

## Stoma Tipleri ve Sorunları

Yük.Hem. Hatice KUMCAĞIZ<sup>1</sup>, Dr. Zafer MALAZGİRT<sup>2</sup>,

Dr. Ekrem KAYA<sup>2</sup>

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eğitim Hemşireliği Bölümü<sup>1</sup> ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı<sup>2</sup>, SAMSUN

- ✓ Stoma; içi boş organların cerrahi bir müdahale ile vücut dışına ağızlaştırılmasıdır. Stomalar açıldıkları yere ve organa göre adlandırılır, geçici ve kalıcı olmak üzere iki grupta incelenebilir. Stomaların deri irritasyonu, retraksiyon, prolapsus ve parastomal herni gibi bazı komplikasyonları vardır. Deneyimli stoma uzmanlarınca verilen hasta eğitimi ve stoma bakımı ile komplikasyon ve istenmeyen yan etkilerin oranı azaltılabilmektedir. Bu derlemede stoma tipleri ve sorunları ile stomanın ve stomalı hastanın bakımıyla ilgili özellikler anlatılmıştır

**Anahtar kelimeler:** Stoma, kolostomi, ileostomi, üreterostomi, stoma komplikasyonları

- ✓ Stoma is a surgical procedure in which the hollow viscus is anastomosed to the skin. They are classified according to the organ and the site, and can be permanent or temporary. Stomas have some complications including skin irritation, retraction, prolapse, and parastomal hernia. Patients' training and long-term care by experienced stoma therapists decrease the rate of complications and unpleasant side-effects of the stoma. In this review the stomas, their complications, and details of care of both the stoma and the stoma patient have been described.

**Key words:** Stoma, colostomy, ileostomy, ureterostomy, stoma complications

Stoma Yunanca'dan gelen bir kelime olup, ağız, açıklık anlamına gelmektedir. Gastrointestinal kanalda hekimler tarafından iç organların cerrahi müdahale ile vücut dışına ağızlaştırılması anlamında da kullanılmaktadır<sup>(1)</sup>.

Stoma uygulaması insan hayatına son birkaç asırda girmiştir. İlk stomanın 1706 yılında İngilizler ile Fransızlar arasındaki Ramillies savaşında George Deppe isimli askerinin yaralanması sonucunda oluştuğu bilinmektedir. Sol hipokondriumundan yaralanarak barsağı buradan prolabe olan savaşçı, oluşan Double-Barreled kolostomisi ile 14 yıl yaşamıştır. Stomanın hekimler tarafından tedavi amacıyla ilk kullanıma girmesi ise Wil-

liam Cheselden (1688-1752) ile başlar<sup>(2)</sup>. Stomaların yeri ve tipleri oluşturulma nedenine bağlı olarak değişmektedir.

Barsağın geçici ya da sürekli olarak dışarı ağızlaştırılması yani stoma uygulaması cerrahi pratiğinde oldukça sık başvurulan bir girişim olarak görülmektedir. Stomalar 3 amaç için kullanılmaktadırlar. Birinci grupta input stomalar vardır. Bu gruba örnek olarak gastrostomi ve jejunostomi tipi stomalar verilebilir. Bunlarda amaç stoma vasıtasıyla gastrointestinal sisteme dışarıdan birşeyler vermek yani besleme yapmaktır. İkinci grupta diverting stomalar vardır. Örnek olarak loop ileostomi ve loop kolostomi verilebilmektedir. Burada amaç gastrointestinal

kanal içinde bir süre için saptırmak, dışarı almaktır. Üçüncü grupta ise kolorektal cerrahide yine çok sık kullanılan output stomalar bulunmaktadır. Burada amaç gastrointestinal kanalın son ürünlerinin dışarıya boşaltılmasıdır. Uç kolostomu ve uç ileostomi bu grubun en çarpıcı örneğidir. Bu stomalar hemen daima kalıcı amaçla kullanılırlar<sup>(1)</sup>. Bu şekilde değişik nedenlerle yapılan stomalar bazen hayat kurtarıcı bir nitelik taşıırken bazen de hastaların yaşam boyu defekasyon gereksinimini karşılamaktadır. Ancak bu uygulamalar başlangıçtan bu yana değişik komplikasyonlara neden olmuşlardır. Cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler, geliştirilen stoma cihazları ve stoma bakımını bilen kişilerin artmasının doğal sonucu olarak son yıllarda stoma komplikasyonlarında azalma görülmektedir. Ancak bu olumlu gelişmelere karşın morbiditede beklenen oranda bir düşüş olmamıştır. Bunun ana nedeni stomanın çoğu kez yapılacak ameliyatın önemsiz bir aşaması kabul edilmesi ve ameliyat ekibinin en deneyimsiz üyesi tarafından gerçekleştirmiş olması kabul edilmektedir. Ameliyat öncesi dikkatli bir planlama ve ameliyatta teknik ayrıntılara özen gösterilmesi ile komplikasyon oranının kabul edilebilir bir düzeye inmesi ümit edilmektedir<sup>(3)</sup>.

