

ON YILLIK STOMA KOMPLİKASYONLARI DENEYİMİMİZ

Gülay DALKILIÇ, Cengiz MENTEŞ, Murat ÇALIKAPAN, Feyyaz ONURAY,
Hakan ACAR, Canan ARSLAN, Selahattin VURAL

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Kliniğimizde genel cerrahi pratiğinde sıkça rastlanılan stoma uygulamalarımızı değerlendirmeyi amaçladık. Stoma komplikasyonları hastalarda psikolojik sorunlara yol açar. Bu çalışmada stomalı 102 hasta (54 erkek [%52.9], 48 kadın [%47.1]) mortalite ve morbiditeye göre analiz edildi. Beslenme jejunostomili iki hasta intraabdominal stoma kaçağı nedeniyle sepsisten kaybedildi. Dört hastada nekroz görüldü. Retraksiyon hastaların 11'inde görüldü. Yara yeri enfeksiyonu ve deri irritasyonu sırasıyla 11 ve 38 hastada gözlemlendi. Titiz cerrahi teknik ve doğru endikasyon ile stomalarda mortalite ve morbidite azaltılabilir.

Anahtar Sözcükler: Stoma/morbidite/mortalite; stoma/yan etki.

STOMA COMPLICATIONS IN TEN YEARS

We aimed to evaluate the stoma practices performed frequently in our clinic. The stoma complications lead to psychological problems in the patients. In this study, 102 patients (54 males [52.9%], 48 females [47.1%]) with stomas were analyzed for mortality and morbidity. Two patients who had jejunostomy for nutritional jejunostomy have died because of sepsis due to intraabdominal leak from the stoma. Necrosis was seen in 4 patients. Retraction was found in 11 patients. Wound infection and skin irritation around stoma were observed in 11 and 38 patients, respectively. Mortality and morbidity of stomas may be decreased with the right indications and meticulous surgical techniques.

Key Words: Stoma/morbidity/mortality; stomas/adverse effects.

Gastrointestinal sistemde bağırsak devamlılığının sağlanamadığı durumlarda bağırsağın karın duvarına geçici ya da kalıcı sürede ağızlaştırılarak stoma oluşturulması cerrahi pratikte sıkça başvurulan yöntemdir. Her stoma enterokutanöz anostomoz kabul edilip temel cerrahi prensiplere titizlikle uyulması gerekir. Dekompresyon diversiyon amaçlı stomalar gastrointestinal sistemde her seviyede uygulanırken beslenme amaçlı oluşturulan stomalar daima mide ve proksimal jejunum düzeyinde gerçekleştirilmektedir. Stomalar endikasyonuna göre kalıcı, geçici, uç, *loop*, şeklinde yapılmaktadır. Stomaların hastaların yaşam

kalitesine negatif etkisi görüldüğü gibi, oluşabilecek metabolik ya da anatomik komplikasyonlar cerrahi prensiplere uyularak önlenabilir. Son yıllarda gastrointestinal malignitelere dekompresyon amaçlı stentlerin kullanılması ya da beslenme amaçlı enterostomilerin noninvaziv girişimlerle uygulanması açık cerrahi yöntemlerin yerini almaktadır.^[1]

Çeşitli kaynaklar stoma morbiditesinin %10-60 arasında değiştiğini bildirmektedir.^[2] Biz de açık cerrahi yöntemle kliniğimizde açılan stomaları mortalite ve morbidite yönünden irdelemeyi amaçladık.

Başvuru tarihi: 28.1.2005 **Kabul tarihi:** 10.5.2006

İletişim: Dr. Gülay Dalkılıç, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1125 **e-posta:** gulaydalkilic@yahoo.com

HASTALAR VE YÖNTEM

Kliniğimizde 1994-2004 yılları arasında stoma oluşturulan 102 hasta (54 erkek [%52.9], 48 kadın [%47.1]) geriye dönük olarak incelendi. Perkütan yöntemlerle açılan stomalar çalışmaya alınmadı. Hastalar stoma açılma nedenleri, yöntemleri, stoma nekrozu-retraksiyonu, yara yeri infeksiyonu, parastomal herniasyon yönünden irdelendi. Ortalama takip süresi 11.2 ay olarak belirlendi.

