

## LENTESYMPIOSIUM VVGE – Mechelen 20 april 2002

### Restoratieve Coloproctectomie : Indicaties en verwickelingen.

*A. D'Hoore MD, F. Penninckx PhD (U.Z. Gasthuisberg Leuven)*

Heelkunde, met name een totale coloproctectomie met definitief ileostoma, blijft een potentiële curatieve behandeling bij patiënten met ernstige, refractaire of verwickelde colitis ulcerosa. Uiteindelijk is een colectomie vereist bij ongeveer 30 % van de patiënten 25 jaar na de diagnose. Dankzij de restoratieve coloproctectomie met ileale pouch anale anastomose kan een definitief stoma worden vermeden.

Het optreden van een toxisch megacolon en een dreigende perforatie is een absolute indicatie voor urgente heelkunde. Er bestaan echter geen algemeen aanvaarde richtlijnen omtrent stricte indicatie en timing voor electieve heelkunde.

Indicaties omvatten falen van medisch conservatieve therapie en neoplastische veranderingen bij langdurig bestaande actieve colitis.

Onder medisch falen verstaat men het blijven bestaan van een slechte algemene toestand, snel recidiverende acute opstoten, ernstige en invaliderende symptomatologie, corticoiden-afhankelijkheid en het optreden van extra-intestinale manifestaties (uitgezonderd primair scleroserende cholangitis). Meestal ziet men een overlap van verscheidene criteria, bijkomend dient men rekening te houden met andere factoren als frequentie van hospitalisaties, werkonbekwaamheid en socio-economisch impact en de verwachtingen van de patiënt. Bij patiënten met een langdurig bestaande en uitgebreide colitis bestaat er ook een verhoogd risico op het ontstaan van een colorectaal carcinoma. Ook ondanks de includering van dergelijke patiënten in een colonoscopisch surveillance programma kunnen tumoren miskend worden. Men gaat er dan ook van uit dat wanneer displastische letsels worden vastgesteld er een strikte indicatie tot colectomie bestaat. De aanwezigheid van low-grade dysplasie is bijna even frequent geassocieerd met de aanwezigheid van een invasief letsel als hooggradige dysplasie. Op basis van sfincterfysiologie werd gesuggereerd om bij patiënten boven de leeftijd van 50 jaar geen pouch meer aan te leggen. Verschillende centra rapporteerden evenwel dat ook op oudere leeftijd een pouch veilig kan worden aangelegd met een behoorlijke pouchfunctie en continentie. Men dient er evenwel toch rekening mee te houden dat septische verwickelingen bij patiënten met reduceerde fysiologische reserves levensbedreigende implicaties kunnen hebben. Relatieve contra-indicaties zijn belangrijke obesitas en zeer grote gestalte. Obese patiënten hebben vaak een kort, dik mesenterium dat onvoldoende mobilisatie toelaat om een viabele pouch in het klein bekken te brengen. Hetzelfde probleem kan een pouchreconstructie bemoeilijken bij zeer grote patiënten. Ook patiënten met een voorgeschiedenis van sfincterletsel (eventueel na fistulotomie) of vooraf bestaande fecale incontinentie (los van de fecale urge en incontinentie door ernstige rectitis en verminderde rectale compliance) dienen een volledige evaluatie van de sfincter en sfincterfunctie te krijgen. Sfincterinsufficiëntie compromiteert zeer sterk de uiteindelijke pouch functie.

In acute omstandigheden kan men overwegen om eerst een totale colectomie uit te voeren met het aanleggen van een terminaal ileostoma en al dan niet een mucoze fistel op de rectosigmoidale stomp. Men gaat er van uit dat het sluiten van de rectumstomp even veilig is. Nadat patiënt corticoiden vrij is en de algemene toestand het toelaat kan dan in een tweede tijd de sfinctersparende proctectomie worden uitgevoerd met ileale pouch reconstructie, dit al dan niet onder een beschermend loop ileostoma. In een laatste (derde) tijd kan dan het loop ileostoma gesloten worden nadat een RX pouchogram de intactheid van de suturen aantoonde.

Meestal wordt een J pouch geconstrueerd. Enkel wanneer men onvoldoende mesenteriële lengte bekomt om de bekkenbodem te bereiken zal men opteren voor een S-pouch met korte exit-conduit (2 cm). Zeker S-pouchen met een te lange conduit resulteren in belangrijke evacuatiemoeilijkheden.

Of men overweegt om in acute omstandigheden, in afwezigheid van peritonitis, een primaire pouch reconstructie uit te voeren, dient individueel bekeken te worden, rekening houdend met de algemene toestand van de patiënt, de corticoiden load, het albumine, de voedingstoestand, ...

