

Protektivne stome po operacijah nizkega raka danke

Protective stoma after low anterior resection for rectal cancer

Bojan Krebs*, Miran Koželj, Stojan Potrč

Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Maribor

Gastroenterolog 2013; suplement 2: 48–50

Ključne besede: nizka sprednja resekcija, protektivna stoma, anastomoza

Keywords: low anterior resection, anastomosis, protective stoma

POVZETEK

Uvod. Rak danke je drugi najpogostejši rak v Evropi in nizka sprednja resekcija je zlati standard pri zdravljenju. Najhujši zaplet po taki operaciji je puščanje anastomoze. Za zmanjšanje tveganja večina raziskav priporoča izpeljavo protektivne stome. Ta postopek sicer že sam po sebi predstavlja določeno tveganje pri primarni operaciji, predvsem pa je potrebno računati na možne zaplete pri zapiranju.

Metode. Retrospektivno smo zbrali podatke o bolnikih, pri katerih smo med leti 2003 in 2012 zaprli protektivno stomo. Bolniki so bili najprej operirani zaradi procesa na danki in ob nizki sprednji resekciji je bila izpeljana stoma. Pregledali smo podatke o osnovni operaciji, tipu stome, času in načinu zapiranja stome, hospitalizaciji, zapletih in preživetju.

Rezultati. Med leti 2003 in 2012 smo zaprli stomo pri 171 bolnikih, ki so bili operirani zaradi raka danke. Pri 79 bolnikih je bila napravljena transversostoma, pri 92 pa ileostoma. Povprečen čas do zapiranja je bil 235 dni po prvi operaciji. V večini primerov smo napravili resekcijo črevesa in anastomozo (114), v 56 primerih pa samo zapiranje

ABSTRACT

Introduction. Colorectal cancer is the second most common cancer in Europe and low anterior resection is the gold treatment standard. One of the most serious complications after such operation is anastomotic leakage. To reduce the risk many surgeons recommend fecal derivation with protective stoma. This procedure by itself is not without risk in the time of primary operation, and one must also take in account the possible complications of protective stoma closing.

Methods. We retrospectively collected data on patients who were operated on closing the stoma between 2003 and 2012. Patients were first operated because of low rectal cancer and low anterior resection was performed with derivation stoma. We reviewed the data of the first operation, type of stoma, time and method of stoma closure, hospitalization time, and complications.

Results. Between 2003 and 2012, we closed the stoma in 171 patients who underwent surgery for rectal cancer. In the 79 patients transversostomy and in 92 patients an ileostomy was made. Average time until closure was 235 days after the first operation. In most cases, we performed bowel resection and anastomosis

*Bojan Krebs, dr. med.

Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

sprednje stene črevesa brez resekcije. Stopnja zapletov je bila 28 %, medtem, ko je bilo zapletov, ki so zahtevali kirurško ukrepanje 6 %. Trije bolniki (1,8 %) so umrli.

Zaključek. Menimo, da je protektivna stoma potrebna pri operacijah raka spodnjih dveh tretjin danke, še posebej po preoperativnem obsevanju. Kljub temu je potrebno biti zelo pazljiv pri zapiranju le te, saj lahko na prvi pogled enostavna operacija pripelje do zelo hudih zapletov, vključno s smrtnim izidom.

UVOD

Eden od večjih zapletov kirurgije raka danke je vsekakor dehiscenca anastomoze. Z različnimi postopki poskušamo čim bolj zmanjšati verjetnost, da bi do dehiscence prišlo in če do tega že pride, da bi to imelo čim manjši vpliv na bolnika. Izpeljava protektivne stome je eden od postopkov, ki po večini raziskav bistveno zmanjša delež dehiscenc anastomoz (1–3). Prav tako je klinični potek, če do manjše dehiscence pride, za bolnika bolj ugoden in morda sploh ne zahteva kirurškega ukrepanja.