Hastalar elektif ameliyat sonucu stoma açılanlar, obstrüksiyona bağlı acil dekompresyon amaçlı açılan stomalar olarak gruplandırıldı. Acil ameliyata alınan olgulara kanın biyokimyasal özellikleri kontrol edilip gerekli sıvı-elektrolit tedavileri yapıldı. Erken antibiyotik tedavilerine başlandı. Ameliyat öncesi hastalar stoma konusunda bilgilendirilip onayları alındı. Stomalar absorbe olan dikişlerle fasyaya tespit edildi. Kolostomiler bağırsaklar rektus kası içinden çıkarılarak yapıldı. Stomalar ameliyat sonrasında batın kapatılmasını takiben açılarak uygun çapta stoma torbaları yerleştirildi. Plastik bağıntı konulan *loop* stomalarda bağıntı 10 günde çıkarıldı. Beslenme amaçlı stomalarda peser sonda kullanıldı.

BULGULAR

Yıllara göre açılan ostomilerin dağılımı Tablo I'de belirtilmiştir. Yaş ortalaması 51.95 standart sapması 19.97 olarak bulundu. Kolostomi açılan 63 olgudan 21'ine Hartman prosedürü, 42 *loop* kolostomi uygulandı. Kolostomi, 39 olguda acil cerrahi girişimle, 24 olguda elektif cerrahi girişimle açıldı. Perianal bölge yaralanmalarında (künt, penetran), acil multiravmalı hastalarda infeksiyonu önlemek, yara bakı-

mını kolaylaştırmak amacıyla kolostomi açıldı. Kolostomi açılma nedenleri Tablo II'de belirtilmiştir.

Toplam 15 olguda (%15.7) reoperasyonla stoma yenilendi. Hartman prosedürü uygulanan dört olguda nekroz gelişmesinin ardından, rezeksiyon sonrası stoma yeniden oluşturuldu. Üç olgudaki nekroz nedeni bağırsakların fazla mobilizasyonuna bağlandı. Stoma retraksiyonu ve buna bağlı ayrışma görülen 11 olguda batın içine kaçak oluşmadan reoperasyon gerçekleştirildi. On bir olgudaki stoma çevresi infeksiyon günlük pansumanlar ve yara debridmanı ile tedavi edildi. On iki *loop* ileostomi kolonik anastomoz yapılan olguda saptırma amaçlı, altı olguda peritonitis karsinomatozaya bağlı gelişen ileuslarda uç ileostomi ve müköz fistül şeklinde yapıldı. Beslenme amaçlı açılan iki tüp jejunostomi olgusunda batına kaçak oluşması sonrası gelişen sepsis nedeni ile hastalar kaybedildi. Stoma komplikasyonları ve sonuçları Tablo III'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Gastrointestinal sistemde bağırsak devamlılığını oluşturmak için geçiçi süreli ya da kalıcı stoma oluşturulması sık uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Stomalı hastalarda torba taşıma zorunluluğu yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur.^[1] Stoma oluşturulması sonrası çeşitli kaynaklar %10-60 arasında morbiditeden söz etmektedir. Çalışmamızda morbidite oranı %1.9 olarak belirlendi. Stomadaki bağırsağın beslenmesini bozacak sistemik hastalıklar ve stoma açılmasında yetersiz teknik sonucu komplikasyonlar görülmektedir.^[2] Çoğunlukla ileostomilerden sonra sıvı ve elektrolit kaybı, enterohepatik dolaşım bozukluğuna bağlı safra taşları gelişen metabolik

Tablo I. Yıllara göre açılan ostomilerin dağılımı

| Yıllar | Kolostomi | İleostomi | Tüp jejunostomi | Tüp gastrotomi | Toplam |
|---------------|-----------|-----------|-----------------|----------------|--------|
| 1994 | 5 | 3 | – | – | 8 |
| 1995 | 4 | 1 | – | 1 | 6 |
| 1996 | 4 | – | 1 | 1 | 6 |
| 1997 | 7 | – | 3 | 1 | 11 |
| 1998 | 9 | 1 | 3 | 2 | 15 |
| 1999 | 7 | 2 | – | 2 | 11 |
| 2000 | 6 | 3 | 2 | 1 | 12 |
| 2001 | 7 | 2 | 1 | – | 10 |
| 2002 | 6 | 4 | – | – | 10 |
| 2003 | 8 | 2 | 3 | – | 13 |
| <i>Toplam</i> | 63 | 18 | 13 | 8 | 102 |

