

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ (ΓΕΣ)

ΙΩΑΝΝΗΣ Η. ΓΚΡΙΝΙΑΤΣΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Α' Χειρουργική Κλινική

ΛΑΙΚΟ Νοσοκομείο

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως ΓΕΣ χαρακτηρίζεται κάθε επικοινωνία:

- ◉ μεταξύ ενός οργάνου του πεπτικού συστήματος
- ◉ και οποιουδήποτε άλλου οργάνου οποιουδήποτε συστήματος του οργανισμού το οποίο όμως επαλείφεται από **επιθήλιο**
- ◉ μέσω μιας μη φυσιολογικής (μη ανατομικής) επικοινωνίας, η οποία ονομάζεται **πόρος**

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

◎ **Συγγενή** *Τραχειο-οισοφαγικό, Βραγχιακό, Ομφαλο-μεσεντερικό*

◎ **Επίκτητα**

Εσωτερικά

Ενδοπεπτικά
Εξωπεπτικά

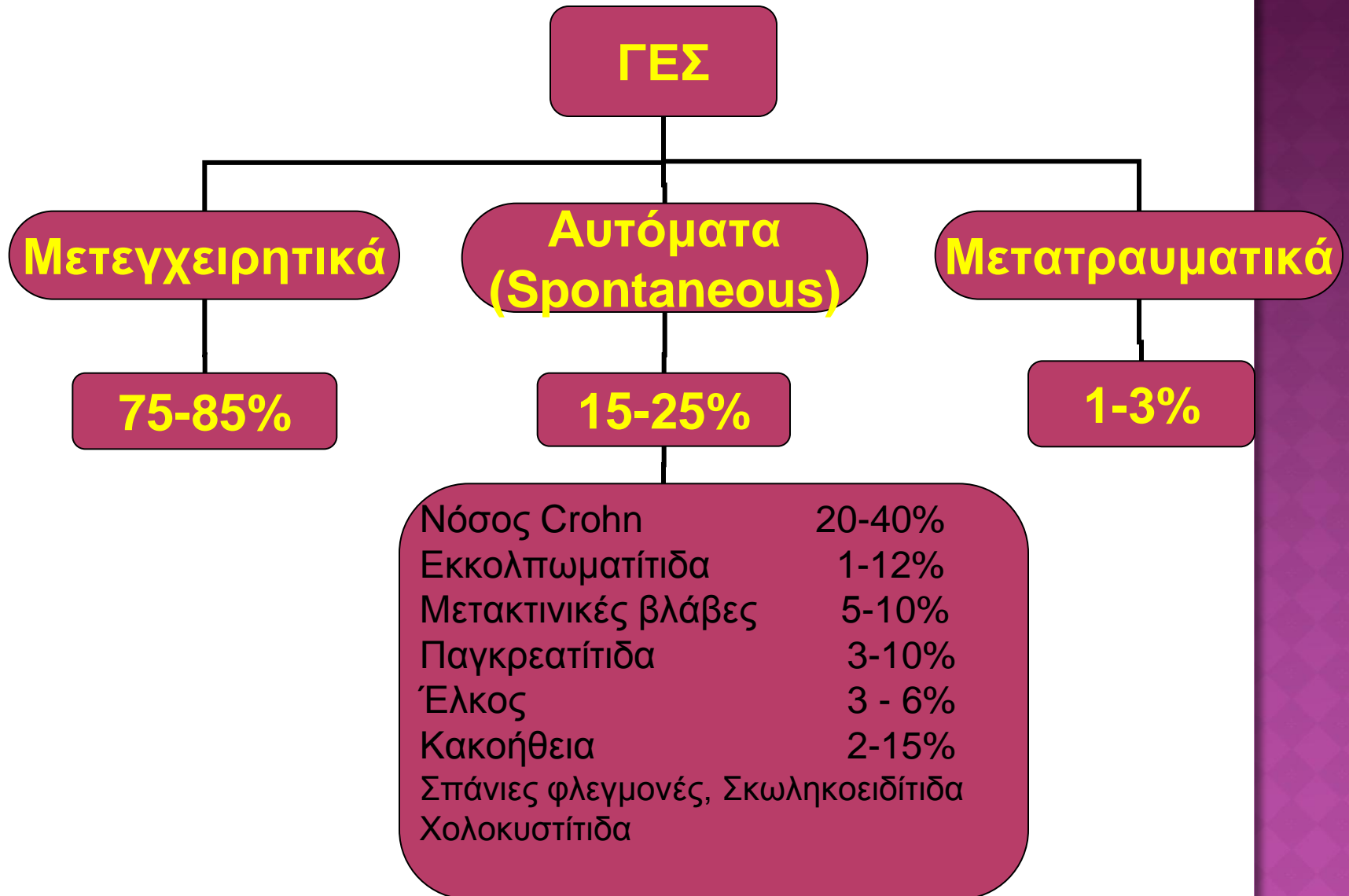
Εξωτερικά

Εντερο-δερματικά

Μικτά

Εσωτερικά & Εξωτερικά

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ



ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ

Χαμηλής παροχής

Παγκρεατικά < 200 mL/d

Υπόλοιπα < 400 mL/d

Υψηλής παροχής

Παγκρεατικά > 200 mL/d

Υπόλοιπα > 400 mL/d

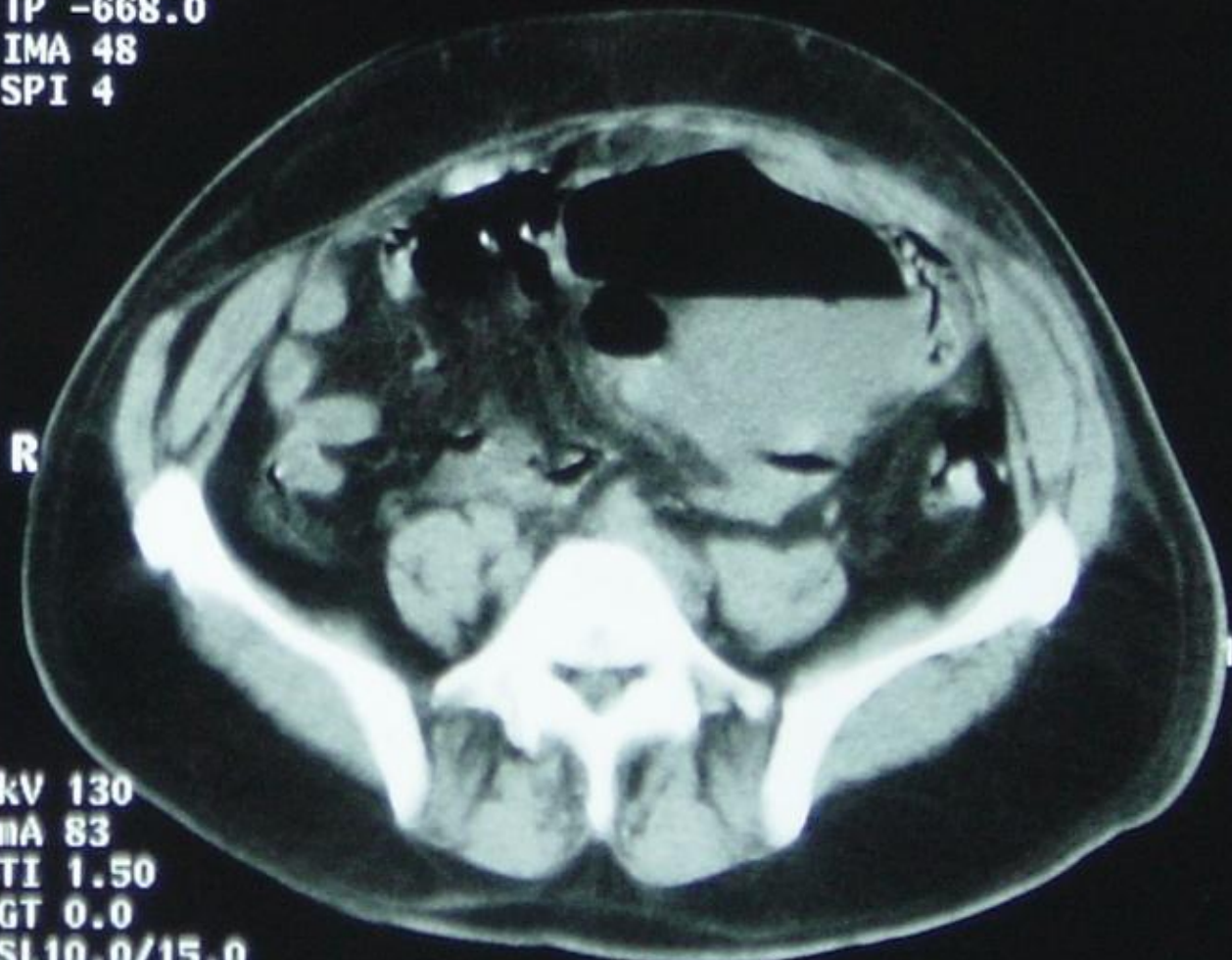
20911
12-DEC-1959
26-FEB-2006
16:54:09.38
TP -668.0
IMA 48
SPI 4

