstoornissen, hypotensie, daling bewustzijn ----- bloederige diarree)



- » Pt op INZO
- » Niet beterend onder medicamenteuze therapie, vrije perforatie, massieve bloeding, toenemende transfusienood, toenemende dilatatie colon/persisterende dilatatie na 2-3d, toenemende toxiciteit

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Indicaties

- Acute fulminante colitis zonder acuut abdomen
  - Blijvende bloederige diarree, abdominale pijn, soms tenesmen
- Electief
  - Profylactische totale colectomie
    - Risico op ontwikkeling van adenocarcinoom na 8-10jaar ziekte neemt toe met incidentie van 0.5-1% per jaar
  - Precancereuse lesies
    - Proctocolectomie
  - Blijvende symptomen ondanks hoge dosis CS, CS dependent voor remissie, verergering ziekte ondanks maximale therapie
  - Groeiretardatie bij kinderen

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Preoperatief

- Medische status optimaliseren
  - Anemie
  - Vochtdepletie
  - Electrolyten- en Zuur-base afwijkingen
  - Nutritie deficienties
- Immunosuppressiva:
  - Stop voor chirurgie (wanneer ?)
  - Steroiden afbouwen zo mogelijk, ander postop afbouwen
- Stoma aantekenen, uitleg

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Preoperatief

- Geen darmvoorbereiding voor colonresectie, wel voor rectale resecties (lage anastomoses)
- AB profylaxe: Cefa-Flagyl
- LMWH

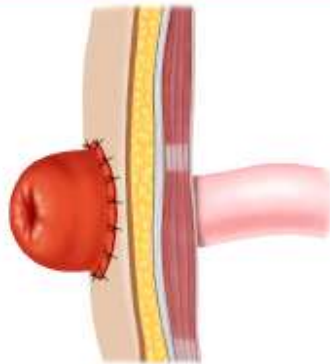
# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Techniek

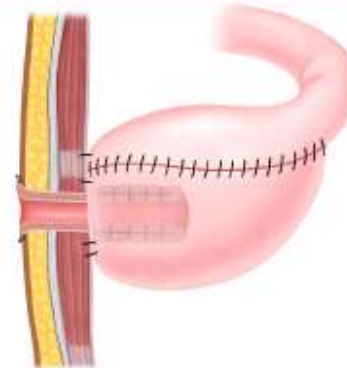
- Techniek
  - In electieve settings:
    1. Proctocolectomie met permanent ileostoma (Brook)
    2. Proctocolectomie met continent ileostoma (Kock pouch)
    3. Abdominale colectomie met ileorectale anastomose
    4. Totale colectomie, mucosale proctectomie (restoratieve proctocolectomie) met ileale pouch-anale anastomose (RPC-IPAA)
    5. Totale colectomie en gestaplede ileale pouch distal rectal anastomose



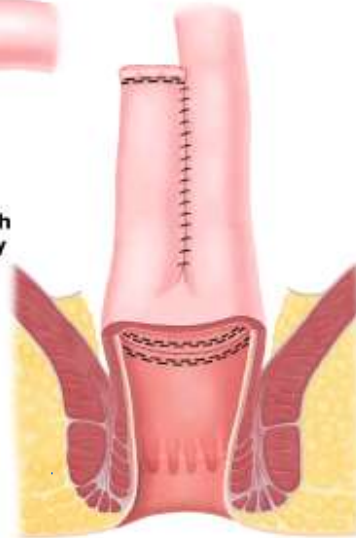
## Surgical options for ulcerative colitis



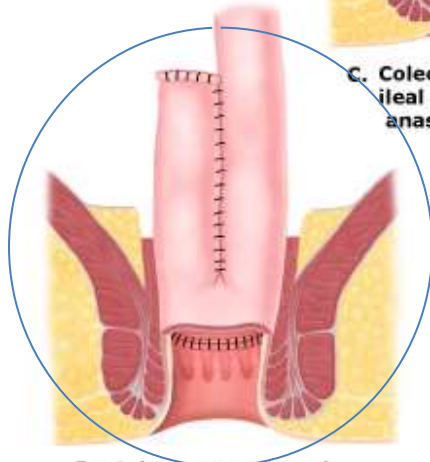
**A. Proctocolectomy with permanent ileostomy (Brooke ileostomy)**



