

CERRAHİDE STOMA SORUNU

STOMAL COMPLICATIONS

Dr. Savaş TEZEL, Dr. Cengiz ÖNGEN, Dr. Şükrü TANER
Dr. Mehmet Kürşat BOZKURT, Dr. Yavuz Selim İLHAN, Dr. Seçkin SARI

S.B. Ankara Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA.

ÖZEL: 1987-90 yılları arasında ileostomi ve kolostomi yapılan 33 olgu değerlendirildi. 9 olguda yara enfeksiyonu (%27), 2 olguda minimal stomal kanama (%6), 2 olguda mukozal soyulma (%6), birer olguda ise (%3) stoma darlığı, parastomal herni, apse ve enfeksiyon görüldü. Hiç bir hastada nekroz, gangren, fistül, retraksiyon, prolapsus, ilternal herniasyon ve likiç gözlenmedi. Sonuçta özellikle acil olgularda komplikasyon oranının %80'e çıktığı görüldü. Bu oranı aşağılara indirmek için dikkatli ve bilinçli bir teknik ile pre-peroperatif barsak temizliğinin titizlikle uygulanması gerektiği vurgulandı.

SUMMARY: 33 patients were operated between 1987-90 with ileostomy and colostomy construction were evaluated. Stomal complications in our patients were as follows: Wound infection in 9 patients (%27) minimal stomal hemorrhage in 2 patients (%6), stomal stenosis, parastomal hernia, parastomal abscess formation and parastomal infection each in one patient (%1), mucosal slough in two patients (%6). Major complications such as necrosis, gangrene, fistula formation, retraction, prolapsus and internal herniation were not seen. In emergency cases stomal complication rate was found to reach 80 percent. It was concluded that minimization of this rate could only be possible by strict adherence to the rules of preoperative and peroperative intestinal preparation and by careful and experienced surgery.

İleostomi ve kolostomi yapılması zorunlu olan, hasta tarafından güç kabul edilen ve komplikasyonu oldukça yüksek olan bir ameliyat türüdür. Bu nedenle cerrahi teknik sırasıyla ve özenle uygulanmalı, başarı ile komplikasyonlar arasındaki farkı oluşturan en küçük ayrıntılara dahi titizlikle riayet edilmelidir.

İleostomi yapıp primer kapatılan hastada gelişen generalize peritonit ve GIS kanaması nedeniyle, ikincisi multipl tifo perforasyonlarına bağlı generalize peritonit ve septik şoka bağlı idi.

MATERYAL VE METOD

SB Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde 1987-90 yılları arasında çeşitli nedenlere bağlı olarak ileostomi ve kolostomi yapılan 33 olgu değerlendirildi (Tablo I). Olguların 19'u (%57) erkek, 14'ü (%43) kadın idi. Ortalama yaşın 49 olduğu seride en genç hasta 6, en yaşlı hasta 67 yaşında idi. Olguların 15'i (%45) acil olarak opere edilmiştir. 14 olguya (%43) end kolostomi, 11 olguya (%33) loop kolostomi, 4 olguya (%12) Brooke ileostomi, 3 olguya (%9) Mikulicz Kolostomi, 1 olguya da (%3) Devlin kolostomi uygulanmıştır (Tablo II). Kolostomi yeri olarak en çok sigmoid kolon (17 olgu, %51) ve transvers kolon (11 olgu, %33) kullanılmıştır.

BULGULAR

Mortalite: Erken mortalite iki olguda görüldü. Birinci olgu distansiyonu gidermek amacıyla entero-

Tablo I. İleostomi ve kolostomi endikasyonları

Obstrüktif tümör	20 olgu	(%61)
Travma	4 "	(%12)
Kongenital megakolon	3 "	(%9)
Sigma torsiyonu	3 "	(%3)
Brid ileus	1 "	(%3)
Rektovajinal fistül	1 "	(%3)
Çekum perforasyonu	1 "	(%3)

Tablo II. Stoma tipleri.