A

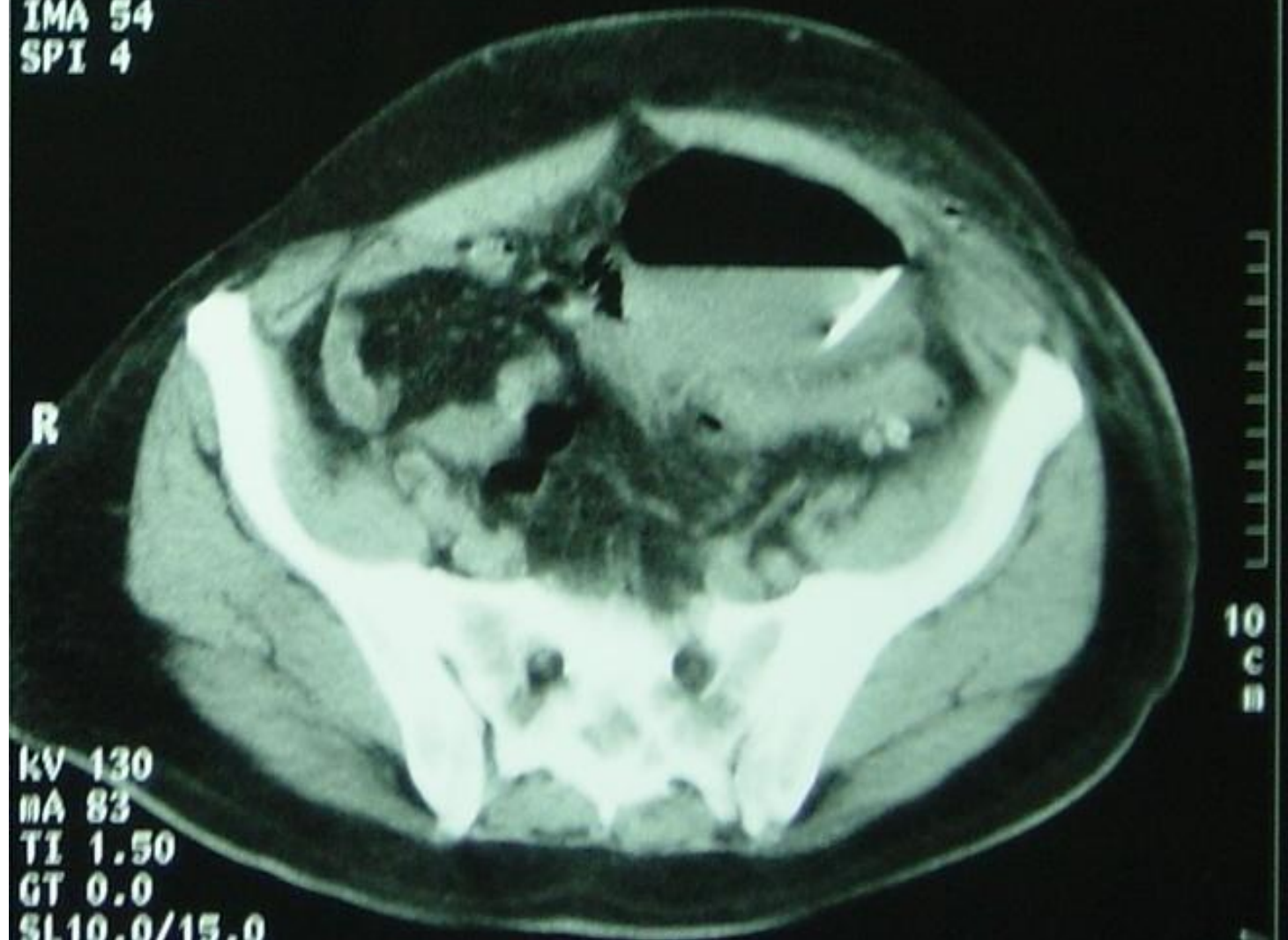
SOMATOM AR.STAR
VB41A
H-SP-CR

R

kV 130
mA 83
TI 1.50
GT 0.0
SL10.0/15.0
414 4/-20



16:54:14.18
TP -716.0
IMA 54
SPI 4

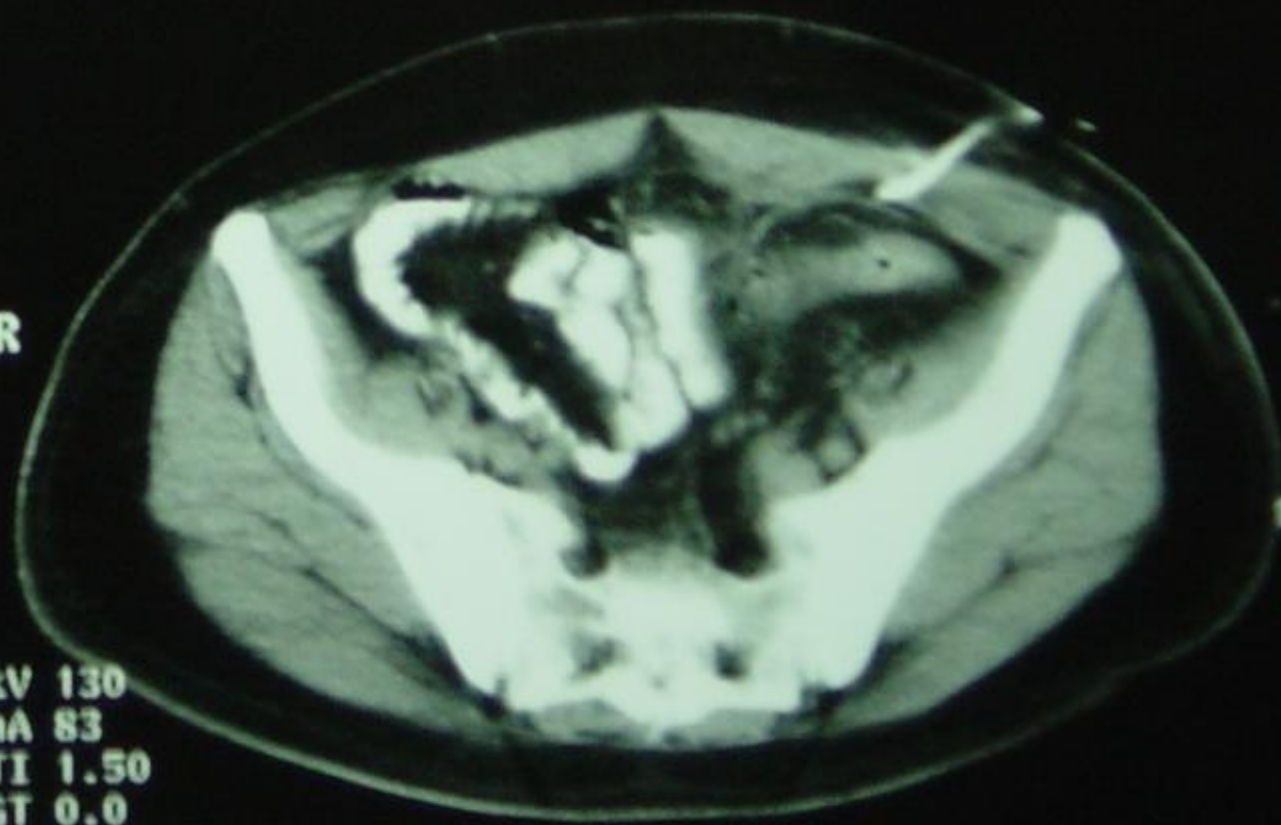


21011
12-DEC-1959
03-MAR-2006
17:26:10.22
TP -750.0
IMA 65
SPI 5

A

SOMATOM AR. STAR
VB41A
H-SP-CR

R

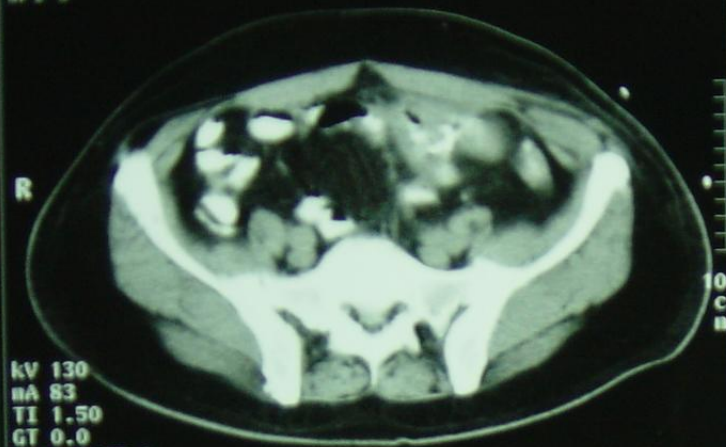


10
C
M

kV 130
mAs 83
TI 1.50
GT 0.0
SL10.0/15.0
125 3/10



TP -725.0
IMA 60
SPI 5



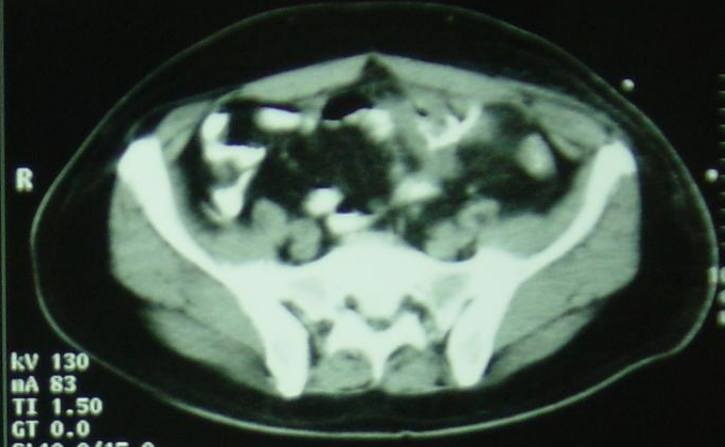
kV 130
mA 83
TI 1.50
GT 0.0
SL10.0/15.0
435 7/-19

