

616.345-089-06

KOMPLIKACE KOLOSTOMIÍ

Pplk. MUDr. Dušan ŠIMKOVIČ, pplk. MUDr. Leo KLEIN, Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav JEP, Hradec Králové
(náčelník: plk. doc. MUDr. Pavel Kuna, DrSc.)

II. chirurgická klinika fakultní nemocnice KUNZ, Hradec Králové (přednosta: prof. MUDr. Bohumil Konečný, CSc.)

Přestože od provedení první odlehčující kolostomie uplynulo téměř 200 let, neustále probíhají četné diskuse k problematice jejich provádění a uzavírání (5,13). První úspěšná kolostomie byla provedena v roce 1798 Duretem, profesorem chirurgie ve vojenské a námořní nemocnici v Brestu u novorozence s anorektální agenezí (4).

Kolostomie je spojena s množstvím komplikací, z nichž některé jsou velmi závažné. Průměrný výskyt komplikací dosahuje 20 % (5,10). K signifikantnímu vzestupu komplikací dochází při zhotovení kolostomie u rizikových pacientů, u kterých provádíme kolostomii jako urgentní výkon, přičemž neodkladně provádíme 2/3 stomií (10). Vysoké procento morbidit a mortalit se u urgentních indikací přisuzuje:

- operaci na nepřipraveném distendovaném střevě
- použití ischemického nebo vitálně ohroženého střeva k provedení kolostomie
- provedení stomie pod tahem
- nesprávně zvolené lokalizaci stomie.

Klinický materiál a výsledky

V letech 1980–1985 jsme provedli urgentní nebo elektivní kolostomii u 185 nemocných. Z tohoto počtu bylo 95 mužů (průměrný věk 62 roků) a 90 žen (průměrný věk 60 roků). Nejčastější indikací kolostomie bylo tumorózní postižení tračníku, divertikulitida a gynekologická onemocnění.

Z jednotlivých druhů stomií byla v 60 % zhotovena sigmoideostomie. Jen v 8,6 % se operátor rozhodl pro cekostomii. Nejčastějšími komplikacemi kolostomií v našem klinickém materiálu byly obstrukce, intraabdominální abscesy, nekrózy stomií, prolapsy tračníku a peristomální abscesy.

Z celkového počtu 185 kolostomií bylo zaznamenáno 32 komplikací (17,2 %). Zajímavý je výskyt komplikací jednotlivých druhů stomií, u kterých bylo nutno přistoupit k reoperaci. Z tohoto hlediska jsou nejzávažnější komplikace cekostomií, které si vyžádaly reoperaci až ve 25 %.

Diskuse

Uvedené výsledky potvrzují skutečnost, že kolostomie je spojena s množstvím komplikací, z nichž některé si vyžadují urgentní reoperaci. Při rozhodování o zhotovení kolostomie nesmíme zapomínat na to, že ani uzavírání kolostomie není mnohdy jednoduchým výkonem. Ke komplikacím dochází v rozmezí 9,6 % až 49 % (9). K výkonu musíme přistupovat jako k závažné operaci tračníku. Důraz klademe na stav výživy nemocných. U pacientů s příznivou prognózou by měla v některých případech předcházet hyperalimentace. Kromě dokonalé mechanické i chemické přípravy střeva je při uzavírání kolostomie nezbytná dobrá operační technika.

Při volbě jednotlivých druhů kolostomie je nutno přihlížet k výskytu komplikací, jejich indikacím vzhledem k diagnózám a příčinám, pro které se pro zhotovení kolostomie rozhodujeme, stejně tak k lokalizacím patologických procesů vyvolávajících nutnost provedení kolostomie.

Cekostomie pomocí drénu dle Gibsona (3) se používá méně často než dříve, ale stále ještě nachází své místo při léčení obstrukčních lézí přímého tračníku a jaterního ohbí. Nesmí se ale zapomínat na skutečnost, že cekostomie nevyřazuje střevo z funkce a může být nedostatečná i pro dekompresi tračníku, zejména když je nad levostrannou překážkou větší množství pevného obsahu (3). Drén musí mít potřebný průsvit a má být vsunut dostatečně daleko do lumen střeva. Deset dní po zhotovení stomie lze při neporušeném hojení drén odstranit. Píštěl po něm zůstává otevřena tak dlouho, dokud přetrvává obstrukce (7). V některých případech se cekostomie nezhojí. Nezhojí-li se při průchodnosti aborální části tračníku do 6–8 týdnů, je vhodné provést jednoduchou úpravu v lokální anestézii. V některých případech se však nevyhne ani resekci céka (7).

