

# Chirurgická léčba IBD

## Klinický souhrn

---

### Adaptovaný doporučený postup

(ASCRS: Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, 2014, a aktualizace: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021; ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020; ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018; ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020; ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015; ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022)

Autoři: prim. MUDr. Zuzana Šerclová; MUDr. Ondřej Ryska, Ph.D., FEBS; prim. doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.; MUDr. Ondřej Fabián, Ph.D.; prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.; Mgr. Lucie Laštíková; MUDr. Markéta Lengálová; prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.; PhDr. Martina Pfeiferová; MUDr. Aneta Tremerová; prim. MUDr. Ivana Vítková, MBA; MUDr. Petra Zusková  
(metodický tým) MUDr. Lucia Kantorová; PaedDr. Dagmar Tučková, Ph.D. et Ph.D.; PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.  
Verze: 3.0  
Datum: 14. 12. 2022

## Úvod

### UPOZORNĚNÍ:

**TENTO MATERIÁL JE KLINICKÝM SOUHRNEM KLINICKÉHO DOPORUČENÉHO POSTUPU, KTERÝ MÁ SLOUŽIT ZDRAVOTNÍKŮM JAKO PODKLAD PRO RYCHLÉ KLINICKÉ ROZHODOVÁNÍ. VŠECHNA DOPORUČENÍ JSOU VYTVOŘENA NA ZÁKLADĚ NEJLEPŠÍCH DOSTUPNÝCH VĚDECKÝCH DŮKAZŮ V DANÉM ČASE PODLE [NÁRODNÍ METODIKY TVORBY KDP](#). Kompletní klinický doporučený postup pro chirurgickou léčbu IBD je dostupný [zde](#).**

Chirurgická léčba je součástí péče o pacienty s idiopatickými střevními záněty (IBD). Během prvního roku trvání Crohnovy nemoci (CN) je pravděpodobnost operace 20–40 %, do 10 let je operováno 30–70 % nemocných a po 15 letech od diagnózy 70–90 % nemocných. V prvních deseti letech trvání choroby je operováno 10–17 % pacientů s ulcerózní kolitidou (UC). Chirurgická léčba bezprostředně zlepšuje kvalitu života nemocných, ale souvisí s ní v některých případech trvalá morbidita i riziko mortality. Ulcerózní kolitida (UC) je primárně léčena konzervativně. Chirurgická léčba spočívá v odstranění tlustého střeva s uchováním střevní kontinuity, nebo bez. S rozšířením nových možností konzervativní léčby se frekvence operačního řešení pravděpodobně mírně snižuje. Po 10 letech trvání choroby je operováno 10–20 % nemocných. Chirurgická léčba je častější u nemocných s rozsáhlejším postižením tlustého střeva a s atakami akutní těžké kolitidy (ATK). Pooperační mortalita po elektivních operacích je pod 1 %, po akutních výkonech je signifikantně vyšší, pohybuje se kolem 5 %. Celkové přežití nemocných s pokročilou formou UC (nutnost hospitalizace v době diagnózy, opakovaná léčba kortikoidy, podání imunosupresiv) je po elektivní operaci vyšší než při pokračování konzervativní léčby, a to zejména u pacientů 50letých a starších. Správná indikace k operaci, její dobré načasování a volba výkonu jsou pro nemocné s UC zcela zásadní.

Cílem tohoto KDP, který adaptuje recentní publikovaná doporučení, je zlepšení kvality chirurgické péče. Porozumění možnostem chirurgické léčby vede ke správné indikaci, vhodnému načasování operace a snížení rizika komplikovaného hojení.

V KDP jsou popsány: předoperační příprava a vyšetření, indikace k operaci dle jednotlivých situací, technické postupy a operační péče. Součástí jsou i požadavky na pracoviště, kde by měly být operace prováděny.

## Metodologie tvorby zdrojového KDP

V klinickém souhrnu uvádíme zkrácenou verzi metodiky KDP. Detailnější vysvětlení klasifikace vědeckých důkazů je uvedeno v [plné verzi KDP](#).

Příprava tohoto klinického doporučeného postupu (KDP) se řídila Národní metodikou tvorby KDP, která vychází z metodiky GRADE. Vyhledáváním v celkem 44 databázích, repositářích a na webových stránkách zdravotnických organizací bylo v březnu 2021 nalezeno osm zdrojových KDP:

1. ASCRS: Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, 2014 a aktualizace: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021;
2. ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020;
3. ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018;
4. ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020;

5. ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015;
6. ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022.

Výše uvedené postupy splnily základní požadavky na úroveň kvality a pro tento KDP byla přijata (adaptována) doporučení na předem specifikované klinické otázky. V tomto KDP byly dále použity i postupy s nižším hodnocením kvality jen pro doplnění a výjimečně:

7. ČGS a Sekce IBD chirurgie ČCHS: Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty, část 1, 2 a 3, 2015, 2016
8. ECCO-ESCP (The European Crohn's and Colitis Organisation – European Society of Colo-Proctology): Consensus on Surgery for Crohn's Disease, 2018

Zdrojové doporučené postupy používají různé metodiky a my jsme provedli transformaci na systém GRADE. Adaptovaná doporučení mají určenou sílu doporučení (silné vs. slabé) a jistotu (kvalitu) důkazů (vysoká, střední, nízká, velmi nízká). Viz Tabulka 1 a 2 níže. Dále byla přijata tzv. „doporučení dobré praxe“ (označena jako DDP), což jsou prohlášení, která nemají určenou sílu doporučení ani jistotu důkazů, protože nebyla systematicky prohledána nebo nalezena relevantní vědecko-odborná literatura, přínos a význam otázky/problému nicméně vedl tvůrčí tým k jejich formulaci a formálnímu přijetí.

**Tabulka 1. Klasifikace kvality důkazů dle GRADE**

Kvalita důkazů	Vysvětlení	Symbol
Vysoká kvalita / high	Další výzkum <b>velmi nepravděpodobně</b> změní spolehlivost odhadu účinnosti.	⊕⊕⊕⊕
Střední kvalita / moderate	Další výzkum <b>pravděpodobně</b> může mít vliv na spolehlivost odhadu účinnosti a může změnit odhad.	⊕⊕⊕⊖
Nízká kvalita / low	Další výzkum <b>velmi pravděpodobně</b> bude mít důležitý vliv na spolehlivost odhadu a pravděpodobně změní odhad.	⊕⊕⊖⊖
Velmi nízká kvalita / very low	Jakýkoliv odhad účinnosti je <b>velmi nespolehlivý</b> .	⊕⊖⊖⊖

**Tabulka 2. Klasifikace síly a formulace doporučení dle GRADE**

Síla doporučení	Symbol	Způsob vyjádření
Silné doporučení PRO	↑↑	<b>Doporučeno udělat</b>
Slabé/podmíněné doporučení PRO	↑?	<b>Navrženo udělat</b>
Slabé/podmíněné PROTI	↓?	<b>Navrženo nedělat</b>
Silné doporučení PROTI	↓↓	<b>Doporučeno nedělat</b>

## Guideline (klinické) otázky/oblasti

### Crohnova nemoc

#### Akutní stavy

1. Jaký je optimální postup při projevech nitrobřišní sepse?
2. Jak postupovat při penetrující Crohnově nemoci komplikované abscesem?
3. Jak postupovat při střevní perforaci?
4. Jak postupovat při akutní střevní obstrukci?
5. Jaký je optimální postup u akutní těžké kolitidy nereagující na konzervativní léčbu s hrozící či skutečnou střevní perforací?
6. Jak postupovat při akutním krvácení do gastrointestinálního traktu?