Gezien de complexiteit van de ingreep en de onderliggende algemene toestand van de patiënt en de belangrijke "learning curve" blijft de morbiditeit (tot 65 %) zeer significant. De meest voorkomende

operatieve verwickelingen zijn pelvische sepsis en dundarm obstructie. In de meeste series is de vermelde perioperatieve mortaliteit laag (0 – 1 %).

### **Vroegtijdige verwickelingen :**

#### **1. Ischemie van de pouch (ischemische necrose).**

Vaak dienen de ileocolische vaten of andere ileale takken van de mesenterica superior te worden doorgenomen om voldoende lengte te bekomen om een relatief tractievrije anastomose te bekomen. Dit heeft voor gevolg dat de bevoeiing van de pouch gecompromitteerd kan worden, dit kan mede aan de basis liggen van een anastomotisch lek en laattijdige strictuurvorming. Ischemische pouchitis is beschreven. Echte pouch necrose is zeldzaam. een S-pouch heeft een lager bereik (ongeveer 4 cm) dan de J-pouch.

#### **2. Postoperatieve bloeding – pelvisch hematoom.**

Meerdere vasculaire pedikels dienen te worden doorgenomen en dit vaak in een toestand van toegenomen friabiliteit door corticoiden impregnatie. Ter preventie van een pelvisch hematoom dient steeds een presacrale suctiedrain te worden nagelaten. Het optreden van een pelvisch hematoom is een ideale voedingsbodem voor surinfectie en secundaire evacuatie doorheen de suturelijn. Ook kan er intra-pouch bloeding optreden op de staplerlijnen. Ter decompressie van de pouch wordt vaak voor enkele dagen een transanale petzer drain geplaatst.

#### **3. Pelvische sepsis :anastomotisch lek , pelvisch abces.**

Een anastomotisch lek treedt op in 5 tot 15 % van de patiënten. Belangrijke pelvische sepsis die verdere heelkunde vereist treedt op bij ongeveer 5 – 6 %.

De aanwezigheid van een beschermend loop-ileostoma kan een lek niet voorkomen doch zal zeker de symptomatologie en de septische gevolgen van de sutureloslating sterk beperken. Timing van de chirurgie speelt hierin ook een belangrijke rol : in onze dienst werd in een consecutieve reeks aangetoond dat de morbiditeit na electieve pouch chirurgie significant lager was dan in urgente omstandigheden (27 % versus 66 %). Pouch-anaale lekken (alle) traden op in respectievelijk 11 % en 41 %. Bij patiënten met tekenen van sepsis en onder hoge dosis corticoiden was dit het meest significant.

Kleinere sutureloslatingen kunnen best behandeld worden door een transanale drainage en verlegde antibiotherapie. Zo de patiënt geen ileostoma heeft en tekenen van postoperatieve peritonitis vertoont moet een relaparotomie gebeuren met het aanleggen van een secundair ileostoma en bijkomende drainage van het kleine bekken.

Belangrijke pelvische sepsis zal ook impact hebben op de latere pouchfunctie, door peripouch fibrose treedt een belangrijke reductie op van de pouchcompliantie en kunnen er evacuatiemoeilijkheden ontstaan. In een recent review van de reeks uit Heidelberg ziet men een cumulatieve pouch-failure rate van 40 % bij patiënten met een septische verwickeling (131 patiënten op 706 ontwikkelden een septische complicatie, 494 pouchen voor colitis ulcerosa).

Bij de vrouw kan pelvische sepsis bijkomend leiden tot infertiliteit en kan dit een oorzakelijke rol spelen in het ontstaan van chronische pelvische pijn syndromen en dyspareunie.

#### **4. Dundarmobstructie**

De meest voorkomende postoperatieve verwickeling is dundarmobstructie, optredend bij 10 % tot 20 % van de patiënten. Operatieve adhesiolyse is vereist bij ongeveer de helft van de patiënten. Hogere incidenties van dundarmobstructie treden op bij patiënten met een proximaal ileostoma (15.2 %) vergeleken met patiënten zonder stoma (6.7 %). Na het sluiten van het loop-ileostoma is dundarmobstructie opnieuw de meest voorkomende verwickeling. Dit fenomeen is onafhankelijk van de learning curve.

#### **5. Ileostoma-gerelateerde verwickelingen.**

Een beschermend loop-ileostoma op zich is eveneens een belangrijke oorzaak van morbiditeit : stoma dysfunctie kan een oorzaak van obstructie zijn. Het optreden van deshydratatie en hyponatremie zijn niet onfrequent bij een proximaal stoma. Gezien de enzymatische activiteit van het evacuaat ontstaan regelmatig huid- en applicatiemoeilijkheden.

