Dual port laparoskopik kolostomi

Cüneyt KAYAALP(*)

ÖZET

Amaç: Diversiyon kolostomi oluşturmanın en yaygın yolu bu işlemi laparatomi ile yapmaktır. Bununla birlikte laparoskopik kolostomi laparatomi ile yapılan kolostomilere bir alternatif oluşturabilir

Yöntem: Bu çalışmada iki porttan yapılan bir laparoskopik kolostomi tekniği tariflenmiştir. İnkontinans, unrezektable rektum kanseri ve komplike perianal fistül nedeniyle laparoskopik .dual port kolostomi prosedürü uygulanan üç hasta incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların hiçbirinde konversiyon olmamış, postoperatif komplikasyon olmamış, postoperatif dönemleri sorumsuz ve konforlu seyretmiştir.

Sonuç: Bu metot laparotomi ve mini laparotomi (Trephine Stoma) ile yapılan kolostomilere göre daha avantajlı görünmektedir. Sonuç olarak laparoskopik kolostomi güvenli, basit ve etkin bir prosedür olarak fekal diversiyonda laparatominin yerine kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, kolostomi

SUMMARY

Dual Port Laparoscopic Colostomy

Objective: Laparotomy is the most common way of creating a diverting colostomy Laparoscopic colostomy procedure can be an alternative to the laparotomy guided colostomy.

Methods: This study deseribes a dual port laparoscopic colostomy technique Three cases were operated with indications of incontinance, irresectable reotum cancer and complicated perianal fistulae by laparoscopic colostomy.

Results: No complications and no conversion occurred Postoperative progress of the patients wre uneventful and comfortable.

Conclusion: This technique has the adventages of laparoscopic procedures over he laparotomy and mini-laparotomy (Trephine Stoma) techniques. As a result, laparoscopic colostomy is a safe, simple and effective procedure for creating a diverting colostomy.

Key words: Laparoscopic, colostomy.

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektominin avantajları ve yaygın kabul görmesi nedeniyle kolorektal cerrahide de laparoskopik girişimler hızla kullanıma girmiş ve bu konudaki tecrübeler hızla artmıştır. Buna karşılık laparoskopik kolorektal cerrahinin gelişimi ve yaygınlaşması laparoskopik kolesistektomiye göre çok daha yavaş olmuştur. Bunun bir nedeni laparoskopik kolorektal cerrahinin ileri bir teknik olması ve kolesistektomiye göre daha zor olması, diğer bir nedeni de laparoskopik kolorektal kanser rezeksiyonlarına tümörün disseminasyon riski nedeniyle halen şüphe ile bakılmasıdır(1). Ancak laparoskopik kolostomi yapılması durumunda laparoskopik kolorektal cerrahinin hızla gelişmesini engelleyen bu iki endişe de ortadan kalkmaktadır.

Kolostomi ile gaitanın diversiyonu çeşitli amaçlarla abdominal cerrahide yaygın olarak kullanılmaktadır. Perianal sepsis, pelvik yaraların korunması amacıyla (dekübitis ülseri, Fournier gangreni), komplike perianal fistüller, rektovajinal fistül ve rekto üriner fistüller, anal inkontinans gibi durumlarda kullanılmaktadır. Ayrıca unrezektable rektum kanserlerinde obstrüksiyonun tedavisinde proksimal kolostomi açılması pasajın devamlılığını sağlamak amacıyla yapılan palyatif bir prosedür olarak kullanılmak-

(*) Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği Uzmanı

tadır. Bu çalışmada çeşitli indikasyonlarla laparoskopik kolostomi açılmış üç olgu uygulanan teknik ve sonuçları ile incelenmiştir.

OLGU1

Kırküç yaşında kadın hasta anal striktür ve inkontinans şikayetleri ile başvurdu. Daha önceden anal inkontinans nedeniyle başka merkezlerde üç kez perianal prosedür geçirmiş olduğu öğrenildi. En son olarak bir yıl önce hastaya sol ön kol bölgesinden çıkartılan bir kas ile perianal bölgeye sirküler tarzda ototransplant uygulandığı, bundan sonra da inkontinans şikayetlerinin devam etmesi yanında rektumu boşaltma güçlüğü, abdomende distansiyon ve abdominal ağrı atakları yaşadığı ve sıklıkla entübasyon yardımıyla rektumunu boşaltabildiği öğrenildi. Hastaya yeni bir rekonstrüksiyon önerilmesine karşın hasta perianal bir prosedürü kabul etmedi ve kendisine anlatılan cerrahi seçeneklerden birisi olan kolostomi yönünde tercihini kullandı. Bunun üzerine hastaya laparoskopik Hartmann kolostomi prosedürü uygulandı. Postoperatif birinci günde de antibiyotik alan hastaya analjezik (narkotik olmayan nonsteroid antiinflamatuar) dışında ilaç verilmedi. Postoperatif birinci günde ostomiden bir şey gelmemesine karşın barsak seslerinin aktif olması nedeniyle oral sulu diyet başlandı. Postoperatif ikinci günün akşamında kolostomiden gaz çıkışı oldu, postoperatif üçüncü günde hasta kolostomiden deşarj oldu ve aynı gün taburcu edildi. Daha sonra ki dönemi sıkıntısız geçen hasta bir ay sonraki kontrolünde sorunsuzdu.

