

Mi a parasztomális sérv?

[María Laura Márquez cikkének gépi fordítása](#)

A sérv a bél rendellenes kiemelkedése vagy elmozdulása a has gyenge területén vagy hibán keresztül. A sérvek a hibából (meggyengült nyílásból), a herniális tasakból (a kidudorodásból) és a zsák tartalmából (bélsejzgens) állnak. A sérv akkor fordul elő amikor egy szerv eltévelyedik a hasfalról. Amikor ez a sztóma körül van, parasztomális sérvnek nevezik, és amikor a műtéti seben keresztül megy, akkor metszett sérv.

A sebészek a műtét során két bemetszést hajtanak végre, az egyiket az eljárás elvégzésére, a másikat a sztóma létrehozására (kolosztómiás, ileosztómiás vagy urosztómiás eljárások során). Mindkét nyílás gyengíti a hasfalat és hibákat okoz. Ha ez bekövetkezik, akkor a belek egy része elhelyezkedhet és áthaladhat e hibák egyikén vagy mindkettőn.

„A parasztomális sérv a leggyakoribb szövődmény a különféle sztómákban. Szinte tünetmentesen fejlődhet, gyakran csak hasi deformitást eredményez a sztóma közelébe, de szélsőséges esetekben a bél befogadásához és megfojtásához vezethet, ami azonnali műtétet tesz szükségessé. Becslések szerint jelenleg ebben a szövődményben szenvedő 3 betegből kb. 1 beteget kezelnek műtéttel, ami részben a javítás után megfigyelt magas kiújulási rátával magyarázható. Ez ahhoz vezetett, hogy megjelenik a protézis hálóval történő elsődleges megelőzés fogalma, különösen mivel sok szakértő azt állítja, hogy a parasztomális sérv előfordulása gyakorlatilag elkerülhetetlen, és jelentős mértékben egyszerűen idő kérdése ”¹.

Parasztomális sérv kinyúlhat a sztómán keresztül, vagy megtelepedhet a has belső rétegei között.

„A sztóma egy bélfistula, amelyet vészhelyzetben vagy választott jelzések alapján hoztak létre, és az emésztőrendszer tartalmának elvezetésére szolgál. A bél sztómák átmenetileg vagy véglegesen létrejöhetnek a vékonybélben és a vastagbélben. A parasztomális sérv hasfali sztómához kapcsolódó metszési sérv. A parasztomális sérv gyakran jelentkezik kolostomia vagy ileostomia kialakulása után, és ez a leggyakoribb késői stoma szövődmény.

A parasztomális sérveket négy altípusba sorolják: interstitialis (szövet közötti), ahol a herniális zsák a hasfal rétegeiben fekszik; szubkután(bőr alatti), ahol a sérv zsákja a bőr alatti síkban fekszik; intrastomális, ahol a tasak behatol egy kifolyó ileostomiába; és perisztomális (prolapsus), ahol a tasak egy prolapsáló sztómán belül van. Beszámoltak arról, hogy a parasztomális sérv előfordulása 0 és 48,1 százalék között van, a sztóma típusától és a követés hosszától függően. A legtöbb parasztomális sérv tünetmentes, de az enyhe parasztomális kényelmetlenségtől az életveszélyes szövődményekig, például fojtás, perforáció és elzáródásig terjedő problémákat okozhat. A sérvzsák tartalma szinte kizárólag a has mozgó szervezeteire korlátozódik, beleértve az omentumot(cseplest), a vékonybelet és a vastagbelet.²

Az osztóma bármelyik pillanatban kitágulhat, és teret teremthet a beleknek a parasztomális sérv kiszorítására és kialakítására. Az idő leteltével és a seb

gyógyulásával a bemetszéses sérv útja bezárul és bonyolítja a sérv sérülését. Ez azonban nem zárja ki annak fejlődését. A metszés és a parasztomális sérv kockázata látens. A betegeknek óvatosságnak és megelőző intézkedéseket kell tenniük.