6. Opportunistische infecties.

7. Iatrogene Addison.

8. Diepe veneuze trombose en longembolus.

Een toestand van hypercoagulatie wordt beschreven bij patiënten met colitis ulcerosa.

### **Laattijdige complicaties :**

1. Dondarmobstructie

Ook laattijdig blijft de patiënt at risk om een dundermobstructie te ontwikkelen. Evenwel dient men ook bij pouch patiënten zeer stringente regels in acht te nemen vooraleer men beslist tot electieve adhesiolyse.

2. Fistels

Het ontstaan van een fistel is meestal onmiddellijk postoperatief. Ook laattijdig kunnen fistels optreden. Pouch vaginale fistels zijn de meest frequente. Door ons werd een laattijdige pouch-sacrale fistel beschreven. Bij de patiënten dient zeker de diagnose van m. Crohn te worden uitgesloten. Teneinde geen asymptomatische lekken te missen dient iedere patiënt voor het sluiten van het proximale stoma een RX pouchogram te krijgen. Een aantal van die fistels kunnen via lokale technieken gesloten worden, in andere gevallen dient via gecombineerde abdomino-perineale approach een pouch advancement of redo-pouch te worden uitgevoerd.

3. Outletstenose

Suturaalstrictuur is frequent en kan meestal gemakkelijk (meestal onder korte narcose) vlot gedilateerd worden. Dergelijke anastomose-strictuur komt iets frequenter voor bij gestaplede dan bij handmatige anastomosen. Outletstenose is een belangrijke oorzaak van pouchdysfunctie. Ook een te lange rectale stomp kan oorzaak zijn van het ontstaan van een flap-valve en evacuatiemoeilijkheden (vergelijkbaar met de evacuatiemoeilijkheden bij S-pouchen met een te lange conduit).

4. Pouchitis

De frequentie varieert sterk tussen verschillende series, afhankelijk van de gehandhaafde diagnostiek. Ongeveer 45 % van de patiënten zullen minstens 1 episode van acute pouchitis ontwikkelen. 30 % zullen meerdere episodes doormaken. Recidiverende, refractaire pouchitis (< 5 %) is gelukkig zeldzaam. Andere oorzaken van pouch-dysfunctie en Crohn dienen te worden uitgesloten in dergelijke gevallen.

5. Cuffitis

Bij patiënten met een gestaplede anastomose blijft een variabele lengte van columnair epitheel aanwezig. In ongeveer 15 % van de gevallen kan dit aanleiding geven tot symptomatische ontsteking. Dit fenomeen dient te worden onderscheiden van pouchitis. De behandeling is medisch en uiterst zeldzaam is chirurgie vereist (pouch-advancement).

6. Seksuele dysfunctie en infertiliteit

Veel patiënten met actieve colitis ulcerosa en medische behandeling hebben reeds een significante seksuele dysfunctie, wat natuurlijk de analyse van het probleem postoperatief bemoeilijkt. Het risico op postoperatieve retrograde ejaculatie (sympathisch) is lager dan 10 % en op impotentie < 2 % (parasympathisch). Door adequate chirurgische techniek kunnen deze problemen evenwel meestal worden vermeden. Meestal neemt de seksuele activiteit toe na heilkunde. Ongeveer 8 % van de vrouwen klaagt van dyspareunie en 3 % klaagt van soiling gedurende seksuele betrekkingen. Bij patiënten die , door een pelvische sepsis een frozen pelvis ontwikkelen, ligt dit risico natuurlijk veel hoger. Uit een recente multicenter trial uit Denemarken en Zweden blijkt dat vrouwelijke colitis ulcerosa patiënten een normale fertiliteit vertonen tot het tijdstip van de colectomie. Na pouch chirurgie zag men een belangrijke daling van hun fertiliteit en een hogere frequentie van in vitro fertilisatie werd vastgesteld. Het optreden van postoperatieve adhesies wordt vooropgesteld als tentatieve oorzaak.

## Besluit

Samenvattend kunnen 60 % van de patiënten een straight forward operatie verwachten met een zeer goede pouchfunctie. 30 % van de patiënten evenwel krijgen belangrijke postoperatieve verwickelingen of hebben een slechtere pouch functie die toch een impact zal hebben op hun levenskwaliteit. Ongeveer 10 % van de patiënten zullen – en dit om verscheidene redenen – hun pouch verliezen en eindigen met een definitief eindstandig ileostoma.