

Polska pod względem demograficznym należy do starszych społeczeństw. Wśród osób w wieku podeszłym stwierdza się znaczny wzrost chorób nowotworowych przewodu pokarmowego, a szczególnie jelita grubego. Nadal u części chorych końcowym etapem leczenia operacyjnego chorób jelita grubego jest wytworzenie stomii jelitowej. Celem pracy była ocena występowania powikłań miejscowych kolostomii w zależności od wieku osoby ze stomią. Przeanalizowano dokumentację 654 osób z kolostomią. Chorych podzielono na 3 grupy w zależności od wieku, w którym została wyłoniona stomia: grupa pierwsza – chorzy do 65. roku życia, grupa druga – 65–74 lat, grupa trzecia – osoby powyżej 75. roku życia. Co trzeci obserwowany chory (202/654) w momencie wyłaniania stomii był w wieku podeszłym. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie za pomocą testu χ^2 Pearsona dla testów nieparametrycznych. W analizowanym materiale miejscowe powikłania kolostomii stwierdzono u 34,9% osób, z czego powikłania wczesne u 7% chorych. Stwierdzono, że u osób, u których stomię wykonano w wieku podeszłym statystycznie częściej występują późne miejscowe powikłania kolostomii.

Słowa kluczowe: wiek podeszły, stomia, powikłania.

Miejscowe powikłania kolostomii u osób w wieku podeszłym – badanie retrospektywne

Local complications of colostomy in elderly patients: a retrospective study

Zbigniew Banaszkiewicz¹, Maria T. Szewczyk²,
Paweł Jarmocik¹, Arkadiusz Jawień¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń; ²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Wstęp

Na świecie obserwuje się wyraźny wzrost populacji osób w wieku podeszłym. Przyjęto, że starość rozpoczyna się po 65. roku życia i często określa ten wiek jako *wiek podeszły*. Polska pod względem demograficznym należy do starszych społeczeństw i ocenia się, że w roku 2010 osoby po 65. roku życia będą stanowiły ok. 30% populacji Polski [1]. W tej grupie stwierdza się znaczny wzrost chorób nowotworowych przewodu pokarmowego, a szczególnie jelita grubego [2, 3]. Mimo coraz doskonalszej techniki leczenia chirurgicznego, nadal u części chorych końcowym etapem leczenia operacyjnego chorób jelita grubego jest wytworzenie stomii jelitowej. Prowadzi to do ograniczenia zdolności magazynowania treści przewodu pokarmowego i zdolności kontroli wydzielania. Mimo przestrzegania wszystkich zasad wyłaniania stomii jelitowej i prawidłowej techniki chirurgicznej (właściwe umiejscowienie stomii, odpowiedni kanał w powłokach, brak napięcia jelita, przysycie krezki jelita do ściany jamy brzusznej, wywinięcie i przysycie skóry do błony śluzowej, dobre ukrwienie jelita) u ok. 30–50% chorych dochodzi do powstawania powikłań stomii [4–6]. Prawidłowo funkcjonująca i zaopatrzona stomia często decyduje o jakości życia operowanych chorych, dlatego tak ważne jest poznanie czynników predysponujących do występowania powikłań stomii. Szczególnej wagi nabiera u osób w wieku podeszłym, u których inne choroby współistniejące (wady wzroku, ograniczenia ruchomości i sprawności rąk) utrudniają dodatkowo prawidłowe zaopatrzenie stomii. Celem pracy była charakterystyka osób w wieku podeszłym z kolostomią i ocena występowania powikłań stomii.

Materiał i metody

Analizie poddano dokumentację osób będących pod opieką Poradni Stomijnej przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej CM w Bydgoszczy, u których w wieku podeszłym wyłoniono kolostomię. Grupę kontrolną stanowiły osoby, u których kolostomię wyłoniono w młodszym wieku. Z badania wyłączono osoby, których obserwacja po operacji była krótsza niż 12 mies. W wypadku kilku powikłań stomii u jednego chorego, klasyfikowano tylko jedno powikłanie, najbardziej uciążliwe. Chorych podzielono na trzy grupy w zależności od wieku, w którym została wyłoniona stomia: grupa pierwsza – osoby do 65. roku życia, grupa druga – 65–74 lat – *młodzi starzy (wczesna starość)*, grupa trzecia to osoby powyżej 75. roku życia – *starzy starzy i najstarsi starzy*.

