

LAPAROSKOPINIS KOLOSTOMOS LIKVIDAVIMAS

PRANAS ŠNIUOLIS, JOLITA BUŠKUTĖ, BIRUTĖ BALTRŪNAITĖ

Klaipėdos universitetinė ligoninė

Raktažodžiai: *atvira kolostomos panaikinimo operacija – dekolostomija (AD), laparoskopinė kolostomos likvidavimo operacija – dekolostomija (LD).*

Santrauka

Straipsnyje pateikiama Klaipėdos universitetinės ligoninės Chirurgijos departamento 2007 – 2010 metų patirtis operuojant pacientus su kolostoma po Hartmano tipo operacijų dėl tiesiosios žarnos vėžio. Dauguma pacientų operuojama atliekant atvirą, labai didelę, trauminę kolostomos likvidavimo operaciją. Šiuo metu visame pasaulyje vis daugiau operacijų atliekama mažai invazyvine – laparoskopine technika. Palyginamosios studijos įrodė šių operacijų privalumus prieš įprastas operacijas. Laparoskopinės kolostomų pašalinimo operacijos labai retos, nes yra galimybė pažeisti pilvaplėvės organus dėl sąaugų, būtinas labai geras laparoskopinės technikos išmanymas bei patirtis, todėl tokios operacijos Lietuvoje atliktos tik pavienės, nėra palyginamųjų rezultatų. Per 3 metus 11 pacientų buvo atlikta laparoskopinė kolostomos pašalinimo operacija. Buvo palyginti rezultatai po laparoskopinės ir atviros operacijos, nustatyta, kad LD lyginant su AD yra daug pažangesnė, pacientų geriau toleruojama, mažiau komplikacijų, trumpesnis gulėjimo laikas, geresnė kosmetika, mažesnis pooperacinis anestetikų poreikis, pacientui daugiau pasitenkinimo sukelianti operacija.

ĮVADAS

Europoje per metus nuo kolorektalinio vėžio miršta daugiau nei 300 000 pacientų. Trečdalis pirmą kartą nustatytų sergančiųjų vėžiu į ligonines patenka skubos tvarka dėl obstrukcinio, perforuoto ar kraujuojančio kolorektalinio vėžio, dažniausiai operacija baigiama suformuojant išorinę kolostomą.

Medicinos istorijoje 1923 metais Henri Albert Hartmann pirmą kartą aprašė operacijos būdą, atlikdamas tiesiosios žarnos vėžio operaciją - suformavo vienvamzdę kolostomą [1]. Iki šiol Hartmano tipo operacijomis buvo vadinama ir kitos skubos tvarka atliktos operacijos: esant divertikulito perforacijai, segmentinei žarnų trombozei,

traumai, opiniam kolitui ir kt. Planine tvarka Hartmano tipo operacija šiuo metu atiekama vis rečiau, kadangi tobulėja operacijos technika, panaudojami stapleriai, pasikeitė supratimas apie žarnyno paruošimą. Studijomis įrodyta, kad rezultatai geresni, kai žarnynas neparuoštas, kai tuo tarpu visai neseniai tai buvo viena iš indikacijų baigti operaciją suformuojant kolostomą.

Studijos rodo, kad be stomos pacientai jaučiasi žymiai geriau [4], tuo tarpu stomos suformavimas lemia prastą gyvenimo kokybę: pasikeičia gyvenimo stilius, dažnai būna odos pažeidimas apie stomą, tam tikras stomos plokštelės nesandarumas, dažnai atsiranda seksualinės problemos, parastominės išvaržos susiformavimas, vystosi psichologinis distresas [5]. Nepaisant to, tik apie 60% pacientų prašo gydytojo, kad jam būtų atlikta dekolostomija [7,8]. Greičiausiai tai susiję su didele pooperacinių dekolostomijos komplikacijų rizika: siūlių nelaikymas būna nuo 0-15% ir pooperacinis mirtingumas siekia net 10% [7].

Paprastai dekolostomija yra atliekama atvira technika - tai didelė operacija. Tuo tarpu mažai invazyvine laparoskopinė operacija yra pranašesnė, nes sumažėja pooperacinis mirtingumas, pacientai anksčiau grįžta prie įprasto gyvenimo ritmo ir, kas svarbu - sutumpėja hospitalizacijos laikas, geresnė gyvenimo kokybė, kosmetika.