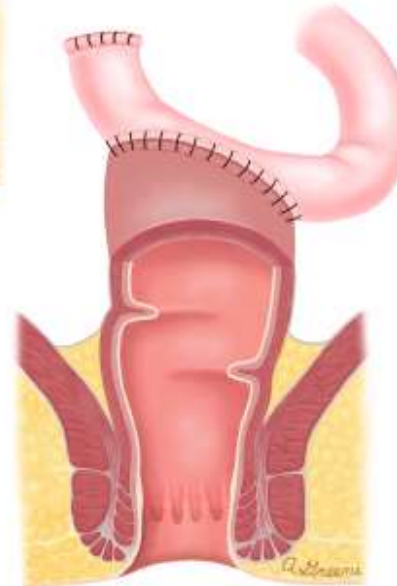
**B. Proctocolectomy with continent ileostomy (Kock ileostomy)**



**C. Colectomy and stapled ileal pouch distal rectal anastomosis (IPDRA)**



**D. Colectomy, mucosal proctectomy, and ileal pouch-anal canal anastomosis (IPAA)**



**E. Abdominal colectomy with ileorectal anastomosis**

## Choice of operation for ulcerative colitis

Operation	Advantages	Disadvantages
Rectal mucosectomy with ileal pouch-anal canal anastomosis	Complete excision of large intestinal disease Transanal defecation and fecal continence preserved No ileostomy	Two operations required At risk for pouchitis Nocturnal fecal spotting present
Stapled, ileal pouch-distal rectal anastomosis	Transanal defecation and fecal continence preserved No ileostomy Easier technically	At risk for pouchitis and cancer from residual rectal mucosa
Continent ileostomy	Complete excision of large intestinal disease Fecal continence preserved No external appliance	Stoma present Intubation of pouch required At risk for pouchitis and need for valve revision
Brooke ileostomy	Complete excision of large intestinal disease One operation	Stoma present, risk of parastomal hernia Incontinent for feces Need of external appliance
Ileorectal anastomosis	Transanal defecation and fecal continence preserved No ileostomy	Diseased rectum remains to produce symptoms, require treatment and predispose to cancer

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Peroperatief

- Techniek

- In **electieve** settings

- Techniek met stapling is gemakkelijker maar laat stukje rectale mucosa achter
    - Betere anale sensatie en nachtelijke continentie
    - Niet bij patienten met tumoren- dysplasie colo-rectaal
    - Te overwegen bij
      - » Bij ouderen
      - » Indien ileale pouch niet tensie vrij tot distaal geraakt
      - » Minimale /geen rectale ziekte
      - » Ptn die niet geschikt zijn voor IPAA maar geen stoma willen
      - » Ptn waarbij je ziekte van Crohn niet kan uitsluiten
      - » Vergevoerde maligniteit

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

## Techniek

### – In **urgente** setting

- Subtotale colectomie, rectum blijft achter, ileostoma
- Muceuze fistel of Hartmann
- Wordt gevolgd door
  - Completion proctectomy met IPAA

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

- Complicaties
  - Anastomotische lekken
  - Pelvische abcessen
  - Sepsis
  - Fistels
  - Obstructie

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

- Opvolging



- Pouch failure: studie Fazio et al (groep C. Delaney) = afbraak pouch nodig of pouch gerelateerde mortaliteit

The median patient follow-up was 4.1 year (range, 0–19 years). Five-year ileal pouch survival was 95.6% (95% CI, 94.4–96.7). The following risk factors were found to be independent predictors of pouch survival and were used in the final multivariate model: patient diagnosis, prior anal pathology, abnormal anal manometry, patient comorbidity, pouch-perineal or pouch-vaginal fistulae, pelvic sepsis, anastomotic stricture and separation

- Pouchitis

- Dysplasie (in pouch, rectal cuff, anal transitional zone)

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

- Functionele outcome
  - Frequentie stoelgang 
  - Fecale incontinentie 
  - Soms dyspareunie
  - Daling fertiliteit

# Chirurgie bij Colitis Ulcerosa

- QoL





# Casus

- Pte 36j
  - Uiteindelijk na subtotale colectomie:
    - APD: Eerder passend bij Colitis Ulcerosa
      - » Toch proctocolectomie en IPAA?
      - » Toch niet zeker van diagnose en dus hoog risico op pouch failure?
      - » Rectum vertoont aantasting: zo z v Crohn: toch nog beterschap met medicatie en dus misschien nog anastomose mogelijk na dilatatie van substenose? Zo CU is dit geen goede chirurgie

# Besluit

- Chirurgie heeft zeker een rol in de behandeling van IBD!
- Een multidisciplinaire aanpak is onontbeerlijk
- Patient tailored behandeling!