OLGU 2

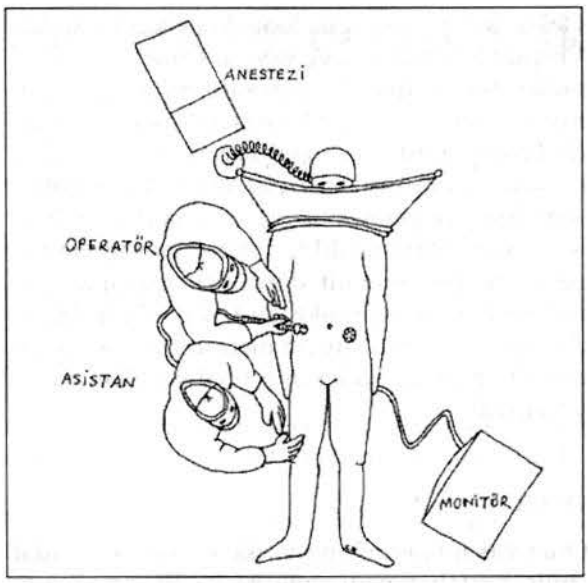
Atmış yaşında erkek hasta daha önceden rektum kanseri nedeniyle hastanemizde anterior rezksiyon ameliyatı geçirmişti. Hasta karın ağrısı, kilo kaybı, karında şişkinlik şikayetleri ile postoperatif ikinci yılında tekrar başvurdu. Bir buçuk yıldır kontrollere gelmeyen ve medikal onkoloji kliniğine gitmeyen hastanın yapılan tetkiklerinde intraabdominal asit, karaciğerde multiple metastazlar ve pelviste mesaneyi elonge eden büyük bir kitle tesbit edildi. CEA değeri 256ng/dl. idi. Yapılan pelvik tomografide kitlenin iliak kemiğe infiltre olduğu gözlendi. Hastada frozen pelvis ve pelvis çıkış obstrüksiyonu düşünülerek diversiyon kolostomisi planlandı. Hastaya laparoskopik loop kolostomi yapıldı. Eksplorasyonda asit ve yaygın karaciğer metastazları teyit edildi. Postoperatif birinci gün intravenöz sıvı, antibiyotik ve analjezik tedavisi aldı. Postoperatif ikinci gün barsak seslerini aktif olması üzerine oral başlandı, üçüncü gün kolostomiden gaz gelmesi üzerine gaita deşarjı beklenmeden taburcu edildi. Telefon ile yapılan görüşmede postoperatif dördüncü gününde kolostomiden deşarjın olduğu tesbit edildi. Hasta ikibuçuk ay sonra yaygın metastazlar ile kaydedildi. O zamana kadar intestinal pasaj problemi yaşamadı.

OLGU 3

Otuz yaşında erkek hasta iki ay önce pilonidal sinüs hastalığı nedeniyle başka bir merkezde opere edilmiştii. Postoperatif dönemde presakral bölgedeki cerrahi yaranın alt kenarından fekal içerik gelmesi üzerine iatrojenik rektal yaralanma tesbit edilerek fistülün kapanması için konvervatif medikal tedavi uygulanmış ve aynı merkezde ikinci bir perianal prosedür uygulanarak suprasfinkterik fistüle seton uygulanmıştı. Hasta ileri tedavisinin planlanması için daha sonra kliniğimize sevk edilmişti. Hasta geldiğinde kalın prolen sütür materyali ile suprasfinkterik seton uygulanmış bir fistülü olduğu gözlendi. Fistülün dış ağzı çevresinde cilt hiperemik ve endüre idi. Antibiyotik tedavisi yanında hastaya geçici saptırıcı kolostomi önerilerek laparoskopik Hartmann kolostomi uygulandı ve seton çıkartıldı. Postoperatif birinci günde barsak sesleri aktif olan hastaya oral sıvı gıda başlandı. Antibiyotik tedavisi sellülit nedeniyle devam ettirildi. Nonsteroid antiinflamatuar analjezik dışında ilaç gereksinimi olmadı. Postoperatif ikinci günde kolostomiden gaz, üçüncü günde de gaita deşarjı oldu ve hasta taburcu edildi. Dört ay sonra fistülün kapanması üzerine kolostomi ağzının olduğu bölgede cilt bir miktar genişletilerek laparatomi yapıldı. Distal gömülü uç bulundu ve proksimaldeki uç ile anastomoze edilerek barsak devamlılığı ayrı bir laparatomi yapılmaksızın tekrar sağlandı. Postoperatif sorunu olamayan hasta bir ay sonra yapılan kontrolünde problemsizdi.

