

فیستول‌های پوستی - روده‌ای

فیستولهای پوستی - روده‌ای با میزان مرگ و میر ۲۰ درصد و در بعضی مطالعات ۶ درصد ذکر شده است. نتایج قابل اعتماد، درمانهای مراقبتی و دارویی را لازم می‌دانند. مرگ معمولاً به دنبال سپسیس روی می‌دهد. با توجه به اینکه سوء تغذیه و به هم خوردن تعادل الکترولیت‌ها قابل جلوگیری هستند، تغذیه کافی بیماران در حضور سپسیس به علت فقدان کاربرد کالری چربی، کربوهیدرات و به خاطر ادامه پروتئولیز ممکن نمی‌باشد.

سینوگرام از هر مسیر سینوس (شماره ۵ - لوله تغذیه کودکان)، با استفاده از ماده حاجب محلول در آب، منبع و وسعت مسیر و آبه مرتبط را مشخص می‌کند. مطالعات باریوم به ندرت لازم هستند. اگر لازم باشد، معمولاً فیستول را آشکار نمی‌کنند. در مورد سی تی اسکن نیز این مسئله صادق است. فعالیت روده و ترمیم به علت فشار کلوییدی غیر طبیعی که به علت کاهش آلبومین سرم به وجود آمده است از بین می‌رود. آلبومین بالاتر از $3/3 \text{ g/dl}$ میزانی است که کار روده و ترمیم را بهتر می‌کند. اسپیراسیون سوزنی از یک آبه مشخص می‌تواند توسط سینوگرام دنبال شود که وسعت آبه و مبدا آن را قبل از تخلیه مشخص می‌کند.

کانول سابکلارین جهت تغذیه کامل وریدی گذاشته می‌شود. بیماران باید به وسیله کریستالوئید هیدراته شوند و از سلامت کانولاسیون وریدهای بزرگ اطمینان حاصل گردد. آنتی بیوتیک‌ها زمانی که بیمار مشخصاً سپتیک است مورد نیاز هستند. برای بیمار با فیستول به طور میانگین، ۸ یا ۹ روز آنتی بیوتیک لازم است.

آبسه نزدیک فیستول، مسیر را باز نگه می‌دارد.

فیستول‌هایی که از آسیب‌های غیرقابل برگشت روده ناشی می‌شوند ترمیم نمی‌گردند. لوله نازوگاستریک ترشح فیستول را کاهش نمی‌دهد و ممکن است بازگشت اسیدی، ازوفاژیت و جراحات‌های بعدی را ایجاد کند.