7. Jaký je optimální postup u předoperační diagnózy apendicitidy a peroperačním nálezem terminální ileitidy?

### Elektivní indikace k operaci

8. Kdy je doporučeno indikovat k operaci nemocného konzervativně léčeného?
9. Kdy je indikována operace u nemocných se stenózou tenkého střeva či stenózou v anastomóze?
10. Jaká je indikace k endoskopické dilataci stenózy?
11. Jak postupovat při stenóze tračníku?
12. Jak postupovat u nemocných se střevními píštělemi?
13. Jak postupovat při nálezů dysplastických změn v tračníku?

### Chirurgické postupy podle anatomické lokalizace

14. Jaké postupy jsou doporučeny u Crohnovy nemoci žaludku a dvanáctníku?
15. Jaké postupy jsou doporučeny u Crohnovy nemoci v tenkém střevě a ileokolické oblasti?
16. Kdy je laparoskopická resekce v ileocékální oblasti alternativou zahájení léčby infliximabem?
17. Jaký je doporučený rozsah resekce tenkého střeva?
18. Jaký je doporučený rozsah resekce mezenteria?
19. Kdy je indikováno provedení strikturoplastiky a jaký typ podle délky střevního postižení?
20. Kdy je indikována operace u fistulující Crohnovy nemoci a jakým způsobem ji provést?
21. Jaká rekonstrukce je doporučena po ileocékální resekci?
22. Lze provést primární anastomózu u nemocných léčených biologickou léčbou?
23. Jak postupovat při ileocékálním postižení u pacienta s více rizikovými faktory?
24. Jaký je doporučený postup (jak postupovat) při podezřelé lézi či vředu tenkého střeva?
25. Jak postupovat při nálezů lokalizovaného karcinomu tenkého střeva?
26. Jaký je doporučený přístup při operacích pro Crohnovu nemoc?
27. Jaký je doporučený rozsah resekce u pacientů s postižením tračníku?
28. Jaká je preferovaná operace při postižení konečníku indikovaného k operaci?
29. Jaké jsou vhodné techniky při proktotomii pro Crohnovu nemoc?
30. Jaký je význam derivační stomie u kolitidy při Crohnově nemoci?
31. Kdy je možné doporučit IPAA (ileo-pouch-anální anastomózu) u Crohnovy nemoci?
32. Jaká je doporučená operace při akutní operaci pro kolitidu při Crohnově nemoci?
33. Jaké jsou vyšetřovací metody PACN?
34. Jaká klasifikace PACN se používá?
35. Jaký je vztah konzervativní a chirurgické léčby u PACN?
36. Jaká je léčba akutních komplikací u PACN?
37. Jaké jsou cíle definitivního ošetření perianálních píštělí?
38. Jaký je význam transsfinkterické drenáže?
39. Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí advancement flapu?
40. Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí ligace intersfinkterického traktu píštěle?
41. Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí kolagenové zátky?
42. Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí fibrinového lepidla?
43. Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí terapie alogenními kmenovými buňkami získanými z tukové tkáně?
44. Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí autologní kmenové buňky získané z tukové tkáně?
45. Jaký typ pracoviště/týmu je potřebný v léčbě píštělí?
46. Jak postupovat u pacientů s pánevní sepsí a komplexní perianální Crohnovou nemocí?
47. Jak postupovat u podezření na malignitu v terénu PACN?

### Pooperační komplikace

48. Jaké jsou rizikové faktory komplikovaného pooperačního hojení a jak postupovat u septických nitrobřišních komplikací?
49. Jaká jsou rizika vzniku syndromu krátkého střeva u CN a jak jim předcházet?

### Pooperační sledování, recidiva Crohnovy nemoci a prevence

50. Jaká forma terapie je doporučena u pacientů s Crohnovou nemocí po operaci?
51. Jaký je doporučený přístup ve volbě techniky při operaci recidivující Crohnovy nemoci?
52. Jaký je doporučený postup při sledování pacientů s dlouhotrvající kolitidou při Crohnově nemoci?

## Ulcerózní kolitida

### Akutní stavy – léčba, indikace k operaci

53. Jaká jsou diagnostická kritéria akutní těžké ulcerózní kolitidy?
54. Jaký je vyšetřovací algoritmus u hospitalizovaných s akutní těžkou ulcerózní kolitidou?
55. Jaký je optimální postup u hospitalizovaných nemocných s ulcerózní kolitidou?
56. Jaká je indikace k operaci u akutní těžké ulcerózní kolitidy?
57. Jaká je indikace k operaci při podezření na střevní perforaci a krvácení?
58. Jaký je preferovaný výkon u akutní indikace k operaci pro ulcerózní kolitidu?
59. Má význam derivační ileostomie u pacientů s refrakterní ulcerózní kolitidou?
60. Jaká je optimální technika ošetření pahýlu rektosigmatu po subtotální kolektomii pro ulcerózní kolitidu?
61. Kde by měli být optimálně nemocní s akutní těžkou ulcerózní kolitidou hospitalizováni a operováni?

### Elektivní indikace k chirurgické léčbě ulcerózní kolitidy

62. Kdy je doporučena elektivní operace pro ulcerózní kolitidu ve vztahu ke konzervativní léčbě?
63. Jak postupovat při stenóze tračnicku u pacientů s ulcerózní kolitidou?
64. Jak postupovat u nemocných s endoskopicky odstranitelnou a neodstranitelnou dysplazií, s dysplazií obklopující viditelnou lézi a u nemocných s adenokarcinomem?
65. Jak postupovat u pacientů s neviditelnou dysplazií multifokální LGD nebo neviditelnou HGD?
66. Jaké jsou indikace k proktotomii u nemocných po subtotální kolektomii?
67. Jak postupovat u nemocných s neklasifikovanou kolitidou indikovaných k operaci?

### Příprava k elektivní operaci – optimalizace

68. Jaká předoperační optimalizace je doporučena u nemocných s ulcerózní kolitidou?
69. Jaký je optimální postup u nemocných léčených kortikoidy, imunosupresivy či biologickou léčbou?
70. Je doporučena antikoagulační léčba u pacientů hospitalizovaných pro ulcerózní kolitidu?

### Typy a techniky elektivních operací

71. Jaká je doporučená operace zachovávající střevní kontinuitu?
72. V kolika dobách se provádí restorativní proktokolektomie?
73. Jaká technika je doporučena při proktotomii?
74. Jaký typ pouče je preferován?
75. Jaká technika IPAA je doporučena?
76. Jaké jsou přijatelné možnosti pro pacienta při indikaci k proktokolektomii?
77. Jako postupovat u nemocných, u kterých nelze provést kontinentní operaci?
78. Jaká poučení nemocných jsou doporučena před proktotomií pro ulcerózní kolitidu?
79. Jaká operace může být zvažena u nemocných s ulcerózní kolitidou šetřící rektum?
80. Z jakých důvodů je preferenčně doporučován laparoskopický přístup?
81. Jaké jsou doporučené techniky při operaci pro karcinom v ulcerózní kolitidě?
82. Jak postupovat při indikaci k radioterapii?

### Komplikace a selhání IPAA

83. Jak postupovat při dehiscenci IPAA?
84. Jaká je frekvence výskytu pouch-vaginálních píštělí a jaký je doporučený terapeutický postup?
85. Jaký je postup při funkčních poruchách pouče?
86. Jaký je výskyt a klasifikace pouchitidy a jaký je doporučený postup při chronické pouchitidě?
87. Co je cuffitis, jaké má příznaky a jaká je doporučena její léčba?
88. Jaká je frekvence stolic po IPAA a kontinence a jak redukovat počet stolic?
89. Jaké jsou neznámé příčiny dysfunkce pouče?
90. Jak postupovat při selhání funkce pouče a jaké jsou výsledky opakovaného provedení IPAA?