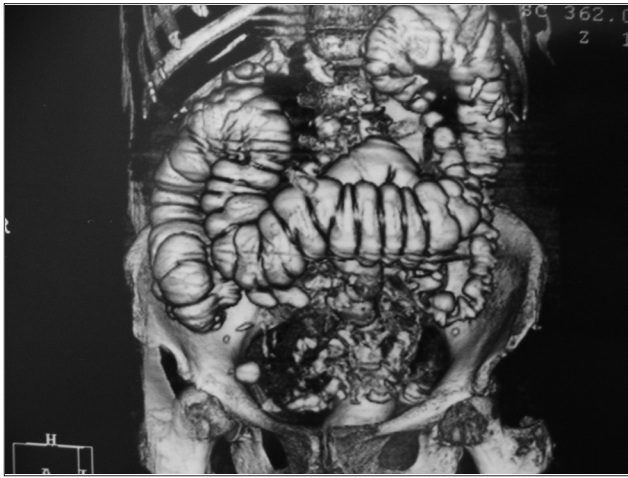
Palyginsime rezultatus operacijų atliekant dekolostomiją po Hartmano tipo stomos suformavimo atvira technika (AD) ir laparoskopine – mažai invazyvine technika (LD).

Darbo tikslas - palyginti rezultatus operacijų atliekant kolostomą atvira – technika (AD) ir laparoskopine – mažai invazyvia technika (LD).

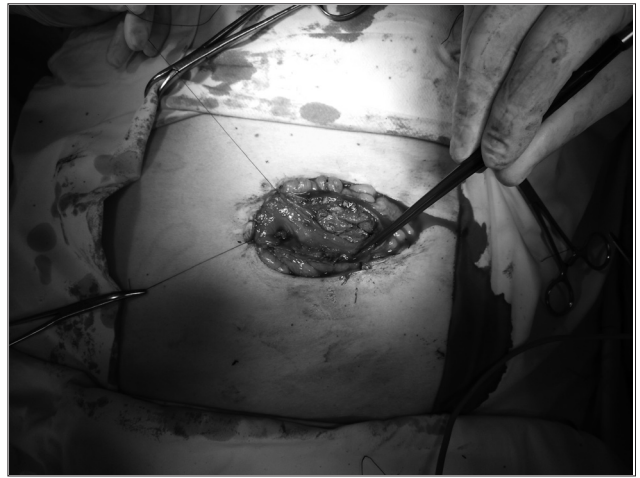
TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAS

Klaipėdos universitetinėje ligoninėje buvo išnagrinėtos ligos istorijos pacientų, operuotų viename iš trijų chirurgijos skyrių 2007 – 2010 metais, neskirstant pacientų pagal lytį, tačiau neįtraukiant į studiją vyresnių nei 65 m. ir sirgusių sunkiomis gretutinėmis ligomis; dekolostomija buvo atliekama praėjus mėnesiui po paciento išrašymo iš stacionaro, bet ne vėliau kaip po 6 savaičių po pirmos operacijos.

Buvo lyginami rezultatai: operacijos laikas, hospitalizacijos trukmė po operacijos (nes gulėjimas iki operacijos



1 pav. Kompiuterinė kolografija – puikus diagnostikos metodas diagnozuojant kolorektalinį vėžį.



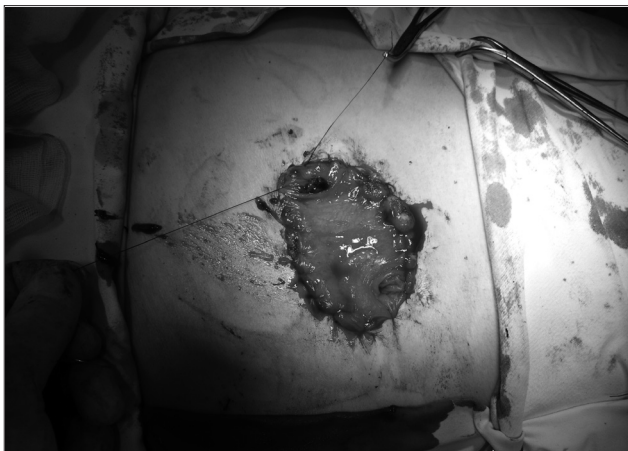
4 pav. Dvivamzdė kolostoma – ypač blogai toleruojama pacientų.