### Stomanın Endikasyonları<sup>(3)</sup>

1- Distaldeki patolojik bir süreç bölgesinden dışkının geçmesini önlemek amacıyla, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, rektovezikal fistül ya da kolokütane fistüller gibi,

2- Distalde tümör gibi yer kaplayan bir patolojiye bağlı oluşan bir tıkanıklık nedeniyle boşalamayan barsağı boşaltmak için. Anal atrezi, Hirschbrung hastalığı, inflamatuvar hastalığa bağlı stirüktür, radyasyon hasarı ve iskemik kolit gibi,

3- Anorektal kanserlerde çıkarılan anüsün görevini kapatmak için,

4- Kolorektal yaralanmalarda geniş defektler oluştuğunda,

5-Sigmoid kolon volvulusu, ağır persistan kolonik hipomotilite, anal inkontinans, perinenin geniş yanıkları ya da travmatik defektleri gibi nadir durumlarda uygulanmaktadır.

Başlıca stoma tipleri: Kolostomi, İleostomi, Üreterostomi.

### KOLOSTOMİLER

Kolostomi, kalın barsağın karın dışına herhangi bir sfinkter kontrolü olmaksızın ağızlaştırılmasıdır. Kolostomi koruyucu ve tedavi edici amaçla uygulanmaktadır. Kolostomiler bu amaçlar doğrultusunda ya değişik hastalık durumlarında veya acil cerrahi girişimler sırasında açılmaktadır<sup>(4)</sup>. Hastalar gerek esas hastalığı ve gerekse oluşturulan yeni yaşam tarzı nedeni ile bu ameliyatın sonuçlarından büyük rahatsızlık duyar ve genellikle bu ameliyatı bir olumsuzluk olarak algırlar. Kolostomi, unrezeke tabl bir tümörde palyatif amaçla kullanılmış olabileceği gibi radikal bir girişimden sonra anastomozu korumak amacıyla da yapılmış olabilir. Hastaların bu yönden bilgilendirilmelerinde yarar vardır. Kolostomiler, boşaltıcı (dekompressif) ve yön değiştirici (diverting) olmak üzere iki tiptir. Boşaltıcı kolostomi, distaldeki bir obstrüksiyon nedeniyle distandü bir kolonu boşaltmak amacıyla kullanılır. Transvers lup kolostomi, en sık kullanılan boşaltıcı kolostomidir. Bir transvers loop, küçük bir baget üzerinde karın dışına çıkarılır. Aşırı distandü bir kolonda tüm kolonu çıkarmak yerine ön duvardan açılan pencere karın dışına ağızlaştırılabilir (pencere kolostomisi, blowhole kolostomisi). Bu teknik çekumda uygulanırsa da bakımı zordur. Transvers loop kolostomi, 5-6 hafta süreyle bir yön değiştirici kolostomi işlevini de görür. Bu süre sonunda posterior duvar karın içine

çöker ve dışkı geçişine izin verir. Yön değiştirici kolostomiler genellikle uç kolostomilerdir (Hartmann ve Devine teknikleri). Loop kolostomi, yön değiştirme açısından yetersizdir. Kesin diversiyon için iki uç karın dışına yan yana ve birbirinden ayrı çıkarılmalıdır<sup>(5)</sup>. Farklı yer ve tipteki kolostomilerin özellikleri sağ ve sol kolonun işlevlerinin farklılığı ve kolostominin oluşturulma nedeni ile ilgilidir. Kolostomilerin sağda veya solda olmasına göre buradan çıkanların sadece yapısı değil çıkış sıklığı da değişir. Sifinkterleri olmadığı için stomadan gelen barsak mayisinin (çıktı) kontrolü imkansızdır.

Kolostomiler mutlaka ameliyat masasında açılmalı ve matüre edilmelidir. Matürasyon kolon duvarının tam kat olarak deriye dikilmesidir. Bir kolon lupunun bageet üzerine alınıp bırakılması ve 24-48 saat sonra kolostomi yapılması günümüzde kabul görmeyen bir uygulamadır. Postoperatif erken dönemde kolostominin canlılığını izlemek üzere rengine sık bakılmalıdır. Enfeksiyon ve kolostomi torbası uygunsuzluğu erken dönem komplikasyonlarıdır. Kolostomi ilk günlerde ödem nedeniyle çok iridir. Günler içinde küçülür ve kolostomi setinin de küçülmesini gerektirir<sup>(5)</sup>.