### Pooperační sledování

91. Jak se mají sledovat nemocní po operaci pro ulcerózní kolitidu?

### Pooperační sledování

92. Jaké jsou doporučené podmínky chirurgické péče o nemocné s ulcerózní kolitidou?

### Podmínky péče o chirurgické nemocné s UC

93. Jaká je morbidita a mortalita u urgentních operacích pro ulcerózní kolitidu a jak ji lze redukovat?

## Doporučení pro praxi – personální a materiální vybavení

### Požadavky na pracoviště a hodnocení výsledků péče

94. Jaké jsou požadavky na pracoviště, ve kterém jsou rutinně operováni pacienti s IBD?
95. Závisejí výsledky chirurgické léčby IBD pacientů na objemu poskytované péče?
96. Je nutná centralizace péče při restorativní proktokolektomii?
97. Jaké jsou požadavky na IBD chirurga?
98. Je nutné pravidelné auditování výsledků chirurgické péče u pacientů s IBD?

## Doporučení

<b>CROHNOVA NEMOC</b> .....	<b>7</b>
AKUTNÍ STAVY .....	7
<i>Léčba sepse</i> .....	7
<i>Volná perforace</i> .....	7
<i>Akutní obstrukce (ileózní stav)</i> .....	7
<i>Akutní těžká kolitida</i> .....	8
<i>Krvácení</i> .....	8
<i>Apendix a apendicitida</i> .....	8
ELEKTIVNÍ INDIKACE K OPERACI .....	8
<i>Crohnova nemoc rezistentní ke konzervativní léčbě</i> .....	8
<i>Stenózy, striktury</i> .....	9
<i>Abdominální píštěle</i> .....	9
<i>Dysplastické změny, malignita</i> .....	9
CHIRURGICKÉ POSTUPY PODLE ANATOMICKÉ LOKALIZACE .....	10
<i>Horní GIT</i> .....	10
<i>Tenké střevo a ileocékální oblast</i> .....	10
<i>Tlusté střevo</i> .....	13
<i>Perianální Crohnova choroba (PACN)</i> .....	14
<i>Maligní transformace a PACN</i> .....	17
POOPERAČNÍ KOMPLIKACE .....	17
POOPERAČNÍ SLEDOVÁNÍ, RECIDIVA CROHNOVY NEMOCI A PREVENCE.....	18
<b>ULCERÓZNÍ KOLITIDA</b> .....	<b>18</b>
AKUTNÍ STAVY – LÉČBA, INDIKACE K OPERACI .....	18
<i>Akutní těžká ulcerózní kolitida</i> .....	18
<i>Perforace tračniku a krvácení u pacientů s UC</i> .....	19
<i>Typy a technika akutních operací</i> .....	19
ELEKTIVNÍ INDIKACE K CHIRURGICKÉ LÉČBĚ UC .....	20
<i>UC refrakterní ke konzervativní léčbě</i> .....	20
<i>Premaligní stavy a malignity</i> .....	20
PŘÍPRAVA K ELEKTIVNÍ OPERACI – OPTIMALIZACE .....	22
TYPY A TECHNIKY ELEKTIVNÍCH OPERACÍ .....	22
<i>Speciální situace</i> .....	24
KOMPLIKACE A SELHÁNÍ IPAA .....	25
POOPERAČNÍ SLEDOVÁNÍ .....	27
PODMÍNKY PÉČE O CHIRURGICKÉ NEMOCNÉ S UC .....	28
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI – PERSONÁLNÍ A MATERIÁLNÍ VYBAVENÍ</b> .....	<b>28</b>
POŽADAVKY NA PRACOVIŠTĚ A HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PÉČE .....	28

## Crohnova nemoc

### Akutní stavy

#### Léčba sepse

#### Klinická otázka 1:

Jaký je optimální postup při projevech nitrobršňní sepse?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Abdominální operaci pro Crohnovu nemoc by měla předcházet léčba nitrobršňních septických projevů.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

#### Klinická otázka 2:

Jak postupovat při penetrující Crohnově nemoci komplikované abscesem?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s penetrující Crohnovou nemocí komplikovanou abscesem mají být léčeni antibiotiky s drenáží, nebo bez ní a následnou odloženou elektivní resekci nebo medikamentózní léčbou podle klinické situace a preference pacienta.	B	2	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

#### Volná perforace

#### Klinická otázka 3:

Jak postupovat při střevní perforaci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s volnou perforací by měli podstoupit resekci postiženého segmentu střeva s perforací.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

#### Akutní obstrukce (ileózní stav)

#### Klinická otázka 4:

Jak postupovat při akutní střevní obstrukci?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U dospělých pacientů s Crohnovou nemocí komplikovanou obstrukcí tenkého střeva bez známek střevní ischemie nebo peritonitidy je preferována primárně konzervativní léčba a odložená operace.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

## Akutní těžká kolitida

### Klinická otázka 5:

Jaký je optimální postup u akutní těžké kolitidy nereagující na konzervativní léčbu s hrozící či skutečnou střevní perforací?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s těžkou akutní kolitidou, kteří adekvátně nereagují na medikamentózní léčbu nebo mají příznaky hrozící či proběhlé perforace, by měli podstoupit operaci.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

Poznámka: CT vyšetření je vhodné k posouzení komplikace (hrozící perforace, perforace). Pro léčbu antibiotiky neexistují kvalitní vědecké důkazy, přesto se v běžné klinické praxi používají.

## Krvácení

### Klinická otázka 6:

Jak postupovat při akutním krvácení do gastrointestinálního traktu?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Kardiopulmonálně stabilní pacienti s krvácením do gastrointestinálního traktu by měli být vyšetřeni a léčeni endoskopickými a/nebo intervenčními radiologickými technikami. Nestabilní pacienti, které se nedaří stabilizovat, by měli podstoupit operaci (explorativní laparotomii).	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

## Apendix a apendicitida

### Klinická otázka 7:

Jaký je optimální postup u předoperační diagnózy apendicitidy a peroperačním nálezem terminální ileitidy?

Doporučení/Prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
U pacientů s předoperační diagnózou akutní apendicitidy a peroperačním nálezem terminální ileitidy bez apendicitidy je obvykle doporučena prostá explorace. Následuje konzervativní léčba. Akutní ileocékální resekce je přípustná, je-li bezpečná.	DDP	

Zdroj doporučení: ČGS a Sekce IBD chirurgie ČCHS: Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty, část 1, 2 a 3, 2015, 2016

## Elektivní indikace k operaci

### Crohnova nemoc rezistentní ke konzervativní léčbě

### Klinická otázka 8:

Kdy je doporučeno indikovat k operaci nemocného konzervativně léčeného?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů, kteří adekvátně neodpovídají na medikamentózní léčbu, u kterých dojde ke komplikaci nebo kteří konzervativní léčbu nedodrží, by měla být zvážena operace.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020



## Stenózy, striktury

### Klinická otázka 9:

Kdy je indikována operace u nemocných se stenózou tenkého střeva či stenózou v anastomóze?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Operace je indikována u pacientů se symptomatickou stenózou tenkého střeva nebo anastomotickou strikturou, které nejsou vhodné ke konzervativní léčbě a/nebo endoskopické dilataci.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 10:

Jaká je indikace k endoskopické dilataci stenózy?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Endoskopická dilatace by měla být zvážena u pacientů s krátkou nezápřetržitou symptomatickou stenózou tenkého střeva nebo u anastomózy.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 11:

Jak postupovat při stenóze tračníku?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů se stenózou tlustého střeva, kterou nelze adekvátně endoskopicky vyšetřit, by měla být zvážena resekce.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

## Abdominální píštěle

### Klinická otázka 12:

Jak postupovat u nemocných se střevními píštělemi?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti se střevními píštělemi perzistujícími při optimální konzervativní léčbě by měli být indikováni k operaci.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

## Dysplastické změny, malignita

### Klinická otázka 13:

Jak postupovat při nálezů dysplastických změn v tračníku?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s viditelnou dysplazií, která je endoskopicky kompletně odstraněna, by měli podstoupit endoskopické sledování. Provedení subtotální kolektomie nebo proktokolektomie je indikováno, když není možné dysplazii endoskopicky odstranit nebo se dysplastické změny vyskytují i v okolní ploché sliznici nebo je postižení multifokální, či je diagnostikován kolorektální karcinom.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑
U pacientů, u nichž byla při kolonoskopii s vysokým rozlišením nebo chromoendoskopií zjištěna neviditelná dysplazie nízkého nebo vysokého	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

stupně (low-, high grade), je doporučeno provedení subtotalní kolektomie nebo proktokolektomie.

