



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συσχέτιση ποιότητας ζωής με χρόνο αποκατάστασης στομίας σε ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο.

Καπλάνης Χαράλαμπος

Ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Τεπετές Κωνσταντίνος ,Καθηγητής χειρουργικής ,Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (Επιβλέπων)
2. Μαρούλης Ιωάννης ,Καθηγητής Χειρουργικής ,Πανεπιστήμιο Πατρών.
3. Σκρουμπής Γεώργιος ,Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής , Πανεπιστήμιο Πατρών.

Λάρισα, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»



Correlation of quality of life with stoma restoration time in colorectal cancer patients

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ – ABSTRACT	7
A.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
B.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Επιδημιολογία κολορθικού καρκίνου	9
2. Χειρουργική προσέγγιση στον κολορθικό καρκίνο	10
3. Στομίες (ειλεοστομίες και κολοστομίες)	11
4. Ενδείξεις -Αντενδείξεις	13
5. Προεγχειρητικός σχεδιασμός και ενημέρωση ασθενούς.	14
6. Επιλογή της θέσης της στομίας επί του κοιλιακού τοιχώματος	14
7. Φροντίδα στομίας και εκπαίδευση ασθενούς	15
8. Σωματική δραστηριότητα	16
9. Επιπλοκές στομιών	16
10. Πρώιμες επιπλοκές	17
10.1 Νέκρωση στομίας	17
10.2 Αιμορραγία από την στομία	18
10.3 Υποχώρηση στομίας	18
10.4 Βλεννογονοδερματικός διαχωρισμός	20
11. Οψιμες επιπλοκές	20
11.1 Παραστοματική κήλη	20
11.2 Πρόπτωση στομίας	21
11.3 Στένωση στομίας	22
11.4 Δερματίτιδα	22
11.5 Παραστοματικό έλκος	23

11.6 Κοκκιώματα	23
11.7 Παραστομιακό γαγγραινώδες πυόδερμα	24
12. Σύγκλειση κολοστομίας/ειλεοστομίας	25
13. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προσωρινή στομία	25
13.1 Άγχος και παράγοντες που σχετίζονται με αυτό	25
13.2 Σεξ και σεξουαλικότητα	26
13.3 Διαταραχές ύπνου – Σωματική δραστηριότητα	27
13.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την στομία	27
13.5 Πίνακας 1.	28
14. Χρονικό διάστημα σύγκλεισης της στομίας	30
14.1 Σύγκλειση ειλεοστομίας	30
14.2 Επανασύνδεση εντέρου- Σύγκλειση κολοστομίας	31

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα ΜΔΕ εκπονήθηκε στην Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, στο πλαίσιο του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Σπουδών «Χειρουργική ελάσσοнос πυέλου και περινέου», υπό την επίβλεψη του Καθηγητού χειρουργικής ΠΓΝΑ κ. Κωνσταντίνου Τεπετέ, κατά το χρονικό διάστημα από 01/2022 έως 05/2022.

Ευχαριστώ θερμά τα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής :κ. Τεπετέ Κωνσταντίνο Καθηγητή χειρουργικής ΠΓΝΑ,κ. Μαρούλη Ιωάννη Καθηγητή χειρουργικής ΠΓΝΠ και τον κ. Σκρουμπή Γεώργιο αναπληρωτή Καθηγητή χειρουργικής ΠΓΝΠ, δίχως την καθοδήγηση και τις εύστοχες παρατηρήσεις των οποίων δεν θα ήταν εφικτή η εκπόνηση της παρούσας ανασκόπησης.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Τεπετέ Κωνσταντίνο Καθηγητή χειρουργικής ΠΓΝΑ που με τα πολύτιμα σχόλια του συνέβαλλε στην μορφοποίηση και τελειοποίηση της εργασίας.

Όπως πάντα, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την αγάπη τους και την αμέριστη στήριξη που μου παρέχουν, σε κάθε μου βήμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Σε αυτή τη μελέτη ανασκόπησης, εξετάστηκε και μελετήθηκε η ποιότητα ζωής ενήλικων ασθενών με κολορθικό καρκίνο και προσωρινή στομία (ειλεοστομία/κολοστομία). Επιπρόσθετα έγινε προσπάθεια συσχέτισης του χρονικού διαστήματος αποκατάστασης της στομίας με την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Οι κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ήταν κατά κύριο λόγο οι EORTC QOL C30/CR38. Ο κολορθικός καρκίνος αποτελεί μία από τις πιο συχνές κακοήθειες στον δυτικό κόσμο. Η χειρουργική ογκολογική αντιμετώπιση του κολορθικού καρκίνου έχει μελετηθεί εκτενώς τα τελευταία χρόνια,ωστόσο κρύβει αρκετές παγίδες που αφορούν θέματα σημαντικά για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών επηρεάζεται με ποικίλους τρόπους τόσο από την ίδια την νόσο και τις επιπλοκές αυτής λόγω ανάγκης του ασθενούς για νοσηλείες,λήψη χημειοθεραπείας ή και ακτινοθεραπείας αλλά και λόγω χειρουργικών τεχνικών που εφαρμόζονται στον ασθενή. Όπως φάνηκε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η διενέργεια στομίας σε ασθενείς με κολορθικό καρκίνο είτε χειρουργούνται προγραμματισμένα είτε σε επείγουσα βάση αποτελεί συχνή επέμβαση η οποία επηρεάζει ποικιλοτρόπως την μετεγχειρητική ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Οι στομίες διενεργούνται για να προφυλαχθούν περιφερικές αναστομώσεις και για να μειωθεί το σηπτικό σύνδρομο σε περίπτωση διαφυγής από την αναστόμωση. Επειδή η διενέργεια μίας προσωρινής στομίας προς εκτροπή των κοπράνων στο κοιλιακό τοίχωμα αποτελεί μια σημαντική αλλαγή τόσο στην εικόνα του ασθενούς όσο και στις καθημερινές συνήθειες και ενασχολήσεις του θα πρέπει να ενημερώνεται προσεκτικά ώστε να έχει κατανοήσει πλήρως την επέμβαση και την μετεγχειρητική πορεία του. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η ύπαρξη στομίας συνοδεύεται τόσο από σωματικές όσο και από ψυχολογικές επιπλοκές. Ωστόσο από τις μελέτες που υπάρχουν έχουν μελετηθεί μικρές σειρές ασθενών και σε μερικές περιπτώσεις τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα όσον αφορά την ποιότητα ζωής,για τον λόγο αυτό οι μελέτες αυτές δεν έχουν ικανή στατιστική ισχύ που θα μπορέσουν να δώσουν καθοριστικές απαντήσεις. Στα αντιφατικά αποτελέσματα φαίνεται να παίζουν ρόλο η γεωγραφική εντόπιση,το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον των ασθενών που μελετώνται. Όσον αφορά τον χρόνο αποκατάστασης της στομίας δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα για το πόσο είναι το ιδανικό χρονικό διάστημα,ωστόσο βιβλιογραφικά αναφέρεται ως ιδανικό χρονικό διάστημα οι 2-3 μήνες για την ειλεοστομία

και 3 με 6 μήνες για την κολοστομία, απο την πρωταρχική επέμβαση. Υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα για ασθενείς με πρώιμη αποκατάσταση κάτω των 3 μηνών. Επιπρόσθετα ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής ,φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στο πότε και αν θα αποκατασταθεί η στομία η εξέλιξη της νόσου (αλλαγή σταδίου κατά TNM) καθώς και η λήψη χημειοθεραπείας ή και ακτινοθεραπείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κολοορθικός καρκίνος, προσωρινή στομία, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT-KEYWORDS

In this review study, was examined and studied the quality of life of adult patients with colorectal cancer and temporary ostomy (ileostomy / colostomy) . In addition, an attempt was made to correlate the ostomy recovery time with the quality of life of these patients. The quality of life rating scales were mainly the EORTC QOL C30 / CR38. Colorectal cancer is one of the most common malignancies in the western world. The surgical oncological treatment of colorectal cancer has been extensively studied in recent years, however it hides several pitfalls that have a great impact on the quality of life of patients. The quality of life of these patients is affected in various ways both by the disease itself and its complications due to the patient's need for hospitalization, receiving chemotherapy or radiotherapy but also due to surgical techniques that applied to them. As the literature review has shown, ostomy in colorectal cancer patients, whether undergoing scheduled or emergency surgery, is a common procedure that affects the postoperative quality of life of these patients in a variety of ways. The ostomies are performed to protect peripheral anastomoses and to reduce the septic syndrome in case of a leak from the anastomosis. Performing a temporary stoma to divert stool to the abdominal wall is a significant change both in the patient's image and in his daily habits and activities, that's why he should be carefully informed so that he fully understands the operation and its postoperative course. It is indisputable that the existence of an ostomy is accompanied by both physical and psychological complications. However, from the studies that we can examine, a small amount of patients have been studied and in some cases the data are contradictory in terms of quality of life, for this reason the results do not have sufficient statistical power that will be able to give definitive answers. Geographical location, educational level and socio-economic environment seem to play a huge role regarding the contradictory results of the patients. Regarding the time we have to wait until we choose to close the ostomy, there are no clear data as what the ideal time period is, however, 2-3 months after an ileostomy and 3 to 6 months after a colostomy, is mentioned as an ideal time period. There are very few data for patients with premature

closure of the stoma, less than 3 months. In addition, regardless of the quality of life, the progression of the disease (stage change according to TNM) as well as the receipt of chemotherapy or radiotherapy seem to play a huge role in when and if the stoma will be restored.

KEYWORDS: colorectal cancer, temporary ostomy, quality of life.

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες κατά την διάρκεια αντιμετώπισης της νόσου. Αναμφίβολα υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών ωστόσο η μελέτη αυτή εστιάζει στο κατά πόσο η ύπαρξη στομίας επηρεάζει την συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών. Η δημιουργία στομίας έχει πολλές φορές αρνητικό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή του ασθενούς, ο οποίος χωρίς την σωστή φροντίδα και εκπαίδευση είναι πιθανό να απομονωθεί κοινωνικά και να εγκαταλείψει δραστηριότητες έως ότου αποκατασταθεί η στομία. Η στομία ως χειρουργική επέμβαση μπορεί να παρουσιάσει πρώιμες ή και όψιμες επιπλοκές οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη νοσηρότητα, αναγκαιότητα για επανεπέμβαση ή παρατεταμένη νοσηλεία. Παρόλα αυτά και σε ανεπίπλεκτες περιπτώσεις η διαχείριση και καθημερινή φροντίδα της στομίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την καθημερινότητα του ασθενούς. Είναι αποδεκτό ότι οι ειλεοστομίες εκτροπής είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμες από της προσωρινές κολοστομίες και εμφανίζουν λιγότερες επιπλοκές. Ωστόσο το είδος της στομίας που θα διενεργηθεί εξατομικεύεται αναλόγως του κλινικού σεναρίου. Στην παρούσα ανασκόπηση η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής διενεργείθηκε βάση αξιόπιστων ερωτηματολογίων με κύρια τα EORTC QOL C30 / CR38. Η διαχείριση αυτών των ασθενών θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα την ορθή αντιμετώπιση της κακοήθους νόσου, για

τον λόγο αυτό απαιτείται η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων οι αποφάσεις των οποίων πολλές φορές είναι αναγκαίο να τροποποιηθούν από το αρχικό πλάνο. Απαιτείται για τον λόγο σωστή και πλήρης ενημέρωση του ασθενούς. Αξίζει να τονιστεί ότι οι στομίες θα πρέπει να διενεργούνται με σύνεση και ασφάλεια και μόνο σε περιπτώσεις που υπάρχει απόλυτη ένδειξη⁷⁷. Ο χρόνος σύγκλεισης της στομίας κυμαίνεται από 3 με 6 μήνες κατά κύριο λόγο από την αρχική επέμβαση. Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με προσωρινή στομία έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς με μόνιμη στομία επειδή η προοπτική αποκατάστασης της στομίας τους ανακουφίζει/ηρεμεί ψυχικά. Ωστόσο παράγοντες όπως η χημειοθεραπεία ή και η ακτινοθεραπεία, η ύπαρξη μεταστατικής νόσου πιθανώς να επηρεάσουν την απόφαση για αποκατάσταση της στομίας⁷².

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Επιδημιολογία καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού.

Ο κολορθικός καρκίνος αποτελεί μία συχνή κακοήθεια με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα κατατάσσοντας τον στην τρίτη πιο συχνή κακοήθεια που διαγιγνώσκεται στις ΗΠΑ¹. Αποτελεί περίπου το 10% του συνόλου των καρκίνων που διαγιγνώσκονται ετησίως. Είναι ο τρίτος πιο συχνός τύπου καρκίνος που διαγιγνώσκεται στους άνδρες και ο δεύτερος σε συχνότητα όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό². Στις γυναίκες, η επίπτωση και η θνησιμότητα είναι περίπου 25% χαμηλότερες από ότι στους άνδρες. Αυτά τα ποσοστά ποικίλλουν επίσης όσον αφορά την γεωγραφική κατανομή παγκοσμίως. Σε κάποιες ανεπτυγμένες χώρες παρατηρούνται σταθεροποιητικές ή και φθίνουσες τάσεις στα ποσοστά του κολορθικού καρκίνου. Αυτά τα ποσοστά κατά κύριο λόγο αποδίδονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με την διενέργεια κολonosκόπησης². Σε αντιδιατολή, παρατηρείται μια ανησυχητική αύξηση των ασθενών ηλικίας κάτω των 50 ετών που παρουσιάζουν καρκίνο του παχέος εντέρου με κύρια εντόπιση το ορθοσιγμοειδές κόλον. Σε αυτό φαίνεται να συμβάλλουν γενετικοί παράγοντες, η παχυσαρκία, και η διατροφή αλλά τα ακριβή μονοπάτια της παθογένεσης δεν είναι πλήρως διευκρινισμένα².