End kolostomi	14 olgu	(%43)
Loop kolostomi	11 "	(%33)
Brooke ileostomi	4 "	(%12)
Mikulicz kolostomi	3 "	(%9)
Devlin kolostomi	1 "	(%3)

Tablo III. Stomaya ait problemler.

Komplikasyon	Acil	Elektif	Oran
Stomal kanama	1 olgu	1 olgu	%6
Stoma darlığı	1 olgu	yok	%3
Parastomal herni	yok	1 olgu	%3
Parastomal apse	1 olgu	yok	%3
Mukozan soyulma	1 olgu	1 olgu	%6
Parastomal enfeksiyon	1 olgu	yok	%3
Toplam	5 olgu (%15)	3 olgu (%9)	%24

Yara enfeksiyonu: 9 olguda görüldü (%27). 3'ü elektif girişimlerde (%33), 6'sı acil girişimlerde (%67) gelişti. Tüm olguları göz önüne alırsak acil girişimler için bu oran %40, elektif girişimler için %16,6'dır.

Minimal stomal kanama, biri acil, diğeri elektif iki olguda görüldü (%6).

Stoma darlığı, bir acil olguda görüldü, fasiotomi ile düzeltilildi (%3).

Parastomal herni bir elektif olguda gelişti (%3).

Parastomal apse bir acil olguda görüldü (%3).

Mukozal soyulma biri acil diğeri elektif iki olguda görüldü (%6).

Parastomal enfeksiyon bir acil hastada görüldü (%3).

Toplam 8 hastada (%15'i acil, %9'u elektif toplam %24) stomal sorun ile karşılaşıldı.

Tüm komplikasyonların yaş grupları ile ilişkisi incelendiğinde, 30-49 yaş grubunda 3 olgu (%9), 50-69 yaş grubunda 14 olgu (%42) olduğu görülmektedir.

Kolostomi yeri ile komplikasyonlar arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi.

TARTIŞMA

Gerek erken gerekse geç dönemde ileostomi ve kolostomi komplikasyonları özellikle acil girişimlerde hiç de önemsenmeyecek kadar az değildir

(4,7,9). Üstelik hayatı tehdit edici sonuçlara da varabilir. Serimizde iki erken mortalite vardır, ancak bunlar stoma problemine bağlı olarak gelişmemiştir.

Yara enfeksiyonu özellikle acil girişimlerde elektif girişimlere oranla bariz bir şekilde daha fazla görülmüştür (%40'a %16.6). Bu farklılık bize elektif olgularda rutin olarak uyguladığımız ve literatürde de destek gören (8) mekanik barsak temizliği + oran ve preoperatif parenteral antibiyotik kullanımının isabetli olduğunu göstermiştir. Ayrıca son zamanlarda uygulamaya koyduğumuz kolonun acil girişimlerinde peroperatif kolon irrigasyonu ile acil olgulardaki enfeksiyon oranını düşüreceğimize inanıyoruz.

4 hastada ciddi sayabileceğimiz stoma darlığı, parastomal herni, apse ve enfeksiyon gibi stomal komplikasyonlar görülmüştür. Hiç bir hastada nekroz, gangren, fistül, retraksiyon, prolapsus, internal herniasyon ve likiç gibi major komplikasyon görülmedi. Buna neden olarak stomanın rektus adelesinin içinden geçirilmesi, iki parmak genişliğinde bir tünel açılması ve barsağın fasyaya tesbit edilmesini (1) öne sürebiliriz.

Tüm komplikasyonlar ele alındığında karmaşalar elektif olgularda %27'ye, acil olgularda ise %80 gibi oldukça yüksek oranlara çıkmakta ve bizim de bu makaleyi hazırlamaktaki ana nedenimizi oluşturmaktadır. Literatürde stomal morbiditeler %28 mortalite ise %1 olarak bildirilmektedir (1, 5, 6).