Analizie poddano powikłania miejscowe kolostomii w zależności od wieku osoby ze stomią. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie z użyciem testu χ^2 Pearsona dla testów nieparametrycznych.

Polish population is regarded as getting older. Gastrointestinal tumours especially colorectal cancers are age related and the morbidity rate increases significantly in older people. Still, for many of them stoma is the final solution that appears after surgical treatment. In this study we analyzed side complications of colostomy matched by advanced age of patients. Medical data of 654 colostomy patients was reviewed. Patients were afterwards divided into three groups defined according to age at the time of colostomy: group I under 65 yrs, group II between 65 and 74 yrs and group III over 75 yrs. One third of patients (202 out of 654) was well on in years at the time colostomy was created. Chi square Pearson's test was used for statistical purposes. Total side complication rate was 34.9%. Early postoperative complications were present in 7% of patients. Late complication rate was statistically higher.

Key words: elderly patients, stoma, complications.

Wyniki

Przeanalizowano dokumentację 654 osób z kolostomią. Wiek chorych w momencie wykonania stomii wahał się od 26 do 87 lat (mediana 61). Co trzeci obserwowany chory (202/654) w momencie wyłaniania stomii był w wieku podeszłym (tab. 1). Kobiet było 350 (53,5%), mężczyzn 304 (46,5%). Obserwacja osób z kolostomią wynosiła średnio 47 mies.

U 87,7% chorych przyczyną wytworzenia stomii był nowotwór złośliwy. Najczęściej był to rak jelita grubego (80%) – tab. 2.

Co dziesiąty chory operowany był w trybie pilnym z powodu powikłań choroby. U 3/4 chorych przyczyną pilnych operacji były objawy niedrożności mechanicznej jelit lub perforacji przewodu pokarmowego (tab. 3.).

Tabela 1. Wiek osób z kolostomią
Table 1. Age of colostomy patients

Wiek chorych w latach	Liczba chorych	%
<65	452	69,11
65–74	181	27,68
>75	21	3,21
razem	654	100,00

Tabela 2. Przyczyny wytworzenia kolostomii
Table 2. Indications for colostomy

Przyczyna wytworzenia stomii	Liczba chorych	%
rak jelita grubego	520	79,5
rak narządu rodnego	40	6,1
rak układu moczowego	7	1,1
inne przyczyny	87	13,3
razem	654	100,0

Tabela 3. Wskazania do zabiegu operacyjnego i wytworzenia kolostomii w trybie pilnym
Table 3. Emergent indications

Wskazania pilne do zabiegu	Liczba	%
niedrożność mechaniczna jelit	31	42,5
perforacja jelita	23	31,5
martwica ściany jelita	13	17,8
krwawienie z przewodu pokarmowego	4	5,5
uraz	2	2,7
razem	73	100,0

Tabela 4. Wiek osób z kolostomią a tryb zabiegu
Table 4. Age of colostomy patients matched with operation mode

Wiek	Pilny	Planowy	Razem
< 65	51	401	452
%	11,28%	88,72%	
65–74	20	161	181
%	11,05%	88,95%	
>75	2	19	21
%	9,52%	90,48%	
razem	73	581	654

χ^2 Pearsona: 0,065829, $df=2$, $p=0,967621$

Tabela 5. Miejscowe wczesne powikłania kolostomii
Table 5. Listed local complications of colostomy

Powikłanie miejscowe wczesne kolostomii	Liczba	%
zapalenie skóry wokół stomii	17	36,97
alergiczne zapalenie skóry	4	8,69
obrzęk stomii	12	26,09
niedokrwienie stomii	8	17,39
wciągnięcie i wpadnięcie stomii	2	4,35
zakażenie rany stomijnej	2	4,34
przetoka okołostomijna	1	2,17
razem	46	100,00