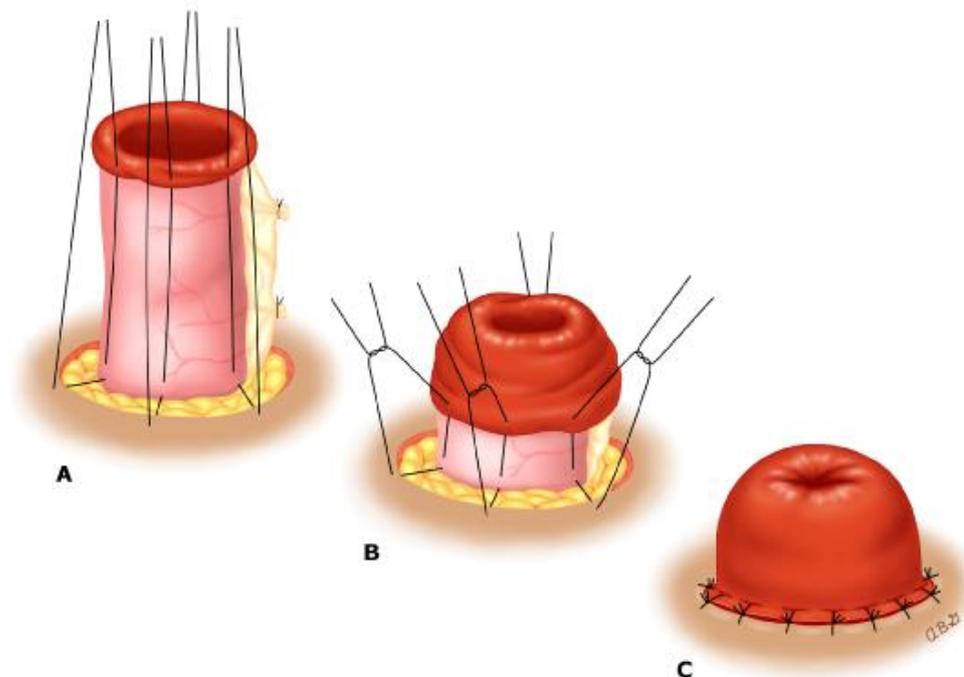
Χειρουργική προσέγγιση στον κολορρθικό καρκίνο.

Η πρωταρχική θεραπεία του εντοπισμένου μη μεταστατικού καρκίνου παχέος εντέρου είναι η χειρουργική. Η χειρουργική εξαίρεση πρέπει να ακολουθεί τις ογκολογικές αρχές χειρουργικής δηλαδή μία ογκολογική κολεκτομή με αφαίρεση όλου του απαιτούμενου λεμφαγγειακού δικτύου. Στις μη επιπλεγμένες κολεκτομές σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού πραγματοποιείται με την διενέργεια αναστόμωσης σε πρώτο χρόνο³. Η χειρουργική προσέγγιση μπορεί να είναι είτε με την κλασική ανοικτή χειρουργική είτε λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά από εξειδικευμένους και έμπειρους χειρουργούς. Όσον αφορά τον καρκίνο του ορθού η προσέγγιση είναι όμοια ωστόσο ανάλογα με την προεγχειρητική σταδιοποίηση στο θεραπευτικό πλάνο εισέρχεται και η προεγχειρητική νεοεπικουρική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνων ορθού πραγματοποιείται αναστόμωση σε πρώτο χρόνο με ή χωρίς ειλεοστομία εκτροπής εξαιρούμενων των περιπτώσεων που απαιτείται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή με τελική κολοστομία. Σε επιπλεγμένες και επείγουσες περιπτώσεις η διενέργεια μίας κολεκτομής είναι πιθανότερο να συνοδεύεται από στομία εκτροπής. Όσον αναφορά την αιμορραγία από κολορρθικό καρκίνο αυτή συνήθως αφορά χρόνια απώλεια αίματος και όχι μαζική οξεία αιμορραγία. Ωστόσο υπάρχει πιθανότητα μεγάλης αιμορραγίας η οποία οφείλει να αντιμετωπίζεται πρωτίστως με συντηρητικά μέσα όπως η ενδοσκόπηση και από αγγειακός εμβολισμός υποβοηθούμενος από CT αγγειογραφία^{4,5}. Σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στις μη επεμβατικές μεθόδους έχει ένδειξη η χειρουργική αντιμετώπιση. Προτιμάται αναστόμωση σε πρώτο χρόνο εκτος από περιπτώσεις ασθενών με σοβαρές συννοσηρότητες ή σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς^{4,5}. Σε περιπτώσεις αποφρακτικού ειλεού παχέος εντέρου η ορθή αντιμετώπιση εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενούς, τις συννοσηρότητες καθώς και την εντόπιση του όγκου. Πιο συγκεκριμένα για όγκους τυφλού, ανιόντος και εγκαρσίου κόλου η ενδεδειγμένη χειρουργική επέμβαση είναι η δεξιά ή εκτεταμένη δεξιά κολεκτομή με ειλεοκολική αναστόμωση σε πρώτο χρόνο χωρίς διενέργεια στομίας κεντρικότερα. Για όγκους που εντοπίζονται στο αριστερό κόλον υπάρχουν μελέτες που συνηγορούν υπέρ εκτομής και αναστόμωσης σε πρώτο χρόνο^{6,7}. Ωστόσο η κοινή πρακτική από την πλειοψηφία των χειρουργών είναι η κολεκτομή με προσωρινή κολοστομία. Σε ασθενείς με σοβαρές συννοσηρότητες με αποφρακτικό ειλεό παχέος εντέρου και με εντόπιση του όγκου στο ορθό συνίσταται εναλλακτικά η ενδοσκοπική τοποθέτηση stent εφόσον είναι εφικτό προς λύση της συμπτωματολογίας και ακολούθως χειρουργική εκτομή και αναστόμωση σε πρώτο χρόνο με τις βέλτιστες για τον ασθενή συνθήκες.

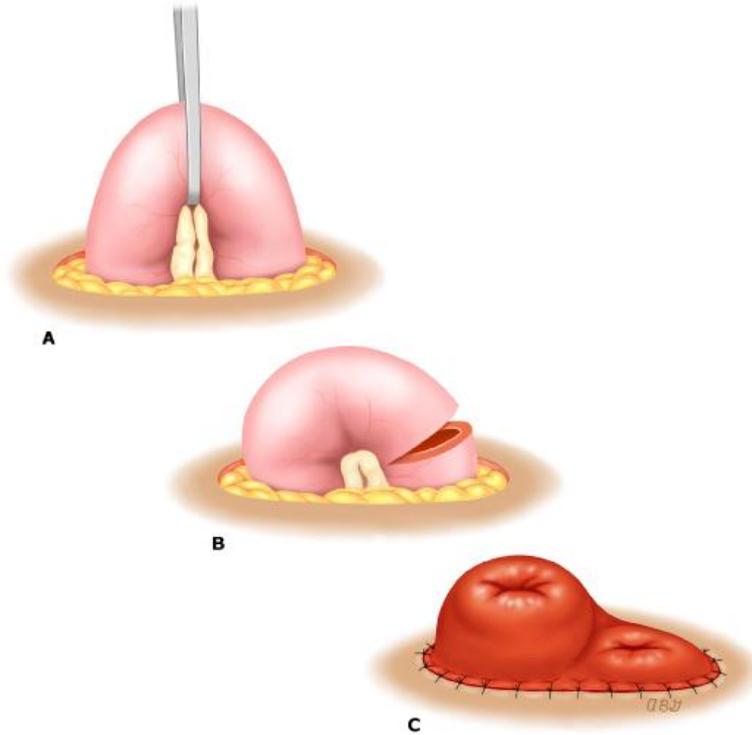
Στομίες (Ειλεοστομίες, κολοστομίες).

Η όρος στομία προέρχεται από την ελληνική λέξη στόμα και αφορά την εξωτερίκευση δια μέσου του κοιλιακού τοιχώματος ενός τμήματος της γαστρεντερικής οδού (λεπτού ή παχέος εντέρου) το οποίο καθλώνεται με το δέρμα του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος ⁸ **Εικόνα 1**. Μια στομία μπορεί να δημιουργηθεί σχεδόν οπουδήποτε κατά μήκος της γαστρεντερικής οδού. Για εκτροπή της ροή των κοπράνων, οι πιο κοινές στομίες περιλαμβάνουν το περιφερικό λεπτό έντερο (ειλεοστομία,) **Εικόνα 2**, και το παχύ έντερο (κολοστομία). Προσωρινές ή μόνιμες εκτροπές κοπράνων μπορεί να χρειαστούν για τη αντιμετώπιση πληθώρας καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του εντέρου όπως οι συγγενείς ανωμαλίες, ο αποφρακτικός ειλεός παχέος εντέρου, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, οι τραυματισμοί επί του εντέρου (αμβλύ ή διατιτραίνων τραύμα) και η κακοήθεια του γαστρεντερικού⁹. Η δημιουργία στομίας ενδείκνυται όταν η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού αντενδείκνυται ή δεν είναι άμεσα εφικτή δεδομένης της κλινικής κατάστασης του ασθενούς. Ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για αναστοματική διαφυγή (π.χ. προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, κακή θρέψη, λήψη κορτικοστεροειδών), που έχουν εντερική αναστόμωση <5 cm από το πρωκτικό χείλος (χαμηλή αναστόμωση κάτω από την περιτοναϊκή ανάκαμψη) ή που είναι αιμοδυναμικά ασταθείς (τραύμα, σήψη, περιτονίτιδα) θα ωφεληθούν από μια προσωρινή στομία μέχρι να αποκατασταθεί με ασφάλεια η συνέχεια του πεπτικού σε δεύτερο χρόνο ¹⁰⁻¹¹.

Σε περιπτώσεις που διενεργείται αναστόμωση η στομία προφυλάσσει και ελαττώνει το σηπτικό σύνδρομο σε περιπτώσεις μετεγχειρητικής διαφυγής από την αναστόμωση. Μια ειλεοστομία (προσωρινή ή μόνιμη) εκτελείται όταν είναι απαραίτητο να παρακαμφθεί ολόκληρο το κόλον και το ορθό ή για να προστατευθεί μια περιφερική κολοορθική, κολοπρωκτική ή ειλεοπρωκτική αναστόμωση.



Εικόνα 1: Καθήλωση τελικής ειλεοστομίας (UptoDate Ileostomy and colostomy)



Εικόνα 2: Ειλεοστομία αγκύλης (UpToDate Ileostomy and colostomy)

Ενδείξεις

Ενδείξεις για διενέργεια τελικής κολοστομίας είναι η κοπρανώδης περιτονίδα στα πλαίσια επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας ή ρήξης παχέος εντέρου από όγκο, όγκοι που απαιτούν κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ή δεν είναι εφικτή η αναστόμωση κάτωθεν της ανάκαμψης του περιτοναίου¹². Ενδείξεις για διενέργεια τελικής ή προσωρινής κολοστομίας αγκύλης είναι όταν χειρουργείται μη εξαιρέσιμος όγκος ορθού, η ακράτεια ,πρωκτίτιδα ή ορθίτιδα συνεπεία ακτινοθεραπείας, συρίγγια στην περινεϊκή χώρα ,ορθοκολπικά ή ορθοκυστικά συρίγγια συνεπεία φλεγμονώδους νόσου ή λόγω κακοήθειας¹².

Η προσωρινή ειλεοστομία εκτροπής διενεργείται για την διαφύλαξη μίας περιφερικής κολοορθικής αναστόμωσης μετά από εκτομή του ορθοσιγμοειδούς κόλου. Στην περίπτωση αυτή ένα τμήμα (αγκύλη) του τελικού ειλεού εξάγεται δια μέσω του κοιλιακού τοιχώματος, ανοίγεται και καθηλώνεται μεμονωμένες ραφές στο χόριο του δέρματος . Υπάρχει δυνατότητα να σταθεροποιηθεί η στομία στο δέρμα με μία μικρή ράβδο ως ότου το έντερο κοκκοιοποιηθεί στο κοιλιακό τοίχωμα. Η προσωρινή ειλεοστομία

αγκύλης διενεργείται συχνά σε ασθενείς που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για αναστομωτική διαφυγή, όπως ασθενείς με προηγηθείσα ακτινοβολία στην περιοχή της πυέλου και του περινέου, για ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα που επηρεάζουν αρνητικά την επούλωση των ιστών όπως κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα και οι βιολογικοί παράγοντες¹⁰⁻¹¹. Ασθενείς με θετικό τεστ εμφύσησης αέρα (air leak test) διεγχειρητικά έπειτα από χαμηλή προσθία εκτομή ορθοσιγμοειδούς με κατιοορθική ή κολοπρωκτική αναστόμωση έχουν απόλυτη ένδειξη για διενέργεια ειλεοστομίας εκτροπής. Αν και τα δεδομένα είναι ασαφή σχετικά με τις επιδράσεις των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων στην αναστομωτική επούλωση, πολλοί χειρουργοί εξακολουθούν να προστατεύουν την αναστόμωση με προσωρινή ειλεοστομία εκτροπής. Η προσωρινή κολοστομία αγκύλης διενεργείται συνήθως στο σιγμοειδές ή εγκάρσιο κόλον αναλόγως με την υποκείμενη αιτία συνήθως προς εκτροπή των κοπράνων σε περιπτώσεις αποφρακτικού ειλεού παχέος εντέρου ή αντιμετώπισης της σήψης στα πλαίσια συριγγίων (εντεροκυστικά, εντεροκολπικά ή περινεϊκά) ή γάγγραινας Fournier¹⁵.