300
40

AB40 S0 47YRS/M
121S310 GASTROGRAFIN

W 300
C 40

TP -730.0
IMA 61
SPI 5



kV 130
mA 83
TI 1.50
GT 0.0
SL10.0/15.0
435 7/-19

W 300
C 40

AB40 S0 47YRS/M
121S910 GASTROGRAFIN

LAIKO
AR.STAR
VB41A
H-SP-CR

APOSTOLIDIS ATHANASIOS

21011
12-DEC-1959
03-MAR-2006
17:26:09.72
TP -745.0
IMA 64
SPI 5

A

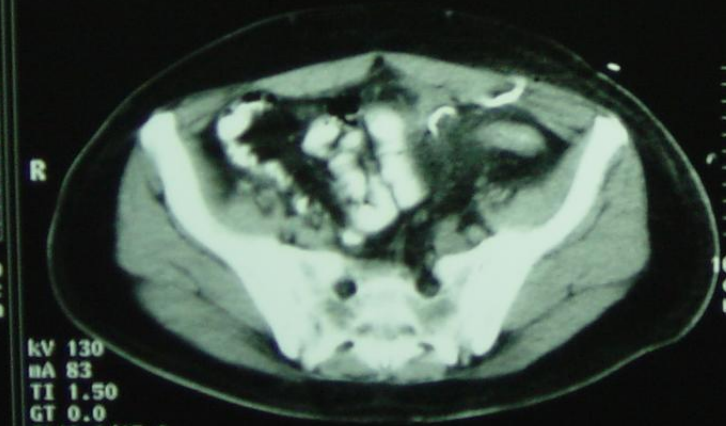
LAIKO
SOMATOM AR.STAR
VB41A
H-SP-CR

APOSTOLIDIS ATHANASIOS

21011
12-DEC-1959
03-MAR-2006
17:26:10.22