CERRAHİ TEKNİK

Preoperatif antibiyotik proflaksisi ve mekanik



Şekil 1:

barsak temizliği tüm hastalarda uygulandı. Tüm operasyonlar genel anestezi altında gerçekleştirildi. Hastalar supine pozisyonda opere edildiler. Operatör ve asistan hastanın sağında yer aldılar ancak kolostominin matürasyonu esnasında operatör hastanın soluna geçti. Monitör hastanın ayak ucuna ve sola yakın yerleştirildi (Şekil 1). Pnömoperitoneum açık teknikle oluşturuldu. Sol alt kadranda muhtemel ostomi yerine yapılan 1,5 cm'lik kesi ile cilt, ciltaltı, kas ve fasia tabakaları geçilerek abdomene girildi. Fasia kenarlarına ipek askı sütürleri koyulup 10 mm'lik trokar abdomene yerleştirilerek CO_2 ile insuflasyona başlandı. Trokar kenarından kaçağı önlemek için trokar çevresi gaz ile sarılıp askı sütürleri ile trokar sıkıştırıldı. 15mmHg'lik intraabdominal basınç ile çalışıldı. Teleskop bu trokardan yerleştirildikten sonra karın sağ tarafında mümkün olduğunca lateralden umblikus hizasında ikinci bir 10 mm'lik trokar girilerek teleskop bu trokara taşındı. Tüm abdominal eksplorasyon yapıldıktan sonra, yapışıklıklar ayrıldı. Yalnızca ikinci olguda ek bir 5 mm.'lik trokara ihtiyaç oldu. Bu ikinci trokar yapışıklıkların ayrılmasında kolaylık sağlamak amacıyla sol üst kadrandan yerleştirildi. Diğer olgularda laparoskopik kolostomi sağ ve sola yerleştirilen iki porttan yapıldı. Sol trokar yerinden yerleştirilen bir endobabcock yardımıyla barsaklar eksplore edilerek sigmoid kolon en serbest yerinden tutularak sol trokar deliğine doğru çekilip gerginlik olup olmadığı kontrol edildi. Eğer trokar yerinden çıkarıldığında gerginlik olmayacağı gözlenirse (her üç olguda da seçilen trokar yerinden yapılacak ostominin gergin olmayacağı görüldü) sol trokar çevresinden 3 cm çapında bir cilt diski çıkartılarak ostomi yeri belirlendi. Trokar yerinden çıkartılıp fasia haç şeklinde kesildi ve iki parmak geçecek şekilde ostomi ağzı genişletildi. Pnömoperitoneum bu esnada ortadan kalktığı için insuflasyon durduruldu. Stoma deliğinden barsak loop şeklinde çıkartılıp yeniden pnömoperitoneum oluşturularak barsağın afferent ve efferent ansları ile torsiyon olup olmadığı kontrol edildi. Sonra barsak lümeni kesilerek ayrıldı ve birinci ve üçüncü olgulara Hartmann tipi kolostomi yapıldı. Distal barsak iki kat üzerinden gömüldü. Mezosu 3-4 cm ikiye ayrılıp sütüre edildi ve distal uç abdomene bırakıldı. Proksimal uç ostomi yerinden matüre edildi. İkinci olguda ise loop kolostomi yapıldı. Kolostominin afferent loop'u ile karın yan duvarının peritonu birbirine dikilmedi. Operasyon süreleri olgularda sırası ile 90, 120 ve 60 dakika idi. Kan kaybı minimal olup, hiçbir hastaya kan transfüzyonu gereksinimi olmadı.