Αντενδείξεις για διενέργεια στομίας.

Δεν υπάρχουν σαφείς και απόλυτες αντενδείξεις για διενέργεια στομίας. Ωστόσο θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν διάφοροι παράγοντες όπως η νοσογόνος παχυσαρκία, η γενικευμένη καρκινωμάτωση κοιλίας και κλινικές καταστάσεις που προκαλούν βράχυνση του μεσεντερίου όπως οι λεμφαδενικές μάζες (πχ λέμφωμα) και η μεσεντερίτιδα. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν σχετικές αντενδείξεις προς διενέργεια στομίας γιατί είναι πιθανό να μην μπορεί να δημιουργηθεί μία τεχνικά άρτια στομία. Πιο συγκεκριμένα να δημιουργηθεί μία στομία με αυξημένη τάση ή με ισχαιμικές αλλοιώσεις¹². Συνεπώς οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν την νοσηρότητα, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επηρεάζουν σαφώς την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Προεγχειρητικός σχεδιασμός και ενημέρωση του ασθενούς.

Η δημιουργία μίας στομίας μπορεί να αποτελεί συνηθισμένη χειρουργική επέμβαση ωστόσο η επέμβαση αυτή αλλάζει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα, τις συνήθειες και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό απαιτείται ορθός προεγχειρητικός σχεδιασμός και ενημέρωση του ασθενούς. Η επιλογή της θέσης της στομίας, η ψυχολογική υποστήριξη, η εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενικών του προσώπων για συνεχή φροντίδα αποκατάστασης είναι πολύ σημαντικές παράμετροι¹⁶. Οι ασθενείς που χρειάζονται στομία συχνά βιώνουν ψυχολογικό, σωματικό και συναισθηματικό στρες που σχετίζεται με φόβους σχετικά με τη σεξουαλικότητα, την κοινωνική αποδοχή, και την οικονομική επιβάρυνση¹⁷. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι δυσάρεστες καταστάσεις, θα πρέπει να υπάρχει προεγχειρητική εκπαίδευση και συμβουλευτική. Η μετεγχειρητική φροντίδα της στομίας όποτε αυτό είναι δυνατόν, θα πρέπει να πραγματοποιείται από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλεύτρια εντεροστομικής θεραπείας). Η

προεγχειρητική συμβουλευτική από έναν ειδικό νοσηλευτή στομίας βελτιώνει την μετεγχειρητική ποιότητα ζωής βοηθώντας τους ασθενείς να προσαρμοστούν ψυχολογικά στις σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει ότι η συμμετοχή ενός ειδικού νοσηλευτή στομίας έχει σημαντικό αντίκτυπο στα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα και στα μειωμένα ποσοστά επιπλοκών, όπως και η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης στομίας^{18,19,20,21}. Εκτός από τη βελτιωμένη συνολική ποιότητα ζωής, η προεγχειρητική συμβουλευτική σχετίζεται με μειωμένες μετεγχειρητικές επιπλοκές που σχετίζονται με τη στομία¹⁹, καθώς και σύντομη έξοδο από το νοσοκομείο.

Επιλογή της θέσης της στομίας επί του κοιλιακού τοιχώματος.

Σε διάφορες αναδρομικές μελέτες έχει δείχθει ότι η σωστή επιλογή θέσης ελαχιστοποιεί τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιτυγχάνει την καλή μετεγχειρητική ποιότητα ζωής^{19,24,26}. Μια μη ορθή επιλογή θέσης είναι πιο πιθανή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση σε σύγκριση με την εκλεκτική χειρουργική επέμβαση^{23,24,27,28}. Μια πολυκεντρική αναδρομική ανασκόπηση 748 ασθενών διαπίστωσε ότι όσοι είχαν σημάδια προεγχειρητικής θέσης στομίας ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν μεταγενέστερα προβλήματα και επιπλοκές σε σύγκριση με εκείνους χωρίς σημάδια προεγχειρητικής θέσης στομίας (23 % έναντι 46%)²⁴. Τυπικά, το σημείο επιλέγεται προεγχειρητικά με τη συνεργασία της εντεροστομικής νοσηλεύτριας, του χειρουργού και του ασθενούς. Σε περίπτωση απουσίας ειδικού νοσηλευτή στομίας, η θέση της στομίας και η συμβουλευτική του ασθενούς θα πρέπει να πραγματοποιείται από έμπειρο χειρουργό. Η συμβουλευτική παρακολούθηση με ειδικό νοσηλευτή στομίας κατά τη μετεγχειρητική περίοδο είναι ιδιαίτερα σημαντική και συνιστάται, καθώς οι μετεγχειρητικές στοματικές επιπλοκές είναι πιο συχνές όταν κατασκευάζονται σε επείγουσα βάση^{23,27-28}. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη προεγχειρητικά σε σχέση με την τοποθέτηση στομίας περιλαμβάνουν το περίγραμμα του κοιλιακού τοιχώματος (καθιστή και όρθια θέση), προηγούμενες κοιλιακές τομές, οστικές προεξοχές, επάγγελμα, στυλ ένδυσης, αναπηρία και τυχόν σωματικούς περιορισμούς. Η μη βέλτιστη τοποθέτηση στομίας αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών και επιδεινώνει την ποιότητα ζωής. Οι βασικές αρχές για την σωστή θέση της στομίας είναι οι εξής: Η θέση της στομίας πρέπει να είναι τέτοια έτσι ώστε ο ασθενής να έχει εύκολη πρόσβαση σε αυτή ώστε να μπορεί να περιποιείται την στομία και να αλλάζει τον σάκο συλλογής κοπράνων με ευκολία, η στομία πρέπει να εκβάλλει από το πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα άνωθεν ή κάτωθεν του ομφαλού αναλόγως της σωματικής διάπλασης του ασθενούς (για παράδειγμα σε ασθενείς με παχυσαρκία η στομία οφείλει να εκβάλλει υψηλότερα όπου το κοιλιακό τοίχωμα είναι λεπτότερο. Η στομία πρέπει να απέχει τουλάχιστον 5 cm από το τραύμα, παλιές ουλές, παροχετεύσεις και οστικές προσεκβολές ώστε ο ασκός συλλογής των κοπράνων να προσκολλάται εύκολα και με ασφάλεια.

Φροντίδα της στομίας και εκπαίδευση του ασθενούς.

Η θέση της στομίας και το είδος της (κολοστομία ,ειλεοστομία) έχει αντίκτυπο στην διαχείριση. Οι κολοστομίες είναι μεγαλύτερες σε διάμετρο από τις ειλεοστομίες, έχουν πιο παχύρευστο κοπρανώδες περιεχόμενο και αέρια σε σύγκριση με τις ειλεοστομίες η οποίες έχουν κυρίως υδαρές περιεχόμενο. Επιπρόσθετα στις ειλεοστομίες καταργείται η λειτουργία της ειλεοφυλικής βαλβίδας η οποία παρακάμπτεται. Η δημιουργία στομίας σε έναν ασθενή έχει ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις όπως έχει προαναφερθεί ωστόσο όπως και οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση έχει επιπλοκές έτσι και η επέμβαση της στομίας έχει πληθώρα πρώιμων και όψιμων επιπλοκών. Ωστόσο με την σωστή χειρουργική τεχνική και την προσεκτική και σχολαστική μετεγχειρητική φροντίδα (διατροφή ,περιποίηση της στομίας ,διαχείριση πρόσληψης υγρών) οι ασθενείς αυτοί μπορούν να έχουν μια υγιή κοινωνική,σεξουαλική και επαγγελματική ζωή όντας πλήρως λειτουργικοί²⁹.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση με δημιουργία στομίας (προσωρινή ή τελική) είναι σημαντικό να ξεκινά προεγχειρητικά. Σε περιπτώσεις επείγουσας χειρουργικής επέμβασης αυτό μπορεί να μην είναι εφικτό. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τις αλλαγές που θα συμβούν στο σώμα του ώστε να αποδεχτεί την αλλαγμένη εικόνα του ,για τον νεο τροπο που θα αποβάλλονται τα κόπρανα καθώς και για το πως θα φροντίζει την στομία του. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση πρέπει να γίνεται από ειδικό προσωπικό (έμπειρο χειρουργό και ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό που ειδικεύεται στην φροντίδα ασθενών με εντεροστομίες). Μελέτες μελέτες έχουν δείξει ότι η συμμετοχή ενός ειδικού νοσηλευτή στομίας έχει σημαντικό αντίκτυπο στα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα και στα μειωμένα ποσοστά επιπλοκών, όπως και η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης στομίας^{18,19,20,21}. Αρχικά οι ασθενείς εκπαιδεύονται στο πως να χρησιμοποιούν τους σάκους συλλογής κοπράνων. Υπάρχουν διάφορα είδη σάκων οι οποίοι είναι απλοί στην χρήση. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται να χρησιμοποιούν τους σάκους ώστε να είναι ευχρηστοί , να μην έχουν διαρροές ώστε να προστατεύεται το δέρμα πέριξ της στομίας. Υπάρχουν διάφορα προϊόντα που χρησιμοποιούνται ώστε να καθλώνεται καλύτερα στο δέρμα ο σάκος της στομίας όπως ειδικές πούδρες και κρέμες²⁹. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις ειλεοστομίες επειδή το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου περιέχει πρωτεολυτικά ένζυμα τα οποία μπορεί να ερεθίσουν το δέρμα πέριξ της στομίας και να προκαλέσουν δερματίτιδα επιβαρύνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Όσον αφορά τις ειλεοστομίες ,η παροχή τους το 24ώρο υπερβαίνει συνήθως τα 500 mL και το περιεχόμενο είναι υδαρές σε σχέση με τις κολοστομίες όπου η παροχή είναι σαφώς μικρότερη και τα κόπρανα είναι σχηματισμένα. Για τον λόγο αυτό η αφυδάτωση είναι η πιο κοινή αιτία επανεισαγωγής στο νοσοκομείου ασθενούς με ειλεοστομία αγκύλης και απαντάται στο 30% των ασθενών^{30,31}. Είναι σαφές ότι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται σχολαστικά για την διατροφή που πρέπει να ακολουθήσουν καθώς για την σωστή ενυδάτωση που πρέπει να έχουν σε καθημερινή βάση. Όσον αναφορά ασθενείς με κολοστομία η διαχείριση είναι πιο εύκολη ,δεν υπάρχουν διαιτητικοί περιορισμοί αλλά και σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής πρέπει να ενυδατώνεται σωστά (1,5 – 2L/ημερησίως) ώστε να αποφεύγονται επεισόδια δυσκοιλιότητας²⁹.

Σωματική δραστηριότητα.

Πολλοί ασθενείς ανησυχούν για το πως θα επιδράσει η στομία στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο ιατρός οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή ότι οι περισσότερες δραστηριότητες μπορούν να συνεχιστούν με ασφάλεια με ελάχιστες, εάν υπάρχουν, τροποποιήσεις. Για παράδειγμα, το μπάνιο και το ντους μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη θήκη ανοιχτή και γενικά δεν απαιτούνται τροποποιήσεις στην ένδυση. Πολλές αθλητικές δραστηριότητες μπορούν επίσης να συνεχιστούν με ασφάλεια εκτός από αθλήματα τα οποία ενδέχεται να βλάψουν τη στομία. Η προσθήκη ζώνης ή συνδετικού υλικού είναι χρήσιμη για τη διατήρηση της σφράγισης της θήκης κατά τη διάρκεια έντονης δραστηριότητας²⁹. Η σεξουαλική δραστηριότητα προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία και έντονο στρες σε πολλούς ασθενείς με στομία. Η παροχή συμβουλών από ειδικούς ψυχολόγους θα πρέπει να εξετάζει ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα και την ανταπόκριση του συντρόφου³². Η στομία οργανικά δεν επηρεάζει την σεξουαλική λειτουργία. Ωστόσο, ασθενείς κυρίως με καρκίνο που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση στην πύελο που περιέχει και στομία μπορεί να εμφανίσουν σεξουαλική δυσλειτουργία λόγω κάκωσης των αυτόνομων νεύρων στην πύελο τα οποία πορεύονται πλησίον του ορθού εντος της πυελικής περιτονίας και τα οποία ελέγχουν την στυτική λειτουργία και την εκσπερμάτιση. Επίσης λόγω της χημειοθεραπείας και του υποκείμενου νοσήματος καθώς και στα πλαίσια προηγηθείσας ακτινοθεραπείας. Είναι χρήσιμο για τον ασθενή να έχει αδειάσει το σάκο και να έχει εξασφαλίσει ότι η σακούλα σφραγίζεται άθικτη πριν από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς και οι σύντροφοί τους βρίσκουν χρήσιμο να χρησιμοποιούν εσώρουχα για να κρύψουν και να ασφαλίσουν τη θήκη. Διατίθενται ευρέως διάφορα εμπορικά καλύμματα θήκης και εσώρουχα ειδικά σχεδιασμένα για ασθενείς με στομίες^{29,32}. Ασθενείς με στομίες μπορούν με ασφάλεια να ταξιδέψουν ωστόσο οφείλουν να προσέχουν την διατροφή τους ,να ενυδατώνονται σωστά μόνο με εμφιαλωμένο νερό προς αποφυγή γαστρεντερίτιδων και να αποφεύγουν την έκθεση σε ακραίες θερμοκρασίες.