TP -750.0
IMA 65
SPI 5

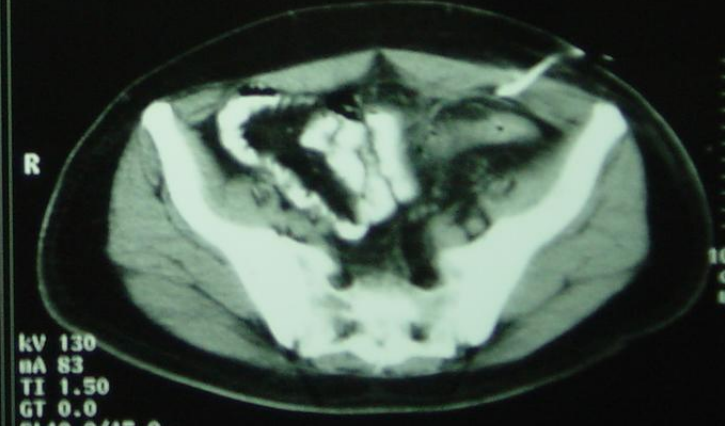
A

LAIKO
SOMATOM AR.STAR
VB41A
H-SP-CR



kV 130
mA 83
TI 1.50
GT 0.0
SL10.0/15.0
435 7/-19

10
C
M

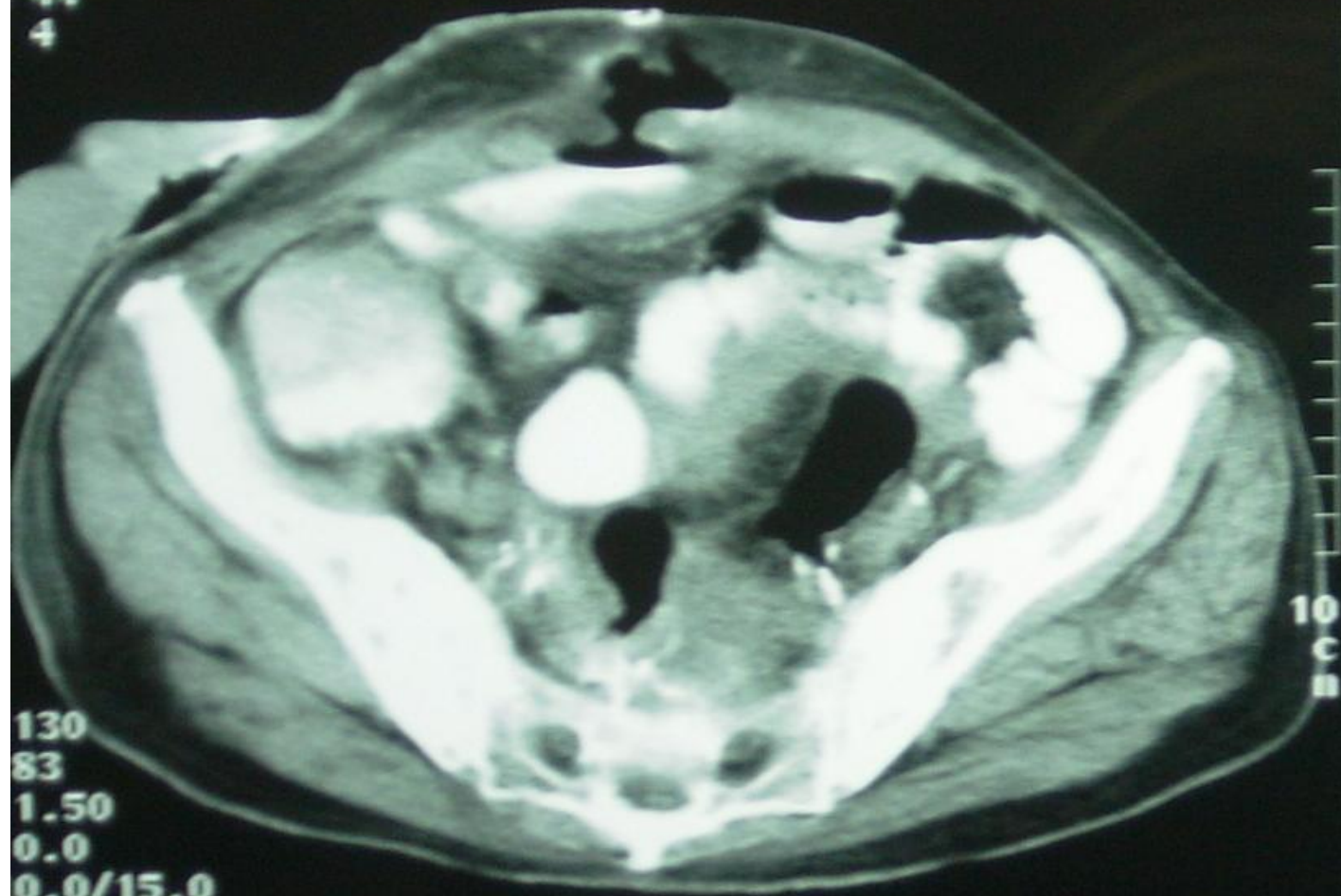


kV 130
mA 83
TI 1.50
GT 0.0
SL10.0/15.0
435 7/-19

10
C
M

H-SP-CR

MAR-2006
04:01.23
-669.0
44
4



130
83
1.50
0.0
0.0/15.0
-11/1
0 S0
S000

W 300
C 40

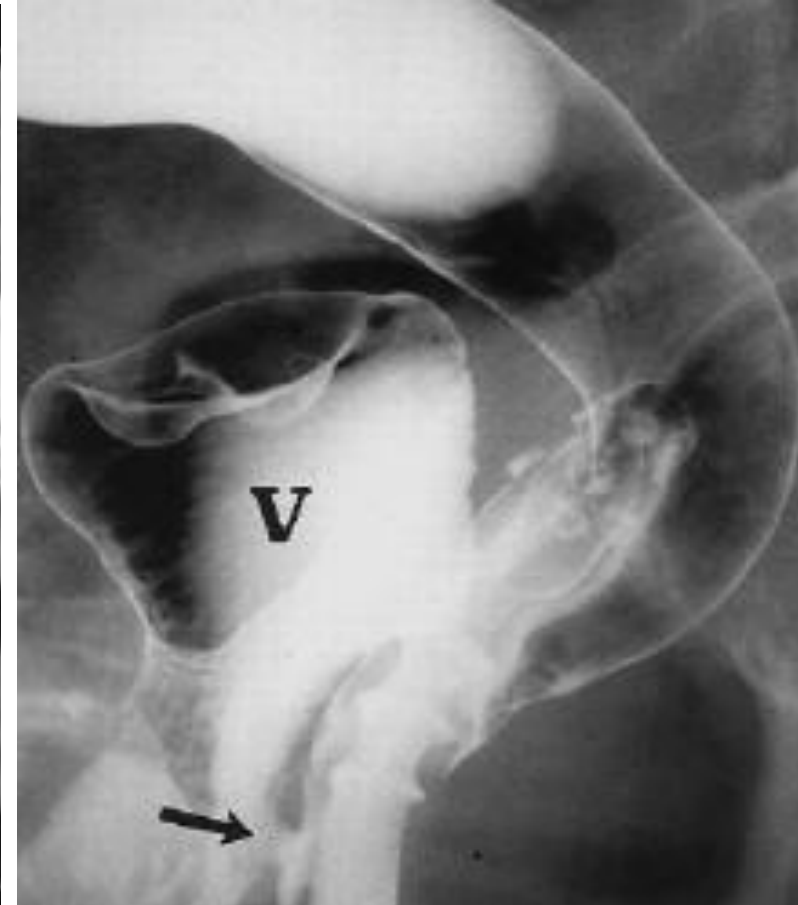
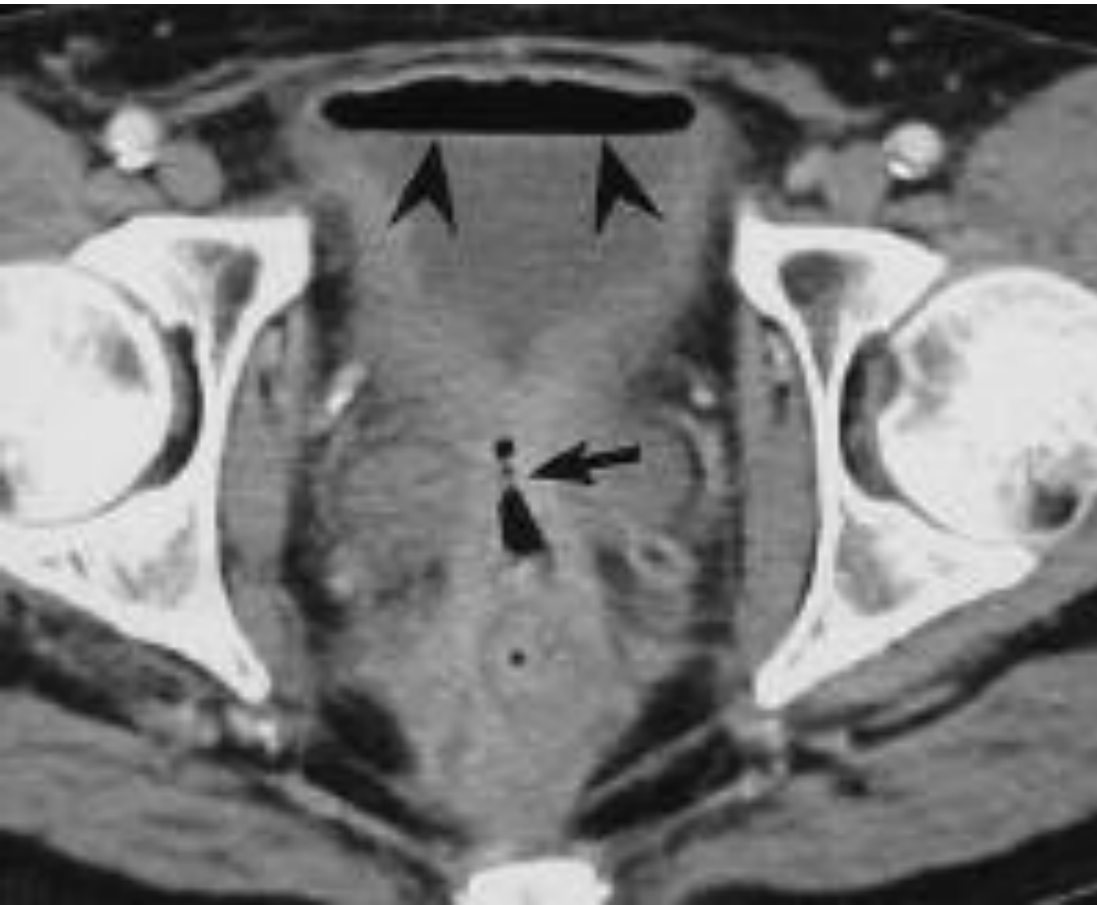