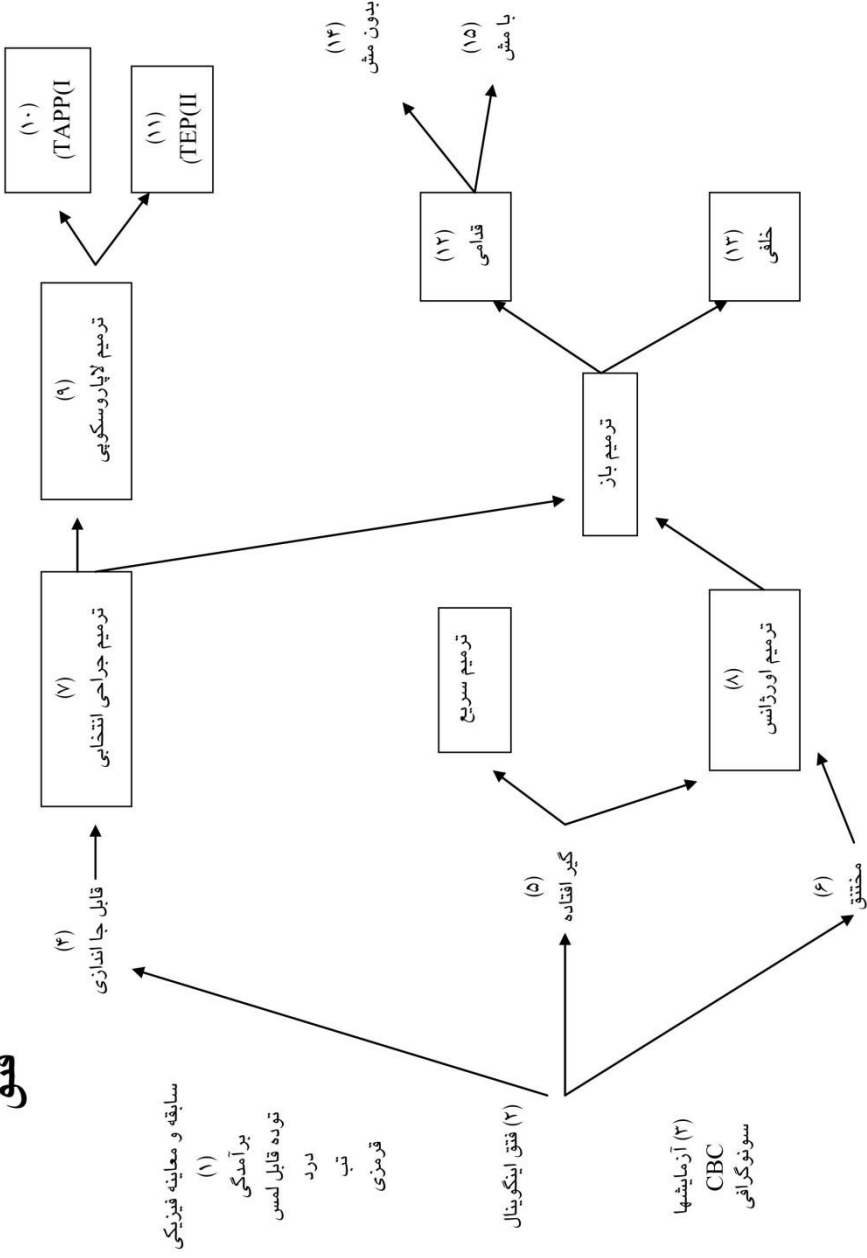
تغذیه روده‌ای باید با فرمولهای فعال کننده ایمنی روده‌ای آغاز شوند. بهتر است تغذیه وریدی ۵ الی ۱۰ روز بعد از شروع تغذیه روده‌ای ادامه یابد، زیرا روده در زمان استراحت جذب سریع و مؤثر نداشته و حدود ۵ روز طول می‌کشد تا به تغذیه کافی روده‌ای دست پیدا کرد. حدود صد سانتی متر از روده نرمال جهت تغذیه روده‌ای مورد نیاز است.

مرگ و میر بعد از جراحی جهت ترمیم یک فیستول نزدیک ۲٪ یا کمتر است. میزان عوارض، ۱۲٪ یا کمتر مورد انتظار است.

اگر فیستول بعد از ۴ تا ۵ هفته بدون سپسیس بسته نشد، معمولاً جراحی لازم است. میزان تغذیه قبل از جراحی می‌تواند به وسیله اندازه‌گیری نیمه عمر پروتئین ارزیابی گردد. (به عنوان مثال: ترانسفرین، پروتئین باند شونده رتینال و پره‌آلبومین متصل شونده به تیروکسین). وقتی ترانسفرین خود به خود زیاد شود، سنتز کبدی پروتئین کافی است. اصول جراحی با برش در طول یک پوست سالم، آزادسازی همه انسدادهای انتهایی، خارج کردن حاشیه اجزاء روده‌ای، آناستوموز مجدد همه قوسهای کور روده‌ای کوچک، گاستروستومی، ژژونوستومی و تغذیه وریدی بعد از جراحی ادامه می‌یابد.

هیستامین، آنتاگونیست‌های H_2 یا PPI ها (مهارکننده‌های پمپ پروتون) ممکن است درد تخلیه از فیستول‌های پوستی - روده‌ای را کاهش دهد. سوماتوستاتین یا اکتروتاید به عنوان عامل مؤثر در بستن فیستول‌های پوستی - روده‌ای ثابت نشده‌اند. با این حال سوماتوستاتین یا یک آنالوگ آن ممکن است در بستن فیستول‌های پانکراس مؤثر باشد. در بسیاری از گروه‌ها با استفاده از درمان موقت به میزان ۳۳ تا ۴۵ درصد بسته شدن خود به خودی گزارش شده است. بسته شدن خود به خودی ممکن است در آینده منجر به برگشت فیستول شود، خصوصاً در صورتی که بیماری‌های روده‌ای مثل بیماری التهابی روده (IBD) یا انسداد دیستال روده وجود داشته باشد.

فتق



I. TAPP: Trans Abdominal Pre Peritoneal

II. TEP: Total Extra Peritoneal