Επιπλοκές στομιών

Η συχνότητα των επιπλοκών όσον αναφορά τις στομίες κυμαίνεται από 15 έως 80 τοις εκατό^{23,33-40}. Οι επιπλοκές των στομιών επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών καθότι απαιτούν πολλές φορές επανεισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και σε κάποιες περιπτώσεις επανεπέμβαση. Είναι πολλοί οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις στομίες που αφορούν κυρίως τον σάκο και προβλήματα που αφορούν το περιστομικό δέρμα^{23,41,42,44}. Οι επιπλοκές ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της στομίας, με τα χαμηλότερα ποσοστά επιπλοκών να παρατηρούνται σε ασθενείς με τελικές κολοστομίες και τελικές ειλεοστομίες^{37,49}. Οι ειλεοστομίες αγκύλης έχουν τα υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών^{38,40,43}. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα των ειλεοστομιών είτε είναι τελικές είτε αγκύλης είναι η αφυδάτωση, ο ερεθισμός του δέρματος (που σχετίζεται με την υψηλή απόδοση και την υψηλή αλκαλική ενζυμική εκροή) και η απόφραξη του λεπτού εντέρου. Η πρόπτωση μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους τύπους στομιών, είναι πιο συχνή σε κολοστομία αγκύλης, ιδιαίτερα στις εγκαρσιοστομίες^{37,44}. Η πρόπτωση και η παραστομιακή κήλη είναι οι πιο συχνές επιπλοκές για τις ειλεοστομίες και κολοστομίες^{37,44,45}. Επιπλοκές που αφορούν τις στομίες μπορεί να εμφανιστούν είτε στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο είτε όψιμα μετά την δημιουργία της στομίας^{19,23,12,46-52}. Παρότι υπάρχουν επιπλοκές που

μπορεί να εμφανιστούν και πρώιμα και όψιμα συνήθως οι πρώιμες από τις όψιμες επιπλοκές διαφέρουν σημαντικά.⁴¹:

Πολύ πρώιμες επιπλοκές (ημέρες) — Οι επιπλοκές που εμφανίζονται πολύ νωρίς στη μετεγχειρητική πορεία σχετίζονται συχνά με τεχνικά ζητήματα^{39,42} και συχνά απαιτούν επανεισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και πιθανά χειρουργική επέμβαση. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την απόφραξη του εντέρου που οδηγεί στη στομία λόγω συστροφής αυτού.

Πρώιμες επιπλοκές (<3 μήνες) — Οι πρώιμες επιπλοκές, ορίζονται ως εκείνες που εμφανίζονται εντός τριών μηνών από την δημιουργία της στομίας, σχετίζονται συχνά με την μη ορθή επιλογή θέσης στομίου^{19,38} αλλά επηρεάζονται και σε μεγάλο βαθμό από το προφίλ του ασθενούς (π.χ. μεγάλη ηλικία, κακή φυσική κατάσταση και θρέψη, ανώτερη κατηγορία Αμερικανικής Εταιρείας Αναισθησιολόγων [ASA], παχυσαρκία, συννοσηρότητες ,χρήση καπνού και υποκείμενη κακοήθεια)^{41,23,42}.

Οι πρώιμες επιπλοκές περιλαμβάνουν την ισχαιμική νέκρωση της στομίας, την υποχώρηση-πρόπτωση της στομίας και τον βλεννογονοδερματικό διαχωρισμό.

Νέκρωση στομίας — Η συχνότητα της ισχαιμικής νέκρωσης της στομίας στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ανέρχεται σε ποσοστό που αγγίζει το 14%^{23,55} Η επαρκής διατήρηση της παροχής αίματος στη στομία, η επαρκής κινητοποίηση του εντέρου, και το επαρκές μέγεθος στην οπή του κοιλιακού τοιχώματος ώστε να μην στραγγαλίζεται το έντερο που εκβάλλει ως στομία είναι σημαντικοί παράγοντες για την αποφυγή αυτής της επιπλοκής. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για νέκρωση της στομίας περιλαμβάνουν την επείγουσα χειρουργική επέμβαση σε βαρέως πάσχοντα ασθενή, την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου,ιδιαίτερα την νόσο του Crohn και την νοσογόνο παχυσαρκία⁵⁰. Η νέκρωση της στομίας εμφανίζεται συχνότερα στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο ως αποτέλεσμα φλεβικής συμφόρησης ή αρτηριακής ανεπάρκειας (π.χ. μη επαρκές άνοιγμα της περιτονίας, υπερβολική απογύμνωση του μεσεντέριου). Η πιο κρίσιμη εκτίμηση είναι να προσδιοριστεί η έκταση της νέκρωσης, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εισαγωγή ενός λιπασμένου δοκιμαστικού σωλήνα στη στομία και τη χρήση φακού για την οπτικοποίηση του εγγύς βλεννογόνου. Μια εναλλακτική λύση είναι να χρησιμοποιήσετε ένα εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο. Η διαχείριση και η αντιμετώπιση βασίζεται στο κλινικό σενάριο:

- Εάν η νέκρωση εκτείνεται στο εγγύς έντερο κάτω από την πρόσθια περιτονία, απαιτείται άμεση αναθεώρηση της στομίας.

- Εάν το εγγύς έντερο είναι βιώσιμο και η νέκρωση περιορίζεται στη στομία (επιφανειακή στην πρόσθια περιτονία), η αναμονή μπορεί να είναι κατάλληλη επιλογή,εφόσον όμως η νέκρωση επιδεινωθεί απαιτείται αναθεώρηση. Σε επείγουσες καταστάσεις, η ισχαιμία της στομίας περιορίζεται συχνότερα στον βλεννογόνο πάνω από την περιτονία και έτσι μπορεί

να αποφευχθεί το χειρουργείο,. Υπάρχει ωστόσο το ενδεχόμενο στένωσης του αυλού της στομίας στο μέλλον⁵³.

Αιμορραγία από την στομία — Μία μείζονα αιμορραγία από τη στομία είναι ασυνήθιστη και συνήθως εμφανίζεται ως συνέπεια τραυματισμού του βλεννογόνου του εντέρου ή λόγω παρουσίας περιστομικών φλεβικών κισσών σε ασθενή με πυλαία υπέρταση. Μικρή αιμορραγία από τη στομία μπορεί επίσης να συμβεί νωρίς στην μετεγχειρητική περίοδο που σχετίζεται με τη δημιουργία της στομίας ή αργότερα μετά από υπερβολικά έντονο καθαρισμό του στομίου. Η αρχική αντιμετώπιση της στοματικής αιμορραγίας περιλαμβάνει άμεση πίεση και τοπική καυτηρίαση ή συρραφή του αιμορραγούντος αγγείου, εάν αυτό εντοπιστεί εύκολα. Οι περιστομιακοί κισσοί εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολεκτομή για καρκίνο και από το ιστορικό τους προϋπάρχει πυλαία υπέρταση. Περιστομιακοί κισσοί μπορεί επίσης να αναπτυχθούν σε ασθενείς με άλλες αιτίες πυλαίας υπέρτασης. Η αρχική αντιμετώπιση αποτελείται από άμεση πίεση που ακολουθείται από σκληροθεραπεία με ένεση ή συρραφή. Ωστόσο, η υποτροπή είναι συχνή και μπορεί να απαιτηθεί παρέμβαση (TIPS) για τη μείωση των πιέσεων της πύλαιας φλέβας.

Υποχώρηση της στομίας (Εικόνα 3) — Η υποχώρηση της στομίας συμβαίνει όταν μια στομία βρίσκεται 0,5 cm ή περισσότερο κάτω από την επιφάνεια του δέρματος εντός έξι εβδομάδων από την δημιουργία της συνήθως ως αποτέλεσμα υψηλής τάσης στη στομία^{23,38}. Η υποχώρηση της στομίας οδηγεί σε διαρροή εντερικού πριεχομένου και δυσκολίες προσκόλλησης του σάκου με αποτέλεσμα τον ερεθισμό του περιστομιακού δέρματος. Η επίπτωση της υποχώρησης της στομίας κυμαίνεται περι 1-40%^{23,38,42}.

Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες κινδύνου είναι η παχυσαρκία, λόγω του πάχους του κοιλιακού τοιχώματος⁴² και η τάση. Το σωστό ύψος της στομίας και η ελαχιστοποίηση της τάσης είναι σημαντικοί παράγοντες για την πρόληψη αυτής της επιπλοκής. Η διαχείριση και η αντιμετώπιση εξαρτάται επίσης από το κλινικό σενάριο:

- Εάν η στομία υποχωρεί κάτω από την περιτονία, απαιτείται άμεση χειρουργική αναθεώρηση για την πρόληψη της ενδοπεριτοναϊκής σήψης από την έξοδο εντερικού περιεχομένου εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας⁴¹.
- Μια στομία που έχει υποχωρήσει αλλά παραμένει πάνω από την περιτονία μπορεί να αντιμετωπιστεί με τοπική φροντίδα του τραύματος, με ένα σύστημα κυρτού σάκου και τη χρήση ζώνης. Εάν αυτά τα μέτρα δεν παρέχουν ασφαλή σφράγιση θήκης, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αναθεώρηση. Ωστόσο, η αναθεώρηση είναι κατάλληλη μόνο όταν μπορεί να αναμένεται βελτιωμένο αποτέλεσμα από το χειρουργείο και δεν είναι κατάλληλη όταν η αιτία του προβλήματος δεν έχει αντιμετωπιστεί⁵⁴. Περί το 1% των ασθενών εμφανίζει υποχώρηση της στομίας ως αποτέλεσμα μετεγχειρητικής αύξησης βάρους. Οι υπέρβαροι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται να χάσουν βάρος.
- Εάν η συντηρητική αντιμετώπιση μιας τέτοιας στομίας αποτύχει, είναι απαραίτητη η χειρουργική αναθεώρηση με δημιουργία νέας στομίας. Η επανατοποθέτηση της στομίας στο άνω κοιλιακό τοίχωμα, που είναι συνήθως πιο λεπτό, μπορεί να είναι χρήσιμη.



Εικόνα 3: Υποχώρηση κολοστομίας (UpToDate ,ileostomy and colostomy care and complications)

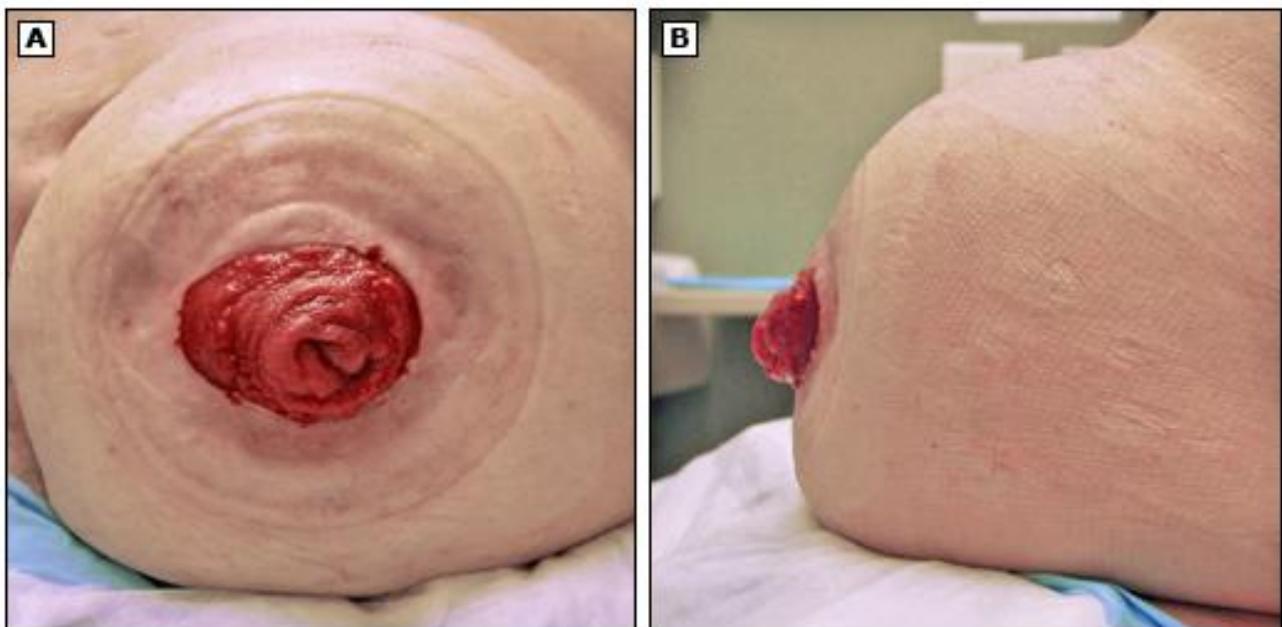
Βλεννογονοδερματικός διαχωρισμός

Ο βλεννογονοδερματικός διαχωρισμός αναφέρεται στον διαχωρισμό του βλεννογόνου του εντέρου από το περιστομιακό δέρμα. Ο βλεννογονοδερματικός διαχωρισμός έχει ως αποτέλεσμα την διαρροή εντερικού περιεχομένου και τον ερεθισμό του δέρματος. Εμφανίζεται σε ποσοστό 12-24% των ασθενών στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο^{23,42}. Η καλύτερη προσέγγιση για πρόληψη αυτής της επιπλοκής είναι σχολαστική τεχνική κατά την συρραφή και καθήλωση του εντέρου στο δέρμα. Ο βλεννογονοδερματικός διαχωρισμός μπορεί να είναι τμηματικός ή να αφορά όλη την στομία περιμετρικά. Εάν είναι περιμετρικός ο διαχωρισμός μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα σε στένωση λόγω της επούλωσης κατά 2^ο σκοπό με αποτέλεσμα την δημιουργία ουλώδους ιστού. Όταν συνυπάρχει περιμετρικός διαχωρισμός της γραμμής συρραφής με ταυτόχρονη υποχώρηση της στομίας θα πρέπει

άμεσα να αναθεωρηθεί χειρουργικά. Για λιγότερο σοβαρούς διαχωρισμούς, το έλλειμμα μπορεί να καλυφθεί με απορροφητικό υλικό, σκόνη φραγμού δέρματος, ή πάστα.