### İLEOSTOMİLER

İleostomi, ince barsağın karın duvarına açılan bir delik vasıtası ile dışarı ağızlaştırılmasıdır<sup>(2)</sup>. Ameliyattan hemen sonra ileostomi ödemli ve şiştir, ancak zamanla bu ödem geçer. İleostominin ideal çapı 2-4 cm, dışarı olan çıkıklığın ideal ölçüsü ise 3-4 cm'dir. Mukozada sinir yoktur dolayısıyla ileostomiye dokunulduğunda hasta hiç bir şey hissetmez. Torba değiştirirken veya ileostomi çevresi temizlenirken ileostomi çok az kanayabilir. Bu normaldir ve endişelenecek bir şey yoktur. Eğer kanama devam ederse önlem almak gerekir. Sıvı yoğunluklu dışkı

nedeniyle, ileostomi hastalarının bir çoğu torbalarını günde 6-10 defa boşaltır. Torba ise haftada bir veya iki kez değiştirilir. İleostomi, deriden kabarık olmalı ve çevresindeki deri iyi korunmalıdır. Torbanın ileostomiye tam uygun olmasına özen gösterilmelidir. İleostomili hastalara şu tavsiyelerde bulunulmalıdır:

1- İleostomi ameliyatı sonrası dışkılamayı kontrol etmek mümkün olmadığından sürekli kolostomi torbası veya kapak kullanmaları gereklidir.

2- Torba boşaltılırken dışkının ani boşalmasını engellemek amacıyla torbanın ağzı yavaşça açılmalıdır.

3- Cilt ılık su ile temizlenmeli, sabun kullanılmamalı, temizleyici losyonlar tercih edilmelidir.

4- Kullanılmış torba çöp torbasına atılmalı ve işlem sonrası ellerin yıkanması asla unutulmamalıdır<sup>(5)</sup>.

Barsağın dışarı ağızlaştırılması nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonlar hem ileostomi hem de kolostomilerde ortaya çıkabilmektedir (Tablo)<sup>(6,7)</sup>. Bu komplikasyonların çoğunluğu erken postoperatif dönemde görülmektedir. Stenoz, parastomal herni ve prolapsusa ise

Tablo. Stoma Komplikasyonları

Komplikasyonlar
• Metabolik komplikasyonlar
• Deri irritasyonu
• Nekroz
• Retraksiyon
• Parastomal enfeksiyon
• Kanama
• Eviserasyon
• Stenoz
• Fistül
• Barsak tıkanması
• Prolapsus
• Parastomal herni

genellikle stomadan aylar sonra rastlanmaktadır. Deri irritasyonu ve metabolik komplikasyonlar ileostomilerde ön plana çıkmaktadırlar. İleostomilerden günde yaklaşık 500 ml sıvı ve yaklaşık 60 mEq sodyum kaybedilmektedir. Bu nedenle önlem alınmayan hastalarda hızlı bir dehidrasyon tablosu gelişmektedir. Keza kronik dehidrasyon ve sodyum kaybı sonucu vakaların %3-%13'ünde üriner sistemde taşlar oluşabilmektedir. Bu komplikasyonların önlenmesi için hastaya bol su içmesi öğütlenmektedir.

Stoma komplikasyonlarını azaltmak için aşağıdaki kurallara titizlikle uyulmalıdır:

- Stoma için seçilen barsak sağlıklı olmalıdır ve yeterince mobilize edilmelidir.
- Barsak mezosu ve barsağın kendisi parietal peritona tek tek dikişlerle fikse edilmelidir. Bunun yapılmaması intestinal herni ve prolapsusa neden olabilmektedir.
- Stoma hizasında barsak mukozası ve cildin derma tabakası karşılıklı getirilmelidir.
- Stoma deri kıvrımları, nedbe dokuları, kemik çıkıntıları, kemer hizaları ve inzisyonlardan uzak olmalıdır.
- Barsak rektus adalesinin arasından dışarı alınmalıdır.
- Barsak herhangi bir büklüm ya da kırılma olmadan cilde ağzlaştırılmalıdır.
- Fasya ile seromüsküler katman arasına, barsağın karın boşluğuna kaçmaması için dikişler koyulmamalıdır.
- Bir müköz fistül gerekiyorsa kolostomiden uzak bir yere yapılmalıdır.
- Stoma matürasyonu hasta ameliyathaneden çıkarılmadan gerçekleştirilmelidir<sup>(5)</sup>.