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

Poznámka: Relativní riziko vzniku kolorektálního karcinomu u CN je oproti populaci bez IBD 2,5krát vyšší a při zánětu tračníku narůstá na 4–10násobek dle rozsahu postižení. Riziko se zvyšuje s délkou trvání nemoci, rodinnou anamnézou kolorektálního karcinomu a s diagnózou primární sklerotizující cholangitidy.

## Chirurgické postupy podle anatomické lokalizace

### Horní GIT

#### Klinická otázka 14:

Jaké postupy jsou doporučeny u Crohnovy nemoci žaludku a dvanáctníku?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U primární Crohnovy nemoci dvanáctníku je iniciálně preferována konzervativní léčba. Operační řešení je nutné jen zřídka.	III	B	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů s postižením žaludku nebo dvanáctníku, kteří jsou symptomatičtí i při optimální medikamentózní léčbě, by měla být zvážena endoskopická dilatace, bypassová operace nebo strikturoplastika.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Tenké střevo a ileocékální oblast

#### Klinická otázka 15:

Jaké postupy jsou doporučeny u Crohnovy nemoci v tenkém střevě a ileokolické oblasti?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s medikamentózně refrakterním onemocněním izolovaným na jejunum, ileum nebo ileokolickou oblast bez existujícího nebo předpokládaného syndromu krátkého střeva by měli podstoupit eskalaci medikamentózní léčby nebo resekci postiženého střeva, ideálně na základě konsenzu multidisciplinárního týmu. U operovaných pacientů s multisegmentálním postižením by měla být vždy zvážena strikturoplastika.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

#### Klinická otázka 16:

Kdy je laparoskopická resekce v ileocékální oblasti alternativou zahájení léčby infliximabem?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Laparoskopická resekce je u pacientů s nestenozujícím postižením krátkého segmentu v ileocékální oblasti (< 40 cm terminálního ilea) rozumnou alternativou k zahájení léčby infliximabem.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

Poznámka: Chirurgická technika by měla být u každého jednotlivého postižení tenkého střeva volena specificky s ohledem na její délku, lokalizaci a charakteristiku.

### Klinická otázka 17:

Jaký je doporučený rozsah resekce tenkého střeva?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
V současné době je doporučeno preferovat minimální délku resekovaného nepostiženého okraje tenkého střeva před radikální rozšířenou resekci.	I	A	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 18:

Jaký je doporučený rozsah resekce mezenteria?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Rozsah excise mezenteria při resekci pro Crohnovu nemoc zůstává kontroverzní.	C	2	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 19:

Kdy je indikováno provedení strikturoplastiky a jaký typ podle délky střevního postižení?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Strikturoplastika by měla být považována za techniku první volby, pokud jsou přítomny vícečetné stenózy a je obava o zachování délky střeva.	III	GP	DDP	
Dlouhé stenózy (> 20 cm) nebo mnohočetné stenózy postihující krátký úsek tenkého střeva mohou být vhodné pro délku střeva šetřící techniky, jako jsou Finneyho nebo Michelassiho strikturoplastika.	III	C	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 20:

Kdy je indikována operace u fistulující Crohnovy nemoci a jakým způsobem ji provést?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Časná ileocékální resekce je indikována u předoperačně optimalizovaných nemocných se střevními píštělemi, kteří jsou symptomatictí, trpí obstrukčními příznaky z asociovaných stenóz nebo u nemocných, u kterých nebylo dosaženo mukózního zhojení při optimální konzervativní léčbě.	IV	GP	DDP	
Při operaci pacienta s enterálními píštělemi je doporučena resekce primárně postiženého úseku střeva a zachování cílového orgánu, pokud je to možné.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 21:

Jaká rekonstrukce je doporučena po ileocékální resekci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Rekonstrukce po ileocékální resekci se provádí pomocí ručně šité nebo staplerové anastomózy side-to-side, side-to-end nebo end-to-end dle preferencí a zkušeností chirurga.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

## Klinická otázka 22:

Lze provést primární anastomózu u nemocných léčených biologickou léčbou?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Primární anastomózu lze bezpečně provést při současné terapii anti-TNF protilátkami, vedolizumabem nebo ustekinumabem, pokud byly zohledněny ostatní rizikové faktory.	Anti-TNF 3 Vedolizumab 4 Ustekinumab 4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

## Klinická otázka 23:

Jak postupovat při ileocékálním postižení u pacienta s více rizikovými faktory?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Při ileocékální (ileokolické) resekci pro Crohnovu nemoc u pacienta s více rizikovými faktory by měla být zvážena ileostomie.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

## Klinická otázka 24:

Jaký je doporučený postup (jak postupovat) při podezřelé lézi či vředu tenkého střeva?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U každé suspektní léze či vředu v tenkém střevě je indikováno bioptické vyšetření; pokud toto není možné, je třeba provést střevní resekci.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

## Klinická otázka 25:

Jak postupovat při nálezů lokalizovaného karcinomu tenkého střeva?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Při nálezů lokalizovaného karcinomu tenkého střeva je doporučeno provedení radikální resekce s odstraněním přilehlého mezenteria, při karcinomu distálního ilea je doporučena pravostranná hemikolektomie a u maligních lézí duodena pankreatoduodenektomie.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO-ESCP (The European Crohn's and Colitis Organisation – European Society of Colo-Proctology): Consensus on Surgery for Crohn's Disease, 2018

## Klinická otázka 26:

Jaký je doporučený přístup při operacích pro Crohnovu nemoc?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Laparoskopie by měla být preferovaným chirurgickým přístupem i při Crohnově nemoci v závislosti na odborné zkušenosti chirurga.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

## Trusté střevo

### Klinická otázka 27:

Jaký je doporučený rozsah resekce u pacientů s postižením tračnicku?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s Crohnovou nemocí tlustého střeva šetřící rektum, kteří jsou indikováni k plánované operaci, by měli podstoupit segmentální resekci v případě onemocnění jednoho segmentu, nebo subtotální kolektomie v případě rozsáhlejšího onemocnění.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 28:

Jaká je preferovaná operace při postižení konečníku indikovaného k operaci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů s Crohnovou nemocí podstupujících elektivní operaci pro postižení konečníku je doporučeno provedení proktokolektomie s terminální ileostomií nebo proktektomie s terminální kolostomií.	C	1	⊕⊖⊖⊖⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 29:

Jaké jsou vhodné techniky při proktektomii pro Crohnovu nemoc?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Těsná perirektální disekce, intersfinkterická excize a omentální interpozice mohou pomoci minimalizovat riziko pánevní sepse, komplikovaného hojení perinea a sexuálních dysfunkcí po proktektomii. Individuální volba přístupu a správné technické provedení jsou nezbytné.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 30:

Jaký je význam derivační stomie u kolitidy při Crohnově nemoci?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Derivační stomie u neakutní refrakterní kolitidy u pacientů s Crohnovou nemocí může oddálit nutnost kolektomie nebo jí i předejít.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 31:

Kdy je možné doporučit IPAA (ileo-pouch-anální anastomózu) u Crohnovy nemoci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Vybraným pacientům s Crohnovou nemocí, bez postižení perinea a tenkého střeva, lze nabídnout restorativní proktokolektomii s IPAA (ileo-pouch-anální anastomózu), s vědomím vyššího rizika selhání pouche.	C	2	⊕⊖⊖⊖⊖	↑?