Όψιμες επιπλοκές (>3 μήνες) — Οι όψιμες επιπλοκές περιγράφονται κυρίως για μόνιμες στομίες, καθώς οι περισσότερες προσωρινές στομίες αναστρέφονται εντός τριών μηνών⁵⁶. Παράγοντες κινδύνου για όψιμες επιπλοκές περιλαμβάνουν τη διάρκεια της στομίας, την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (παχυσαρκία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια)^{23,42} την ανεπαρκή κινητοποίηση του εντέρου με αποτέλεσμα το ύψος της στομίας <10 mm από το δέρμα και άνοιγμα κοιλιακού τοιχώματος ακατάλληλου μεγέθους^{41,23}. Οι πιο συχνές όψιμες επιπλοκές περιλαμβάνουν την πρόπτωση, την παραστομική κήλη, και την στένωση στομίας³⁸. Μια συγκλησθείσα στομία μετά από την επανασύνδεση του εντέρου μπορεί επίσης να εμφανίσει επιπλοκές όπως μόλυνση τραύματος, καθυστερημένη επούλωση και σχηματισμό κήλης επί του κοιλιακού τοιχώματος.

Παραστομική κήλη (Εικόνα 4)— Ο σχηματισμός παραστομικής κήλης είναι μια συχνή επιπλοκή, ειδικά σε ασθενείς με κολοστομία. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την παχυσαρκία και τον κακό τόνο των κοιλιακών μυών, τις καταστάσεις που προκαλούν αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, την τοποθέτηση της στομίας έξω από τον ορθό κοιλιακό μυ και το μεγάλο άνοιγμα στην περιτονία. Οι περισσότερες παραστομιακές κήλες είναι ασυμπτωματικές και δεν δημιουργούν περαιτέρω επιπλοκές (π.χ. στραγγαλισμός, απόφραξη του εντέρου)⁵⁴. Ωστόσο σε περίπτωση που εμφανίσουν συμπτωματολογία η χειρουργική αποκατάσταση είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία.



Εικόνα 4: Παραστομιακή κήλη (UptoDate ,Parastomal Hernia)

Πρόπτωση στομίας — Η πρόπτωση είναι η προβολή και πτώση του εντέρου έξω από τη στομία και μπορεί να συμβεί με οποιοδήποτε τύπο στομίας. Η πρόπτωση μπορεί να δυσκολέψει την τοποθέτηση και την προσκόλληση του σάκου και η παρατεταμένη πρόπτωση προκαλεί εντερικό οίδημα. Η επίπτωση κυμαίνεται από 7% έως 26% με τα υψηλότερα ποσοστά να σχετίζονται με εγκάρσια κολοστομία αγκύλης και με τελικές κολοστομίες^{23,37,56}. Παράγοντες κινδύνου για πρόπτωση μπορεί να περιλαμβάνουν το μεγάλο άνοιγμα της περιτονίας στο κοιλιακό τοίχωμα, και αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση³⁸. Εναλλακτικές τεχνικές στερέωσης κατά τη διάρκεια της κατασκευής στομίου έχουν προταθεί για την πρόληψη της πρόπτωσης^{35,46,57,58}. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν αυτές τις τεχνικές.

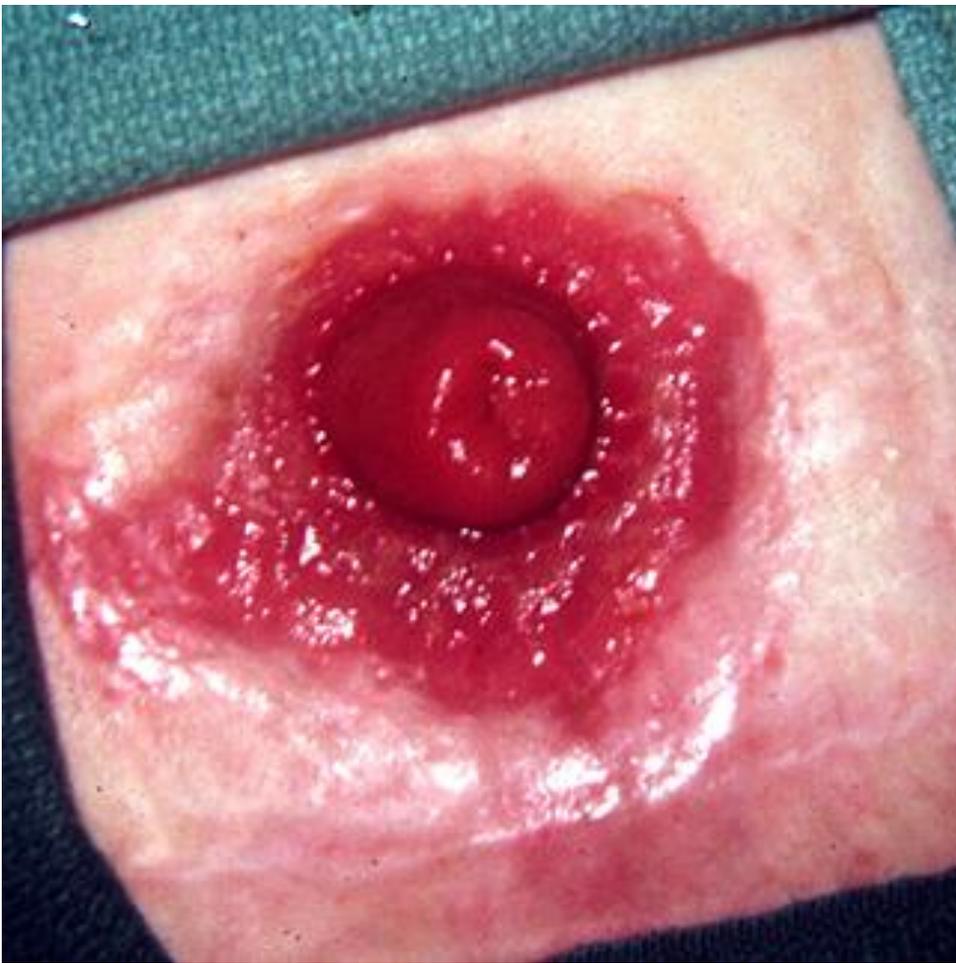
Η μη επιλεγμένη πρόπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με δροσερές κομπρέσες και/ή την εφαρμογή ενός οσμωτικού παράγοντα (π.χ. ζάχαρη)⁶⁴ για τη μείωση του οιδήματος του εντέρου, ακολουθούμενη από χειροκίνητη μείωση της πρόπτωσης με την εφαρμογή συνδετικού με ιμάντα. Χρησιμοποιούνται επίσης διαφορετικοί και μεγαλύτεροι σάκοι ώστε να εφαρμόζουν σωστά και να φιλοξενούν το προπίπτων έντερο όταν η ανάταξη του δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ή να διατηρηθεί⁶⁰.

Η επιλεγμένη πρόπτωση, πρόπτωση που προκαλεί ισχαιμικές αλλοιώσεις ή σοβαρό ερεθισμό και αιμορραγία του βλεννογόνου συνήθως απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Η τοπική αναθεώρηση της πρόπτωσης επιτυγχάνεται με εκτομή πλήρους πάχους του προπίπτοντος τμήματος εντέρου και με δημιουργία νέας στομίας στην αρχική θέση. Εναλλακτικά γίνεται αναθεώρηση σε άλλη θέση³⁸.

Στένωση στομίας — Αναφέρεται σε στένωση της στομίας που είναι ικανή να παρεμποδίσει τη φυσιολογική λειτουργία της. Η επίπτωση κυμαίνεται από 2% έως 15% και είναι πιο συχνή στις τελικές κολοστομίες³⁸. Η στένωση μπορεί να εμφανιστεί στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο αλλά είναι το πιο πιθανό είναι να αναπτυχθεί μήνες αργότερα. Η πρώιμη στένωση της ειλεοστομίας, λόγω οιδήματος στη περιτονία και πιο επιφανειακά, μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με ήπια εισαγωγή ενός μεγάλου, καθετήρα ουροδόχου κύστης Foley με μαλακή άκρη ακριβώς κοντά στο επίπεδο της περιτονίας. Εάν υπάρχει σημαντική αντίσταση κατά τον χειρισμό αυτό, η διαδικασία θα πρέπει να εγκαταλειφθεί. Πρέπει να δίνεται προσοχή για να αποφευχθεί η διάτρηση. Η στένωση μπορεί να εμφανιστεί αργότερα στο επίπεδο του δέρματος, της περιτονίας ή στην έξοδο της στομίας δευτερογενώς λόγω ουλής. Η στένωση μπορεί να αποδοθεί σε περιστομιακή σήψη, υποχώρηση, σύστημα τοποθέτησης σάκου που δεν εφαρμόζει σωστά ή σε μη ορθή χειρουργική τεχνική. Ο ασθενής θα πρέπει να αξιολογηθεί για άλλες διεργασίες που θα μπορούσαν να συμβάλουν. Η ήπια στένωση μπορεί να αντιμετωπιστεί με διατροφικές τροποποιήσεις (π.χ. αποφυγή αδιάλυτων φυτικών ινών). Η ήπια διαστολή της στομίας μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη, αλλά δεν βασίζεται σε στοιχεία. Η κλινικά σημαντική στένωση συνήθως προκαλεί σπασμωδικό πόνο που ακολουθείται από εκρηκτική έξοδο και συνήθως απαιτεί χειρουργική διόρθωση⁵⁴. Για αυτές τις περιπτώσεις, η τοπική αναθεώρηση μπορεί να προτιμάται έναντι της διαστολής, η οποία μπορεί να περιπλέκεται από περιστομιακή αιμορραγία, τραυματισμούς ιστών, ίνωση και περαιτέρω στένωση. Η

αποκατάσταση περιλαμβάνει εκτομή του ουλώδους ιστού με επαρκή κινητοποίηση και δημιουργία μιας νέας στομίας χωρίς τάση σε μια νέα θέση. Η διεύρυνση του ανοίγματος του δέρματος μέσω τεχνικής διπλής πλαστικής Z μπορεί να είναι χρήσιμη σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. περιορισμένος αριθμός θέσεων για μετατόπιση στομίου) ⁶¹.