Nejvíce potíží přináší dle výpovědí pacientů transverzostomie (10). Souvisí to s jejím uložením. Ošetřování stomie je poměrně obtížné (11). I při dietě vytéká ze stomie denně asi litr tekuté stolice. K tomu, aby mohl nemocný bez omezení vykonávat zaměstnání a pohybovat se ve společnosti, musí mít k dispozici drahé a někdy úzkoprofilové jímače stolice (12). Na tyto nevýhody musíme pamatovat hlavně při provádění dlouhodobých nebo permanentních stomií. Nesmíme zapomínat na skutečnost, že kolostomie znamená pro většinu pacientů značnou psychickou zátěž, která se zvyšuje současně s komplikacemi stomií.

Tab. 1

INDIKACE	Počet	%
Kolorektální karcinom	79	42,7
Divertikulitida	44	23,8
Gynekologická onemocnění	18	9,7
Jiná zánětlivá onemocnění tračníku	15	8,1
Trauma	3	1,6
Ostatní	21	11,4
Celkem	185	100,0

Současné poznatky ukazují, že zhotovení transverzostomie je spojeno s vysokou morbiditou a mortalitou (10). Projevuje se to hlavně u perforačních příhod v oblasti sigmoidea, které jsou ošetřené pomocí transverzostomie a drenáže. Nyní pozorujeme snahu pomalu se přiklonit u těchto příhod k neodkladné resekci se zřetelem na okamžité odstranění septického ložiska (6).

Nejčastějšími komplikacemi transverzostomie jsou absces v ráně a hernie, tedy komplikace, které navzá-

Tab. 2

DRUH STOMIE	Počet	%
Cekostomie	16	8,6
Transverzostomie	58	31,4
Sigmoideostomie	111	60,0
Celkem	185	100,0

jem souvisí a vyskytují se rovněž po uzavření stomie. Prolaps stomie je nepříjemná komplikace v její extrémní formě, ale obvykle nevyžaduje léčení do doby, kdy je stomie zrušena. Krvácení z kolostomie je většinou nevýrazné a lehce stavitelné. Nutno však upozornit na výrazné a obtížně stavitelné krvácení z kolostomie u nemocných s portální hypertenzí, kde se mezi střevem a kůží vytvářejí výrazné varikozity. Zajímavá je skutečnost, že u těchto nemocných nebyly nalezeny metastázy v játrech (1,2).

Tab. 3

KOMPLIKACE STOMIÍ	Počet	%
Absces intraabdominální	6	3,2
Obstrukce	6	3,2
Nekróza stomie	5	2,7
Absces peristomální	4	2,2
Prolaps	4	2,2
Nekróza fascie	3	1,6
Dehiscence fascie	2	1,1
Peristomální hernie	2	1,1
Celkem	32	17,2

Nejvhodnější permanentní stomií je terminální sigmoideostomie (10). Opomenutí některých zásad při provádění těchto výkonů však vede k neúspěchu a tím také k vážným následkům. Nejčastější komplikací sigmoideostomií je striktura v úrovni kůže. Doporučuje se dilatace stomie prstem pravidelně v několika denních intervalech po dobu 6 měsíců (10). Retrakce je komplikací, která se vyskytuje převážně u pacientů se silnou břišní stěnou. Jde-li o permanentní stomii, operační korekci se zpravidla nevyhne.

V některých případech dosáhneme přiměřené délky tračníku pro stomii až po uvolnění lienálního ohbí. Neprovedeme-li v indikovaných případech uvolnění, může dojít k ischemické nekróze nebo zapadnutí stomie do břicha. Část autorů doporučuje při velmi krátkém mezosigmatu nesnažit se vytáhnout střevo laterálně před stěnu břišní, ale vyvést jej přímo v ráně (3). Když je to nevyhnutné, lze tohoto postupu využít, ale komplikace, jako infekce v ráně, retrakce, dehiscence a hernie jsou častější. Gangréna střeva je nebezpečnou komplikací, která si může v některých případech vyžádat neostoma na vyšší etáži.