## ÜRETEROSTOMİLER

Üreterostomi; ureterin cilde anastomozu ile sağlanan genellikle kalıcı eksternal üriner diversiyon şeklidir. Bu diversiyonun; cilde üreterostomi, cilde loop üreterostomi, Y-üre-

terostomi ve cilde tek stomalı üreterostomi gibi şekilleri vardır.

**Cilde Üreterostomi:** Üreterlerin, uygun bir yerden kesilip, distalini bağladıktan sonra proksimalini cilde stoma halinde ağzlaştırılması işlemidir. Cilde ureterostomi ideal bir metod değildir. Özellikle ince kalibreli (8 mm'nin altında) ureterde, cilde açılan üreter ostiumu daralma eğilimindedir. Ancak geniş çaplı, dilate üreterlerde stoma stenozu daha az görülür. Fakat bu vakalarda da üreter peristaltizminin azalmasından dolayı assendan enfeksiyon riski artmaktadır. Stoma yeri, üreterin uzunluğuna bağlı olarak seçildiğinden stoma yapımının mahzurlu bir yere de ağzlaştırılması gerekebilir. Cilde üreterostomi; günümüzde daha çok hidroureteronefroz gibi mevcut obstrüksiyona bağlı patolojiden böbreği kurtarıp olayı geriletmek için veya acil bir müdahale gerektiği zaman uygulanabilecek geçici bir tedavi şekli olarak kullanılmaktadır.

**Loop Üreterostomi:** Üreterin; loop kolostomi gibi cilde çekilmesi ve loopun üzeri disk gibi kesilerek cilde anastomoz edilmesi ile yapılır. Daha çok çocuklarda üreteral valv veya üretero-vesikal junction obstrüksiyona bağlı olarak gelişmiş masif dilate renal pelvis ve üreter varlığında başvurulan bir yöntemdir. Keza, patoloji yaratan asıl sebep düzeltildikten ve üreter peristaltizmi geri döndükten sonra üreter devamlılığı kolaylıkla sağlanabilir.

**Y-(Sober)-Üreterostomi:** Üreterin mesaneyeye devamlılığının sağlandığı ancak bir ucunun cilde stoma halinde açıldığı bir üreterostomi şeklidir. Y-üreterostomi lomber insizyonla retroperitoneal bölgeye girilerek yapılır. Y ya da sober üreterostomi; mesaneyeye bir miktar idrarın geçişine imkan tanınması sebebiyle kronik mesane enfeksiyonu ve mesane kontraktürünü önleyici özelliği taşır ve bu bakımdan diğer üreterostomilere üstünlük gösterir.

**Tek Stomalı Üreterostomi:** Stoma halinde cilde ağızlaştırılacak üretere, stoma yerinden daha geride, karşı taraf üreterin anastomoz edilmesi ve her iki üreterin tek stoma ile cilde ağızlaştırılması şeklinde sağlanan üriner diversiyondur. Bu metodun diğer üreterostomilere tek idrar toplama cihazının kullanılması gibi üstünlüğü vardır. Ancak, kalıcı bir diversiyon şeklindedir<sup>(8)</sup>.

### DİĞER STOMA TIPLERİ

**Jejunostomi:** Jejunum anslarından birine tüp konularak beslenme yapılmasıdır. Jejunumdan beslenme endikasyonları şunlardır:

- a- Kötü beslenme durumları.
- b- Debisi büyük, total veya totale yakın sindirim kanalı fistülleri (mide ve duodenum, üst jejunum) neolazik tıkanmaları (sürekli veya süresiz olarak).
- c- Üst sindirim yollarını geçici bir süre dinlendirmek amacıyla (ameliyattan sonra, ileuslarda, post-operatif ağır mide barsak atonilerinde).

Jejunostomi yoluyla günde 2-3 litre izo ve hipertonic tuzlu ve şekerli eriyikler, pepton karışımları verilebilir.

**Gastrostomi:** Mideye tüp konularak hastaların beslenmesi işlemidir. Gastrostomi endikasyonları şunlardır:

- a- Kötü beslenme durumları,
- b- Özofagusun iyi ve kötü huylu tıkanmaları.
- c- Özofagusun geçici bir süre için dinlenmeye konması.

