

UROLOŠKE STOME

Miro Mihelič

UDK/UDC 616.6-089.86

UROLOGICAL OSTOMIES

DESKRIPTORJI: urološke stome

DESCRIPTORS: urological ostomies

IZVLEČEK – Številna obolenja sečil zahtevajo zunanjo ali notranjo izpeljavo seča. Na osnovi indikacij, stanja bolnika, prognoze, stanja zgornjih sečil, ročnosti in dojemljivosti bolnika se odločimo, pogosto tudi med operacijo, za vrsto izpeljave seča. Vrsta in lega stome sta tesno povezani s kasnejšimi zapleti in uspešno nego stome. Nujno moramo poznati anatomijo stome, ki povezuje sečila, da bo oskrba pravilna in nenevarna, ter pravočasno spoznati vse zaplete, ki povzročajo hudo okvaro sečil ali celo bolnikovo smrt.

ABSTRACT – Several diseases of urinary tract demand an outer or inner derivation of urine. On the basis of indications, patient's condition, his/her prognosis, the condition of inner urinary tract, the patient's handedness and his span of comprehension we decide, often during the operation, for the way of urine derivation. The kind and place of the ostomy are decisive for eventual later complications and for the care of the ostomy. A good knowledge of anatomy of the ostomy which connects parts of the urinary tract is indispensable, as it enables proper care and safety and a timely recognition of all complications which can cause an irreparable damage of the urinary tract or even death.

Uvod

Naloga spodnjih sečil (sečnik, sečnica) je shranjevanje in pravočasno, hotno, neovirano in popolno izpraznjevanje seča. Zgornja sečila (ledvični meh, sečevod) služijo za prevajanje seča.

Če bolezenske spremembe sečil ogrožajo bolnikovo življenje, povzročajo hude psihične obremenitve ali onemogočajo bolnikovo vključevanje v družbo, je potrebna začasna ali trajna izpeljava seča (derivacija). Možna je zunanja ali notranja izpeljava seča. Poleg delov sečil se pogosteje uporablja kot podaljšek sečil izločeni del črevesa. Zunanja izpeljava se končuje na koži telesa z odprtino (stoma). Stoma je lahko mokra (stalno iztekanje seča) ali suha (je le vstop v novo oblikovani sečnik v trebušni votlini).

Črevesna stoma je starejša od urostome. Prva dokumentirana črevesna stoma je bila narejena leta 1776 (Pillore), prva urološka (ureterokutanostomija) pa leta 1869 (Simon).

Indikacije za urostomo

Po pogostosti si sledijo naslednji vzroki za izpeljavo seča (1):

1. Rak sečnika, prostate, sečnice, urahusa, rodil. V celoti je treba odstraniti prizadeti organ in sečnik narediti tako imenovano supravezikalno derivacijo (izpeljava seča nad sečnikom).

2. Prirojene spremembe spodnjih sečil, ki jih ni mogoče popraviti operativno ali povzročajo spremembe na zgornjih sečilih.
3. Nevrogene okvare sečnika.
4. Poškodbe medenice s poškodbo sečnika, sečnice.
5. Spremembe na sečilih po obsevanju medenice.
6. Velike urinske fistule med sečili, rodili in prebavili.

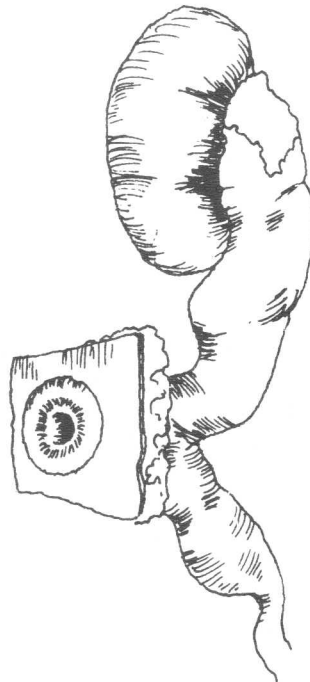
Načela izpeljevanja seča in oblikovanje stome

Osnovne zahteve izpeljave seča so:

- zagotoviti nemoteno prevajanje seča,
- preprečitev infekta, s čimer ščitimo ledvice in
- preprečujemo ali zmanjšujemo elektrolitske motnje,
- primerno oblikovanje stome.