Stomanın bu sorunlarını ortadan kaldırmak için şu prensiplere titizlikle uyulması kanaatindeyiz (2, 3, 10):

1. Ameliyat öncesi stoma sahası belirlenmelidir. Hasta öne eğildiğinde karın boyunca oluşan transvers kıvrımların pozisyonlarına dikkat edilmelidir. Stoma kuşak hizasında olmalı, yaralardan, çukurlardan, yağ katlarından ve bundan sonra yapılabilecek insizyon yerlerinden kaçınılmalıdır.

2. Abdominal duvara uygun ölçüde ağız sağlanmalıdır. Spina iliaka anterior superior ile göbeği birleştiren hattın ortasında, rektus adelesinin içinden

geçmeli, aponevroz haç şeklinde kesilmeli, bu açıklık iki parmak kalınlığını geçmemelidir. Yani cilt, cilt altı ve fasya kesisi eksteriorize anısı etrangüle etmeyecek genişlikte olmalıdır. Stoma çevresindeki deri, kontraktürleri önlemek için segmental çıkartılmalıdır. Uzun vadede parastomal herni ve prolapsus riskini azaltmak için barsaktan geçen seromusküler dikişler ile fasyaya tesbityapılmalıdır. Fistül riskini arttırmamak için dikişler asla lümeninden geçmemelidir.

3. Poş için uygun bir eksteriorize barsak anısı hazırlanmalıdır. Barsağın ucu karın duvarının derinliğine göre serbestleştirilmelidir.

4. Stomanın iyi kanlanması için emin olunmalıdır.

5. Mezenter defekti kapatılarak barsağın torsiyonu, retraksiyonu, prolapsusu ve internal herniasyonu engellenmelidir.

6. İleostomilerde 4 cm'lik ileum deri yüzeyine taşmalı, mukozanın dışı çevrilip cilde tesbit edilmesi ile hem fleksibl bir stoma sağlanmalı hem de ste-

noz ve serozitis gelişmesi engellenmelidir. Kolostomilerde 2 cm'lik bir taşış yeterlidir.

7. İyi bir hemostaz sağlanmalıdır.

8. Laparotomi kesisi ile stoma birbirinden uzak bölgelere yapılmalı, stoma 3. gün olgunlaştırılmalı, açıldıktan sonra tuşe ile kontrol edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Daly, M.J., De Cosse, J.J.: Complications in surgery of the colon and rectum. Surg. Clin. N. Am., 63: 6: 1215-1231, 1983.
2. Devlin, H.B.: Stoma therapy review. Coloproctology, 4: 250, 1982.
3. Fazio, V.W.: Complications of intertinal stomas. In: Complications of Colon and Rectal Surgery, pp 227-252, Edited by Ferrari, B.T., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1985.
4. Goldblatt, M.S., et al: Ileostomy complications requiring revision the Lahey Clinic experience, 1964-1973, Dis. Colon Rectum, 20: 209, 1977.
5. Hedberg, S., Welch, C.: Complications following surgery of the colon. Surg. Clin. N. Am., 43: 775-786, 1963.
6. Hines, J., Harris, G.: Colostomy and colostomy closure. Surg. Clin. N. Am., 57: 1379-1392, 1977.
7. Mollett, D.: Colostomy complications in children. Arch. surg., 115: 455, 1980.
8. Nichols, R.L.: Septic complications of colon and rectal surgery. In: Complications of Colon and Rectal Surgery, pp. 25-52. Edited by Ferreri, B.T., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1985.
9. Roy, P.R., et al: Experience with ileostomies. Evaluation of longterm rehabilitation in 497 patients. Am. J. Surg., 119: 77, 1970.
10. Turnbull, R.B. Jr., Weakley, F.L.: Atlas of Intestinal Stomas, St. Louis, C.V. Mosby Co., 1967.