Kockázati tényezők

„A kockázati tényező olyan változóra utal, amely jelentős független kapcsolatban áll a probléma kialakulásával. Fontos különbséget tenni a műtét következtében kialakuló és a betegségként kialakult sérv között, hogy teljes képet nyerjünk ki a parasztomális sérv kialakulásához kapcsolódó kockázati tényezőkről. A parasztomális sérv kialakulásának valószínűbb külső és belső tényezői, amelyeket javasoltak, magukban foglalják a külső tényezőket: sürgősségi műtét; a sztóma helye; korábbi sérvműtét; és belső tényezők: életkor, elhízás, sebfertőzés és dohányzás. ”³

A parasztomális sérvек felszínre kerülése éveket vehet igénybe, és a legtöbb esetben tünetmentes. Lehetnek kicsiek és észrevehetetlenek, vagy nagyok és fájdalmasak. A legtöbb ember addig élhet velük, amíg nem zavarja a bél működését és a sztóma kezelését. Az [ostomia támasztó öv](#) (vagy sérvöv) hatékony kiegészítő a sérvек ellenállására; körültekintő viselni, függetlenül a jelenlétüktől. Az ostomia támasztóövek a parasztomális sérvек megelőzésére és tartására szolgálnak.

Parasztomális sérvек és életminőség

„Sajnos a PSH tüneteiben szenvedő betegek gyakran rossz életminőségben szenvednek. Egy tanulmányban, amely a perisztomális dudorodás és az azt követő életminőség hatásait értékeli, a betegek az életminőség jelentős romlásáról számoltak be a tünetek terhelésében, az aggodalomban és az általános jólét érzésében. A kidudorodás nélküli betegekkel összehasonlítva a parasztomális kidudorodásban szenvedő betegeknél lényegesen nagyobb arányban kellett tudniuk, hol van a legközelebbi WC, aggódniuk kell a tasak fellazulásáért, attól tartani, hogy családjuk kényelmetlenül érzi magát körülöttük, és fáradtsági tünetek, például fáradtság nappali pihenésre van szüksége. A betegek egyre öntudatosabbá válhatnak, és félelmük alakulhat ki a nyilvánosság előtt a ruházatuk alatti dudor megjelenése vagy a készülék gyakori szivárgása miatt. A szivárgás kellemetlen szaghoz vezet, a ruhák szennyezése és gyakran a bőr szövődményei, amelyek egyszerre nehezen kezelhetők és anyagilag is költségesek. Meisner és munkatársai tanulmányában a készülék szivárgásának gyakoriságának és a perisztomális kontakt dermatitis (bőr gyulladásos betegsége) súlyosságának növelése közvetlenül összefügg a sztóma költségével. A gyakori szivárgással küzdő betegeknél a kezelés és az osztómiás ellátás költségei csaknem háromszorosára nőttek, mint a szivárgás nélkülieknél, míg a súlyos bőrirritáció csaknem hatszoros költségnövekedést eredményezett, csak a könnyű enyhe bőrirritációhoz képest. ”⁴

Mi van, ha megjelenik egy parasztomális sérv?

A szakemberek parastomális sérvet észlelnek, amikor intraabdominális (hasüregen belüli) nyomást (pl. Köhögés) állítanak fel, dudor jelenhet meg, és fekvéskor általában eltűnik.

A dudor növekszik, ha a hiba nő. Ha ez megtörténik, a belek előeshetnek a zsákba, és megnehezítik a sztóma gondozását. Az osztómiás zsákok lyukmérete gyakori változtatást igényelhet. Ezek szintén elveszíthetik hatékonyságukat a bőr nyújtása és összehúzódása miatt, ami szivárgást és irritációt okozhat. A hernialis folyamatos növekedése akadályozhatja a sztóma megjelenését.

Konzervatív vezetés

„A legtöbb PSH-ban szenvedő beteg általában tünetmentes; ezért konzervatíván kezelhető. **A konzervatív kezelést részesítik előnyben, mert a műtéti kezelés kihívást jelenthet, a siker garanciája nélkül.** Azokat a betegeket, akik beleegyeztek abba, hogy nem operatív módszerekkel kövessék nyomon, meg kell tanítani az életet veszélyeztető jelekről és tünetekről, és fel kell őket szólítani arra, hogy orvosi segítséget kérjenek a diagnózis késedelmének elkerülése érdekében. A sztómát támogató eszközök, például a hasi tartóövek használata, különösen a műtét utáni első évben végzett nehéz fizikaimunkák során, a betegek oktatása a nehéz tárgyak emelésének elkerülése, a fogyás, az étrend megváltoztatása és a hasi izmok erősítése érdekében sikeres stratégiák a PSH konzervatív kezelésére. Sajnos minden próbálkozás ellenére