Funkční poruchy činí největší obtíže pacientům s permanentní sigmoideostomií (8). Spontánní vy-

prazdňování stomie vede často k duševnímu stresu pacientů. Jsou nutné opakované irigace vody. Řešení tohoto problému lze najít v doporučení vhodné diety.

Průjmy mohou být intermitentní, když jsou způsobeny infekcí nebo dietní chybou, ale prakticky permanentní u pacientů, u kterých sliznice reziduálního tračníku nezíská resorbční schopnost sliznice resekovaného rektosigmoidea (10).

Tab. 4

REOPERACE pro komplikace stomií	Celkem stomií	Počet reoperací	%
Cekostomie	16	4	25,0
Transverzostomie	58	3	5,1
Sigmoideostomie	111	7	6,3
Celkem	185	14	36,4

Ze zásad platných pro provádění kolostomií má podle kvalitní operační techniky důležitý význam indikace kolostomie. Nikdy by neměl být prováděn tento výkon zbytečně. Každá stomie by měla být umístěna pokud možno co nejbližší k místu postižení střeva. U plánované operace je vhodné vyměřit místo optimální lokalizace stomie vstoj i vsedě. Každý chirurg by měl před zhotovením kolostomie myslet na její možné komplikace a správným postupem by se měl snažit o to, aby zbytečně nezvyšoval psychickou zátěž pacientů.

Souhrn

Popsán výskyt komplikací u 185 kolostomií provedených v letech 1980–1985. Zdůrazněn poměrně častý výskyt závažných komplikací cekostomie vyža-

dujících urgentní reoperaci. Poukázáno na přednosti a nevýhody jednotlivých druhů stomií a uvedeny zásady pro provádění kolostomií mající značný význam v prevenci jejich komplikací.

Literatura

1. FINEMORE, R. G.: Repeated haemorrhage from a terminal colostomy due to mucocutaneous varices with coexisting hepatic metastatic rectal adenocarcinoma: a case report. *Brit. J. Surg.*, 66, 1979, s. 806.
2. GOLDSTEIN, W. Z. – EDOGA, J. – CRYSTAL, R.: Management of Colostomal Hemorrhage Resulting from Portal Hypertension. *Dis. Colon Rectum*, 23, 1980, č. 2, s. 86–90.
3. HARDY, J. D. et al.: Complications in Surgery and Their Management. Philadelphia, W. B. Saunders Company 1981, s. 648–652.
4. LISTER, J. – WEBSTER, P. J. – MIRZA, S.: Colostomy complications in children. *Practitioner*, 227, 1983, s. 229–236.
5. MIRELMAN, D. – CORMAN, M. L. – VEIDENHEIMER, C. – COLLIER, J. A.: Colostomies – Indications and Contraindications. *Dis. Colon Rectum*, 21, 1978, č. 3, s. 172 až 176.
6. NAKGHGEVANY, K. B.: Modified Hartmann Procedure in Emergency Sigmoid Colectomy. *Amer. J. Surg.*, 146, 1983, č. 3, s. 387–389.
7. PELZL, H.: Erfahrungen mit der Zökalfistel nach Goligher. *Zbl. Chir.*, 107, 1982, č. 15, s. 969–972.
8. PUSCHMANN, H.: Komplikationen nach der Anlage von Kolostomien. *Med. Welt*, 49, 1979, s. 1843–1845.
9. VARNELL, J. – PEMBERTON, L. B.: Risk factors in colostomy closure. *Surgery*, 89, 1981, č. 6, s. 683–686.
10. WARA, P. – SORENSEN, K. – BERG, V.: Proximal Fecal Diversion. *Dis. Colon Rectum*, 24, 1981, č. 2, s. 114–119.
11. WINKLER, M. J. – VOLPE, P. A.: Loop Transverse Colostomy. *Dis. Colon Rectum*, 25, 1982, č. 4, s. 321–325.
12. WINKLER, R.: Stomatherapie. Stuttgart-New York, Georg Thieme Verlag, 1986, s. 21–33.
13. ZINKIN, L. D. – ROSIN, J. D.: Button Colopexy for colostomy prolapse. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 152, 1981, s. 89–90.

Klíčová slova: Kolostomie; Komplikace.