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 32:

Jaká je doporučená operace při akutní operaci pro kolitidu při Crohnově nemoci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Metodou volby při akutní operaci pro kolitidu při Crohnově nemoci je subtotální kolektomie s terminální ileostomií.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Perianální Crohnova choroba (PACN)

### Klinická otázka 33:

Jaké jsou vyšetřovací metody PACN?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Kontrastní magnetická rezonance (MR) pánve je považována za iniciační vyšetření pro posouzení fistulující PACN.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Pokud není přítomna stenóza rekta, je vhodnou alternativou transrektální ultrazvuk (transrectal ultrasound, TRUS).	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Specifická a senzitivita obou zobrazovacích metod se zvyšuje, pokud se kombinují s vyšetřením v celkové anestezii (examination under anaesthetic, EUA).	1	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Fistulografie se nedoporučuje.	3	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↓↓
Pokud je zjištěna perianální píštěl, považuje se EUA v rukou zkušeného chirurga za zlatý standard.	5	Neurčeno	DDP	
Vzhledem k tomu, že přítomnost souběžné aktivity onemocnění v rektosigmatu má prognostický a terapeutický význam, měla by být v rámci iniciačního hodnocení PACN rutinně provedena flexibilní sigmoidoskopie.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO-ESCP (The European Crohn's and Colitis Organisation – European Society of Colo-Proctology): Consensus on Surgery for Crohn's Disease, 2018

### Klinická otázka 34:

Jaká klasifikace PACN se používá?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Na volbě klasifikace PACN neexistuje shoda. V klinické praxi většina odborníků používá dělení na „jednoduché“ a „komplexní“ píštěle.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO-ESCP (The European Crohn's and Colitis Organisation – European Society of Colo-Proctology): Consensus on Surgery for Crohn's Disease, 2018

### Klinická otázka 35:

Jaký je vztah konzervativní a chirurgické léčby u PACN?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Neexistuje žádná dokončená prospektivní randomizovaná studie, která by přímo srovnávala medikamentózní, chirurgickou nebo kombinovanou léčbu komplexní fistulující PACN. Výsledky observačních studií podporují kombinovaný medikamentózní/chirurgický přístup se zaměřením na kontrolu sepse a aktivity lumenální choroby.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 36:

Jaká je léčba akutních komplikací u PACN?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Léčba akutních infekčních komplikací PACN má dva základní cíle: adekvátní drenáž a minimalizaci poškození tkáně.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 37:

Jaké jsou cíle definitivního ošetření perianálních píštělí?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Definitivní chirurgická léčba perianálních píštělí při Crohnově nemoci by měla upřednostňovat sfinkter šetřící techniky, a tím minimalizovat riziko inkontinence.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 38:

Jaký je význam transsfinkterické drenáže?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Transsfinkterická drenáž (samotná) může vést k přijatelné kontrole symptomů a může být optimálním definitivním řešením pro určitou skupinu pacientů.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 39:

Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí advancement flapu?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Advancement flap (slizniční posuvný lalok) je terapeutickou možností pro pacienty s Crohnovou nemocí a komplexními perianálními píštělemi.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 40:

Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí ligace intersfinkterického traktu píštěle?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Ligace intersfinkterického traktu píštěle (LIFT) je další možností léčby pacientů s komplexní píštělí při perianální Crohnově nemoci.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 41:

Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí kolagenové zátky?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Kolagenové zátky (Anal fistula plugs – AFP) by neměly být rutinně používány při eradikaci píštělí u pacientů s perianální Crohnovou nemocí, protože jejich účinnost je srovnatelná s prostým odstraněním drénu.	3	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↓↓

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 42:

Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí fibrinového lepidla?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Fibrinové lepidlo by mohlo být potenciální alternativou léčby komplexních píštělí při perianální Crohnově nemoci s limitovanou efektivitou.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 43:

Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí terapie alogenními kmenovými buňkami získanými z tukové tkáně?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Terapie alogenními kmenovými buňkami získanými z tukové tkáně (ADSCs) by mohla být účinnou a bezpečnou metodou léčby komplexních píštělí u pacientů s perianální Crohnovou nemocí.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 44:

Jaká je efektivita eradikace píštělí pomocí autologní kmenové buňky získané z tukové tkáně?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Autologní kmenové buňky získané z tukové tkáně (ADSCs) by mohly mít u pacientů s komplexními píštělemi při perianální Crohnově nemoci pozitivní efekt. Léčba je dobře tolerována a je bezpečná.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 45:

Jaký typ pracoviště/týmu je potřebný v léčbě píštělí?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Anogenitální a rektogenitální píštěle jsou u pacientů s Crohnovou nemocí komplexním onemocněním a jsou méně časté, proto by měly být léčeny pouze zkušeným multidisciplinárním týmem na specializovaném pracovišti.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020

### Klinická otázka 46:

Jak postupovat u pacientů s pánevní sepsí a komplexní perianální Crohnovou nemocí?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů s pánevní sepsí a komplexní PACN nereagující na konzervativní a chirurgickou léčbu je doporučeno provedení derivační stomie. Zhojení píštělí a možnost uzavření stomie jsou však limitované.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment, 2020



## Maligní transformace a PACN

### Klinická otázka 47:

Jak postupovat u podezření na malignitu v terénu PACN?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Maligní transformace je u PACN vzácná. Klinické příznaky, endoskopický nález nebo zobrazovací vyšetření mají nízkou senzitivitu. Indikováno je vyšetření v celkové anestezii s biopsií podezřelých oblastí.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?
Chirurgická léčba by měla být v souladu s onkochirurgickými principy.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO-ESCP (The European Crohn's and Colitis Organisation – European Society of Colo-Proctology): Consensus on Surgery for Crohn's Disease, 2018

## Pooperační komplikace

### Klinická otázka 48:

Jaké jsou rizikové faktory komplikovaného pooperačního hojení a jak postupovat u septických nitrobřišních komplikací?

Doporučení/Prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Pacienti s Crohnovou nemocí jsou ve vyšším riziku pooperačních komplikací. Nejzávažnějším rizikovým faktorem je předoperační stav výživy. Riziko komplikovaného hojení zvyšuje předchozí komplikovaný průběh Crohnovy nemoci, opakované relapsy, přítomnost abscesu, píštěle a abúzus kortikoidů. Přítomnost jednoho či více rizikových faktorů by měla vést ke zvážení střevní derivace s primární anastomózou, či bez ní.	DDP	
Septická nitrobřišní komplikace po střevní resekci pro Crohnovu chorobu vyžaduje radikální přístup s časnou dekonexí anastomózy a střevní derivací.	DDP	

Zdroj doporučení: ČGS a Sekce IBD chirurgie ČCHS: Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty, část 1, 2 a 3, 2015, 2016

### Klinická otázka 49:

Jaká jsou rizika vzniku syndromu krátkého střeva u CN a jak jim předcházet?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Nejčastějšími příčinami syndromu krátkého střeva jsou opakované střevní resekce, reoperace pro pooperační komplikace a extenzivní postižení tenkého střeva. Předoperační optimalizace, redukce pooperačních komplikací a střevo šetřící taktika snižují riziko syndromu krátkého střeva.	3–4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕– ⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO-ESCP (The European Crohn's and Colitis Organisation – European Society of Colo-Proctology): Consensus on Surgery for Crohn's Disease, 2018

## Pooperační sledování, recidiva Crohnovy nemoci a prevence

### Klinická otázka 50:

Jaká forma terapie je doporučena u pacientů s Crohnovou nemocí po operaci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů s Crohnovou nemocí by mělo být po operaci zvaženo nasazení medikamentózní terapie k léčbě reziduálního aktivního onemocnění nebo k udržení operací navozené remise.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

### Klinická otázka 51:

Jaký je doporučený přístup ve volbě techniky při operaci recidivující Crohnovy nemoci?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Laparoskopický přístup při operaci recidivující Crohnovy nemoci může být pro pacienta přínosný, pokud operaci provádí zkušený specialista. Časná indikace ke konverzi je nezbytnou podmínkou.	III	B	⊕⊖⊖⊖	↑?
Volba techniky konstrukce anastomózy po resekci pro recidivující Crohnovu nemoc je preferencí chirurga.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 52:

Jaký je doporučený postup při sledování pacientů s dlouhotrvající kolitidou při Crohnově nemoci?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s dlouhotrvající kolitidou při Crohnově nemoci postihující alespoň jednu třetinu tlustého střeva nebo více než jeden segment by měli v pravidelných intervalech podstupovat endoskopické sledování.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease, 2020

## Ulcerózní kolitida

### Akutní stavy – léčba, indikace k operaci

#### Akutní těžká ulcerózní kolitida

### Klinická otázka 53:

Jaká jsou diagnostická kritéria akutní těžké ulcerózní kolitidy?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s ≥ 6 krvavými průjmy denně a jakýmkoliv známkami systémové toxicity (tachykardie > 90 bpm, horečka > 37,8 °C, hemoglobin < 10,5 g/dl nebo ESR > 30 mm/h) (Truelove a Witts kritéria) trpí dle definice akutní těžkou ulcerózní kolitidou a měli by být neprodleně hospitalizováni.	4	Neurčeno	⊕⊖⊖⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 54:

Jaký je vyšetřovací algoritmus u hospitalizovaných s akutní těžkou ulcerózní kolitidou?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů hospitalizovaných s akutní těžkou ulcerózní kolitidou by se kromě pravidelného sledování hladin C-reaktivního proteinu a sérového albuminu měly denně monitorovat hodnoty krevního obrazu, elektrolytů a jaterní funkce. Kultivace ze stolice při přijetí je nezbytná k vyloučení infekčních příčin kolitidy. Šetrná flexibilní sigmoideoskopie bez přípravy střeva a s minimální insuflací by měla být provedena zkušeným endoskopistou. Nativní snímek břicha umožňuje posoudit míru dilatace střeva.	III	C	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ACPGIBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 55:

Jaký je optimální postup u hospitalizovaných nemocných s ulcerózní kolitidou?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U hospitalizovaných pacientů se středně těžkou až těžkou ulcerózní kolitidou by měl být optimální postup veden multidisciplinárně, včetně eskalace medikamentózní léčby a časných chirurgických konzultací.	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

### Klinická otázka 56:

Jaká je indikace k operaci u akutní těžké ulcerózní kolitidy?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s těžkou refrakterní ulcerózní kolitidou, fulminantní kolitidou, toxickým megakolonem nebo perforací tlustého střeva jsou indikováni k operaci (subtotální kolektomie s terminální ileostomií).	C	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

### Perforace tračníku a krvácení u pacientů s UC

### Klinická otázka 57:

Jaká je indikace k operaci při podezření na střevní perforaci a krvácení?

Doporučení/Prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Perforace střeva či podezření na ni, masivní krvácení z tlustého střeva a orgánové selhání jsou absolutní indikací k urgentní operaci. Optimální operace je subtotální kolektomie a terminální ileostomie.	DDP	

Zdroj doporučení: ČGS a Sekce IBD chirurgie ČCHS: Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty, část 1, 2 a 3, 2015, 2016

### Typy a technika akutních operací

### Klinická otázka 58:

Jaký je preferovaný výkon u akutní indikace k operaci pro ulcerózní kolitidu?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů s ulcerózní kolitidou indikovaných k akutní operaci je výkonem první volby subtotální kolektomie s terminální ileostomií.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, 2014

### Klinická otázka 59:

Má význam derivační ileostomie u pacientů s refrakterní ulcerózní kolitidou?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Provedením „záchranné“ derivační ileostomie u pacientů se zhoršující se akutní těžkou ulcerózní kolitidou je možné v některých případech předejít akutní subtotální kolektomii.	C	2	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

### Klinická otázka 60:

Jaká je optimální technika ošetření pahýlu rektosigmatu po subtotální kolektomii pro ulcerózní kolitidu?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Optimální technika ošetření pahýlu rektosigmatu není jasná. Výsledky podporující mukózní píštěl, primární uzávěr nebo umístění pahýlu do podkoží zůstávají rozporuplné.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↓?

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 61:

Kde by měli být optimálně nemocní s akutní těžkou ulcerózní kolitidou hospitalizováni a operováni?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Vzhledem k vysoké mortalitě po subtotální kolektomii provedené na pracovišti s nízkými objemy těchto operací by mělo být zváženo včasné přeložení pacienta s akutní těžkou ulcerózní kolitidou do center s vysokým počtem ošetřených nemocných.	II	A	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

## Elektivní indikace k chirurgické léčbě UC

### UC refrakterní ke konzervativní léčbě

### Klinická otázka 62:

Kdy je doporučena elektivní operace pro ulcerózní kolitidu ve vztahu ke konzervativní léčbě?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Chirurgická léčba je indikována u pacientů s chronickou ulcerózní kolitidou, u kterých selhala medikamentózní léčba.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, 2014

### Premaligní stavy a malignity

### Klinická otázka 63:

Jak postupovat při stenóze tračnicku u nemocných s ulcerózní kolitidou?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s ulcerózní kolitidou, u kterých se vyvine stenóza tračnicku, zejména při dlouho trvající nemoci, mají podstoupit operaci.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, 2014

### Klinická otázka 64:

**Jak postupovat u nemocných s endoskopicky odstranitelnou a neodstranitelnou dysplazií, s dysplazií obklopující viditelnou lézí a u nemocných s adenokarcinomem?**

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s viditelnou polypoidní nebo nepolypoidní dysplazií, která je endoskopicky kompletně odstraněna, by měli podstoupit endoskopický follow-up. Pacienti s viditelnou dysplazií, kterou nelze endoskopicky odstranit, pacienti s neviditelnou plochou dysplazií obklopující viditelnou dysplastickou lézí nebo pacienti s kolorektálním adenokarcinomem by měli podstoupit proktokolektomii s, či bez IPAA.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

### Klinická otázka 65:

**Jak postupovat u pacientů s neviditelnou dysplazií multifokální LGD nebo neviditelnou HGD?**

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s neviditelnou dysplazií by měli být odesláni ke zkušenému endoskopistovi k provedení endoskopie (během 3–6 měsíců) s vysokým rozlišením a chromoendoskopií s cílenou a opakovanou necílenou biopsií. U pacientů, u nichž se potvrdí neviditelná multifokální LGD nebo jakákoli neviditelná HGD, by měla být zvážena proktokolektomie.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

### Klinická otázka 66:

**Jaké jsou indikace k proktektomii u nemocných po subtotální kolektomii?**

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Indikace k dokončení proktektomie u pacientů s ulcerózní kolitidou po subtotální kolektomii zahrnují přetrvávající symptomatickou aktivitu v pahýlu rekta a prevenci vzniku malignity. Dysplazie v pahýlu rekta u IBD je jednoznačnou indikací k časně proktektomii. U pacientů s primární sklerotizující cholangitidou (PSC) nebo dysplazií přítomnou v původním preparátu z kolektomie je vysoké riziko vzniku malignity v ponechaném pahýlu rekta.	II	B	⊕⊕⊕⊖	↑?