Protektivna stoma je bolj priporočljiva pri bolnikih, ki so prejeli preoperativno obsevanje, pri bolnikih z zelo nizko anastomozo in pa morda tudi pri moških. Kar nekaj raziskav je namreč pokazalo, da imajo moški višjo stopnjo dehiscenc anastomoz. Najverjetneje je to povezano z ožjo medenico, težjo preparacijo in tudi zahtevnejšo rekonstrukcijo v takih pogojih.

Nasprotniki tega postopka trdijo, da izpeljava protektivne stome nima bistvenega vpliva na pooperativni potek (4–6). Stopnja dehiscence anastomoz po nizkih resekcijah zaradi raka danke je po različnih podatkih od 6–30 %. Če bi izpeljali stome vsem bolnikom po takih operacijah, bi to pomenilo, da bi 70–94 % bolnikov imeli stomo po nepotrebem. Tudi dejstvo, da stomo imajo, ne bi zagotovo preprečilo hujših zapletov pri tistih, pri katerih bi resnično prišlo do dehiscence anastomoze. Po trditvah nasprotnikov je

(114) and in 56 cases, only the closing of the front wall of intestine without resection was performed. Complication rate was 28%, while surgical intervention was needed in 6%. Three patients (1.8%) have died.

Conclusion. We believe that the protective stoma is required at operations for rectal cancer in the lower thirds, especially after preoperative oncological therapy. Nevertheless, it is necessary to be very careful at stoma closing, because such at first glance simple operation could lead to very serious complications, including death.

torej bolje bolnika intenzivno spremljati in če do dehiscence pride, izpeljati stomo kasneje.

Potrebno je misliti tudi na to, da je v račun pri izpeljavi protektivne stome vsekakor potrebno vzeti tudi zaplete pri drugi operaciji, ko bomo stomo zaprli. Tudi za ta poseg je potrebna splošna anestezija, sam poseg pa je, kljub temu, da izgleda relativno enostaven, povezan z dokaj visoko stopnjo zapletov. Objavljenih je več raziskav o zapiranju protektivnih stom in zapletih (7–9).

METODE

Zbrali smo podatke za vse bolnike, pri katerih smo zaprli protektivno stomo med leti 2003 in 2012. Med njimi smo izbrali bolnike, ki so predhodno bili operirani zaradi nizkega raka danke in izločili vse ostale. Zanimal nas je spol bolnika, starost, prvotna operacija, čas do zapiranja protektivne stome, tip operacije s katero smo stomo zaprli, čas hospitalizacije po operaciji ter zapleti in reševanje le teh. Podatke smo vnesli v preglednico in obdelali z računalniškim programom Microsoft Excel.

REZULTATI

V opazovanem obdobju smo zaprli stomo pri 171 bolnikih. Med njimi je bilo 71 žensk in 100 moških. Pri 79 bolnikih je bila glede na osebno odločitev operaterja napravljena transversostoma, pri 92 pa ileostoma. Pred zapiranjem smo pri vseh bolnikih

napravili irigografijo s katero smo ocenili prehodnost anastomoze. Pri 114 bolnikih smo pri zapiranju napravili resekcijo črevesa in nato termino terminalno anastomozo in to predvsem pri bolnikih, ki so imeli predhodno izpeljano ileostomo. Pri 56 bolnikih pa smo zadnjo steno pustili intaktno in z direktnimi šivi zašili sprednjo steno črevesa brez resekcije. Povprečen čas hospitalizacije po operaciji je bil 10 dni z razponom od 4 do 68 dni. Povprečen čas od primarne operacije do zapiranja stome je bil 232 dni z razponom od 75 do 753 dni. Stopnja zapletov je bila 28 odstotkov. Na prvem mestu med zapleti je bil pooperativni ileus pri 25 bolnikih oziroma 14 odstotkih. Večino smo zdravili konzervativno, 7 bolnikov pa smo zaradi pooperativnega ileusa ponovno operirali. Pri 11 bolnikih je prišlo do vnetja v rani kar smo zdravili z razprtjem rane. Pri treh bolnikih je prišlo do dehiscence anastomoze, kar smo zdravili kirurško. Skupno je pri 6 odstotkih bolnikov prišlo do zapletov, ki so zahtevali kirurško ukrepanje. Trije bolniki (1,8 %) so umrli. Pri dveh je bil prvotni zaplet ileus, pri enem pa dehiscenca anastomoze.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