2 pav. Pertempta storžarnė dėl žarnų nepraeinamumo – būtina sąlyga kolostomijai.



5 pav. Laparoskopinė dekolostomija – chirurgų bei instrumentatorių pozicija operacijos metu.



3 pav. Dvivamzdės stomos suformavimas labai sunkios būklės pacientui.

nebuvo įtrauktas), žaizdos infekcija, žarnų nepraeinamumas, anastomozės nesandarumas, kraujo kiekio netekimas, kitos komplikacijos (pvz., širdies nepakankamumas, mirtinumumas). Taip pat paciento aktyvumas – vaikščiojimas po palatą, analgetikų poreikis, žarnų peristaltikos atsistatymas, paciento pasitenkinimas operacija.

Nedidelę įtaką galėjo turėti paruošimas operacijai.

- Prieš AD operacijas: distalinio galo išvalymas klizmomis, endoskopinė kontrolė ir liuosuojantys preparato For trans 3 maišeliai išvakarėse;
- Prieš LD operacijas buvo ruošiama pagal Innsbruck klinikos metodiką: distalinis galas – klizmomis, o proksimalinis – pacientams skiriant dvi dienas po du maišelius for trans. Šiuo būdu žarnynas yra paruošiamas

idealiai: operacijos metu, atvėrus žarnos spindį - jis tuščias, tuo tarpu ruošiant AD - žarnos spindyje dažnai stebimas putotas turinys.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Buvo palyginti rezultatai dviejose grupėse po 11 pacientų, operuojant AD ir LD būdu.

Operacijos laikas: LD – iš pradžių truko ilgiau (greičiausiai dėl to, kad procedūra neįprasta), vėliau laikas tapo žymiai trumpesnis, nei AD, tačiau palyginus rezultatus laikas statistiškai nesiskyrė ($p=0,05$).

Žaizdos supūliavimas: AD ir LD operacijų, infekcinių komplikacijų skaičius statistiškai nesiskyrė ($p=0,21$).

Kraujo netekimas: AD metu pacientai žymiai daugiau netekdavo kraujo, palyginus su LD (tikriausiai dėl šiuolaikiškesnių priemonių, tokių kaip harmoninis skalpelis, naudojimo, geresnės vizualizacijos) ($p>0,06$).

Ileus: AD grupėje, lyginant su LD, buvo dažnesnis ($p>0,01$) siūlių nelaikymas: dažnumas beveik nesiskyrė abiejose grupėse AD ir LD ($p=0,64$). Mirtingumas: tiek AD, tiek LD jo nefiksuota.

Kitos komplikacijos: pneumonija, širdies nepakankamumas, šlapimo susilaikymas AD grupėje lyginant su LD buvo dažnesnis ($p>0,01$).

Kiti faktoriai: ankstesnis paciento mobilumas, žarnyno veiklos atsistatymas, pasitenkinimas operacija buvo žymiai geresni LD grupėje nei AD ($p>0,01$).

Diskusija: dauguma Lietuvos chirurgų pritaria tai nuomonei, kad operuojant kairiosios pusės storosios žarnos vėžį, tiek planiškai, tiek skubos tvarka, yra saugi pirminė jungtis (dėl dešinėsios pusės jau seniai aptarta, kad stomos formavimas reikalingas tik ypatingais atvejais). Stomuotų pacientų buvo ir bus, tačiau vis daugiau jų pageidauja dekolostomijos operacijos - jos pageidauja kuo greičiau ir kad operacija būtų atlikta panaudojant laparoskopinę techniką. Pasirinkimą lemia spaudos, televizijos, interneto įtaka – taigi LD turės būti atliekama vis dažniau.