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 67:

**Jak postupovat u nemocných s neklasifikovanou kolitidou indikovaných k operaci?**

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s neklasifikovanou kolitidou jsou potenciálními kandidáty proktokolektomie a IPAA. Doporučuje se však provést v první fázi subtotální kolektomii s ileostomií, aby bylo možné histologické zhodnocení typu kolitidy. Dokončení proktektomie s IPAA po předchozí subtotální kolektomii je standardem u pacientů s ulcerózní kolitidou. Stejný výkon může být zvážen i u vybraných pacientů s CN, kteří by ale měli být vždy informováni o vyšší frekvenci selhání pouche.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Příprava k elektivní operaci – optimalizace

### Klinická otázka 68:

Jaká předoperační optimalizace je doporučena u nemocných s ulcerózní kolitidou?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Optimalizace nutričního stavu je před operací doporučena.	5	Neurčeno	DDP	
Neexistují žádné důkazy, které by podporovaly rutinní enterální nebo parenterální výživu za účelem zlepšení výsledků chirurgické léčby u pacientů s ulcerózní kolitidou.	5	Neurčeno	DDP	
Při hypochromní anémii je doporučena suplementace železa.	1	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022

### Klinická otázka 69:

Jaký je optimální postup u nemocných léčených kortikoidy, imunosupresivy či biologickou léčbou?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti užívající > 20 mg prednisolonu po dobu > 6 týdnů mají vyšší riziko pooperačních komplikací. Před restorativní proktotomií nebo proktokolektomií by měly být steroidy vysazeny. Operace by měla být odložena, pokud to není možné.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Předoperační podávání thiopurinů nebo cyklosporinu nezvyšuje riziko pooperačních komplikací.	3	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Pacienti užívající biologika by mohli mít zvýšené riziko vzniku časných a pozdních komplikací po IPAA. Za těchto okolností by měl být zvážěn dvou, třídobý či modifikovaný dvoudobý postup s odloženou konstrukcí pouče.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022

### Klinická otázka 70:

Je doporučena antikoagulační léčba u pacientů hospitalizovaných pro ulcerózní kolitidu?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Profylaktická antikoagulační léčba během hospitalizace u dospělých pacientů s aktivní ulcerózní kolitidou se doporučuje s ohledem na vysoké riziko tromboembolické nemoci.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022

## Typy a techniky elektivních operací

### Klinická otázka 71:

Jaká je doporučená operace zachovávající střevní kontinuitu?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacientům indikovaným k proktokolektomii, kteří se chtějí vyhnout trvalé stomii, by měl být nabídnut restorativní výkon – IPAA. Pečlivé poučení pacienta o výhodách, nevýhodách a alternativách IPAA je nezbytné.	II-IV	B	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

## Klinická otázka 72:

V kolika dobách se provádí restorativní proktokolektomie?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů s ulcerózní kolitidou podstupujících restorativní proktokolektomii s IPAA je většinou preferován dvoudobý, třídobý nebo modifikovaný dvoudobý postup.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

## Klinická otázka 73:

Jaká technika je doporučena při proktokolektomii?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Při absenci dysplazie nebo karcinomu rekta lze provést neonekologickou, těsnou, resekci rekta. Anterolaterální resekce posteriorně od Denonvillierovy fascie může přispět k zachování autonomních nervů, a tím minimalizovat riziko urogenitálních komplikací.	4	Neurčeno	⊕⊖⊖⊖	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Klinická otázka 74:

Jaký typ pouče je preferován?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
J-pouch je standardem při IPAA pro technicky jednoduchou konstrukci a dobré dlouhodobé funkční výsledky.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Klinická otázka 75:

Jaká technika IPAA je doporučena?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Při konstrukci IPAA je preferována staplerová anastomóza vzhledem k nižšímu výskytu noční inkontinence. Délka ponechané části rekta (cuff) by však měla být do 2 cm, kvůli riziku vzniku zánětu a/nebo dysplazie.	3	Neurčeno	⊕⊕⊖⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Klinická otázka 76:

Jaké jsou přijatelné možnosti pro pacienta při indikaci k proktokolektomii?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Proktokolektomie s IPAA s terminální ileostomií nebo kontinentní ileostomií jsou přijatelné možnosti pro pacienty s ulcerózní kolitidou podstupující elektivní operaci.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

## Klinická otázka 77:

Jako postupovat u nemocných, u kterých nelze provést kontinentní operaci?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacientů, u nichž nelze provést kontinentní operaci, je metodou volby proktokolektomie s trvalou ileostomií. Intersfinkterická perineální disekce může zlepšit hojení perinea.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Klinická otázka 78:

Jaká poučení nemocných jsou doporučena před proktektomií pro ulcerózní kolitidu?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s ulcerózní kolitidou podstupující proktektomii by měli být poučeni o možných dopadech na plodnost, těhotenství, sexuální a močové funkce.	B	1	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

## Klinická otázka 79:

Jaká operace může být zvážena u nemocných s ulcerózní kolitidou šetřící rektum?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U vybraných pacientů s ulcerózní kolitidou šetřící rektum lze zvážit provedení subtotalní kolektomie s ileorektální anastomózou.	B	2	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

## Klinická otázka 80:

Z jakých důvodů je preferenčně doporučován laparoskopický přístup?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Laparoskopický přístup by měl být u pacientů operovaných pro medikamentózně refrakterní ulcerózní kolitidu preferován vzhledem k nižší intra- a pooperační morbiditě, kratší hospitalizaci a rychlejší rekonvalescenci, nižšímu riziku adhezí a pooperačních hernií, lepší fertilitě u žen a lepšímu kosmetickému efektu.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment, 2022

## Speciální situace

### Klinická otázka 81:

Jaké jsou doporučené techniky při operaci pro karcinom v ulcerózní kolitidě?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Doporučenou operací v případě dysplazie/karcinomu je proktokolektomie s IPAA provedená dle onkochirurgických principů.	5	Neurčeno	DDP	
Tlusté střevo a konečník by měly být odstraněny včetně lymfatických uzlin ve všech částech tlustého střeva kvůli vysokému riziku synchronních nádorů a riziku podhodnocení nálezu při stagingovém vyšetření.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?
Neexistují žádné důkazy potvrzující přínos mukozektomie a ručně šité anastomózy ve srovnání se staplerovou IPAA.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑
U vybraných pacientů lze zvážit provedení subtotalní kolektomie s ileorektální anastomózou.	5	Neurčeno	DDP	



Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 82:

Jak postupovat při indikaci k radioterapii?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pokud je nutná radioterapie u pacientů s karcinomem rekta, měla by být vždy provedena neoadjuvantně.	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Komplikace a selhání IPAA

### Klinická otázka 83:

Jak postupovat při dehiscenci IPAA?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Při dehiscenci IPAA je obvykle nutná střevní derivace, pokud nebyla provedena během primární operace.	5	Neurčeno	DDP	
Presakrální absces lze u IPAA se střevní derivací léčit konzervativně či drenáží (transanální nebo transgluteální) s irigací nebo podtlakovou terapií (endosponge).	4	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 84:

Jaká je frekvence výskytu pouch-vaginálních píštělí a jaký je doporučený terapeutický postup?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pouch-vaginální píštěle se vyskytují až u 10 % pacientek po IPAA a jsou často důsledkem dehiscence anastomózy.	IV	GP	DDP	
Úspěšné léčby pouch-vaginální píštěle lze docílit u méně než 50 % případů a je zpravidla zapotřebí využít a kombinovat různé techniky. Mezi ně patří revize, dekonexe IPAA nebo excize pouche. U pouch-vaginálních píštělí souvisejících s Crohnovou nemocí lze využít biologickou léčbu a chirurgické a lokální chirurgické techniky.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 85:

Jaký je postup při funkčních poruchách pouche?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
U pacienta se špatnou funkcí pouche by mělo být provedeno kompletní vyšetření zahrnující flexibilní pouchoskopii (s biopsií), zobrazovací vyšetření proximálního tenkého střeva a pánve.	III	B	⊕⊕⊕⊕	↑?
Před provedením revize nebo odstraněním pouche je nutné vyčerpat všechny možnosti konzervativní léčby.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 86:

Jaký je výskyt a klasifikace pouchitidy a jaký je doporučený postup při chronické pouchitidě?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Výskyt pouchitidy je častý po IPAA provedené pro ulcerózní kolitidu. Klasifikuje se podle odpovědi na antibiotickou léčbu.	B	1	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s chronickou pouchitidou refrakterní na medikamentózní léčbu by měli být odesláni ke kolorektálnímu chirurgovi ke zvážení trvalé ileostomie s nebo bez odstranění pouche.	4	Neurčeno	⊕⊖⊖⊖	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 87:

Co je cuffitis, jaké má příznaky a jaká je doporučena její léčba?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Zánět reziduální sliznice rekta (cuffitis) může vyvolat příznaky podobné pouchitidě nebo syndromu dráždivého pouche, i když krvácení je v těchto případech častější.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊖	↑↑
Lokální aplikace 5-ASA se jeví jako účinná v léčbě cuffitidy.	4	Neurčeno	⊕⊖⊖⊖	↑?