Tabela 6. Występowanie wczesnych miejscowych powikłań kolostomii w zależności od wieku operowanych chorych
Table 6. Early postoperative local complications of colostomy matched with patients age

Wiek	Powikłania kolostomii miejscowe wczesne (-)	Powikłania kolostomii miejscowe wczesne (+)	Razem
<65	423	29	452
%	93,58%	6,42%	
65–74	164	17	181
%	90,61%	9,39%	
>75	19	2	21
%	90,48%	9,52%	
razem	606	48	654

χ^2 Pearsona: 1,83575, $df=2$, $p=0,399378$

We wszystkich grupach wiekowych częstość tych zabiegów była zbliżona. Najczęściej pilne wskazania do leczenia operacyjnego stwierdzano w najmłodszej grupie chorych (<65. roku życia). Różnice te nie były jednak istotne statystycznie ($p>0,05$) – tab. 4.

Wśród analizowanych 654 osób z kolostomią u 228 (34,9%) wystąpiły miejscowe powikłania stomii. Powikłania wczesne (do miesiąca po operacji) występowały rzadko (46 chorych/7%) – tab. 5.

Najczęściej występowało zapalenie skóry wokół stomii i obrzęk stomii. Powikłania te zazwyczaj szybko ustępowały po leczeniu zachowawczym. Reoperacji w tej grupie wymagało tylko 2 chorych, u których na skutek niedokrwienia wystąpiła martwica stomii. Powikłania wczesne kolostomii występowały najczęściej w grupie osób w wieku podeszłym. Różnice te jednak nie były istotne statystycznie ($p>0,05$) – tab. 6.

Istotnym problemem klinicznym są miejscowe późne powikłania kolostomii. Najczęściej występowała przepuklina okołostomijna (59%) – tab. 7.

Powikłania miejscowe późne kolostomii wystąpiły u 183 chorych (28%). Odsetek powikłań wzrastał wraz z wiekiem operowanych. Różnice te były znamienne statystycznie (tab. 8.–14.).

Tabela 7. Miejscowe późne powikłania kolostomii
Table 7. Late local complications of colostomy

Powikłania miejscowe późne kolostomii	Liczba chorych z powikłaniami	
	liczba	%
przepuklina okołostomijna	108	59,0
zmiany zapalne	25	13,7
wypadanie stomii	23	12,5
zwężenie stomii	15	8,2
przetoka okołostomijna	8	4,4
zagłębienie stomii	4	2,2
razem	183	100

Tabela 8. Występowanie miejscowych późnych powikłań kolostomii w zależności od wieku operowanych chorych
Table 8. Late local complications of colostomy related to patients' age

Wiek	Powikłania kolostomii miejscowe późne (-)	Powikłania kolostomii miejscowe późne (+)	Razem
< 65	364	88	452
%	80,53%	19,47%	
65–74	105	76	181
%	58,01%	41,99%	
>75	2	19	21
%	9,52%	90,48%	
razem	471	183	654

χ^2 Pearsona: 74,5755, $df=2$, $p<0,001$

Tabela 9. Występowanie przepukliny okołostomijnej w zależności od wieku operowanych chorych
Table 9. Peristomal herniation related to patients' age

Wiek	Przepuklina okołostomijna (-)	Przepuklina okołostomijna (+)	Razem
<65	393	59	452
%	86,95%	13,05%	
65–74	141	40	181
%	77,90%	22,10%	
>75	12	9	21
%	57,14%	42,86%	
razem	546	108	654

χ^2 Pearsona: 18,5932, $df=2$, $p=0,000092$

Omówienie

Mimo coraz wcześniejszego wykrywania chorób jelita grubego i znacznych postępów w technice chirurgicznej nadal u części chorych po chirurgicznym leczeniu chorób jelita grubego wyłania się kolostomię. Największy odsetek chorych to osoby operowane z powodu raka odbytu i odbytnicy. W przebiegu pooperacyjnym u ok. 20–66,8% do-

Tabela 10. Występowanie zmian zapalnych wokół stomii w zależności od wieku operowanych chorych**Table 10.** Side infections related to with patients' age