Sebészeti kezelés

Sürgős vagy felmerülő műtéti javítás javallt azoknál a betegeknél, akiknél akut PSH-val kapcsolatos szövődmények alakulnak ki, mint például a bélelzáródás, a sérvtartalom befogadása vagy becsípődése, sztómás ischaemia (vértelenség), fistulizáció és prolapsus, valamint azoknak, akiknek krónikus tünetei károsítják a QoL-t (életminőséget). Egyéb indikációk relatívak, és magukban foglalják a konzervatív intézkedések sikertelenségét a PSH-val kapcsolatos krónikus hasi fájdalmat a környező bőr fekélyesedését és az esztétikai megjelenéssel való elégedetlenséget. Javításra nincs egyetlen technika, amely felülmúlja a másikat. Ezek a műtéti technikák magukban foglalják a megnagyobbodott fasciális (kötőszöveti) hibák helyi helyreállítását, a sztóma új helyre történő áthelyezését és a protézisháló helyreállítását laparotómiával vagy laparoszkópos megközelítéssel; mindegyikhez társul a sérv megismétlődésének magas aránya (57,6–69,4% vs. 24–86% vs. 6,9–17,8%,⁵

Sebészeti parasztomális sérv helyreállítása

A nagy parasztomális sérv fájdalmasszá válhat, és kényelmetlen elviselni. Ez befolyásolhatja a sztóma működését, görcsöket és puffadást okozhat, és arra kényszerítheti a beteget, hogy hagyja abba az irrigálást és kolosztóma esetén térjen vissza az osztómiás tasakokra. Ebben a szakaszban az orvos műtétet javasolhat a problémák enyhítésére és a súlyos bélelzáródás vagy becsípődés elkerülésére. A műtéti parasztomális sérv helyreállításának azonban az utolsó erőforrásnak kell lennie, mivel traumatikus és nem feltétlenül állandó megoldás.

„A parasztomális sérv műtétjénél négy stratégia létezik: helyi helyreállítás, a sztóma áthelyezése, a háló helyreállítása és a sztóma profilaktikus (megelőzést szolgáló) hálóval történő áthelyezése az új sztóma helyszínén. A helyi aponeurotikus (bőralatti) kijavítás napjainkban elavult módszer, mivel elfogadhatatlanul magas kiújulási arányt eredményezett, amelyet 10% és 76% között jelentettek. A sztóma áthelyezése után az új parasztomális sérv kialakulásának kockázata legalább olyan magas, mint az első műtét után, és 24–86% -os kiújulásról számoltak be. Ha a sztómát áthelyezik, a másodlagos ismétlődési arány még magasabb. Ha egy sztómát áthelyeznek, át kell helyezni a középvonal másik oldalára, mivel a kiújulás aránya nagyon magasnak bizonyult, ha az áthelyezés a középvonal ugyanazon oldalára történik.

A legalacsonyabb kiújulási arányt a protézis háló-javításoknál jelentették, bár nincs randomizált vizsgálat, amely összehasonlítná a háló javítását a sztóma helyi javításával vagy áthelyezésével. A parasztomális sérv hálóval történő javításának stratégiája a metsző sérv hálójavításával kapcsolatos tapasztalatokon alapul. A háló helyreállítása a bemetszett sérv kijavításának általános és jól bevált technikája. A háló elhelyezhető onlay, inlay, sublay vagy intraperitonealis onlay pozícióban (IPOM). Az IPOM technika nyitott és laparoszkópos javításokban egyaránt alkalmazható. Többféle háló áll rendelkezésre: nem felszívódó, felszívódó, részben felszívódó és acelluláris kollagén mátrix háló, amelyek mindegyikét parasztomális sérv helyreállítására használták. Szennyezett környezetbe többféle háló is elhelyezhető nagyobb szövődmények nélkül. A hálószemek használatával kapcsolatban azonban vannak olyan veszélyek, mint a fisztula képződése, adhéziók, szeptikus szövődmények és a szeroma képződése. A gyulladásos szöveti választ kiváltó hálókat nem lehet érintkeztetni a hasi tartalommal anélkül, hogy fennállna a sipolyképződés, az adhézió és a szeptikus szövődmények veszélye. Az IPOM technikával ezért általában két rétegből álló hálót használnak. A hasfal felé néző hálófelület általában nem felszívódó anyagból áll, amely szöveti reakciót vált ki, lehetővé téve a háló integrálását a hasfalhoz. A hasi tartalommal szemben lévő hálófelület egy nem reaktív anyag, amely alacsony vagy elhanyagolható gyulladásos reakciót okoz, így adhéziók nem alakulnak ki.⁶

Sérv megismétlődése

A sérv kiújulása magas és a választott technikától függően változik. A nem műtéti kezelések magukban foglalják az övek, étrendek és a dohányzásról való leszokás programját a szövődmények elkerülése érdekében.