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 88:

Jaká je frekvence stolic po IPAA a kontinence a jak redukovat počet stolic?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Správně indikovaní pacienti mají po IPAA dobrou kontinenci. Urgence a frekvence stolic se časem zlepšují, může ale přetrvávat špinění, které se objevuje zejména v noci.	III	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Loperamid je účinný lék ke snížení frekvence stolice u pacientů s ileálním pouchem.	1b	Neurčeno	⊕⊕⊕⊕	↑?
Cholestyramin a psyllium mohou rovněž přispět k redukcii frekvence stolic.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 89:

Jaké jsou neznámé příčiny dysfunkce pouche?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Mezi neznámé příčiny dysfunkce pouche patří stenóza IPAA, nedostatečná kapacita pouche, dysfunkce eferentní kličky u S-pouche, dlouhý pahýl rekta a chronická presakrální sepse. Rozhodnutí o vhodné léčbě vyžaduje pečlivé chirurgické zhodnocení.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Klinická otázka 90:

Jak postupovat při selhání funkce pouche a jaké jsou výsledky opakovaného provedení IPAA?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Provedení nové IPAA (redo) je komplexní operace, která může být efektivní při vhodné indikaci. Tento typ operace by měl být prováděn pouze ve specializovaných centrech s velkým objemem operací specializovanými a zkušenými chirurgy a u vysoce motivovaných pacientů.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Výsledky, včetně rizika selhání pouche, frekvence stolic a kontinence, jsou po redo IPAA horší než po iniciační operaci. U pečlivě selektovaných pacientů je však míra spokojenosti vysoká.	III	C	⊕⊖⊖⊖	↑?
Ponechání nefunkčního pouche in situ na přechodnou dobu, nebo dlouhodobě je alternativou odstranění pouche, pokud tato není indikována z jiného důvodu. U pacientů se selháním pouche pro inkontinenci nebo obstrukci je při ponechání pouche větší pravděpodobnost vzniku obtěžujícího výtoku nebo bolestí.	III	C	⊕⊖⊖⊖	↑?

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

## Pooperační sledování

### Klinická otázka 91:

Jak se mají sledovat nemocní po operaci pro UC?

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacient po IPAA by měl být endoskopicky sledován.	C	1	⊕⊖⊖⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

Doporučení/Prohlášení	GRADE 2006		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s viditelnou dysplazií, kterou nelze endoskopicky odstranit, nebo s neviditelnou dysplazií by měli podstoupit medikamentózní léčbu k dosažení zhojení sliznice a měli by být odesláni ke zkušenému endoskopistovi k opakované kolonoskopii s použitím kolonoskopie s vysokým rozlišením a chromoendoskopie s cílenou a opakovanou náhodnou biopsií během 3 až 12 měsíců.	C	1	⊕⊖⊖⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ASCRS: Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Ulcerative Colitis, 2021

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s ponechaným rektém (po kolektomii) by měli být pravidelně sledováni. Frekvence sledování by měla vycházet z délky trvání onemocnění a případné anamnézy kolorektálního karcinomu nebo dysplazie.	III	B	⊕⊖⊖⊖	↑?

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

## Podmínky péče o chirurgické nemocné s UC

### Klinická otázka 92:

Jaké jsou doporučené podmínky chirurgické péče o nemocné s ulcerózní kolitidou?

Doporučení/Prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Chirurgická léčba by měla být poskytována v nemocnicích, kde je dostupná gastroenterologická péče dodržující doporučené postupy pro IBD. Nižší morbidita a mortalita je v nemocnicích s vyšší frekvencí hospitalizací pro IBD. Zkušenost chirurga významně ovlivňuje výsledky chirurgické péče u pacientů s Crohnovou nemocí, a především s ulcerózní kolitidou. Na pracovištích, kde jsou operováni nemocní s IBD, je dále nutná dostupnost: stomické péče, nutriční a metabolické péče, intenzivní péče, zázemí radiologie a komplementu.	DDP	

Zdroj doporučení: ČGS a Sekce IBD chirurgie ČCHS: Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty, část 1, 2 a 3, 2015, 2016

### Klinická otázka 93:

Jaká je morbidita a mortalita u urgentních operacích pro ulcerózní kolitidu a jak ji lze redukovat?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Urgentní subtotalní kolektomie pro ulcerózní kolitidu je zatížena mortalitou 5–8 % a morbiditou 27–51 %.	3	Neurčeno	⊕⊕⊖⊖	↑?
Ve specializovaných centrech s multidisciplinárním přístupem a správným chirurgickým přístupem lze dosáhnout mortality nižší než 1 %.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

## Doporučení pro praxi – personální a materiální vybavení

### Požadavky na pracoviště a hodnocení výsledků péče

#### Klinická otázka 94:

Jaké jsou požadavky na pracoviště, ve kterém jsou rutinně operováni pacienti s IBD?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Chirurgická léčba pacientů s IBD by měla být indikována a prováděna v souladu se závěry multidisciplinárního týmu, který se pravidelně schází na daném pracovišti. Tým zahrnuje gastroenterologa se zaměřením na IBD, kolorektálního chirurga, specializované a stomické sestry, intervenčního radiologa se zaměřením na GIT, patologa, nutricionistu a další odbornosti dle individuální potřeby.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

#### Klinická otázka 95:

Závisejí výsledky chirurgické léčby IBD pacientů na objemu poskytované péče?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Pacienti s IBD operovaní ve velkoobjemových centrech mají zpravidla lepší výsledky. Pracoviště, které nespĺňuje příslušná kritéria, by mělo pacienta vyžadujícího elektivní nebo urgentní chirurgický výkon odeslat do specializovaného centra.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

### Klinická otázka 96:

Je nutná centralizace péče při restorativní proktokolektomii?

Doporučení/Prohlášení	Oxford CEBM		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Jsou důkazy, že ve specializovaných IBD centrech je nižší riziko selhání pouče a větší šance na jeho záchranu v případě komplikace.	2	Neurčeno	⊕⊕⊕⊖	↑↑
Pacienti by k provedení IPAA měli být referováni do center, která provádějí více než 10 takových operací ročně.	5	Neurčeno	DDP	

Zdroj doporučení: ECCO: European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis, 2015

### Klinická otázka 97:

Jaké jsou požadavky na IBD chirurga?

Doporučení/Prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
IBD chirurg by měl být specializován v kolorektální chirurgii a vzdělán v IBD chirurgii se znalostí možností gastroenterologické léčby.	DDP	

Zdroj doporučení: ČGS a Sekce IBD chirurgie ČCHS: Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty, část 1, 2 a 3, 2015, 2016

### Klinická otázka 98:

Je nutné pravidelné auditování výsledků chirurgické péče u pacientů s IBD?

Doporučení/Prohlášení	ACPGBI		GRADE	
	Úroveň	Síla	Úroveň	Síla
Péče o pacienty s IBD by měla zahrnovat i pravidelné auditování krátkodobých a dlouhodobých výsledků chirurgické léčby. Sběr dat by měl probíhat na celonárodní úrovni tak, aby bylo možné srovnávat klíčové ukazatele kvality péče.	IV	GP	DDP	

Zdroj doporučení: ACPGBI: Consensus guidelines in surgery for inflammatory bowel disease, 2018

Kompletní klinický doporučený postup pro chirurgickou léčbu IBD je dostupný [zde](#).