Wiek	Zmiany zapalne wokół stomii (-)	Zmiany zapalne wokół stomii (+)	Razem
<65	443	9	452
%	98,01%	1,99%	
65–74	167	14	181
%	92,27%	7,73%	
>75	19	2	21
%	90,48%	9,52%	
razem	629	25	654

χ^2 Pearsona: 13,5154, $df=2$, $p=0,001164$

Tabela 11. Występowanie wypadania kolostomii w zależności od wieku operowanych chorych**Table 11.** Stoma prolapse related to patients' age

Wiek	Wypadanie stomii (-)	Wypadanie stomii (+)	Razem
<65	442	10	452
%	97,79%	2,21%	
65–74	171	10	181
%	94,48%	5,52%	
>75	18	3	21
%	85,71%	14,29%	
razem	631	23	654

χ^2 Pearsona: 11,5948, $df=2$, $p=0,003039$

Tabela 12. Występowanie zwężenia kolostomii w zależności od wieku operowanych chorych**Table 12.** Stoma stricture related to patients' age

Wiek	Zwężenie stomii (-)	Zwężenie stomii (+)	Razem
<65	449	3	452
%	99,34%	,66%	
65–74	179	2	181
%	98,90%	1,10%	
>75	18	3	21
%	85,71%	14,29%	
razem	646	8	654

χ^2 Pearsona: 30,8474, $df=2$, $p<0,001$

chodzi do powstania miejscowych powikłań, związanych z wytworzeniem kolostomii [4, 7]. Wielu autorów podkreśla większą podatność na występowanie powikłań wśród chorych operowanych w wieku podeszłym [8–10]. Chorzy ci wymagają szczególnie dokładnego przygotowania przedoperacyjnego i prowadzenia po operacji, często przy udziale innych specjalistów. W tej grupie chorych dominują powikłania pooperacyjne ogólne, ale u chorych z wyłonioną stomią nie mniej istotne są powikłania miejscowe, wy-

Tabela 13. Występowanie przetoki okołostomijnej w zależności od wieku operowanych chorych**Table 13.** Peristomal fistula related to patients' age

Wiek	Przetoka (-)	Przetoka (+)	Razem
<65	447	5	452
%	98,89%	1,11%	
65–74	172	9	181
%	95,03%	4,97%	
>75	20	1	21
%	95,24%	4,76%	
razem	639	15	654

χ^2 Pearsona: 9,21055, $df=2$, $p=0,010006$

Tabela 14. Występowanie zagłębienia kolostomii w zależności od wieku operowanych chorych**Table 14.** Stoma invagination related to patients' age

Wiek	Zagłębienie kolostomii (-)	Zagłębienie kolostomii (+)	Razem
<65	450	2	452
%	99,56%	,44%	
65–74	180	1	181
%	99,45%	,55%	
>75	20	1	21
%	95,24%	4,76%	
razem	650	4	654

χ^2 Pearsona: 6,17369, $df=2$, $p=0,045659$

rażące z upośledzenia procesów gojenia, charakterystyczne dla tego wieku (anemizacji, hypoalbuminemii, niedoboru witamin, tendencji do tkankowej hipoperfuzji i gorszej odpowiedzi anabolicznej) [11, 12].

W analizowanym materiale miejscowe powikłania kolostomii stwierdzono u 34,9% osób. Powikłania miejscowe wczesne stwierdzono u 7% chorych. Najczęściej było to zapalenie skóry wokół stomii, obrzęk i niedokrwienie stomii (80%). W większości wypadków były to powikłania łatwe do leczenia i rzadko wymagały leczenia chirurgicznego (2/46). Powikłania miejscowe wczesne występowały nieco częściej u osób w wieku podeszłym, różnice te jednak nie były istotne statystycznie ($p>0,05$).

U osób żyjących z kolostomią, wraz z upływem czasu dochodzi do powstawania późnych miejscowych powikłań stomii. Najczęściej występującym późnym powikłaniem kolostomii były przepukliny okołostomijne, które występowały u co szóstej osoby z kolostomią (16,5%). Powikłanie to pojawia się częściej u osób w wieku podeszłym ($p<0,001$). Inne późne miejscowe powikłania kolostomii (zmiany zapalne wokół stomii, wypadanie stomii, zwężenie stomii, przetoka okołostomijna, zagłębienie stomii), stwierdzane znacznie rzadziej, również częściej występowały u osób w wieku podeszłym.