Pri začasni zunanji izpeljavi seča (za nekaj tednov), ki danes nima več tolikšne veljave, se uporablja del sečil, ki se z odprtino končuje na koži trebuha. Pielostome (ledvični meh), ureterostome in vezikostome so, razen redkih izjem, opuščene (slika 1). Intervencijska uro radiologija kot sveža, hitro razvijajoča se in obetavna

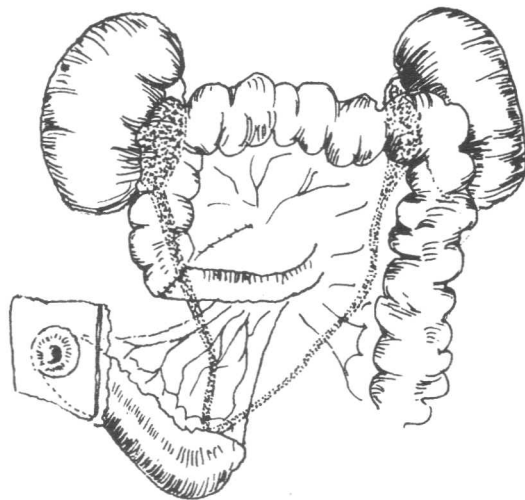
Slika 1: *Ureterokutanostomija*



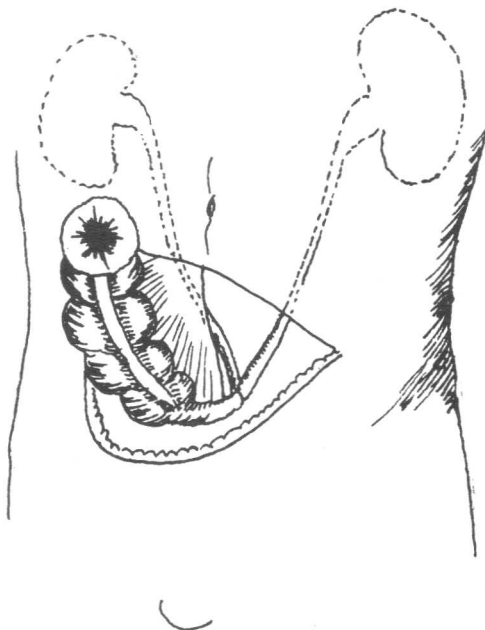
veja radiologije in urologije omogoča izpeljavo seča z različnimi drenažnimi katetri prek kože. Poseg v telo je minimalen, ne zahteva predpriprave, ne prizadene še tako oslabelega bolnika in ustrezno nadomešča prejšnje operativne metode. Začasna je lahko izpeljava seča prek izolirane vijuge črevesa. Vijuga podaljšuje sečila, prevaja seč in izstopa na trebušni steni. To metodo lahko uporabljamo pri

velikih kombiniranih fistulah ali pred obsevanjem sečnika, ki večkrat huje prizadene sečevode. Tudi celjenje tkiv, ki niso bila obsevana, je boljše. Vijugo črevesa lahko po zaključenem zdravljenju vsijemo v sečnik ali pa uporabimo pri oblikovanju nadomestnega sečnika.

Slika 2.



Slika 3.

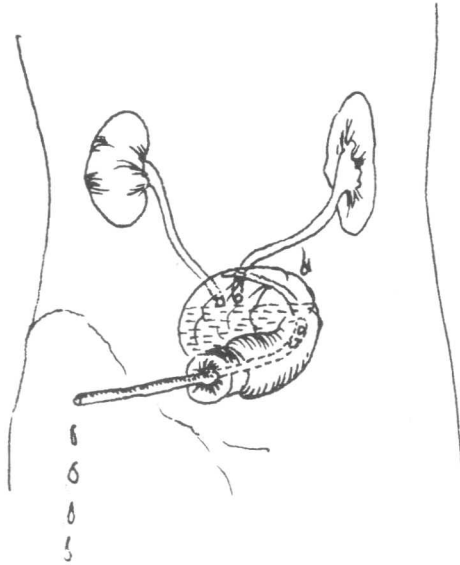


Trajno izpeljavo seča naredimo takrat, kadar ni mogoče ohraniti sečnika ali sečnice. Uporabljamo sečevod ali izločni del tankega (slika 2) ali debelega črevesa (slika 3). Na notranjem koncu črevesne vijuge vstopata sečevoda. Drugi konec vodi na površino telesa in prevaja seč («conduit»).