Midenin besinlere toleransı daha çok olduğu için gastrostomi yoluyla hemen bütün sulu besinler veya sulandırılmış katı besinler vermek mümkündür<sup>(9)</sup>. Gastrostomi geçici veya kalıcı olabilir. Gastrostomi ve feeding jejunostomi enteral beslenmenin mümkün olmadığı olgularda beslenme amaçlı kullanılır. Mide proksimali ve esofagusta ise

gastrostomi; mide corpusunda yer alan bir obstrüktif kanserde veya peri ampüller bölge kanserlerinde üst GİS (Gastro İntestinal Sistem) kullanılamıyorsa bu kez feeding jejunostomi önerilir. Gastrostominin mide ve duodenal sekresyonları aspire etmesi ve üst GİS dekomprese etmesi gibi bir indikasyonu olabilir. NG (Nazo Gastrik) sondanın takılamadığı, ya da uzun süreli NG aspirasyon indikasyonu bulunan şuuru kapalı veya solunum sistemi komplikasyonu bulunan hastalarda tercih edilir. Uygun bir şekli seçildiğinde bu fonksiyonla birlikte beslenme amacıyla da kullanılabilir.

**Stoma süresi bakımından iki tür stoma vardır :** Kalıcı ve geçici stoma.

**1- Kalıcı Stomalar:** Rektal anastomozun mümkün olmadığı aşağı rektum tümörleri gibi durumlarda uygulanır. Cerrahi olarak rektum ve anüs çıkarılır. Kolonun ucu sigmoid kolostomi olarak vücut dışına çıkarılır.

**2- Geçici Stomalar:** Geçici stomalar başka bir barsak ameliyatına yardımcı olmak veya dışkıının belli bir süre yön değiştirilmesi gereken durumlarda oluşturulur. Geçici stomanın temel amacı fekal akımın total diversiyonudur<sup>(10)</sup>.

Stoma komplikasyonlarını azaltmak amacıyla yapılacak ilk işlem stoma yerinin iyi seçilmesidir. Bu seçimde ana kural barsağın gerilme olmaksızın yeterli kan akımıyla dışarı alınması olmalıdır. Keza stoma hastanın kolayca göreceği ve torbasını boşaltıp değiştirebileceği bir yere yapılmalıdır. Bu yüzden karnın en uygun yeri sağ üst ya da sol kadrantlardır. Kolostomi yapılacaksa loop kolostomi ilk seçenek olmalıdır. Loop kolostominin total diversiyon sağladığına inananlar çoğunlukta bulunmaktadır. Sol kolonda loop kolostomi yapılacaksa inen kolonla sigmoid kolonun birleştiği yer kullanılmalı proksimal loop'un peritoneal refleksiyon tarafından fikse edilmesinden yararlanılarak prolapsus

önlenmelidir. Çekostomi ve sigmoid kolostomi çok sorunlu olmadıkça yapılmamalıdır<sup>(10)</sup>.

Stoma komplikasyonlarının büyük çoğunluğu karın duvarındaki açıklığın çapı ile yakından ilgilidir. Açıklık çok küçük olduğunda tıkanma, ödem, iskemi, nekroz ve stenoz gelişmektedir. Geniş bir açıklığın yarattığı sorunlar çok daha ciddi ve giderilmesi daha güç olan sorunlar olarak görülmektedir. Başlıcaları; eviserasyon, peristomal ince barsak herniasyonu sonucu tıkanma, parastomal herni, prolapsus ve retraksiyondur<sup>(11)</sup>.

Komplikasyonları önlemede diğer bir önemli faktör enfeksiyon kontrolüdür. Uygun cerrahi teknik, yeterli barsak hazırlığı ve antibiyotik profilaksisi enfeksiyöz komplikasyonlarda belirgin azalma sağlamaktadır<sup>(3)</sup>.

Stomanın rengi pembedir. İlk 24-72 saat içinde stomanın renginde değişim yakından izlenmelidir. Stoma kenarlarında bir miktar renk koyulaşması çoğu kez önemli bir sorun yaratmamaktadır. Ancak stoma tümüyle koyu siyah renk aldığı anda acil girişim gerektiren bir barsak iskemisi düşünülmelidir. İskemi stomal loop'un tümünde ya da önemli bir kesiminde geliştiğinde buna total iskemi adı verilmektedir. Yalnızca dışarıya alınan barsak kesiminde görülen iskemi ise terminal iskemi adını almaktadır. İskemi, dar bir açıklıktan barsağın dışarıya alınması, barsağın iyi mobilize edilmeyişinden doğan basınç ya da stoma loop'un terminal kesiminin aşırı serbestleşmesi nedeniyle olmaktadır. İlk iki nedenle gelişen iskemide hasar genellikle venöz kaynaklı baskıya bağlıdır. Ve çoğu kez nekroza dönüşmeden kendiliğinden düzelmektedir. Nadiren lokal anestezi altında parietal insizyonun genişletilmesi ya da nekrotik kısmının eksizyonu gerekebilmektedir. Sonuncu durumda gereğinden fazla arteriyel devakülarizasyon yapılmıştır. Bu durum çoğu kez nekrozla sonuçlanır. İskemi veya nekrozun genişliği lümen içine ince bir en-