Δερματίτιδα (Εικόνα 5) — Ο περιστομιακός ερεθισμός του δέρματος είναι πιο συνηθισμένος σε ασθενείς με ειλεοστομία λόγω της φύσης του περιεχομένου της στομίας. Χαρακτηρίζεται από έντονα απογυμνωμένο δέρμα κατά μήκος της κάτω όψης της στομίας. Η δημιουργία ενός προεξέχοντος στομίου για την ειλεοστομία ύψους περίπου 2 έως 3 cm για τη βελτιστοποίηση της εφαρμογής του σάκου είναι η καλύτερη μέθοδος για την ελαχιστοποίηση της επαφής των λυμάτων με το δέρμα. Ο ερεθισμός του δέρματος του περιστομίου μπορεί επίσης να προκύψει από μηχανικό τραύμα, αλλεργική αντίδραση σε ένα προϊόν συσκευασίας ή περιστομιακή μυκητίαση, η οποία είναι πιο κοινή σε ζεστά και υγρά κλίματα ³⁸. Οι μυκητιασικές λοιμώξεις εμφανίζονται ως κηλιδοβλατιδωτό εξάνθημα με διακριτές δορυφορικές βλάβες. Αλλεργικές αντιδράσεις μπορεί να εμφανιστούν με οποιοδήποτε από τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται για την προστασία του περιστομιακού δέρματος ή για τη διασφάλιση της πρόσφυσης του συστήματος σάκκων. Οι αλλεργικές αντιδράσεις χαρακτηρίζονται από κνησμό, ερύθημα και φουσκάλες στην περιοχή. Η θεραπεία περιλαμβάνει τον εντοπισμό και τη διόρθωση των αιτιολογικών παραγόντων, την εξάλειψη τυχόν αλλεργιογόνων και τη θεραπεία των απογυμνωμένων περιοχών με σκόνη δερματικού φραγμού ή αντιμυκητιακή σκόνη (π.χ. νυστατίνη ή μικοναζόλη). Εάν είναι απαραίτητο, η σκόνη μπορεί να απλωθεί ελαφρά με ένα υγρό δάχτυλο ή στεγανωτικό δέρματος για να εξασφαλιστεί μια επιφάνεια που μπορεί να τοποθετηθεί η σακούλα ⁵⁴. Τοπικά στεροειδή μπορεί μερικές φορές να απαιτούνται για μια σοβαρή αντίδραση ⁵⁴. Όποτε είναι δυνατόν, ο ασθενής με περιστομιακά προβλήματα δέρματος θα πρέπει να επισκέπτεται έναν ειδική νοσηλεύτρια στομίας. Η ανθεκτική διάσπαση του περιστομιακού δέρματος θα πρέπει να οδηγήσει σε παραπομπή σε χειρουργό με εμπειρία και εξειδίκευση στη διαχείριση της στομίας.



Εικόνα 5: Δερματίτιδα στομίας (UptoDate ,ileostomy and colostomy care and complications)

Παραστομιακό έλκος — Το παραστομιακό έλκος, που ορίζεται ως η ασυνέχεια του περιστομιακού δέρματος είναι συνήθως το αποτέλεσμα ενός μολυσμένου μετεγχειρητικού αιματώματος ή εντερικού συριγγίου ³⁸ .

Κοκκιώματα - Τα κοκκιώματα είναι κόκκινες, επηρμένες βλάβες στο βλεννογονοδερματικό όριο. Συχνά είναι αποτέλεσμα εναπομείναντος ράμματος ή άλλου εξωτερικού υλικού. Τα κοκκιώματα αιμορραγούν εύκολα και μπορεί να είναι ευαίσθητα. Μπορεί επίσης να μολυνθούν. Η θεραπεία συνίσταται στην εξέταση και αφαίρεση τυχόν ξένου υλικού και στην εξάλειψη της βλάβης. Θα πρέπει να εφαρμόζεται νιτρικός άργυρος για την αφαίρεση του ανυψωμένου ιστού. Μετά τη θεραπεία και μέχρι να επουλωθεί, η περιοχή θα πρέπει να επικαλυφθεί με σκόνη φραγμού και στεγανωτικό δέρματος. Η αποτυχία επούλωσης των βλαβών ή η συχνή επανεμφάνισή τους θα πρέπει να αξιολογείται για άλλη παθολογία.

Περιστομιακό γαγγραινώδες πυόδερμα (Εικόνα 6)— Το γαγγραινώδες πυόδερμα(PG) είναι ουδετεροφιλική δερματοπάθεια με ασαφή αιτιολογία. Το περιστομιακό γαγγραινώδες πυόδερμα (PPG) είναι ένας υποτύπος της PG που εμφανίζεται στη θέση της στομίας συνήθως σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD). Η PPG εμφανίζεται σε 0,5 έως 1,5 ανά εκατομμύριο ανθρώπους ετησίως, που αντιπροσωπεύει το 15 τοις εκατό των περιπτώσεων PG ⁶². Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση του 2019 (79 μελέτες, 335 περιπτώσεις), οι περισσότεροι ασθενείς με PPG είναι γυναίκες 67%, με μέση ηλικία τα 48 έτη και διάγνωση IBD 81% (50% νόσο του Crohn ,ελκώδη κολίτιδα 31%) ⁶². Η PPG έχει επίσης εντοπιστεί σε ασθενείς με ενδοκοιλιακές κακοήθειες. Οι βλάβες τυπικά εμφανίζονται ως πλήρους πάχους έλκη με κρατήρα και ο πόνος είναι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό.



Εικόνα 6: Γαγγραινώδες πυόδερμα στομίας (UptoDate ,ileostomy and colostomy care and complications)

Σύγκλιση κολοστομίας και επανσύνδεση εντέρου — Για ασθενείς με προσωρινή τελική κολοστομία όπως διενεργείται σε μία επέμβαση κατά Hartmann το κλείσιμο καθυστερεί έως ότου επέλθει πλήρης επίλυση της υποκείμενης πάθησης, και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς επανέλθει πλήρως. Σε περιπτώσεις επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας η σύγκλιση θα πρέπει να καθυστερεί έως ότου εξαλειφθεί ο φλεγμονώδης παράγοντας (π.χ

ενδοκοιλιακή σήψη, απόστημα). Η σύγκλειση της κολοστομίας συχνά απαιτεί την αφαίρεση των συμφύσεων που εμποδίζουν τη σωστή κινητοποίηση της κολοστομίας από το κοιλιακό τοίχωμα. Η λαπαροσκόπηση μπορεί να είναι χρήσιμη για την απελευθέρωση στερεών συμφύσεων πριν από την επανασύνδεση του εντέρου. Ωστόσο, σε δύσκολες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί ερευνητική λαπαροτομία. Το κλείσιμο της κολοστομίας μπορεί να πραγματοποιηθεί εντός έξι έως οκτώ εβδομάδων, εάν η κατάσταση του ασθενούς είναι καλή, έχει θεραπευτεί το υποκείμενο νόσημα και οι διαγνωστικές εξετάσεις υποδεικνύουν ότι η ανάγκη για εκτροπή κοπράνων δεν είναι αναγκαία πλέον (π.χ. εάν η περιφερική αναστόμωση έχει επουλωθεί καλά). Το κλείσιμο μιας κολοστομίας αγκύλης μπορεί να πραγματοποιηθεί τοπικά απελευθερώνοντας την κολοστομία από το κοιλιακό τοίχωμα. Στη συνέχεια, τα εγγύς και τα άπω άκρα ευθυγραμμίζονται για μια λειτουργική αναστόμωση. Το κοινό κανάλι μεταξύ των δύο άκρων δημιουργείται με τη χρήση ευθύγραμμου συρραπτικού ή με δια χειρός συρραφή. Στη συνέχεια η αναστόμωση τοποθετείται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας και γίνεται σύγκλειση της περιτονίας.

Σύγκλειση ειλεοστομίας — Όταν πραγματοποιείται ειλεοστομία αγκύλης, συνήθως η σύγκλειση πραγματοποιείται μεταξύ οκτώ εβδομάδων και τριών μηνών μετά την αρχική επέμβαση, αφού η περιφερική αναστόμωση έχει επουλωθεί καλά. Σε μια συστηματική ανασκόπηση συγκρίθηκαν η πρόιμη με την καθυστερημένη σύγκλειση ειλεοστομίας. Πρόιμη σύγκλειση ορίστηκε η σύγκλειση που διενεργείται εντός 30 ημερών από τη δημιουργία ειλεοστομίας⁶⁵. Όψιμη σύγκλειση ορίστηκε η σύγκλειση που διενεργείται μεταξύ 57 και 278 ημερών μετά τη δημιουργία ειλεοστομίας. Σε σύγκριση με την όψιμη σύγκλειση, το πρώιμο κλείσιμο της ειλεοστομίας απαιτούσε λιγότερο χειρουργικό χρόνο και μείωσε τη συχνότητα μετεγχειρητικού ειλεό, αλλά αύξησε τη συχνότητα της λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος της στομίας και τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Δεν υπήρχε διαφορά στη νοσηρότητα, την επανεγχείριση ή την αναστομωτική διαφυγή. Η σύγκλειση πραγματοποιείται με παρόμοιο τρόπο με την κολοστομία όπως περιγράφεται παραπάνω.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΣΤΟΜΙΑ

Άγχος και παράγοντες που σχετίζονται με αυτό.

Βάσει μελετών έχει δειχθεί ότι βασικός παράγοντας άγχους είναι οι αλλαγές στην φυσική κατάσταση και δραστηριότητα του ασθενούς με προσωρινή κολοστομία. Περίπου το 50% των ασθενών αναφέρει έντονη ανησυχία και αβεβαιότητα για το χρόνο σύγκλεισης της στομίας όσο και για την πιθανή υποτροπή του κολοορθικού καρκίνου. Έχει αναφερθεί από ασθενείς που επιβίωσαν από τον καρκίνο ότι όταν έγινε σύγκλειση της στομίας αποκαταστάθηκε η αλλοιωμένη ταυτότητα τους και η κοινωνική τους ζωή βελτιώθηκε από την απομόνωση⁶⁶. Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με προσωρινή κολοστομία αισθάνονται ότι συχνά διαταράσσεται η καθημερινή τους ζωή και οι δραστηριότητες τους λόγω διατροφικών περιορισμών και ταλαιπωρίας όσον αφορά την περιποίηση της στομίας. Οι

αλλαγές στο πως αντιλαμβάνεται ο ασθενής τον εαυτό του ήταν ο δεύτερος τύπος στρεσογόνου παράγοντα. Περίπου το 37% των ασθενών ανέφεραν ότι ένιωθαν συχνά άβολα για την κολοστομία λόγω της αίσθησης ατελούς σώματος, και φόβο μήπως γνωρίζουν οι άλλοι ότι είχαν στομία. Επίσης πολλοί ασθενείς είχαν το άγχος και τον φόβο ότι ο σάκος της στομίας μπορεί να αποκολληθεί ξαφνικά και ότι θα λερωθούν τα ρούχα κατά τις υπαίθριες δραστηριότητες. Κάτι που οδηγεί σε μειωμένες εξόδους και κοινωνικές συναναστροφές⁶⁶. Αυτά τα ευρήματα μπορεί να εξηγήσουν τις προκλήσεις που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος. Η φροντίδα της στομίας είναι ο τρίτος τύπος στρεσογόνου παράγοντα. Οι βελτιώσεις του εξοπλισμού όσον αφορά την φροντίδα στομίας, η σωστή εκπαίδευση και η φροντίδα των ασθενών από ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολείται αποκλειστικά με τις στομίες έχουν βελτιώσει την καθημερινή ζωή αυτών των ασθενών⁶⁶.

Επιπλέον παράγοντας ανησυχίας των ασθενών αποτελεί η οικονομική επιβάρυνση όσον αφορά τα αναλώσιμα υλικά που απαιτεί μία στομία, Οι αλλαγές στις οικογενειακές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι ο τρίτος τύπος στρεσογόνου παράγοντα. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών περί τα 10% μπορεί να φροντίσει την στομία αυτόνομα ενώ οι πλειοψηφία των ασθενών χρειάζεται φροντίδα από τα συγγενικά του πρόσωπα. Είναι χαρακτηριστικό επίσης ότι πολλοί ασθενείς αποσύρονταν από τις οικογενειακές τους δραστηριότητες καθώς επίσης και από την εργασία τους μέχρις ότου συγκλειστεί η στομία και ολοκληρωθεί η θεραπεία του καρκίνου. Η υποστήριξη της οικογένειας συσχετίζεται θετικά με την ικανότητα αυτοφροντίδας και με το επίπεδο προσαρμογής σε ασθενείς με στομία⁶⁷. Άλλες μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς που ζούσαν μόνοι είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής από τους ασθενείς που ζούσαν με συγγενικά πρόσωπα^{67,68}. Η ηλικία και η εργασιακή κατάσταση έχουν αποδειχθεί ότι έχουν σημαντικές επιπτώσεις στους τύπους άγχους καθώς και στις αλλαγές που αφορούν οικογενειακές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις⁶⁷. Το μορφωτικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο εκμάθησης και εκπαίδευσης των ασθενών ώστε να είναι ικανοί να φροντίζουν αυτόνομα την στομία τους⁶⁶. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες άγχους μεταξύ ασθενών που είχαν στομία για περισσότερους από 3 μήνες σε σύγκριση με ασθενείς που είχαν στομία για λιγότερο από 3 μήνες⁶⁶.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΕΞ

Το σεξ αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής ενός υγιούς ατόμου. Καταστάσεις που το επηρεάζουν ή το καταργούν επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Ασθενείς με προσωρινή στομία στα πλαίσια κολοορθικού καρκίνου μπορούν να έχουν κακή σεξουαλική ζωή η οποία μπορεί να οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες, Αρχικά ο καρκίνος είναι μια συστηματική νόσος που επηρεάζει σωματικά και ψυχικά τον ασθενή, πολλοί ασθενείς περιγράφουν μειωμένη λίμπιντο και κόπωση συνεπεία της χημειοθεραπείας με αποτέλεσμα την αποχή από το σεξ. Επιπρόσθετα ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χαμηλή πρόσθια εκτομή ορθοσιγμοειδούς με ειλεοστομία εκτροπής είναι πιθανό να εμφανίσουν σεξουαλική δυσλειτουργία ως συνέπεια κάκωσης των πυελικών σπλαχνικών νεύρων τα οποία επηρεάζουν την στύση και την εκσπερμάτιση^{29,32}. Πέραν όμως από τις ανατομικές και σωματικές αιτίες που επηρεάζουν την σεξουαλική ζωή του ασθενούς υπάρχουν και

