

Stomie – jejich komplikace

MUDr. Zuzana Adamová¹, MUDr. Radim Slováček¹, MUDr. Tomáš Bár¹, Jiřina Juřicová¹, MUDr. Petr Vlček, Ph.D.²

¹Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s., Vsetín

²1. chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně

Komplikace stomií jsou časté, jejich incidence je udávána od 20–70 %. Komplikace mohou být rozděleny na metabolické, které vyžadují farmakologickou terapii, rané s nutností lokální terapie a závažné strukturální, které si vyžadají chirurgickou revizi. Tento článek si klade za cíl poskytnout stručný přehled této tematiky.

Klíčová slova: stomie, komplikace, retrakce stomie, prolaps stomie, parastomální kýla, stomasestra.

Stoma complications

Stoma complications are common, the rate varies widely, ranging from 20–70 %. They may be classified as those that are metabolic and require pharmacological intervention, skin disorders with necessity of wound care therapy and serious structural pathology where surgical intervention is essential. The aim of this article is to provide a brief overview of this topic.

Key words: stoma, complications, stoma retraction, stoma prolapse, parastomal hernia, stomic nurse.

Med. praxi 2015; 12(1): 44–45

Úvod

Stomie je slovo řeckého původu, značící ústa, vyústění. Můžeme ji vytvořit kdekoliv na zažívacím traktu a nejen na něm (tracheostomie, ureterostomie...). V literatuře je tradováno, že již 350 let př. n. l. vytvořil lékař Praxagoras z ostrova Kos první umělý vývod při poranění tlustého střeva (jinak je tento lékař spíše zmiňován pro snahu o rozlišení vén a arterií). Cesta k rozšíření stomie do terapeutického repertoáru byla ale ještě dlouhá. Z historických milníků zmiňme alespoň českého chirurga, Karla Maydla, který v roce 1888 poprvé vytvořil dvouhlavňovou sigmoideostomii. Dnes je již vytvoření stomie vcelku běžným operačním výkonem.

V našem článku se budeme věnovat pouze derivačním stomiím zažívacího traktu, které jsou indikovány pro malignitu a zánětlivá onemocnění tlustého střeva a konečníku, vzácněji pro poranění kolorekta, u dětí pak může být důvodem nekrotizující enterokolitida, atřezie rekta, anu, mekóniový ileus (1). Většinou se zakládá ileostomie či kolostomie. Dle způsobu konstrukce rozlišujeme nástěnnou stomii (již jen zřídka užívaná cékostomie k dekompresi tlustého střeva), terminální (jednohlavňovou, koncovou) a axiální (dvojhavňovou) stomii. Mohou být dočasné či trvalé.

Prevalence

Uvádí se, že v České republice žije 10 000 stomiků (2), dle statistik VZP v roce 2012 jich bylo 10 700. Na Slovensku má stomii asi 4 000 pacientů, v Německu 160 000, v Rakousku 12 000. Ve Velké Británii má stomii asi 102 000 pacientů, ročně je stomie vyvedena u 20 000 pacientů, u 50 % z nich trvalá (3).

Přestože vytvoření stomie není považováno za náročný operační výkon, pro pacienta automaticky představuje značnou zátěž – ať již psychickou, fyzickou, sociální či ekonomickou. A to i tehdy, když se během samotné operace a pooperačně neobjeví žádné obtíže. Procento komplikací v literatuře popisované je alarmující: 20–70 % (4). Většinu těchto komplikací řeší stomické sestry a ani chirurg, ani praktický lékař se o nich ani nemusí dovědět. Však je dobré o nich být informován, znát možné, očekávatelné problémy.

Komplikace můžeme rozdělit na časné a pozdní. Mezi časné se řadí špatné umístění stomie, krvácení ze stomie, její nekróza, infekce v okolí stomie, píštěl, dehydratace a iontová dysbalance. V pozdním pooperačním období se může objevit parastomální kýla, prolaps stomie, stenóza, peristomální dermatitida. Pokud je stomie míněna jen jako dočasná, její okluze je spojena dle rakouské studie s 3 % mortalitou a 20 % morbiditou (5).

Časné komplikace

Nevhodná lokalizace stomie

Prevenčí potíží plynoucích z nevhodného umístění stomie je pečlivý předoperační výběr tohoto místa. V akutním případě, kdy není místo vhodné stomie předem označeno, se zakládá ve 2/3 spojnici mezi spina iliaca anterior superior a pupkem.