Tablo II. Hastalara kolostomi-ileostomi açma nedenleri

| Kolostomi açma nedeni | Sayı |
|--|------|
| Perianal bölge travmaları | 31 |
| Kolon obstrüksiyonu (Tm'ye bağlı) | 11 |
| Anastomoz kaçağı | 21 |
| İleostomi açma nedeni | |
| Anastomoz koruyucu (Saptırıcı) | 12 |
| Diğer (İleus, peritonitis karsinomatoza) | 6 |

komplikasyonlardır.^[3] Seride bir ileostomili olguda yetersiz sıvı alımına bağlı gelişen üremi gerekli sıvı replasmanı ile düzeltilmiştir. Stomalı hastalar bu yüzden yeterli sıvı alımı konusunda uyarılmalıdır.

Stoma başı iskemisi, nekrozu en sık görülen stoma komplikasyonlardır. Stomadaki bağırsağın rengi pembedir, stoma açılmasından sonra ilk iki günde dolaşım değerlendirilmesi için yakından izlenmelidir.^[4] Loop stomalara oranla özellikle uç ileostomilerde bağırsağın fazla serbestleştirilmesi nedeni ile beslenme bozukluğu gelişebilir. Stomanın batın duvarına çıkışında oluşmuş darlık sonrası venöz dönüşün bozulmasına bağlı iskemi de nekroza neden olabilir.

Yapılan çalışmalarda %2.3-%17 sıklıkla görülen nekroz oluşumu erken fark edilip, mortaliteye neden olan periton kirlenmesi oluşmadan stoma yeniden oluşturulmalıdır. Loop stomalarda kullanılan bage-tin erken alınması, bağırsakların yetersiz mobilizasyonu %6-%10 sıklıkla görülen retraksiyonlara neden olur.^[4,5] Dört olguda (%3.9) nekroz, 11 olguda (%10.7) retraksiyon gelişmesi sonrası yeniden ameliyat gerekmiştir.

Erken dönemde görülen stoma çevresi infeksiyon bağırsak içeriğinin kirlenmesi sonrası gelişir. Cilt altı yağ dokusunun fazla olması, peristomal hematoma, iskemi infeksiyon görülme sıklığını artırır. Bu durum stomanın ayrılmasına da neden olacağından dikkatli olunmalıdır. Çalışmamızda 11 olguda (%10.7) gelişen parastomal infeksiyon antibiyotik verilerek ve pansumanlarla tedavi edildi. İleostomilerden sonra stoma çevresi cildin irritasyonu %40 oranında görülür. Ciltte eritem, hassasiyet oluşur. Stoma torbalarının sızdırması önlenerek, cildin aliminyum hidroksit, çinko oksit içeren krem ve losyonlarla korunması gereklidir. Çalışmamızda 38 olguda (%37.2) gördüğümüz stoma çevresi cilt irritasyonu stoma bakımının etkili yapılması ile iyileştirildi.

Stomalar enterokutanöz anastomozlardır. Her anastomozda görülebilen fistüller stomalarda görüldüğünde cerrahi tedavi gerektirirler.^[6] Çalışmamızda reoperasyon gerektirecek stomal fistüllere rastlamadık.

Stomal darlık, prolapsus ve parastomal herniler geç dönemde gelişip bağırsak tıkanmalarına da neden olabilen komplikasyonlardır. Hastalarda %6-7 oranında görülen darlıklarda, bujilerle dilatasyon yapı-lıp başarı sağlanamayan olgularda revizyon gerekir. Loop kolostomi sonrası sık görülen prolapsus nadiren bağırsak tıkanmasına neden olur. Parastomal herniler %1-20 sıklıkla görülen önemli geç komplikasyondur. Bağırsağın rektus kası dışından ve geniş açıklıkla alınması etkindir. Reiger ve ark.^[7] çalışmalarında, %38 oranında herni onarımı (primer tamir, mesh, stoma yerinin değiştirilmesi) sonrasında nüks bildirmiştir. Bunun için herni tamirinde endikasyonun iyi konulmasını önermektedirler. Janes ve ark.^[8] da parastomal herni oluşumunu önlemek için stoma oluşturulması sırasında meşh kullanımını önermişlerdir. Çalışmamızdaki stenoz, parastomal herni,