ψυχολογικοί λόγοι. Έχει παρατηρηθεί βάσει μελετών και ερωτηματολογίων σε ασθενείς με στομία ότι οι ασθενείς αυτοί εκφράζουν συχνά ανησυχίες και προβληματισμούς γύρω από το σεξ. Πολλοί ασθενείς νιώθουν ότι έχουν ένα αλλοιωμένο και προβληματικό σώμα και συχνά επικρατεί το αίσθημα της ντροπής. Πολλοί ασθενείς βιώνουν έντονο άγχος όσον αφορά τον σάκο της στομίας (μήπως αποκολληθεί κατά την σεξουαλική επαφή, μήπως λερωθεί ο ίδιος ή ο σύντροφος κλπ)⁶⁹. Η κακή σεξουαλική ζωή σε πολλούς ασθενείς έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η σωστή και σχολαστική ενημέρωση του ασθενούς και του συντρόφου πριν από την χειρουργική επέμβαση. Επιπρόσθετα στο πλαίσιο της αποθεραπείας ο ασθενής και το περιβάλλον του θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην φροντίδα της στομίας και του σάκου και τα ζευγάρια πρέπει να ενθαρρύνονται να έχουν φυσιολογικά σεξουαλικές επαφές εσφόσον το επιθυμούν. Ο σύντροφος του ασθενούς οφείλει να είναι υποστηρικτικός και να καθησυχάζει τον ασθενή και να τον κάνει να νιώθει άνετα με το σώμα του⁶⁹. Σε αυτό το σημείο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι φροντιστές στομιών και οι ψυχολόγοι ώστε ο ασθενής να μπορέσει να αποδεχτεί έστω και την προσωρινή αλλαγή στην εικόνα του σώματος του. Παρότι τα δεδομένα για ασθενείς με προσωρινή στομία δεν είναι αρκετά παρατηρείται ότι τουλάχιστον οι μισοί ασθενείς δηλώνουν ότι δεν απολαμβάνουν την σεξουαλική επαφή κατά την περίοδο που έχουν την στομία⁷⁰.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ –ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί ασθενείς με προσωρινή στομία παραπονιούνται για διαταραχές ύπνου. Αυτό οφείλεται στην ανάγκη να διακόψουν το ύπνο τους για να αδειάσουν το γεμάτο σάκο της στομίας, πολλές φορές διακατέχονται από το άγχος μήπως υπάρξει διαρροή από τον σάκο και λερωθούν τα ρούχα ή μήπως κατά την διάρκεια του ύπνου καταπλακωθεί και αποκολληθεί ο σάκος⁷¹. Ο ύπνος είναι μία φυσική ανάγκη του ανθρώπινου οργανισμού προς ξεκούραση,πόσο μάλλον για ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες. Προκύπτει λοιπόν ότι αυτές οι διαταραχές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με στομία. Επιπρόσθετα η διαταραχή του ύπνου επιδεινώνει τη κόπωση των ασθενών αυτών οι οποίοι πολλές φορές εγκαταλείπουν την εργασία τους ή και άλλες σωματικές δραστηριότητες γεγονός που οδηγεί στην περαιτέρω κοινωνική απομόνωση⁷¹.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΟΜΙΑ.

Για ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο και στομία εκτροπής οι πρώιμες επιπλοκές από την στομία μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών λόγω παρατεταμένης νοσηλείας ή επανεγχείρισης. Τις πρώιμες επιπλοκές από τις στομίες τις έχουμε προαναφέρει ήδη. Απαιτείται σωστή ενημέρωση και φροντίδα του ασθενούς και του συγγενικού του περιβάλλοντος καθώς και οι φροντιστές της στομίας να είναι δίπλα στον ασθενή. Οι πρώιμες επιπλοκές πέραν του ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυξάνουν την νοσηρότητα και την θνητότητα,ενώ η έναρξη της επικουρικής χημειοθεραπείας μπορεί να καθυστερήσει γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την επιβίωση του ασθενούς. Για τον λόγο

αυτό ο χειρουργός οφείλει να εκτελεί την χειρουργική επέμβαση με άρτια τεχνική ώστε να αποφεύχονται όσον το δυνατόν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Στον **πίνακα 1** συνοψίζονται 11 μελέτες όπου μελετήθηκε η ποιότητα ζωής σε ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) >18 ετών ,με κολοορθικό καρκίνο και προσωρινή στομία. Οι κύριες κλίμακες αξιολόγησις ήταν οι EORTC QOL C30 / CR38. Οι κλίμακες αξιολόγησις είναι ειδικά ερωτηματολόγια που αξιολογούν την ποιότητα ζωής όσον αφορά σωματικά συμπτώματα (κακουχία,σωματική δραστηριότητα,αριθμός κενώσεων,ανάγκη για ξεκούραση κλπ) και όσον αφορά ψυχολογικά συμπτώματα (αίσθημα άγχους και ανησυχίας,διαταραχές ύπνου,καταθλιπτική συμπτωματολογία, κοινωνική ζωή κλπ). Από τις μελέτες αυτές τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα όσον αφορά την ποιότητα ζωής. Οι μελέτες που προέρχονται από τις ασιατικές χώρες και την βόρεια ευρώπη καταδεικνύουν μέτρια έως κακή ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς ενώ μελέτες από τις Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής και την γερμανία δείχνουν καλή ποιότητα ζωής παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μέχρι την αποκατάσταση της στομίας. Ωστόσο το δείγμα των ασθενών δεν είναι αρκετά μεγάλο και για τον λόγο αυτό τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Συγγραφέας	Έτος	Χώρα	Είδος μελέτης	Δείγμα	Αξιολόγηση
Yi-Ling Tseng et al. (66)	2019	Taiwan	Cross-sectional study	110	Stress of Colostomy Patients Scale 66.49/120
Yu Zhang et al. (75)	2019	China	Cross-sectional study	1053	Stoma-QOL-C 56,54+-16,87/100
Katarina Szpilewska et al. (78)	2018	Poland	Original article	101	AIS 66,33% (19-29 points/40) HRQOL 87,12%
Akira Tsunoda et al. (77)	2007	Japan	Prospective longitudinal study	22	EORTC QLQ-C30, QLQ-CR38, Low score before ileostomy closure

Huayun Liu et al. (76)	2021	China	Cross-sectional study	359	Stoma-QOL-C poor score 46,93/100
Sylvia M. Vonk-Klaassen et al.(74)	2015	Netherlands	Systematic review	14 studies	EORTC C30/CR38 wide range data
Lone Ross et al. (79)	2006	Denmark	Original article	249	EORTC QLQ-C30, poor score of QL EORTC QLQ-CR38, poor score of QoL
A.W.Gooszen et al. (73)	2000	Netherlands	Prospective clinical trial	76	Questionnaire Poor QoL
Heather B. Neuman et al. (70)	2011	USA	Prospective study	60	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38, Good score of QoL 70,2/100
Florial Herrle et al. (80)	2016	Germany	Multicenter longitudinal observational study	120	EORTC QLQ-C30, CR29 Good QoL
Heather B. Neuman et al. (71)	2012	USA	Article	26	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38 Good QoL

ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΙΑΣ.

Όπως έχουμε προαναφέρει η δημιουργία στομίας εκτροπής σε ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο αποτελεί συχνή επέμβαση που διενεργείται είτε σε τακτική είτε σε έκτακτη βάση. Η σύγκλειση της στομίας διενεργείται αναλόγως της φυσικής κατάστασης του ασθενούς και το στάδιο του καρκίνου. Ανεξάρτητα από το πως το χρονικό διάστημα σύγκλεισης της στομίας σχετίζεται με την ποιότητα ζωής του ασθενούς πρωταρχικό μέλημα της ομάδας των ιατρών είναι η ορθή αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκίνου⁷². Η επανασύνδεση εντέρου σε έναν καρκινοπαθή ασθενή με συννοσηρότητες που έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, ή είχε παρουσιάσει σηπτικές επιπλοκές από την πρώτη χειρουργική επέμβαση αποτελεί μία πρόκληση για τον χειρουργό. Επιπρόσθετα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και το στάδιο της νόσου όπως για παράδειγμα η ύπαρξη μεταστατικής νόσου όταν αυτή δεν προϋπήρχε στην αρχική αντιμετώπιση. Για το λόγο αυτό έχει παρατηρηθεί από μελέτες ότι ανεξάρτητα με την αρχική προσέγγιση του χειρουργού οι προσωρινές στομίες γίνονται τελικά μόνιμες σε ένα ποσοστό 6-32%⁷².

- **ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Η σύγκλειση της ειλεοστομίας είναι συνήθως τεχνικά πιο εύκολη χειρουργική επέμβαση από την επανασύνδεση εντέρου έπειτα από επέμβαση κατά Hartmann. Η νοσηρότητα κυμαίνεται περί το 17% και η θνητότητα περί το 0,4%. Στις επιπλοκές της επέμβασης συγκαταλέγονται η διαπύση του χειρουργικού τραύματος (5%), και ο αποφρακτικός ειλεός⁷². Σπανιότερη επιπλοκή αποτελεί η διαφυγή από την εντεροεντερική αναστόμωση. Όσον αφορά τα δεδομένα για το χρονικό διάστημα σύγκλεισης της ειλεοστομίας αυτά είναι περιορισμένα. Ωστόσο έχει καθιερωθεί ότι η ειλεοστομία δεν πρέπει να συγκλείεται σε χρονικό διάστημα μικρότερο από τις 60 με 90 ημέρες⁷² έχει παρατηρηθεί ότι καθυστερημένη σύγκλειση πέραν των 90 ημερών έχει αυξημένη νοσηρότητα όπως υψηλότερα ποσοστά αναστομωτικής διαφυγής, νεφρική βλάβη από αφυδάτωση, ανάγκη για παρεντερική διατροφή και επιπλοκές από την ίδια την στομία (παραστομακή κήλη, αφυδάτωση)⁷². Οι επιπλοκές αυτές επηρεάζουν και την ποιότητα της ζωής αλλά και το προσδόκιμο επιβίωσης καθώς ο ασθενής απέχει από την χημειοθεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπάρχουν μικρές μελέτες που παρουσάζουν την πρώιμη σύγκλειση (10 ημέρες από την αρχική επέμβαση) ωστόσο τα δεδομένα δεν είναι αρκετά. Η καθολική άποψη είναι ότι η ειλεοστομία πρέπει να συγκλείεται όταν είναι εφικτό μεταξύ δύο τριών μηνών⁷². Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι για να γίνει σύγκλειση πέραν αυτών που προαναφέραμε θα πρέπει να ελεγχθεί η ακεραιότητα της περιφερικής αναστόμωσης τόσο με δακτυλική εξέταση, όσο και με διάβαση από τον πρωκτό υπο αξονική τομογραφία⁷².

• ΕΠΑΝΑΣΥΝΔΕΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Ο χρόνος σύγκλεισης μίας κολοστομίας είναι υπό συζήτηση και δεν υπάρχει καθολική άποψη για το ακριβές χρονικό διάστημα. Ωστόσο το χρονικό διάστημα μεταξύ 3 με 6 μήνες είναι αυτό που εφαρμόζεται συνηθέστερα. Η επανασύνδεση εντέρου έπειτα από επέμβαση κατά Hartmann μπορεί να γίνει μια πολύ απαιτητική και τεχνικά δύσκολη επέμβαση ειδικά σε περιπτώσεις όπου η αρχική επέμβαση διενεργήθηκε σε σηπτικό περιβάλλον (περιτονίτιδα,ειλεός,ρήξη όγκου). Οι στερεές συμφύσεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα καθώς απαιτείται πολλές φορές εκτεταμένη συμφυσίωση και αυξάνεται ο κίνδυνος για κάκωση εντέρου,λαγονίων και προιερών αγγείων καθώς και των ουρητήρων. Για τους λόγους αυτούς η νοσηρότητα μπορεί να φτάσει το 50%⁷². Είναι χαρακτηριστικό ότι οι μισοί από του ασθενείς με προσωρινή κολοστομία θα υποβληθούν σε επανασύνδεση εντέρου λόγω της αυξημένης νοσηρότητας.