V zadnjih letih je vse več raziskav potrdilo, da protektivna stoma zmanjša delež simptomatskih dehiscenc anastomoz. Glede na te izsledke in naše lastne izkušnje, je izpeljava protektivne stome pri operacijah raka danke srednje in spodnje tretjine standard že vrsto let tudi v naši ustanovi. Po drugi strani pa se moramo zavedati, da je tudi samo zapiranje protektivne stome zahtevna operacija s svojo stopnjo zapletov.

V letu 2013 je bila objavljena raziskava, kjer Sharma in sodelavci opozarjajo, da zapiranje ileostome ni tako imenovana »manjša operacija« in da je potrebna enaka previdnost kot pri prvi operaciji (10). Obdelali so podatke za več kot 5000 bolnikov, pri katerih zaprli protektivno ileostomo. Stopnja velikih (major) zapletov je bila 9,3 % in stopnja manjših (minor) zapletov 8,4 %. Smrtnost je bila 0,6 %.

Tudi naši rezultati dokazujejo, da je stopnja zapletov po tej operaciji nadpovprečno visoka. Res je, da je večina zapletov manjših in smo jih uspeli rešiti konzervativno, vendar pa je tudi stopnja zapletov, ki so zahtevali ponovno operacijo dokaj visoka, pa tudi smrtnost ni zanemarljiva.

LITERATURA

1. Montedori A, Cirocchi R, Farinella E, Sciannoneo F, Abraha I (2010) Covering ileo- or colostomy in anterior resection for rectal carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev* CD006878
2. Tan WS, Tang CL, Shi L, Eu KW (2009) Meta-analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. *Br J Surg* 96:462–472
3. Chude GC, Rayate NV, Patris V, Koshariya M, Jagad R, Kawamoto J, Lygidakis NJ. Defunctioning loop ileostomy with low anterior resection for distal rectal cancer: should we make an ileostomy as a routine procedure? A prospective randomized study. *HepatoGastroenterology*. 2008 Sep–Oct;55(86–87):1562–7
4. Wong NY, Eu KW. A defunctioning ileostomy does not prevent clinical anastomotic leak after a low anterior resection: a prospective, comparative study. *Dis Colon Rectum*. 2005 Nov;48(11):2076–9.
5. Huh JW, Park YA, Sohn SK. A diverting stoma is not necessary when performing a handsewn coloanal anastomosis for lower rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2007 Jul;50(7):1040–6.
6. Pappalardo G, Spoletini D, Proposito D, Giorgiano F, Conte AM, Frattaroli FM. Protective stoma in anterior resection of the rectum: when, how and why? *Surg Oncol*. 2007 Dec;16 Suppl 1:S105–8
7. Bada-Yllán O, García-Osogobio S, Zárate X, Velasco L, Hoyos-Tello CM, Takahashi T. Morbi-mortality related to ileostomy and colostomy closure. *Rev Invest Clin*. 2006 Nov–Dec;58(6):555–60.
8. Mansfield SD, Jensen C, Phair AS, Kelly OT, Kelly SB. Complications of loop ileostomy closure: a retrospective cohort analysis of 123 patients. *World J Surg*. 2008 Sep;32(9):2101–6.
9. Chen F, Stuart M. The morbidity of defunctioning stomata. *Aust N Z J Surg*. 1996 Apr;66(4):218–21.
10. Sharma A, Deeb AP, Rickles AS, Iannuzzi JC, Monson JR, Fleming FJ. Closure of defunctioning loop ileostomy is associated with considerable morbidity. *Colorectal Dis*. 2013 Apr;15(4):458–62. *Bojan Krebs