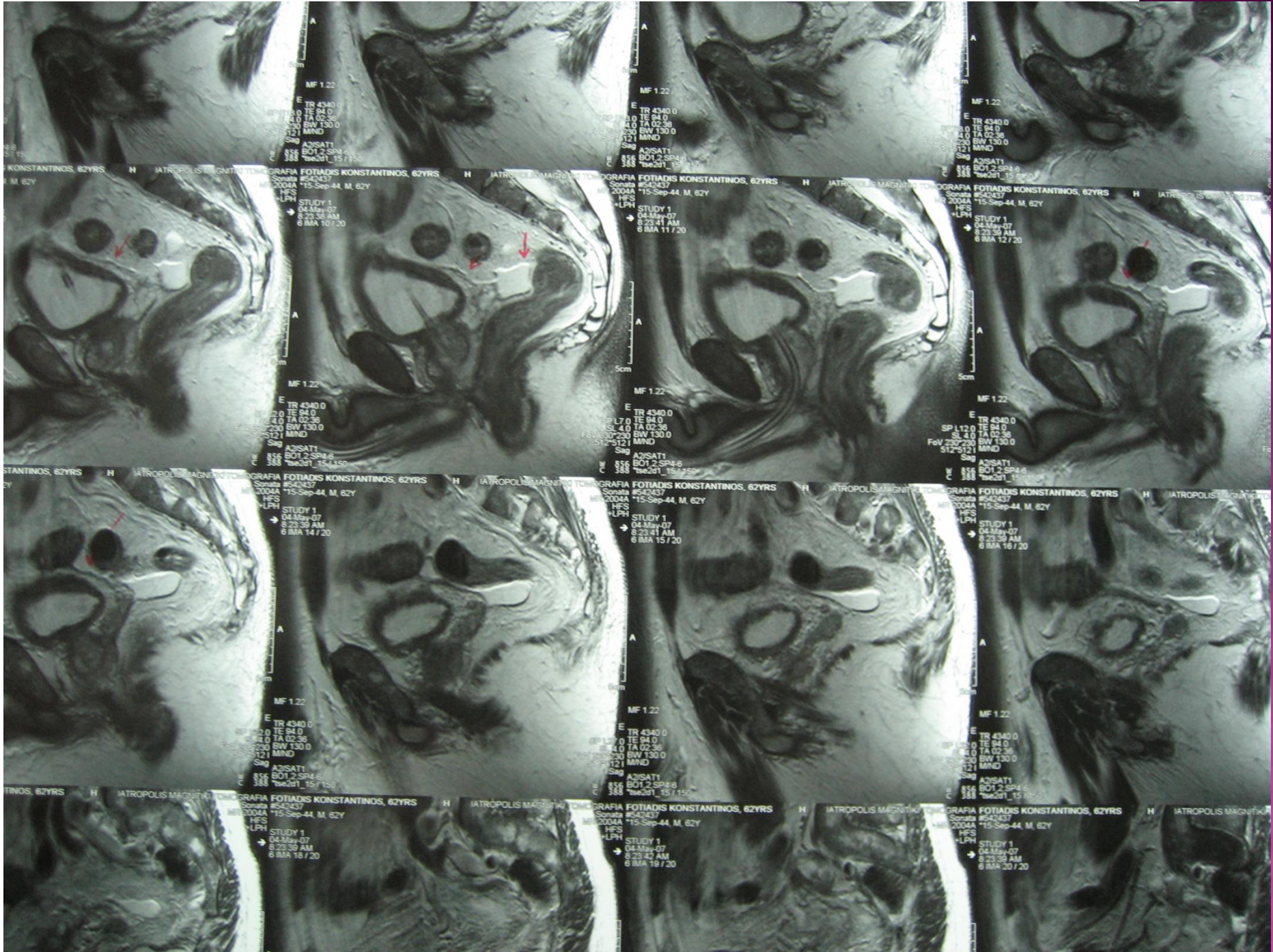












CON

ICON

HITACHI "G.GENIMATAS" Dr. Karoumpalis
FR:19 FOTIADIS KONSTANTINOS

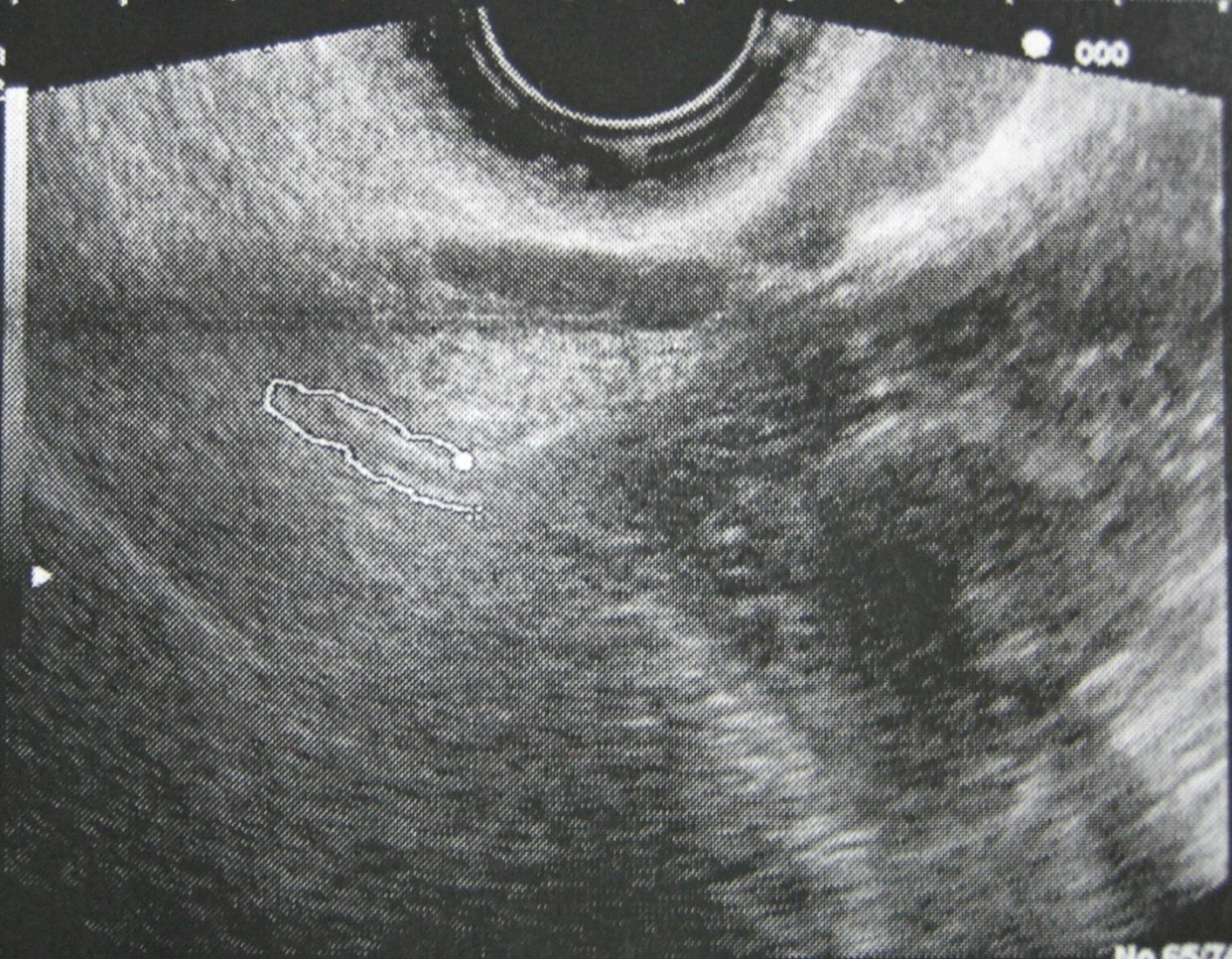
P:H
-ANAL

14-MAY-07 10:16:36

Trace

CI: 4.31 cm
AI: cm2

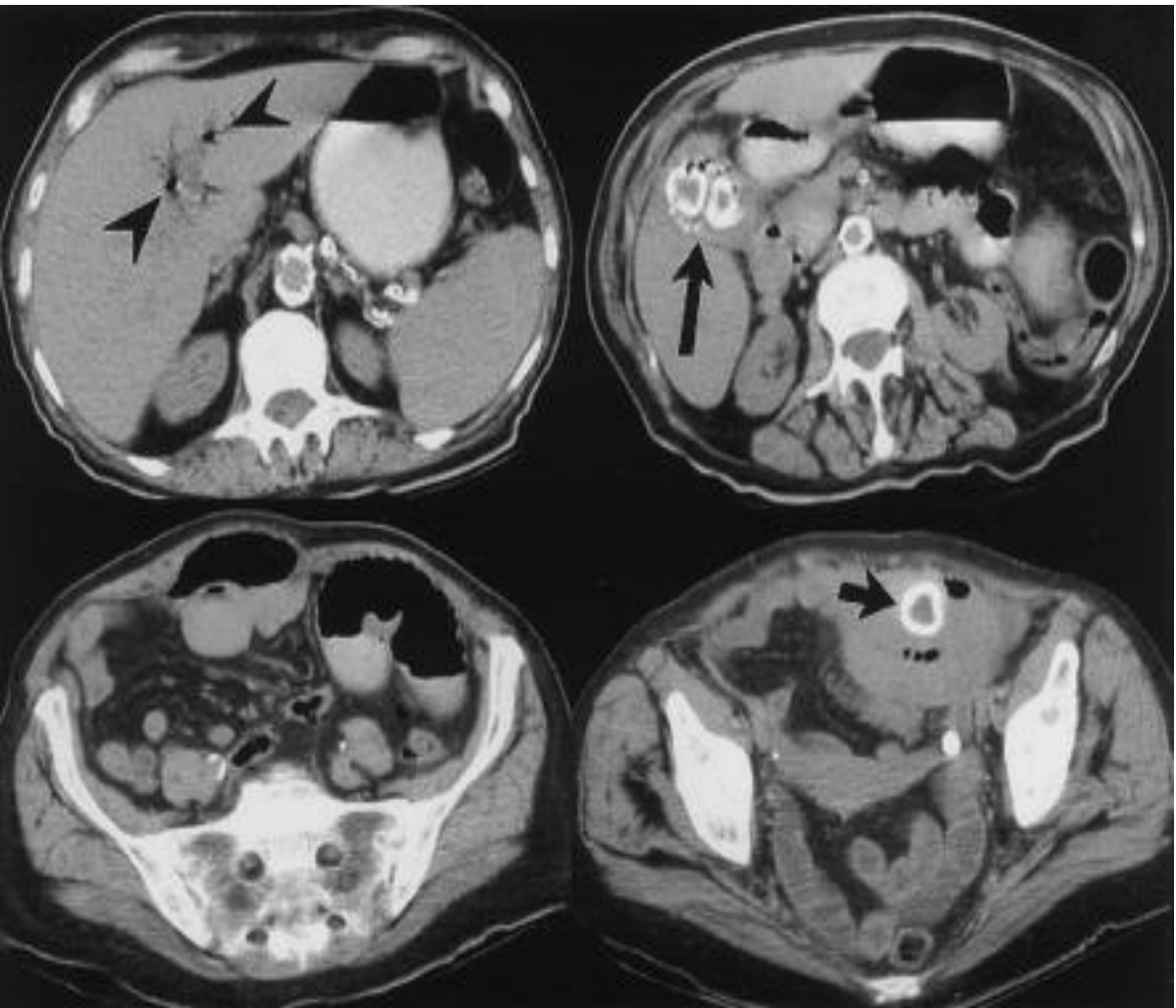
000



No.65/74

BGE 75/1/20/A/7/4
U533C 6.5M 25mm

Urology Area L SVolume





ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

GASTROINTESTINAL FISTULAE

The relevance of gastrointestinal fistulae in clinical practice: a review

M Falconi, P Pederzoli

Gut 2002;49(Suppl IV):iv2-iv10

ΓΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΙΣΟΦΑΓΟ - ΣΤΟΜΑΧΟ

Organ	Procedure	ΓΕΣ %
Oesophagus	Resection	5-10
	Subtotal oesophagectomy	1
	Transhiatal oesophagectomy	0-15
Oesophagus/stomach	Oesophagectomy	2
	Oesophagogastrectomy	0-11
Stomach	Total gastrectomy	0-28
	Subtotal gastrectomy	?
	Distal gastrectomy	0-6
	Lymphadenectomy	9
	General	0-12
	Left upper abdominal exenteration plus Appleby's method	35
	Omental patch closure	?
	Antrectomy	2

ΓΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ - ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Organ	Procedure	ΓΕΣ %
Intestine	Emergency anastomosis	3
	Elective anastomosis	2
	Mixed operations	6
Jejunum Ileum	Upper GI surgery with jejunojejunostomy	0
	Closure ileostomy	6
	Primary ileal, ileocolonic, and eventual rectal surgery	2
	Primary ileal, ileocolonic, and eventual rectal surgery	2
Colon	Primary ileal, ileocolonic, and eventual rectal surgery	4
	Ileal+eventual sigmoid resection	1
		5
	Elective colectomy	0
	Emergency subtotal colectomy	16
	Emergency left colectomy	3
	Emergency left colectomy	4
	Elective total colectomy	1
	Elective left colectomy	4
Emergency left colectomy	3	
Rectum	Colocolostomy (after Hartman resection)	4
	Emergency colectomy	0
	Elective colectomy	1-12
	Proctectomy	19
	Proctectomy with ileoanal anastomosis	18
	Proctectomy with Pouch reconstruction	

ΓΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΗΠΑΡ

Organ	Procedure	ΓΕΣ %
Liver	Liver transplantation	2-9%
	Hepatic resection	8%

ΓΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Procedure	Pancreatic fistula (%)
Pancreaticoduodenectomy	13 (3–36) ⁸⁷ 117–122
Left pancreatic resection	16 (4–29) ^{124–127}
Subtotal pancreatectomy	12 ¹²⁸

Treatment of pancreatic stump	Fistula (%)
Ligation	59 ^a
Total anastomosis	13 ^b
Pancreaticojejunal end to side anastomosis	16 ^c
Pancreaticojejunal end to end anastomosis	12
Wirsung-jejunal end to side anastomosis	11
Pancreaticogastrostomy	1
Occlusion	7 ^d
Closure+anastomosis	8 ^e

ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ

Αποδεδειγμένοι

- Ηλικία
- Παρουσία ικτέρου
- Διεγχειρητική απώλεια αίματος
- Πολλές μεταγγίσεις
- Διεγχειρητικό shock
- Χειρουργική εμπειρία
- Επείγουσα επέμβαση

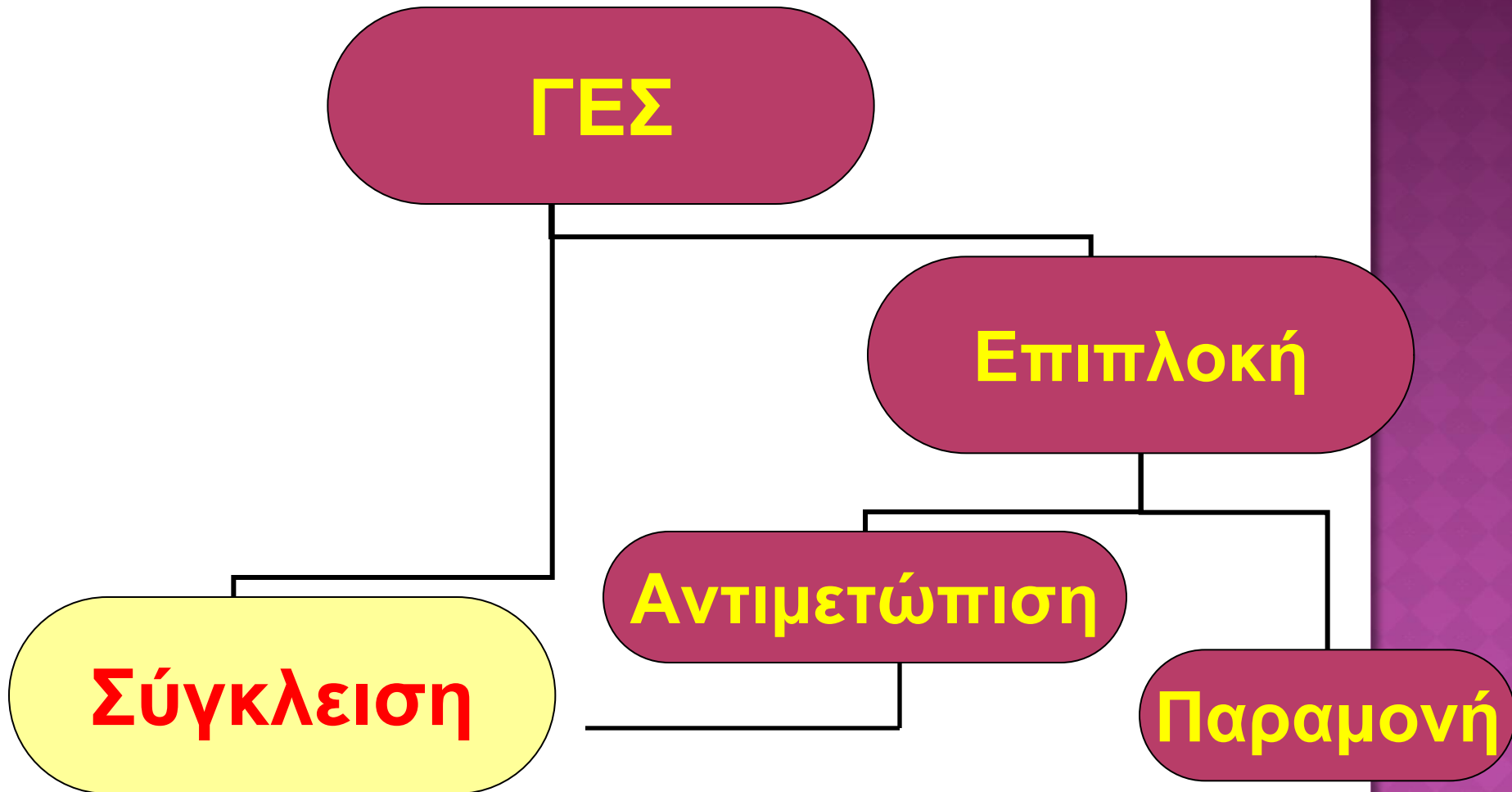
Πιθανοί

- Υποθρεψία
- Ανοσοκαταστολή
- Φλεγμονή
- Μικροβιακή περιτονίτιδα
- IBD
- Κίρρωση
- Είδος ραμμάτων

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

- ⦿ Μεταξύ εντέρου & εξωηπατικών χοληφόρων
- ⦿ Μεταξύ εντερικών ελίκων
- ⦿ Μεταξύ πεπτικού & ουροποιητικού συστήματος
- ⦿ Μεταξύ πεπτικού & γεννητικού συστήματος
- ⦿ Μεταξύ πεπτικού συστήματος & αορτής
- ⦿ Μεταξύ πεπτικού συστήματος & μαλακών μορίων
- ⦿ Μεταξύ πεπτικού συστήματος & δέρματος

ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ



ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ & ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΕΠΤΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ

Table 2-3. COMPOSITION OF GASTROINTESTINAL SECRETIONS

Type of secretion	Volume (mL/24h)	Na (meq/L)	K (meq/L)	Cl (meq/L)	HCO ₃ (meq/L)
Salivary	1500 (500-2000)	10 (2-10)	26 (20-30)	10 (8-18)	30
Stomach	1500 (100-4000)	60 (9-116)	10 (0-32)	130 (8-154)	
Duodenum	(100-2000)	140	5	80	
Ileum	3000 (100-9000)	140 (80-150)	5 (2-8)	104 (43-137)	30
Colon		60	30	40	
Pancreas	(100-800)	140 (113-185)	5 (3-7)	75 (54-95)	1.5
Bile	(50-800)	145 (131-164)	5 (3-12)	100 (89-180)	35

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΕΣ

- ◉ Απώλειες ύδατος
- ◉ Διαταραχές ηλεκτρολυτών
- ◉ Διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας
- ◉ Stress ulcers
- ◉ Σήψη
- ◉ Λοιμώξεις αναπνευστικού
- ◉ Λοιμώξεις ουροποιητικού
- ◉ Υποθρεψία
- ◉ Υπολευκωματιναιμία
- ◉ Καταστροφή δέρματος
- ◉ Ανάπτυξη καρκίνου