Όσον αφορά την χειρουργική τεχνική οι επεμβάσεις αυτές δύναται να πραγματοποιηθούν λαπαροσκοπικά ωστόσο το ποσοστό μετατροπής του χειρουργείου σε ανοικτό είναι αυξημένο >60%⁷². Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι ανεξάρτητα με την επιθυμία του ασθενούς όσον αφορά την στομία και του χρονικό διάστημα που την έχει ο χειρουργός οφείλει να επιλέγει ως χρονικό διάστημα σύγκλεισης εκείνο στο οποίο ο ασθενής θα παρουσίαζε την χαμηλότερη νοσηρότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τις μελέτες που παραθέσαμε και την συνολική βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών διατηρεί μέτριο επίπεδο όσον αφορά την ποιότητα ζωής έπειτα από χειρουργική επέμβαση για κολοορθικό καρκίνο με προσωρινή στομία. Οι κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ήταν κατά κύριο λόγο οι EORTC QOL C30/CR38. Ωστόσο έχουν μελετηθεί μικρές σειρές ασθενών και σε μερικές περιπτώσεις τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα όσον αφορά την ποιότητα ζωής,για τον λόγο αυτό οι μελέτες αυτές δεν έχουν ικανή στατιστική ισχύ που θα μπορέσουν να δώσουν καθοριστικές απαντήσεις. Στα αντιφατικά αποτελέσματα φαίνεται να παίζουν ρόλο η γεωγραφική εντόπιση,το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον των ασθενών που μελετώνται. Επιπρόσθετα δεν έχει μελετηθεί αρκετά το αν το χρονικό διάστημα αποκατάστασης της στομίας σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο συνήθης χρόνος αποκατάστασης της στομίας βιβλιογραφικά αναφέρεται ως το χρονικό διάστημα μεταξύ 2 και 3 μηνών όσον αφορά την ειλεοστομία εκτροπής και 3 με 6 μηνών όσον αφορά κολοστομία, απο την πρωταρχική επέμβαση. Υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα για ασθενείς με πρώιμη αποκατάσταση κάτω των 2 μηνών. Επιπρόσθετα έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με προσωρινή στομία έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς με μόνιμη στομία

επειδή η προοπτική αποκατάστασης της στομίας τους ανακουφίζει/ηρεμεί ψυχικά. Καταλήγοντας, ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής, φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στο πότε και αν θα αποκαταστασθεί η στομία η εξέλιξη της νόσου (αλλαγή σταδίου κατά TNM) καθώς και η λήψη χημειοθεραπείας ή και ακτινοθεραπείας. Προκύπτει λοιπόν η ανάγκη για διενέργεια διπλών τυφλών τυχαιοποιημένων μελετών όσον αφορά την συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τον χρόνο αποκατάστασης της στομίας σε ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο ώστε να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022 Jan;72(1):7-33. doi: 10.3322/caac.21708. Epub 2022 Jan 12. PMID: 35020204.
2. Dekker E et al. Colorectal cancer. *Lancet.* 2019 Oct 19;394(10207):1467-1480.
3. UptoDate, Overview and management of colorectal cancer.
4. Koh DC et al. Efficacy of transarterial embolization as definitive treatment in lower gastrointestinal bleeding. *Colorectal Dis.* 2009 Jan;11(1):53-9
5. Green BT et al. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2005 Nov;100(11):2395-402.
6. Lee YM et al. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. *J Am Coll Surg.* 2001 Jun;192(6):719-25.
7. Chiappa A et al. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of the left colon for cancer. *Am Surg.* 2000 Jul;66(7):619-22.
8. Cataldo PA et al. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008 Feb;21(1):17-22.
9. Doughty D et al. Principles of ostomy management in the oncology patient. *J Support Oncol.* 2005 Jan-Feb;3(1):59-69.
10. den Dulk M et al. Multicentre analysis of oncological and survival outcomes following anastomotic leakage after rectal cancer surgery. *Br J Surg.* 2009 Sep;96(9):1066-75.
11. Tan WS et al. Meta-analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. *Br J Surg.* 2009 May;96(5):462-72

- 12.** Mulita F et al. Intestinal Stoma. [Updated 2021 Dec 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565910/>
- 13.** Sugerman HJ et al. Ileal pouch anal anastomosis without ileal diversion. *Ann Surg.* 2000 Oct;232(4):530-41.
- 14.** Gullberg K et al. Gains and losses with stapling and omission of loop ileostomy in pelvic pouch surgery: a matched control study. *Int J Colorectal Dis.* 1999 Nov;14(4-5):255-60.
- 15.** Güenaga KF et al. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;2007(1):CD004647.
- 16.** National guidelines for enterostomal patient education. Prepared by the Standards Development Committee of the United Ostomy Association with the Assistance of Prospect Associates. *Dis Colon Rectum.* 1994 Jun;37(6):559-63.
- 17.** Holzer B et al. Study Group for Quality of Life in Rectal Cancer. Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy? *Dis Colon Rectum.* 2005 Dec;48(12):2209-16.
- 18.** Colwell JC et al. The state of the standard diversion. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2001 Jan;28(1):6-17.
- 19.** Bass EM et al. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum.* 1997 Apr;40(4):440-2.
- 20.** Lyons AS et al. Ileostomy and colostomy support groups. *Mt Sinai J Med.* 2001 Mar;68(2):110-2.
- 21.** Cataldo PA et al. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008 Feb;21(1):17-22
- 23.** Arumugam PJ et al. A prospective audit of stomas--analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis.* 2003 Jan;5(1):49-52.
- 24.** Baykara ZG et al. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage.* 2014 May;60(5):16-26.
- 26.** Shabbir J, et al. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis.* 2010 Oct;12(10):958-64.
- 27.** Cottam J et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis.* 2007 Nov;9(9):834-8.
- 28.** Harris DA et al. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005 Nov;87(6):427-31.
- 29.** UptoDate, Ileostomy or colostomy care and complications.

30. Messaris E et al. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. *Dis Colon Rectum*. 2012 Feb;55(2):175-80.
31. Hayden DM et al. Hospital readmission for fluid and electrolyte abnormalities following ileostomy construction: preventable or unpredictable? *J Gastrointest Surg*. 2013 Feb;17(2):298-303.
32. Manderson L et al. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci Med*. 2005 Jul;61(2):405-15.
33. Park JJ et al. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum*. 1999 Dec;42(12):1575-80.
34. Leong AP et al. Life-table analysis of stomal complications following ileostomy. *Br J Surg*. 1994 May;81(5):727-9.
35. Londono-Schimmer EE et al. Life table analysis of stomal complications following colostomy. *Dis Colon Rectum*. 1994 Sep;37(9):916-20.
36. Porter JA et al. Complications of colostomies. *Dis Colon Rectum*. 1989 Apr;32(4):299-303.
37. Robertson I et al. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Dis*. 2005 May;7(3):279-85.
38. Shabbir J et al. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*. 2010 Oct;12(10):958-64.
39. Persson E et al. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis*. 2010 Oct;12(10):971-6.
40. Millan M et al. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal Dis*. 2010 Jul;12(7 Online):e88-92.
41. Suwanabol PA et al. Prevention and Management of Colostomy Complications: Retraction and Stenosis. *Dis Colon Rectum*. 2018 Dec;61(12):1344-1347.
42. Cottam J et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2007 Nov;9(9):834-8.
43. Parmar KL et al. Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis*. 2011 Aug;13(8):935-8
44. Tang CL et al. Ileostomy output in the early postoperative period. *Br J Surg*. 1995 May;82(5):607.
45. Güenaga KF et al. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;2007(1):CD004647.

46. Caricato M et al. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2007 Jul;9(6):559-61.
47. Cataldo PA et al. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008 Feb;21(1):17-22.
48. De Raet J et al. Waist circumference is an independent risk factor for the development of parastomal hernia after permanent colostomy. *Dis Colon Rectum.* 2008 Dec;51(12):1806-9.
49. Duchesne JC, Wang YZ et al. Stoma complications: a multivariate analysis. *Am Surg.* 2002 Nov;68(11):961-6; discussion 966.
50. Leenen LP et al. Some factors influencing the outcome of stoma surgery. *Dis Colon Rectum.* 1989 Jun;32(6):500-4.
51. Nastro P, Knowles CH et al. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg.* 2010 Dec;97(12):1885-9.
52. Rondelli F et al. Loop ileostomy versus loop colostomy for fecal diversion after colorectal or coloanal anastomosis: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2009 May;24(5):479-88.
53. Paquette IM et al. Expert Commentary on the Prevention and Management of Colostomy Complications: Retraction and Stenosis. *Dis Colon Rectum.* 2018 Dec;61(12):1348-1349.
54. Colwell JC, Goldberg M. The state of the standard diversion. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2001 Jan;28(1):6-17.
55. Harris DA et al. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005 Nov;87(6):427-31.
56. Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum.* 1998 Dec;41(12):1562-72.
57. Maeda K, Maruta M, Utsumi T. Pathophysiology and prevention of loop stomal prolapse in the transverse colon. *Tech Coloproctol.* 2003 Jul;7(2):108-11.
58. Mäkelä JT et al. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Ann Chir Gynaecol.* 1997;86(4):305-10.
59. Strong C, Hall J. Common intestinal stoma complaints. *BMJ.* 2021 Sep 23;374:n2310.
60. Shapiro R et al. Reduction of an incarcerated, prolapsed ileostomy with the assistance of sugar as a desiccant. *Tech Coloproctol.* 2010 Sep;14(3):269-71.
61. LYONS AS, SIMON BE. Z-plasty for colostomy stenosis. *Ann Surg.* 1960 Jan;151(1):59-62.
62. Afifi L, Sanchez IM. Diagnosis and management of peristomal pyoderma gangrenosum: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Jun;78(6):1195-1204.e1.

- 63.** Hughes AP, Jackson JM. Clinical features and treatment of peristomal pyoderma gangrenosum. *JAMA*. 2000 Sep 27;284(12):1546-8.
- 64.** Theofanis G et al. Avoiding emergency stoma surgery with the use of sugar. *Br J Nurs*. 2017 Dec 14;26(22):S24-S26.
- 65.** Cheng Z et al. Early Versus Late Preventive Ileostomy Closure Following Colorectal Surgery: Systematic Review and Meta-analysis With Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. *Dis Colon Rectum*. 2021 Jan;64(1):128-137.
- 66.** Tseng YL, Lin SY, Tseng HC. Stress and other factors associated with colorectal cancer outpatients with temporary colostomies. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Jul;28(4):e13054.
- 67.** Hu A, Pan Y, Zhang M. Factors influencing adjustment to a colostomy in Chinese patients: a cross-sectional study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014 Sep-Oct;41(5):455-9.
- 68.** Kement M, Gezen C. A descriptive survey study to evaluate the relationship between socio-demographic factors and quality of life in patients with a permanent colostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2014 Oct;60(10):18-23.
- 69.** Manderson L. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci Med*. 2005 Jul;61(2):405-15.
- 70.** Neuman HB et al. Impact of a temporary stoma on the quality of life of rectal cancer patients undergoing treatment. *Ann Surg Oncol*. 2011 May;18(5):1397-403. doi: 10.1245/s10434-010-1446-9. Epub 2010 Dec 3. PMID: 21128000.
- 71.** Neuman HB, Park J. Rectal cancer patients' quality of life with a temporary stoma: shifting perspectives. *Dis Colon Rectum*. 2012 Nov;55(11):1117-24.
- 72.** Sherman KL, Wexner SD. Considerations in Stoma Reversal. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017 Jul;30(3):172-177.
- 73.** Gooszen AW et al. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Dis Colon Rectum*. 2000 May;43(5):650-5.
- 74.** Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016 Jan;25(1):125-33.
- 75.** Zhang Y, Xian H. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2019 Aug;28(15-16):2880-2888
- 76.** Liu H, Zhu X, Yu J, He P, Chen Y, Li X. The Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer and a Stoma in China: A Quantitative Cross-sectional Study. *Adv Skin Wound Care*. 2021 Jun 1;34(6):302-307
- 77.** Tsunoda A, Tsunoda Y, Narita K,. Quality of life after low anterior resection and temporary loop ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 2008 Feb;51(2):218-22..

78. Szpilewska K et al. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. Pol Przegl Chir. 2018 Feb 28;90(1):13-17.

79. Ross L, Abild-Nielsen AG, Thomsen BL, Karlsen RV. Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. Support Care Cancer. 2007 May;15(5):505-13.

80. Herrle F, Sandra-Petrescu F, Weiss C. Quality of Life and Timing of Stoma Closure in Patients With Rectal Cancer Undergoing Low Anterior Resection With Diverting Stoma: A Multicenter Longitudinal Observational Study. Dis Colon Rectum. 2016 Apr;59(4):281-90.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Συγγραφέας	Έτος	Χώρα	Είδος μελέτης	Δείγμα	Αξιολόγηση
Yi-Ling Tseng et al. (66)	2019	Taiwan	Cross-sectional study	110	Stress of Colostomy Patients Scale 66.49/120
Yu Zhang et al. (75)	2019	China	Cross-sectional study	1053	Stoma-QOL-C 56,54+-16,87/100
Katarina Szpilewska et al. (78)	2018	Poland	Original article	101	AIS 66,33% (19-29 points/40) HRQOL 87,12%
Akira Tsunoda et al. (77)	2007	Japan	Prospective longitudinal study	22	EORTC QLQ-C30, QLQ-CR38, Low score before ileostomy closure

Huayun Liu et al. (76)	2021	China	Cross-sectional study	359	Stoma-QOL-C poor score 46,93/100
Sylvia M. Vonk-Klaassen et al.(74)	2015	Netherlands	Systematic review	14 studies	EORTC C30/CR38 wide range data
Lone Ross et al. (79)	2006	Denmark	Original article	249	EORTC QLQ-C30, poor score of QL EORTC QLQ-CR38, poor score of QoL
A.W.Gooszen et al. (73)	2000	Netherlands	Prospective clinical trial	76	Questionnaire Poor QoL
Heather B. Neuman et al. (70)	2011	USA	Prospective study	60	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38, Good score of QoL 70,2/100
Florial Herrle et al. (80)	2016	Germany	Multicenter longitudinal observational study	120	EORTC QLQ-C30, CR29 Good QoL
Heather B. Neuman et al. (71)	2012	USA	Article	26	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38 Good QoL