Dehydratace, elektrolytová dysbalance

Průjmy jsou spojené zejména s ileostomií, protože v tomto případě je střevní obsah ještě značně tekutý. Pacient ztrácí významné množství sodíku, což vede k dehydrataci, hyponatémii a hyperaldosteronismu. S odstupem času od operace se tyto potíže mírní. U pacientů s dlouhodobou

ileostomií dochází často k hypomagnezémii, snížené absorpci vitamínu B₁₂, je u nich vyšší incidence cholecystolitíazy a renálních konkrementů. Důležitá je edukace pacienta a prevence.

Peristomální dermatitida

Iritace kůže je častá zejména krátce po vytvoření stomie. S odstupem času, vodnatá stolice a zásaditá reakce stolice u ileostomií je příčinou častějšího výskytu této komplikace než u kolostomie. Prevencí je konstrukce ileostomie dle Brooka, kdy pooperačně by měla ileostomie přechýňvat asi 5–6 cm, což po jejím vyžrání odpovídá asi 2–3 cm nad povrchem kůže, čímž se snižuje kontaminace kůže. Peristomální dermatitida může mít více příčin, např. retrakce, stenóza, prolaps stomie, kožní řasy a nerovnosti, jizvy v okolí stomie, alergie na používané materiály, mykotická infekce, nevhodné ošetřovatelské postupy, zanedbaná hygienická péče, dehiscence sutury stomie atd. Někdy mohou kožní problémy vést až k ulceracím a pyoderma gangrenosum. Ulcerace bývají častější u m. Crohn. Pyoderma gangrenosum se může objevit i s odstupem let, typicky vypadá jako vřed se zřetelně patrnou fialovou hranicí, podminovaných okrajů, nejasné etiologie. K její diagnóze přistupujeme po vyloučení infekční příčiny a malignity.

Nekróza stomie

Po operaci je většinou stomie oteklá, časem se zmenší až na 1/3 původního objemu. Asi u 2–3 % pacientů se objeví během prvních 2 dní pooperační ischemie, která může vést k nekróze. V některých případech je nutná reoperace, pokud je postižena jen část stomie čnicí nad kůží, můžeme vyčkat, zda nedojde ke spontánnímu

Obrázek 1. Retrahovaná ileostomie u ležící pacientky**Obrázek 2.** Tatáž retrahovaná ileostomie u sedící pacientky

zhojení. Častější je tento problém u obézních pacientů a těch, kteří byli operováni akutně.

Retrakce stomie

Zanoření stomie pod úroveň kůže více než 0,5 cm je následkem tahu střeva. Opět jsou častěji postiženi obézní pacienti či ti, kteří po operaci zvýší tělesnou hmotnost. Svou roli může hrát již zmíněná nekróza stomie, vznik abscesu v blízkosti stomie, nedostatečná fixace střeva k fascii. Následné zatékání stolice pod podložku působí pacientovi značné potíže a stomickým sestrám vrásky na čele. Dle Cottama et al. se retrahuje 14 % kolostomií a 12 % ileostomií (7).

Pozdní komplikace

Prolaps stomie

Zvětšení stomie je způsobené proklouznutím proximální části střeva skrze vyústění stomie. Tento problém je nejčastější u dvojhlavňových transversostomií (7–25 %) (8, 9). Rizikovým faktorem vzniku prolabující stomie je obezita, příliš velký otvor ve stěně břišní, vyšší intraabdominální tlak, zrychlená peristaltika. Pacientovi zejména vadí z hlediska estetického, bojí se nových obtíží, ale pokud se neobjeví krvácení, nekróza či prolaps velké části střeva, nečiní prolaps větší problémy. Většinou se jen přiloží dostatečně objemná stomická pomůcka. Můžeme využít cukru, jako osmoticky aktivní substance, která po aplikaci na prolabovanou střevní sliznici zmenší edém střevní stěny, a po 30 minutách jeho působení se můžeme pokusit jemně reponovat střevní sliznici zpět (10). Nebo méně extravagantně – pokusit se o repozici po přiložení chladných obkladů. Známký ischemie a nekrózy jsou indikací k operační revizi.