Αφυδάτωση

ΥποNa⁺, ΥποK⁺

Μεταβολική οξέωση

Μεταβολική αλκάλωση

****Αλβουμίνη*

Κύστη κόκκυγα, N. Crohn

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ

*Factors influencing
spontaneous closure of gastrointestinal fistulas*

Favorable	Unfavorable
Long fistulous tract	Short fistulous tract
Intestinal continuity	Diseased adjacent bowel
Absence of obstruction	Distal obstruction
Fistula originating from biliopancreatic region and colon	Gastric, duodenum and jejunoileal
Anastomotic leakage (postsurgical)	Fistula resulting from malignancy, IBD, and radiation enteritis
No sepsis	Sepsis
Patient originating from same hospital	Patient transferred from other hospital
Low fistula output <500 mL/d	High fistula output >500 mL/d
Malnutrition absent	Malnutrition present
Acute duration of fistula	Chronic duration of fistula

ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ

Anatomical

- Discontinuity of bowel ends
- Complete disruption
- Distal obstruction (caused by an obstacle downstream or discontinuity between parts of the gastrointestinal tract)
- Intra-abdominal foreign body
- Lateral fistula
- Complex fistula
- Associated abscess
- Adjacent bowel diseased
- Poor bowel vascularisation
- Fistula tract <2 cm
- Defect >1 cm
- Epithelialisation of mucocutaneous fistula tract
- Drainage through large abdominal wall defect (multiple orifices)
- Internal fistulae
- Fistula site (gastric, lateral duodenal, or ileal)

Other

- Cancer
- Chemotherapy
- Radiation
- Underlying IBD
- Uncontrolled sepsis, with or without abscess formation
- Fistula fluid infected
- Hypoproteinaemia
- Large and early leakage of anastomosis
- Diabetes patients
- Corticosteroids
- Renal failure
- Output may prognosticate closure^a

ΓΕΣ & ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Despite numerous medical advances—improved diagnostic techniques, patient care (parenteral nutrition, antibiotics, intensive care, and wound care), perioperative management, and surgical techniques—the overall number of postoperative fistulae **has not fallen.**

This may be because these factors have also led to an increase in the number of operations carried out, particularly in **patients at high surgical risk** (old, malnourished, or catabolic tumoral patients).

improved surgical techniques have led to **more complex surgery** being performed which again has increased the risk of fistula formation despite improved care.

ΓΕΣ & ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

Before the era of artificial nutrition (AN), mortality rates were reported to be >60%; and, in a series of patients with high output fistulas, the mortality rate approached 100%.

Edmunds LH, Williams GM, Welch CE. External fistulas arising from the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1960;152:445-71.

ΓΕΣ & ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

Χρονική περίοδος	Θνητότητα	
1946-1959	44%	Αντιβιοτικά
1960-1970	15%	Αναπνευστική υποστήριξη, Monitoring
1970-1975	21%	Δύσκολες επεμβάσεις, TPN
1970-1979	18%	
1980-1989	7%	
1983-1992	4,9%	
1995-1996	1,4%	

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1. STABILIZATION

Αποκατάσταση της **ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗΣ**:

- Αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου αίματος
- Αποκατάσταση ύδατος
- Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Διόρθωση διαταραχών οξεοβασικής ισορροπίας
- Αναπνευστική υποστήριξη

Τελικοί στόχοι

Hb > 12 gr/dL

Αλβουμίνη > 3.5 g/dL

Ολικά λευκώματα > 6.0 gr/dL

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2. Αποτελεσματικός έλεγχος της ΣΗΨΗΣ:

- Γενική αίματος, Βιοχημικός έλεγχος, Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας, Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
- Καλλιέργειες αίματος, ούρων, πτυέλων, του υγρού του συριγγίου, του δέρματος του αντιστομίου, των άκρων των πάσης φύσεως καθετήρων
- Εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος αρχικά και με βάση το αντιβιογράμμα στη συνέχεια
- Κάθε συλλογή, πιθανή αποστηματική εστία ή βεβαιωμένη αποστηματική κοιλότητα θα πρέπει να παροχετεύονται, κατά προτίμηση διαδερμικά

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3. **ΦΡΟΝΤΙΔΑ** του συριγγίου & του στομίου εξόδου:

- Συλλογή και καθημερινή καταμέτρηση & υπολογισμός των αποβαλλομένων
- Φροντίδα του δέρματος

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

- Κυανό του μεθυλενίου
- Συριγγογραφία με υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό μέσο (π.χ. Γαστρογραφίνη)
- Έλεγχος του πεπτικού σωλήνα κεντρικότερα και περιφερικότερα του συριγγίου με υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό μέσο.
- CT κοιλίας

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Διακοπή της σίτισης από το στόμα
- Αποσυμφόρηση του πεπτικού με τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα
- Καταστολή της γαστρικής έκκρισης
- Καταστολή της παγκρεατικής έκκρισης
- Καταστολή των εντερικών εκκρίσεων

◎ **ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

◎ **ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗ - ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗ**

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΠΑ

ΟΠΑ vs CONTROL

Authors	Sample size		Fistulas type	Spontaneous closure (%)	
	Pre TPN	With TPN		Pre TPN	With TPN
Himal et al. ⁶⁰	66	25	Small bowel (duodenal and cancer)	27	56
Deitel ⁶¹	30	36	External GI including pancreatobiliary	34	81
Tilson ⁶²	38	35	High output (200 mL/d)	35	65

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΠΑ

1970-1972

Type of fistula	No.	Spontaneous closure
Orocutaneous	4	2
Esophagocutaneous	9	9
Gastrocutaneous	3	2
Duodenocutaneous	5	4
Enterocutaneous	17	14
Colocutaneous	16	9
Enterointeric	2	0
Enterocolic	4	2
Enterovesical	3	1
Rectovesical	2	1
Total	65	44 (68%)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΠΔ

1972-1977

Spontaneous
closure

Origin of fistula	No.	%
Esophagus	5	82
Stomach	11	43
Duodenum		
End	7	50
Side	6	27
Jejunum	32	21
Ileum	38	19
Pancreas	6	67
Bile ducts	8	60
Cecum/appendix	5	44
Colon	27	30
Rectum	7	30

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΠΑ

1982-1992

	Year	n	Spontaneous closure (%)	Time to closure (d)
Constanzo	1982	6	85.1	1
Hild	1982	16	81.2	16.1
Constanzo	1984	12	75	2.3
Jost	1984	11	64	7
Angelini	1984	5	60	7
Reasbeck	1984	3	0	—
Bassi	1985	12	91.1	7
Pederzoli	1986	8	87.5	6.6
Hild	1986	50	80	11.3
Geerdsen	1986	6	67	16
Kingsnorth	1986	6	50	14.7
Constanzo	1987	37	78.3	5.4
Hernandez	1988	8	75	13
Nubiola	1989	27	77.7	5.8
Rappaport	1991	12	75	12.3
Torres	1992	20	85	23.8

ΑΡΑ

Από τη δεκαετία το '70 αποτελεί συνείδηση ότι η ΟΠΔ στις περιπτώσεις ΓΕΣ αυξάνει το ποσοστό αυτόματης σύγκλεισης των συριγγίων, αλλά δεν βελτιώνει τη θνητότητα τη σχετιζόμενη με την παρουσία τους.

Είναι τέτοια δε η βεβαιότητα, ώστε τα τελευταία 15 έτη δεν έχουν δημοσιευθεί προοπτικές μελέτες σχετικά με τη δράση της ΟΠΔ σε περιπτώσεις ΓΕΣ.

Ο ΡΟΛΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗΣ & ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗΣ

Artificial Nutritional Support in Patients with Gastrointestinal Fistulas

Stanley J. Dudrick, M.D.,^{1,2} Ashwin R. Maharaj, M.D.,¹ Alicia A. McKelvey, M.D.¹

