

İNTESTİNAL STOMALAR

23. BÖLÜM

Edip Erdal YILMAZ¹

ÖZET

Latince ostium kelimesinden türetilen ostomi kelimesi ağız veya açıklık anlamına gelir. İlk cerrahi ileostomi 1879'da bir Alman cerrah olan Baum tarafından sağ kolonda tıkaçıcı bir karsinomu yönlendirmek için oluşturulmuştur. Bir stoma oluşturmak çoğu hasta için hem fiziksel hem de zihinsel olarak travmatik bir olaydır. Mümkün oldukça, önerilen prosedür, sonuçlar ve alternatiflerin ayrıntılı olarak hasta ile tartışılması gerekir. Stomalar geçici veya kalıcı olabilir. Cerrahi olarak bir ostomi oluştururken detaylara dikkat edilerek ostomi ile ilgili komplikasyonlar en aza indirilebilir. Bu strateji, hasta için en iyi sonucu verir ve iyi işleyen bir ostomi, zayıf işleyen bir stomaya sahip ileostomili hastalara kıyasla üstün bir yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

Latince ostium kelimesinden türetilen ostomi kelimesi ağız veya açıklık anlamına gelir. Stoma kelimesi yunanca ağız anlamına gelir ve ostomi ile eşanlamlı olarak kullanılır. Bir ostomi ayrıca ilgili organ tarafından adlandırılır. Bir ileostomi ileumdan cilde (Şekil-1) kolostomi kolondan cilde, gastrostomi mideden cilde bir açıklıktır. Stoma içeren cerrahi, kolorektal cerrahinin en önemli bileşenidir. Farklı nedenlerle yapılan Stomalar bazen hayat kurtarıcı olabilirken bazende hastanın yaşam boyu defekasyon gereksinimini karşılar. Amerika da 750.000 kişinin bir ostomi ile yaşadığı ve her yıl 75.000 yeni stoma oluşturulduğu tahmin edilmek-

¹ Uzm. Dr. Edip Erdal YILMAZ, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü drediperdalyilmaz@gmail.com

pik olarak prolapsus, obez hastalarda, parastomal hernisi olanlarda ve daha önce kullanılan ostomi bölgelerinde daha sık görülür. Hastalar, hastalığın görünümü ile ilgili endişelerle başvururlar. Ostomi ve onarım genellikle kozmetik amaçlı yapılır. Bununla birlikte, onarım genellikle stoma açıklığı seviyesinde sarkmış / fıtıklaşmış ince bağırsağın tıkanmasını önlemek için zorunludur. Cerrahi tedavi gerekliliğinde önerilen yaklaşımlar kolpopeksi, burs sütürü ile mukoparietal tespitleme veya prolobe olan barsak kısmının eksizyonu sonrası cilt mukoza hattının yeniden oluşturulmasıdır. Tamir sonrası tekrar prolapsus gerekirse laparotomi gerekir ve stomanın yeri değiştirilerek tekrar tekniğe uygun stoma oluşturulur.

Parastomal fıtıklar stoma aşırı açıklığından gelişir. Pekçok yayında gelişme görülme sıklığı %2-20 arasında bildirilmiştir. Parastomal fıtık barsak tıkanıklığı ve strangülasyon riski taşıdığı için önemlidir. Cerrahisi fıtığın boyutuna bağlıdır. Küçük fıtıklarda primer onarım yapılabilir. Büyük fıtıkların tamirinde ise mesh gibi sentetik malzemelerin kullanılması gerekebilir. Fıtığın tamirinde bazı cerrahlar meshi kolostomi etrafına sararken bazıları ise ortasından geçirir.

Stenoz çok nadir gözlenir. Stoma kenarlarının yetersiz beslenmesi sonucu gelişir. Çevresel bağ dokuda artış, stoma darlığı, barsağın yetersiz mobilizasyona bağlı geri kaçması, stoma etrafı enfeksiyon nedenleridir. Lokal anestezi eşliğinde küçük bir insizyondan fasyotomi yeterli olabilir, nadiren stoma yeri değiştirilir.

Geç dönemde barsak tıkanması, barsak duvarında meydana gelen yapışıklıklar; stoma stenozuna, volvulusa ve geç stoma tıkanıklarına sebep olabilirler. Yediklerin bağlı tıkanıklar ve katı gaita bağlı stenoz gözlenir.

KAYNAKLAR

1. Cataldo PA. Intestinal stomas: 200 years of digging. Dis Colon Rectum. 1999;42(2):137–142.
2. Tilney HS, Sains PS, Lovegrove RE, et al. Comparison of outcomes following ileostomy versus colostomy for defunctioning colorectal anastomoses. World J Surg. 2007;31(5):1142–1151.
3. Young CJ, Eysers AA, Solomon MJ. Defunctioning of the anorectum: historical controlled study of laparoscopic vs. open procedures. Dis Colon Rectum. 1998;41(2):190–194.
4. Lefort MM, Closset J, Sperduto N, et al. The definitive stoma: complications and treatment in 50 patients. Acta Chir Belg. 1995;95(1):63–66.
5. Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum. 1998;41(12):1562–1572.
6. Mulvihill SJ. Perioperative use of octreotide in gastrointestinal surgery. Digestion. 1993;54:33–37.
7. Robertson I, Leung E, Hughes D, et al. Prospective analysis of stoma-related complications. Colorectal Dis. 2005;7(3):279–285.

8. Marcello PW, Roberts PL, Schoetz DJ Jr, et al. Obstruction after ileal pouch-anal anastomosis: a preventable complication? *Dis Colon Rectum*. 1993;36(12):1105–1111.
9. McLeod RS, Lavery IC, Leatherman JR, et al. Patient evaluation of the conventional ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 1985;28(3):152–154.
10. Zingg U, Pasternak I, Dietrich M, et al. Primary anastomosis vs Hartmann's procedure in patients undergoing emergency left colectomy for perforated diverticulitis. *Colorectal Dis*. 2010;12(1):54–60.
11. Ooi BS, Remzi FH, Fazio VW. Turnbull-Blowhole colostomy for toxic ulcerative colitis in pregnancy: report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(1):111–115.
12. Remzi FH, Oncel M, Hull TL, et al. Current indications for blow-hole colostomy: ileostomy procedure. A single center experience. *Int J Colorectal Dis*. 2003;18(4):361–364.
13. Branco BC, Barmparas G, Schnuriger B, et al. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic and therapeutic role of water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg*. 2010;97(4):470–478.
14. McGarity WC. The evolution of continence following total colectomy. *Am Surg*. 1992;58:1–16.
15. Kramer P, Kearney MM, Ingelfinger FJ. The effect of specific foods and water loading on the ileal excreta of ileostomized human subjects. *Gastroenterology*. 1962;42:535–546.
16. Ladas SD, Isaacs PE, Murphy GM, et al. Fasting and postprandial ileal function in adapted ileostomates and normal subjects. *Gut*. 1986;27(8):906–912.
17. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, et al. Temporary decompression after colorectal surgery: randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br J Surg*. 1998;85(1):76–79.
18. Swain BT, Ellis CN Jr. Laparoscopy-assisted loop ileostomy: an acceptable option for temporary fecal diversion after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(5):705–707.
19. Hollyoak MA, Lumley J, Stitz RW. Laparoscopic stoma formation for faecal diversion. *Br J Surg*. 1998;85(2):226–228.
20. Martin ST, Vogel JD. Intestinal Stomas Indications, Management, and Complications. *Advances in Surgery*. 46(2012):19–49.