Vse do sedaj opisane stome so mokre stome – seč stalno kaplja iz stome.

Druga vrsta trajne izpeljave seča je kontinentni rezervar. Iz izločenega dela črevesa napravimo zbiralnik (»pouch«). Je le delni nadomestek pravega sečnika (ne izpraznjuje se sam), iz katerega je treba spuščati seč prek v stomo vstavljenega katetra (slika 4). Ta različica predstavlja zaprt sistem, stoma je suha in ne zahteva vseh principov nege, ki jih poznamo pri mokri stomi.

Slika 4.



Mesto stome je pomembno zaradi:

- nemotenega delovanja stome,
- dobrega dostopa in nege,
- anatomskih razmer kože, podkožja (gube, brazgotine, kostne izbokline itn.), trebušne votline,
- ročnosti bolnika (desničar, levičar).

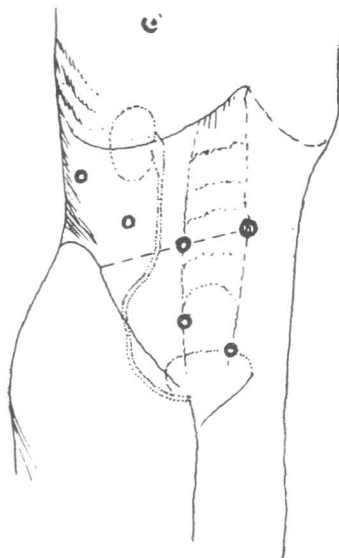
Na lego stome-fistule ne moremo vplivati, pa tudi izbrano mesto ni vedno idealno zaradi anatomskih razmer v trebušni votlini in na sečilih (slika 5).

Dobra stoma je rožnata (bledo – ureter, intenzivno – črevo), z minimalnim ali brez okolnega brazgotinjenja, ostro omejena od okolne kože, ki je zdrava, je nad ali v nivoju kože, ne sme biti razvlečena, vidimo odprtino, črevesna se na dotik krči, stoma je čista in ne preveč občutljiva.

Obstajajo številne rešitve pri oblikovanju ureterokutanostomije, ki je najbolj problematična. Lahko sta dve, združeni ali vsaksebi, podprte z različnimi kožnimi režnji, nad ali v nivoju kože (2,3). Ta stoma rada brazgotini, pogosto se pogrezne pod nivo kože, izločeni seč pa povzroča razjede, vnetja, nalaganje kristalov (3). Stoma leži navadno v navidezni črti, ki spaja popek in zgornji rob krila črevnice, redkeje v predelu popka. Tu se koža pri različnih položajih telesa najmanj guba, mesto je bolniku najlažje dosegljivo, površina kože okrog stome pa je tolikšna, da dovoljuje nemoteno uporabo stomalnih pripomočkov.

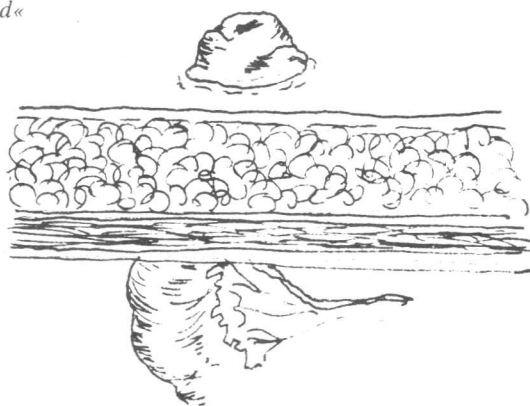
Črevesne stome so posamične. Glede na del črevesa, ki ga uporabimo, leži desno ali levo na spodnji polovici trebuha. Suhe stome so navadno nižje, nad sramno kostjo ali na mestu popka.