doskopla girilerek araştırılmalıdır. Renk değişimi fasyanın altına kadar inmekte ise peritonit oluşmadan önce stoma revüzyonu yapılmalıdır. Stoma nekrozu vak'aların %2.3-17'sinde görülmektedir. Barsağın yeterli çaptaki bir açıklıktan dışarıya alınması, barsak çevresindeki yağlı doku ve epiploik apendikslerin aşırı diseksiyonundan kaçınılması nekroz oranını azaltan faktörlerdendir. Yüzde 40 dolayında görülen deri irritasyonu, stoma çevresinde eritem, ıslanma ve ekzorsiyon ile kendini göstermektedir. Stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma tekniğinin uygun olması ve stoma torbasının sızıntı yapmayacak şekilde takılması deri irritasyonunu azaltmaktadır. Deriyi korumak amacıyla Karaya zamkı, alüminyum hidroksit ve çinko oksit içeren krem ve losyonlar kullanılmaktadır<sup>(3)</sup>.

### **Stoma Komplikasyonlarından Bazıları<sup>(3)</sup>**

Stoma retraksiyonu; özellikle kolostominin erken dönemdeki komplikasyonlarının en önemlileri olarak %1-6 oranında görülmektedir. Her tür stomadan sonra oluşabilse de en sık görüldüğü vak'alar transvers kolona yapılan stomalar ve terminal sigmoidostomilerdir. Kolonun yetersiz mobilizasyonu sonucu stoma üzerindeki sürekli gerilme retraksiyonun ana nedenidir. Keza ameliyat öncesi yapılmış olan radyoterapi mezenterde kısılmaya yol açarak retraksiyonu kolaylaştırır. Loop kolostomilerde barsağı dışarıda tutan bağı veya silikon çubuğun çok erken alınması da bir neden olabilir. Stomanın tümüyle karın içine kaçması acil cerrahi girişim gerektirmektedir.

Parastomal enfeksiyon; erken dönemde görülen diğer bir komplikasyondur. Barsak içeriğinin parastomal alana bulaşması, iskemi, retraksiyon, stomanın insizyona çok yakın yapılması, peristomal hematoma, en-

feksiyon oluşumunda rol oynayan ana nedenlerdir. Uygun cerrahi teknikle gaitanın parastomal alana bulaşmasının önlenmesi enfeksiyon oranını azaltmaktadır. Stoma çevresindeki cerahat barsağın deriden ayrışmasına yol açmaktadır. Peristomal enfeksiyonun tedavisi konservatiftir. Günde birkaç kez pansuman, nekrotik dokuların debridmanı ve stomanın etrafına antiseptikli gazların sarılması ile enfeksiyon iyileştirilmektedir. Enfeksiyon geçtikten sonra stenoz ve retraksiyon oluşmaması için uygun vak'alarda mukoza ve cilt tek sütürlerle yeniden karşı karşıya getirilmelidir.

Stomal fistül; stomanın yol açtığı diğer bir komplikasyondur ve üç türü bulunmaktadır. Transstomal fistül genellikle ileostomilerde görülmektedir. Stoma cihazlarını uygulama ve bakımı sırasındaki travmalarla oluşmaktadır. Tedavisi cerrahidir. Fistül ağzını içeren barsak kısmı çıkarılarak deri ile mukoza yeniden karşılıklı getirilmektedir. Kör peristomal ve visserokütanöz fistüller ise barsağı fasyaya tespit eden dikişlerle oluşmaktadır. Kör peristomal fistülde bol sekresyon görülmektedir. Ancak barsak içeriği bulunmaktadır. Genellikle fistüle yol açan dikişin alınması ile düzelmektedir. Visserokütanöz fistül ise fasyaya ya da peritona koyulan tespit dikişin barsak lümenine girecek şekilde konulması ya da sonradan barsak duvarının erode olması sonucu oluşmaktadır. Bu tip fistüllerde fistül ağzından bol miktarda barsak içeriği gelmektedir. Akıntı peristomal dermatite ve stoma torbasının yapışmamasına yol açmaktadır. Visserokütanöz fistüller içinde cerrahi tedavi gerektirir. Laparotomi yapılarak fistüllü barsak kısmı eksize edilir ve stoma yenilenir.