Obecnie celem terapii jest nie tylko wydłużenie życia, lecz także poprawa jego jakości. Mimo występujących po-

wikłań, jakość życia większości osób ze stomią jest dobra [13–15]. Dziś opieka nad osobą ze stomią rozpoczyna się w chwili podjęcia decyzji o planowanym zabiegu operacyjnym z wyłonieniem stomii, trwa przez cały okres pooperalcyjny i jest prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. We wszystkich ośrodkach zajmujących się chirurgicznym leczeniem chorób jelita grubego pracują dobrze wykształcone zespoły lekarsko-pielęgniarskie, a sieć poradni stomijnych zabezpiecza potrzeby osób ze stomią w całym kraju [16]. Nie bez znaczenia jest możliwość indywidualnego dobrania sprzętu stomijnego w zależności od rodzaju i umiejscowienia stomii, osobniczej wrażliwości skóry, trybu życia i występujących powikłań stomii. Dobrze dobrany sprzęt stomijny jest łatwy w obsłudze, szczelny, elastyczny i niezauważalny dla otoczenia.

Wnioski

1. Miejscowe późne powikłania kolostomii występują częściej u osób w wieku podeszłym.
2. Miejscowe wczesne powikłania kolostomii występują rzadko i z jednakową częstością u osób w każdym wieku.

Piśmiennictwo

1. Banaszkiwicz Z, Bujalski D, Jarmocik P, Jawień A. Rak jelita grubego w wieku podeszłym – badanie retrospektywne. *Gastroenterol Pol* 2004; 11: 115-20.
2. Fabre JM, Rouanet P, Ele N, et al. Colorectal carcinoma in patients aged 75 years and more: factors influencing short and long-term operative mortality. *Int Surg* 1993; 78: 200-3.
3. Kashtan H, Papa MZ, Stern HS. Colorectal cancer in patients over 70 years old. A prospective study of operative results. *Isr J Med Sci* 1992; 28: 861-4.
4. Andivot T, Bail JP, Chio F, Juglard G, Topart P, Lozac'h P, Charles JF. Complications of colostomies. Follow-up study of 500 colostomized patients. *Ann Chir* 1996; 50: 252-7.
5. Banaszkiwicz Z, Tojek K, Jarmocik P, Jawień A. Powikłania gojenia rany po wyłonieniu stomii. *Przew Lek* 2004; 10: 102-4.
6. Turnbull RB, Wealkey FL. Atlas of intestinal stomas. St. Louis: C.V., Mosby 1967; 78: 1-5.
7. Edna TH, Bjerkeset T. Colorectal cancer in patients over 80 years of age. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 2142-5.
8. Kopeć D, Krasnodębski IW. Powikłania po operacjach z powodu raka jelita grubego u chorych w wieku podeszłym. 60. Jubileuszowy Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich 2001; 222-7.
9. Krasnodębski IW, Kopeć D. Rak jelita grubego u chorych w wieku podeszłym. *Wiad Lek* 1998; 51: 3-4.
10. Kułakowski A. Nowotwory u ludzi starych. *Nowotwory* 1996; 46: 1-5.
11. Arenal JJ, Benito C, Concejo MP, Ortega E. Colorectal resection and primary anastomosis in patients aged 70 and older: prospective study. *Eur J Surg* 1999; 165: 593-7.
12. Duchesne CJ, Wang YZ, Sharon LW, et al. Stoma complications: American multivariate analysis/discussion. *The Surgeon* 2002; 68: 961-6.
13. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003; 238: 203-13.
14. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49: 48-55.
15. Rauch P, Miny J, Conroy T, Neyton L, Guillemin F. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 354-60.
16. Cierzniańska K, Szewczyk M, Stodolska A i wsp. Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74: 222-5.

Adres do korespondencji

dr med. **Zbigniew Banaszkiwicz**
ul. Jarzębinowa 5/1
86-031 Osielesko
e-mail: banasz@mediclub.pl
tel. +48 52 365 52 32