Tablo III. Stoma komplikasyonları ve sonuçları

| Komplikasyon | Sayı | Yüzde – Literatür | Tedavi | Sonuç |
|--------------------------------|------|-------------------|--------------------------------|----------|
| Nekroz | 4 | %3.9 | Reoperasyon | İyileşme |
| Retraksiyon | 11 | %10.7 – %10-15 | Reoperasyon | İyileşme |
| Stoma çevresi infeksiyon | 11 | %10.7 – %3-15 | Pansuman antibiyoterapi | İyileşme |
| Stoma çevresi cilt irritasyonu | 38 | %37.2 – %40 | Stoma bakımı pansuman | İyileşme |
| Prolapsus | Yok | %0 – %5 | | |
| Parastomal herni | Yok | | | |
| Stenoz | Yok | | | |
| Batın içi kaçak (Sepsis) | 2 | %1.9 | Reoperasyon Sepsis tedavisi | Ölüm |

prolapsusa rastlamama nedenimizi uzun dönem takiplerimizdeki yetersizliğe bağlamaktayız.

İrrezektabl mide tümörleri nedeni ile besleme amaçlı 13 tüp jejunostomi, 8 tüp gastrotomi yapılmıştır. Tüp gastrotomili iki olgu batın içine kaçak oluşması sonucu gelişen sepsis nedeni ile kaybedilmişlerdir. Düşük zeka seviyeli, özofagus kanserli bir olguda hasta yerleştirilen beslenme tüpünü çıkardığından, diğer olguda tüp ile jejunum arasındaki kaçak peritonite neden olmuştur.

Bağırsak devamlılığını sağlamak amacı ile perkütan girişimler (perkütan endoskopik gastrotomi) ve endoskopik stent uygulamaları açık cerrahinin yerini almaya başlamıştır.^[9] Unrezektabl rektosigmoid tümörlerinde de palyasyon amaçlı endoskopik stent uygulamaları literatürde bildirilmektedir.^[10]

Sonuç olarak; açık cerrahi yöntemle stomalar açılırken cerrahi prensiplere titizlikle uyulması ile mortalite ve morbiditenin azalacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Scarpa M, Barollo M, Polese L, Keighley MR. Quality of life in patients with an ileostomy. *Minerva Chir* 2004;59(1):23-9.
2. Sökücü N. Stoma komplikasyonları. Kolon ve rektum hastalıkları. [5. Uzmanlık sonrası eğitim kursu özet kitabı]. İstanbul: 2000. s. 116.
3. Gordon PH, Rolstad BS, Bubric MP. Intestinal stomas. In: Gordon PH, Nivatvongs S, editors. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. 2nd ed. St. Louis, Mo: Quality Medical Publishing; 1999. p. 1117-80.
4. Kodner JJ. Stoma complications. In: Fazio V, editor. Current therapy in colon and rectal surgery. Toronto: BC Decker; 1995. p. 420-5.
5. Sökücü N, Yamaner S. Kolostomi komplikasyonları ve tedavisi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 1996;6:108-11.
6. Çelik F. Stoma tekniği. Saptırıcı ileostomi mi, kolostomi mi? Kolon ve rektum hastalıkları. [5. Uzmanlık sonrası eğitim kursu özet kitabı]. İstanbul: 2000. s. 108.
7. Rieger N, Moore J, Hewett P, Lee S, Stephens J. Parastomal hernia repair. *Colorectal Dis* 2004;6(3):203-5.
8. Janes A, Cengiz Y, Israelsson LA. Randomized clinical trial of the use of a prosthetic mesh to prevent parastomal hernia. *Br J Surg* 2004;91(3):280-2.
9. Yamaner S, Bulut T, Büyüluncu Y, Akyüz A, Dolay K. Perkütaneus endoskopik gastrotomi (PEG): 12 cases. *J Endosc Laparosc Minimaly Invasive Sug* 1999;6(3):133-7.
10. Johnson R, Marsh R, Corson J, Seymour K. A comparison of two methods of palliation of large bowel obstruction due to irremovable colon cancer. *Ann R Coll Surg Engl* 2004;86(2):99-103.