Slika 5: Mesta uroloških stom



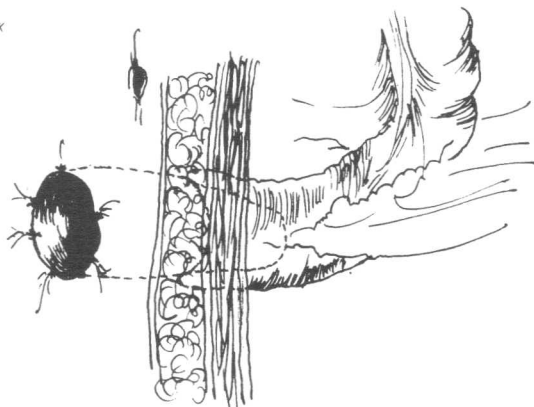
Mokre stome naj bodo nad nivojem kože (seč naj bi se prelival v vrečko in med sečem in kožo naj bi bilo čim manj stika). Suhe stome so v nivoju kože (lažja katetrizacija, nezahtevna nega, estetski učinek).

Slika 6: Stoma »bud«



Nad nivojem kože so naprimer popkasta stoma (»bud stoma«, Turnbull loop stoma). V nivoju je »flush« stoma in stome iz umetne snovi (4) (slika 6,7). V nivoju ali pod nivojem kože so tudi fistule.

Za suho stomo (kontinentni rezervar) se odločamo pri ugodni prognozi, normalnem stanju zgornjih sečil (nevarnost ali poslabšanje elektrolitskih motenj), dobri bolnikovi kondiciji, neprizadetem črevesu, ki ga uporabimo za oblikovanje sečnika, dojemljivosti, zadostni inteligentnosti in spretnosti bolnika.

Slika 7: *Stoma »flush«*

Zapleti pri stomah

Zgodnji zapleti so: krvavitev, uvlečenje (retrakcija) stome, dekubitus, nekroza, stomalna in parastomalna kila, ki zahtevajo pretežno kirurško oskrbo.

V literaturi navajajo 52 odstotkov poznih zapletov: stomalna zožitev (33%), draženje kože in krvavitev (36%), parastomalna kila (4,5–6,5%), prolaps stome in slaba lega. Operativna poprava je potrebna v eni tretjini primerov (5). Huda stomalna zožitev, parastomalna kila in prolaps stome lahko povzročijo enormno povečanje črevesne vijuge, ki prevaja seč. V seču, ki zastaja, se razmnožijo bakterije, ki se selijo v zgornja sečila in jih uničujejo, ker lahko seč nemoteno zateka iz razširjene črevesne vijuge proti ledvicam.

Sklep

Sodobna načela rekonstruktivne urologije težijo k popolni rekonstrukciji sečil z izpeljavo seča po normalni, se pravi anatomske poti. Glede na naravo obolenja teh načel ni mogoče vselej povsem uresničiti. Rešitev je delna nadomestitev sečnika s kontinentno urostomo, ki vodi v rezervar. Danes so izkušnje na tem področju obsežne. Kljub temu je vrsta omejitev, ki omogočajo le izvedbo mokre stome. Pravilna predpriprava bolnika, pravilna odločitev pri oblikovanju stome ter strokovno podkovanost in nenehno spremljanje bolnika in pravočasno ukrepanje močno zmanjšujejo bolnikovo invalidnost in mu vračajo samozavest kot enakopravnemu članu v družbi.

LITERATURA

1. Hampel N, Bodner DR, Persky L. Ileal and jejunal conduit urinary diversion. *Urol Clin North Am* 1986; 13 (2): 207–208.
2. Amin M, Clark R, Hoverton LW (et al). Terminal loop cutaneous ureterostomy: an experimental study and its clinical application. *J Urol* 1977; 118:383.
3. Whitmore WF Jr. Ureteral diversion. In: Bergman (ed.): *The Ureter*. New York: Harper & Row, 1967.
4. Bloom DA, Grossman BH, Konnak JW. Stomal construction and reconstruction. *Urol Clin North Am* 1986; 13 (2): 277–279.
5. Bloom DA, Grossman BH, Konnak JW. Stomal construction and reconstruction. *ibid.*:279–282.