Stoma darlığı; genellikle geç bir komplikasyondur ve %6-7 oranında görülmektedir. Bu vak'alarda stoma ağzının daralması yanında ekstraperitoneal barsak kesiminin

elastikiyeti de azalmaktadır. Darlığa yol açan ana nedenler stoma kenarlarının yetersiz beslenme sonucu retraksiyonu ve çevresel bağ dokusu artışı olarak kabul edilmektedir. Erken dönemdeki stenoz, teknik kusurlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Erken stenozdan, açıklığın çok ufak oluşu ve iyi mobilize edilmeyen barsağın retraksiyonu sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca peristomal enfeksiyon sonucu fibröz doku artışı da önemli bir nedendir. Stenozların çoğunda konservatif yöntemler yeterli olmaktadır. Gaita yumuşatıcılar, parmakla ve bujilerle dilatasyon dışı akışını sağlamaktadır. Genellikle lokal anestezi ile plastik onarım yapılmaktadır. Stoma yerinin değiştirilmesi endikasyonu sınırlıdır.

Prolapsus; stomal loop'un karın derisinden dışarı aşırı derecede sarkmasıdır. Genellikle ameliyattan aylar sonra ortaya çıkmaktadır. %5-14 oranında görülmektedir. Kolostomili, özellikle loop kolostomili vak'alarda sık görülmektedir. Stomanın geniş bir açıklıktan ve visseroperitoneal fiksasyonuun yeterli olamaması prolapsusun ana nedenleri sayılmaktadır. Prolabe barsak lokal kirlenmeye yol açmakta ve kolay kanamaktadır. Nadiren strangüle olabilmektedir. Prolapsusun aşırı olmadığı vak'alarda hastaya barsağı yerine koyması öğretilmelidir. Gerektiğinde cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Önerilen yöntemler kolopeksi, burs dikişi ile mukoparietal fiksasyo prolabe barsağın eksizeyonu ve deri mukoza hattının yeniden oluşturulmasıdır. Bu ameliyatların tümü lokal anestezi ile gerçekleştirilmektedir. Sayılan yöntemlerin yeterli olamayacağı düşünülen vak'alarda laparotomi ile yeniden tekniğe uygun stoma yapılmaktadır.

Parastomal herni; önemli bir geç komplikasyondur. Aponevraotik fasya ile barsak arasında kısmi ya da tam bir açılma sonucu oluşmaktadır. Çeşitli yayınlarda insidans %1

den %20'ye kadar değişen rakamlar verilmektedir. Goligher ekstraperitoneal kolostomi tekniğinin herniasyonu azaltan bir faktör olarak bildirmiş ancak bu gözlem diğer araştırmacılarca doğrulanmamıştır. Herni oluşumunda yaşlılık, kronik öksürük, şişmanlık, malnütrisyon, postoperatif sepsis gibi genel nedenlerin yanında teknik kusurlarında rol oynadığına inanılmaktadır. Özellikle fasyadaki açıklığın 2 parmak girişinden geniş olması ve barsağın rektus kası dışından dışarıya alınması ana nedenlerdendir. Parastomal herni cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Başlıca iki grup girişim yapılmaktadır. Stomanın yerinin değiştirilmesi ve herni tamiri bu yöntemlerin birincisidir. Bir diğeri ise parastomal herninin stoma yeri değiştirilmeden tamirinin yapılmasıdır. Bu amaçla sentetik nonabsorbabla sütürlerle yapılan tamiri yeterli görenler yanında serbest barsak kesimi etrafına sentetik bir greft sarılmasını önerenler de bulunmaktadır.

Barsak tıkanması; stomalı kişilerde ortaya çıkabilecek bir diğer komplikasyondur (%13.7). Barsak tıkanmasına yapışıklıklar, lokal tümör rekürrensi, gaita sertleşmesi, parastomal alanda ince barsak sıkışması gibi nedenler yol açmaktadır. Medikal tedavinin yeterli olmadığı vak'alarda cerrahi girişim gerekmektedir.