Stenóza stomie

Stenóza je udávána u 2–15 % stomií, může se objevit kdykoliv, od prvních pooperačních týdnů, ale i s odstupem několika let. Ohroženější jejím vznikem jsou pacienti s M. Crohn. Může

se projevit zvukovým doprovodem, který provází odchod flatu, pacienti pozorují tužkovitou stolicí. Zcela raritně se může projevit ileózním stavem. Konzervativní léčba spočívá v pozvolné dilataci dilatátory, případně digitální dilataci, ale pro závažné případy je to nedostatečné a pacientovi je nabídnuta reoperace.

Parastomální kýla

Jedná se o incizionální kýlu, jejíž incidence uváděná v literatuře narůstá s délkou sledování (20–50 %). Rizikové faktory jsou obezita, malnutrice v době operace, léčba kortikoidy, chronický kašel, ascites, tumor, parastomální absces. Většinou je kýla asymptomatická a pak nevyžaduje další léčbu, pokud je kýla malá, můžeme pacientovi pomoci přikládáním kýlního pásu, ale v případě, že činí potíže (znemožnění ošetřování stomickým pomůckami, intermitentní střevní obstrukce), je indikována plastika kýly. Vzhledem k relativně vysokému riziku recidivy, obavy z infekce polypropylenové sítky a ceně biologických sítěk, většina chirurgů s indikací této operace váhá, stejně tak se prozatím příliš nerozšířila strategie profylaktické implantace sítky parastomálně při primární operaci (11).

Krvácení ze stomie

Příčinou může být trauma, recidiva základního onemocnění (závažná onemocnění), parastomální varixy, které vznikají při portální hypertenzi. Drobné krvácení ze sliznice lze ošetřit hemostyptikou, krvácení z varixů lze někdy zastavit opichovými ligaturami, někdy je nutná mobilizace stomie od kůže a přestří jejího okraje pokračujícím stehem, ale zároveň je třeba řešit i portální hypertenzi. Drobné eroze vznikající při ošetřování s drobným následným krvácením za komplikaci nepovažujeme.

Pro pacienta se stomií může být větším problémem než pro běžnou populaci flatulence, průjem, zácpa. Také ošetřování stomie přináší určitá rizika, jako je perforace střeva při irigaci,

alergická reakce, peristomální dekubitus, mohou se objevit hypergranulace slizniční či kožní.

Závěr

Stomie představuje pro pacienta značnou záťaž a vcelku časté a rozličné komplikace ji ještě zvětšují. Může to být i jejich praktický lékař, na kterého se obrátí se svými dotazy, potížemi. Závažnější potíže jistě nelze vyřešit v ambulanci primární péče, ale je dobré o nich vědět a závčas pacienta odeslat k dalšímu ošetření na chirurgii, koloproktologické ambulance či do poradny pro stomiky.

Literatura

1. Jech Z, Hoch J. Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu. Interní Med 2004; 2: 81–84.
2. Internetový zdroj: <http://www.stomici.cz/zivot-se-stomii> (citováno 4. 2. 2014).
3. Hotouras A, Murphy J, Taha M, Chan CL. The persistent challenge of parastomal herniation: a review of the literature and future developments. Colorectal Dis 2013 May; 15(5): 202–214.
4. Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. Colorectal Dis 2011; 13(8): 935–938.
5. Zachová V. Stomik v ordinaci praktického lékaře. Med. praxi 2011; 8(5): 246–248.
6. Pokorný H, Herkner H, Jakesz R, Herbst F. Mortality and complications after stoma closure. Arch Surg 2005; 140(10): 956–960.
7. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of anationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Colorectal Dis 2007; 9: 834–838.
8. Williams NS, Nasmyth DG, Jone SD, Smith AH. Defunctioning stomas: a prospective controlled trial comparing loop ileostomy with loop transverse colostomy. Br J Surg 1986; 73: 566–570.
9. Renzulli P, Candinas D. Intestinal stomas-indications, stoma types, surgical technique. Ther Umsch 2007; 64: 517–527.
10. Fligelstone LJ, Wanendey N, Palmer BV. Osmotic therapy for acute irreducible stoma prolapse. Br J Surg 1997; 84: 390.
11. Martínek L, Dostálík J, Guňková P, Guňka I, Mazur M. Prevention parastomal hernia primoinplantací sítky laparoskopicky – první zkušenosti. Rozhl. Chir 2012; 91(4): 216–218.

Článek přijat redakcí: 20. 2. 2014
Článek přijat k publikaci: 29. 5. 2014

MUDr. Zuzana Adamová

Chirurgické oddělení

Vsetínská nemocnice a.s.

Nemocniční 955, 755 01 Vsetín

adamovaz@gmail.com