TARTIŞMA

Klasik olarak laparatomi ile kolostomi açılması en yaygın kullanılan kolostomi açma tekniğidir. Ancak bu teknik hastaya küçük denilemiyecek bir abdominal insizyona ve bu insizyonun beraberinde getirdiği ağrı, yara komplikasyonları ve postoperatif ileus riskine mal olmaktadır. Bunu önlemek için geliştirilen mini bir kesi yerinden (ostomi yerinden) yapılan eksplorasyon ile kolostomi açılması tekniği geliştirilmiştir (Trephine stoma) (2). Bu metot laparotominin getirdiği birçok dezavantajı ekarte etmesine karşın bu kez başka sıkıntılara neden olmaktadır. Örneğin visualizasyonun az olması, afferent ve efferent ansların karışma riski, torsiyon tehlikesi ve intraabdominal eksplorasyonun yapılamaması bu tekniğin en önemli dezavantajlarıdır. Laparoskopik kolostomi ise her iki metotunda dezavantajlarını ortadan kaldırmaktadır. Öncelikle laparoskopik kolostomi çeşitli ek laparoskopik malzemelere ihtiyaç göstermeden yapılabilecek basit bir prosedürdür. İkincisi güvenli bir metottur. Açık teknikle trokar yerleştirilmesi ve pnömoperitoneum oluşturulması intraabdominal organların yaralanmasını önlemektedir. Ayrıca tüm abdominal ekplorasyon imkanı sağlamakta

ve barsağın en mobil kısmının stoma olacak karın ön duvarına çekilmesine izin vermektedir. Bu son avantajda Trephine stoma oluşturmaya karşı bir avantaj sağlamaktadır. Çünkü Trephine stomada önce kolostomi deliği açılmakta ve buraya karın içinden barsak çekilmeye çalışılmaktadır. Bu kör işlem barsağın mobil olamadığı durumlarda veya açılan stoma yerine gerginliksiz gelmediği durumlarda başarısızlıkla sonuçlanır. Laparotominin avantajlarını taşımakla birlikte yara komplikasyonlarının önlenmesi, intraabdominal yapışıklıkların az olması, ağrının daha az olması ve postoperatif hastaların daha hızlı iyileşmesi gibi laparotominin sağlayamadığı imkanları da sağlamaktadır.

Literatürde laparoskopik cerrahinin bildirilen avantajlarından birisi olan hastanın kısa hospitalizasyon süresi, laparoskopik kolostomi açılan olgularda ne yazık ki gözlemlenemedi. Çünkü hastaların barsak hareketlerinin oluşması ve stomadan gazgaita deşarjının olması ve hastaların postoperatif ostomi bakımlarının ve eğitimlerinin verilmesi için postoperatif minimum 2-3 gün hospitalize edilmesi gerekli oldu. Daha önceden bildirilen farklı laparoskopik kolostomi teknikleri vardır. Bunlardan birisinde 35 mm'lik bir trokar kullanılmakta ve ostomi yapılacak stoma buradan oluşturulmaktadır (3). İkinci bir metotta ise cilt, ciltaltı ve fasia tabakaları ostomi şeklinde çıkarıldıktan sonra yalnızca periton intakt bırakılmakta, periton çevresine kese ağzı dikişi koyularak ortasından trokar girilmekte ve bizim yaptığımıza benzer şekilde prosedür tamamlanmaktadır (4). Ancak tariflenmiş bu iki teknikte de ostomi yerinin abdomeni eksplore etmeden açılmış olmasının dezavantajı, Trephine stomada olduğu gibi devam etmektedir.

Laparoskopik kolostomi yapılmasının bir başka önemi de laparoskopik kolorektal cerrahiye başlamayı planlayan cerrahlar için laparoskopik kolostomi olguları iyi ve basit birer başlangıç ameliyatları olmaktadır. Laparoskopik kolorektal cerrahi ileri eğitimi için yapılması öngörülen olguların sıralamasında laparoskopik ostomiler seçilecek ilk vakalar olarak bildirilmektedir (5).

Sonuç olarak laparoskopik kolostomi kolay, güvenli, etkin ve konforlu bir operasyon tekniği olarak diğer kolostomi açma tekniklerine oranla daha avantajlı görünmektedir.

KAYNAKLAR

1- Ludwig KA, Milsom JW, Garcia - Ruiz A, Fazio VW. Laparoscopic techniques for fecal diversion. Dis Colon Rectum 1996 Mar; 39(3): 285-8

2- Stephenson ER Jr, Ilahi O, Koltun WA. Stoma creation through the stoma site: a rapid, safe technique. Dis Colon Rectum 1997 Jan; 40(1): 112-5

3- Fuhrman GM, Ota DM. Laparoscopic intestinal stomas. Dis Colon Rectum 1994 May; 37(5): 444-9

4- Lyerly HK, Mault JR. Laparoscopic ileostomy and colostomy. Ann Surg 1994 Mar; 219 (3): 317-22

5. Reissman P, Cohen S, Weiss EG, Wexner SD. Laparoscopic colorectal surgery. World J Surg. 1996 Mar/Apr; 20(3): 277-281

Alındığı Tarih: 4 Ocak 2000

Yazışma adresi: Op. Dr. Cüneyt Kayaalp Kenedy caddesi Yalım Sokak 8/6 Kavaklıdere Ankara 06660