Kolostomi kapatılmasının, kolostomi açılmasından daha zor olduğu bir gerçektir. Kapatma işlemi en azından daha önce bir kere opere edilmiş bir karında gerçekleştirilir. İlk operasyon sonrası ortaya çıkan adezyonlar zaman zaman kolostomi kapatılmasını oldukça güçleştirir<sup>(12)</sup>. Stoma kapatılması, her klinikte oldukça sık uygulanan bir ameliyattır. Kolostominin açıldığı ilk ameliyata göre hastanın durumu büyük ölçüde düzeldiğinden, bu cerrahi girişim genellikle ikinci plana itilmiş bir durumda görünmek-

tedir<sup>(13)</sup>. Buna karşın bazı çalışmalarda kolostomi kapatılması durumunun kolostomi oluşturulmasına göre çok daha yüksek morbidite ve mortalite içerdiği görülmektedir. Günümüzde kolostomi kapatılmasının mortalitesi %0.5-2.7; morbiditesi ise %6-50 arasında değişmektedir. Kolostominin kapatılma zamanı, kapatma tekniği, barsağa ait primer patoloji, kolostominin tipi ve yeri, yara bakımı gibi çeşitli değişkenler bu oranların böylesine farklı olarak ortaya çıkmasına yol açmaktadır<sup>(14)</sup>. Komplikasyonların başında yara enfeksiyonu ve anastomoz kaçakları gelmektedir. Erken kapatılan vak'alarda morbidite daha da yüksek oranda görülmektedir. Yara enfeksiyonları yeterli drenaj ve lokal bakımla kontrol altına alınabilmektedir. Lokalize küçük anastomoz kaçakları konservatif tedavi ile çoğu kez kendiliğinden kapanmaktadır. Hastaya yüksek kalorili, bol proteinli, az posa bırakan gıdalar verilmelidir. Gerekirse bir süre TPN uygulanmalıdır. Sistemik sepsis belirtileri saptanan ya da komplet anastomotik ayrışma sağlanan vak'alarda acil ameliyat gerekmektedir. Yapılması gereken girişim diversiyon - drenaj ya da anastomoz bölgesinin eksteriozasyonudur<sup>(3)</sup>.

Hemşirelik bakımı yönünden stomaların en önemli komplikasyonları parastomal dermatit, enfeksiyon, apse ve nekrozlardır. Bu durumlar, özel bakım, özel malzeme ve deneyim gerektiren, hastayı uzun süre olumsuz etkileyen komplikasyonlardır.

Geliş tarihi : 14.04.2000

Yayına kabul tarihi : 12.07.2000

Yazışma adresi:

Yük. Hem. Hatice KUMCAĞIZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi

Eğitim Hemşireliği Bölümü

55139 Kurupelit, SAMSUN



**KAYNAKLAR**

1. Füzün M, Kaymak E, Müftüler A ve ark. Stoma Sıklığı. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 1991; 1: 193-195.
2. Füzün M, Özman İ, Avcı G ve ark. Sağlıklı İnsan Gözüyle Stoma ve Stoma Sorunları. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1991; 3: 146-148.
3. Sökücü N. Stoma Sorunları. Hemşirelik Forumu Ekim 1999; 2: 5: 217-220.
4. Akyürek N, Sözüer E, Arıtış Y ve ark. Kolostomiler. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1994; 4: 103-107.
5. Özkan K, Özen N, Malazgirt Z. Kolon, Rektum ve Anüs. Genel Cerrahi Ders Kitabı. (1. Baskı). Ankara, Hacettepe Taş Yayınları, 1996; 380.
6. Aydoğan F. Stoma Hemşireliği ve Hastalara Psikolojik Destek. Çukurova Ostomi Bülteni. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Arahk 1999; 14-15.
7. Paul C, Shellio M. Complications of Abdominal Stoma Surgery. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1562-1567.
8. Sevin G, Kutaniş R. Ureterostomiler. Üriner Diversiyonlar. İstanbul 1998; 15-19.
9. Kayabalı İ. Ağız Dışı Beslenme Yolları. Genel Şirurji Ders Kitabı, 2. Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1971; 125-126.
10. Korkut M, Osmanoglu H, Aydede H ve ark. Loop Kolostomi Total Diversiyon Sağlıyor mu? Kolon Ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1994; 4: 73-75.
11. Yılmazlar T, Özgüç H, Kılıçturgay S, ark. Stoma Komplikasyonları. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1994; 4: 108-111.
12. Korkut M, Osmanoglu H, Çökmez A ve ark. Kolostomi Kapatılmasında Morbiditeyi Etkileyen Faktörler. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1995;6: 26-30.
13. Malazgirt Z. Kolostomi Kapatılmasında Risk Faktörleri. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1993; 3: 80-82.
14. Akçay M, Polat K, Çapan Y ve ark. Kolostomi Kapatmalarının Morbidite ve Mortalite Yönünden Retrospektif Analizi (10 yıllık). Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 1996; 6: 29-32.