„**Ha a páciens tünetmentes** (gond nélkül viseli a segédeszközt, minimális kényelmetlenséget szenved vagy csak egyáltalán nem képes elrejteni a ruhadarab alatt lévő dudort), **nem ajánlott műtéti beavatkozás**. Számos nem műtéti kezelési technika jöhet szóba, a sérv méretétől és helyétől függően. A sérv támasztószíjai, a rugalmas anyagból készült kötőanyagok, a tok nyílásával, a sérv felett viselhetők [...]. Úgy gondolják, hogy ezek az övek támogatást nyújtanak a parasztomális sérvhez, csökkentik a kitüremkedést és stabilizálják a parasztomális síkot, és így segítenek a tokos rendszer tömítésének fenntartásában. Az övek a hernia méretének és elhelyezkedésének, valamint a használt osztómiás tasakrendszer típusának megfelelően egyedileg illeszthetők. Az övet a has körül kell elhelyezni, és a zsákot hanyatt fekve kell a nyílást képzni, miközben a sérv csökkent. A sérv öv használatának sikere változó; megfontolható olyan beteg esetében, aki nem műtéti jelölt. Rugalmas zacskórendszer ajánlott; az opciók között szerepel egy egyrészes készülék, rugalmas bőrzárával, vagy kétrészes rendszer, lebegő karimával. A sztóma méretét úgy kell megvizsgálni, hogy a beteg ülő és lapos helyzetben van, mivel a sztóma megnövekedhet, ha a beteg függőleges helyzetben van, és a sérv kinyúlik.”⁷

A parasztomális sérv a sztóma körül kialakuló incíziós sérv, amely általában tünetmentes. A parasztomális sérv helyreállításának legkedvezőbb módszerének alkalmazkodnia kell a beteg igényeihez, általános egészségi állapotához és az egyidejű szövődményekhez. Mutassa meg sebészének és beszéljék meg a lehetséges kezelést vagy a helyreállítási módszert.

Referenciák:

(1) Styliński, R., Alzubedi, A., & Rudzki, S. (2018). Parasztomális sérv - jelenlegi ismeretek és kezelés. Videósebészet és egyéb minivázv technikák, 13. cikk (1) bekezdés, 1. Elérhető online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5890847/>

(2) Asadov, R., Kuzan, TY, Ergelen, R., Demirbas, T., & Tuney, D. (2017). Gyomortartalmazó nem gyakori parasztomális sérv: CT-eredmények és az irodalom áttekintése. Képalkotás az orvostudományban, 9 (1), 5-8. Elérhető online: <https://www.openaccessjournals.com/articles/uncommon-parastomal-herniacontaining-stomach-ct-findings-andreview-of-literature.pdf>

(3) McGrath, A., Porrett, T. és Heyman, B. (2006). Parasztomális sérv: a kockázati tényezők és következményeik feltárása. Brit ápolási folyóirat, 15 (6), 317-321. Elérhető online: https://www.researchgate.net/publication/7152770_Parastomal_hernia_an_exploration_of_the_risk_factors_and_the_implications

(4) Aquina, CT, Iannuzzi, JC, Probst, CP, Kelly, KN, Noyes, K., Fleming, FJ és Monson, JR (2014). Parasztomális sérv: növekvő probléma az új megoldásokkal. Emésztőrendszer, 31 (4-5), 366-376. Elérhető online: <https://www.karger.com/Article/PDF/369279>

(5) Celik, SU, Kocaay, AF és Akyol, C. (2017). Parasztomális sérv. Sérvben. IntechOpen. Elérhető online: https://www.researchgate.net/publication/319365303_Parastomal_Hernia

(6) János, A. (2010). Parasztomális sérv: klinikai vizsgálatok a definíciókról és a megelőzésről (Doktori disszertáció, Umea egyetem). Elérhető online: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:353470/FULLTEXT06.pdf>

(7) Colwell, JC, Goldberg, MT, és Carmel, JE (2012). Széklet és vizeletelvezetések-E-könyv: Kezelési alapelvek. Elsevier Egészségtudományok. Elérhető az interneten: https://books.google.co.ve/books?id=sglasEE3eqEC&pg=PA309&dq=parastomal+hernia+belt&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj63I_0m7riAhWLTvKkHYPLCTMQ6AltJat=bold/2020&l=hu