LD technikos momentai tie patys, kaip ir atviros – AD: stomos mobilizacija, transekcija, laparoskopinio įstūmimas atvira Hassono technika, sąaugų išdalinimas, rectum bigės bei lienalinio kampo mobilizacija, žarnos ištraukimas pro stomos panaikinimo žaizdą, staplerio galvutės įvedimo, apsiuvimo, grąžinimo į pilvaplėvės ertmę ir anastomozavimo laparoskopinio kontrolėje, anastomozės kontrolės su oro - burbulų mėginiu, drenavimo per buvusias trokarų įvedimo angas, paliekant du drenus žemiau anastomozės, ir, jeigu būna siūlių nelaikymas, jis išsprendžia pro drenus kaip trumpalaikę sterkoralinę fistulę.

LD operacijų skaičius mūsų klinikoje dar labai nedidelis (patirtis taip pat), dėl ko nedrįstame lyginti rezul-

tatų su palyginamosiomis studijomis [6], tačiau mūsų duomenys atitinka jų paskelbtus: trumpesnis pacientų gulėjimo laikas, mažesnis kraujo netekimas, ankstesnis mobilumas, mažiau reikia analgetikų, tiek chirurgo, tiek paciento didesnis pasitenkinimas operacija, mažas pjūvis - tik stomos likvidavimo vieta (kas labai svarbu moterims) ir mažesnė galimybė formuotis pooperacinei išvaržai.

IŠVADOS

LD lyginant su AD yra: daug pažangesnė; pacientų geriau toleruojama; mažiau komplikacijų; trumpesnis gulėjimo laikas; geresnė kosmetika; mažesnis pooperacinis anestetikų poreikis; pacientui daugiau pasitenkinimo sukelianti operacija. Tačiau reikalingas labai geras laparoskopinės technikos išmanymas ir komandos buvimas. Ateitis priklausys mažai invazinei chirurgijai, geresnei pacientų gyvenimo užtikrinimo kokybei.

Literatūra

1. Hartmann H Nore sur un procede nouveau d'extirpation des cancers de la partie du colon. Bull Mem Sac Chir Paris 1923; 1474 – 749.
2. Desai DC, Brennan EJ, Reilly JF Utility of the Hartmann procedure. Am J Surg 1998; 175: 152 – 4.
3. David GG, Al-Sarira AA, Willlott Use of Hartmann's procedure in England Colorectal Dis 2009; 11:308-12.
4. Fucini C, Gattai R, Urena C, Bandettini Quality of life among five year survivors after treatment for very low rectal cancer with or without a permanent abdominal stoma. Ann Surg Oncol 2008; 15:1099-106.
5. Keck Jo, Colopy BT, Ryan PJ, Fink R Mckay JR, Reversal of Hartmann's procedure: effect of timing and technique on case and safety. Dis Colon Rectum 1994; 37:243-8.
6. Mazeh H, Greestein A, Swedish K Nguyen-Aaron., Weber KJ, Chin E, Dvino CM. Laparoscopic and open reversal of Hartmann's procedure - a comparative retrospective analysis. Surg Endosc 2009; 23: 496-502.
7. Albarran SA, Simoens Ch, Tkch H, Mendes daCosta P, Restoration of digestive continuity after Hartmann's procedure. Hepatogastroenterology 2004; 51: 1045-9

THE LAPAROSCOPIC COLASTOMY REVERSAL

Pranas Šniuolis, Jolita Buškutė, Birutė Baltrūnaitė

Summary

Key words: the laparoscopic, decolostomy.

During period 2007- 2010 years, 14 patients with colostomy we have been operated in Klaipėda university hospital. For 11 patient were reversal of Hartmann's procedure was done in open technique, and for 11 patients was done the laparoscopic decolostomy. Results were compared: operation and hospitalization time, wound infection, ileus, blood loss and dehiscence of anastomosis, mortality and morbidity. Result were compared: patients activity, analgeting consumption, peristaltics recovery, patients satisfaction by operation. Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure - decolostomy is safe, has fewer complications and shorter hospital stays, better cosmesis and satisfaction of patient and surgeons. Is necessary to perform more laparoscopic decolostomies, and earlier, than 6 weeks after first operation.

Correspondence to: psniuolis@hotmail.com

Gauta 2011-05-28