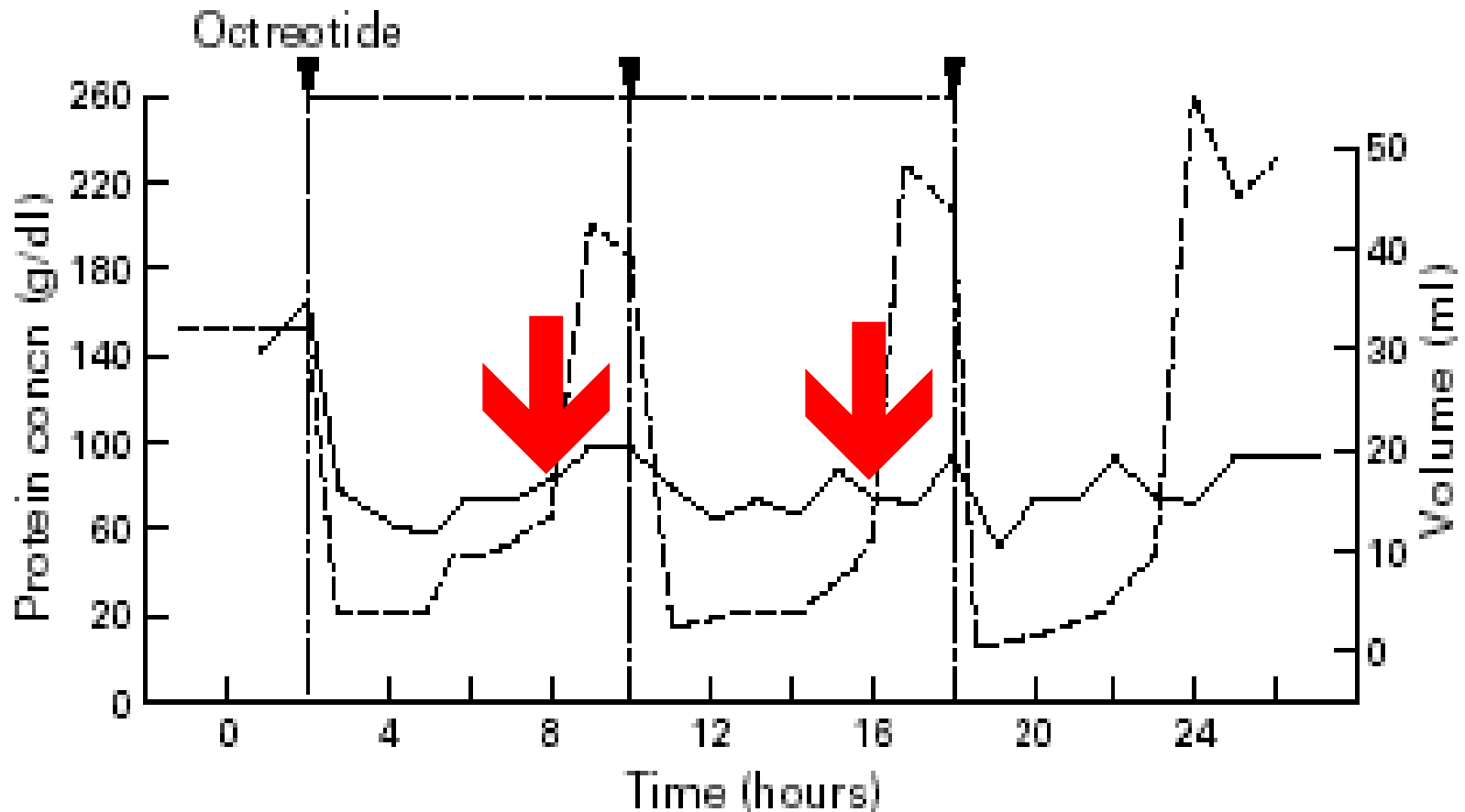
World J. Surg. 23, 570–576, 1999

Nutrition and Enterocutaneous Fistulas

Zahoor A. Makhdoom, M.D., M.R.C.P., Michael J. Komar, M.D., F.A.C.G.,
and Christopher D. Still, D.O., F.A.C.N., F.A.C.P.

J Clin Gastroenterol 2000;31(3):195–204.

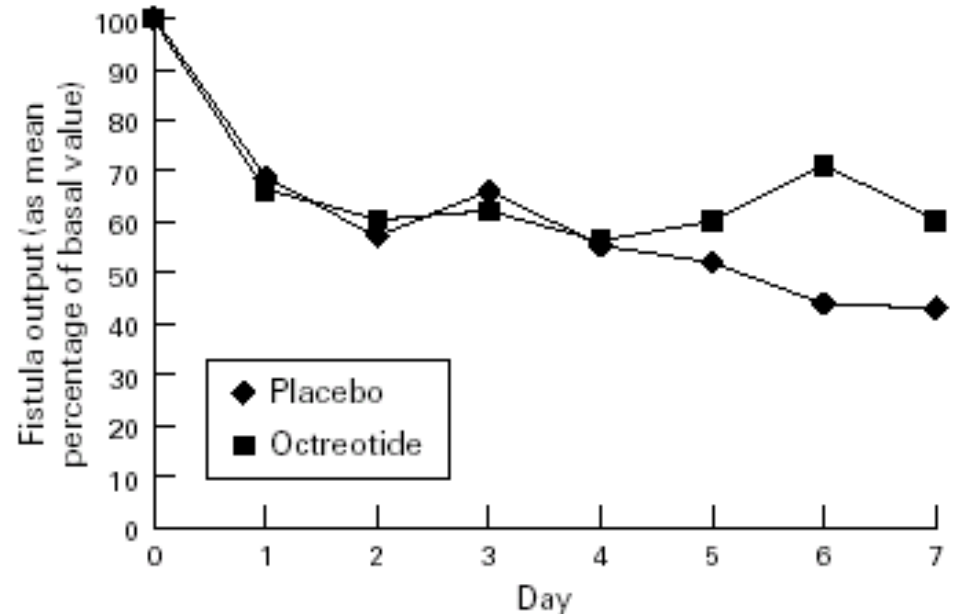
Ο ΡΟΛΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗΣ & ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗΣ



ΣΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΠΟΒΟΛΗ



Study	Treatment	Significant effect on output?
Torres <i>et al</i> 1992 ²³	TPN S+TPN	p<0.05
Nubiola-Calonge <i>et al</i> 1987 ²⁰	[PI,O,O] ² +PN [O,PI,O] ² +PN	p<0.01
Scott <i>et al</i> 1993 ²⁸	PI ^{3,4} O ^{3,4}	NS
Sancho <i>et al</i> 1995 ²⁴	PI+TPN O+TPN	NS
Pederzoli <i>et al</i> 1986 ¹²	TPN S+TPN	NS
Planas <i>et al</i> 1990 ²⁹	TPN S+TPN	p<0.05
Hild <i>et al</i> 1986 ²¹	S+PN	NS
Ysebaert <i>et al</i> 1994 ³⁰	S+TPN	p<0.001
di Costanzo <i>et al</i> 1987 ¹³	S+TPN	p<0.001
Nubiola <i>et al</i> 1989 ²⁴	O+PN	NS
Barnes <i>et al</i> 1993 ²²	O ⁴	p<0.05
Lansden <i>et al</i> 1989 ²³	O ⁴	NS
Tulassay <i>et al</i> 1993 ²⁵	O+TPN	NS

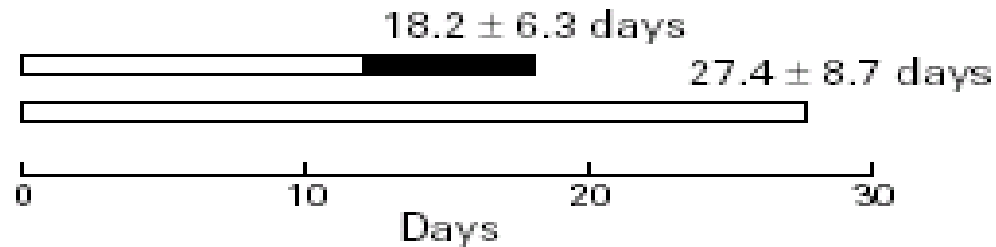
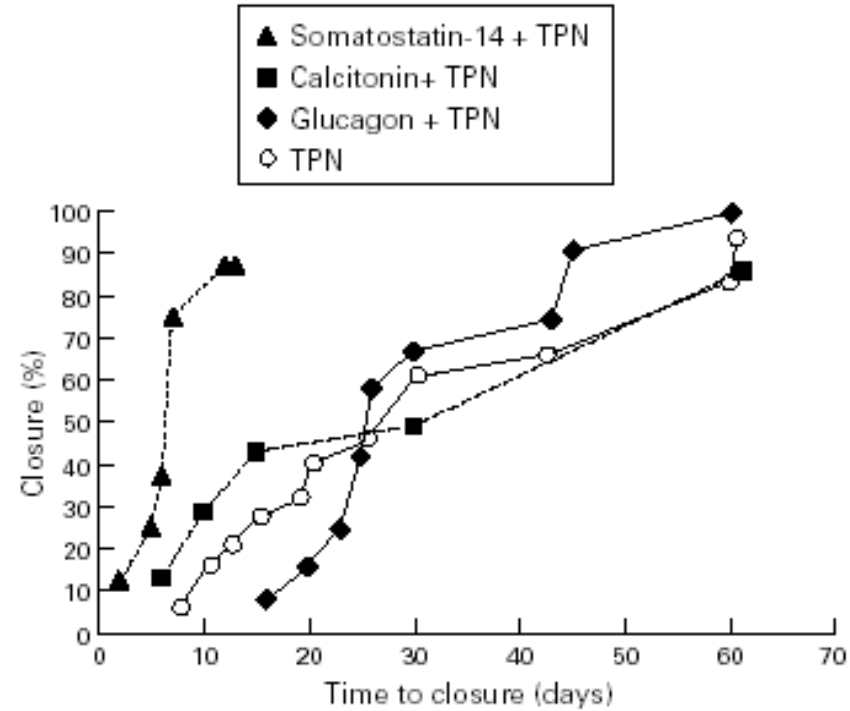
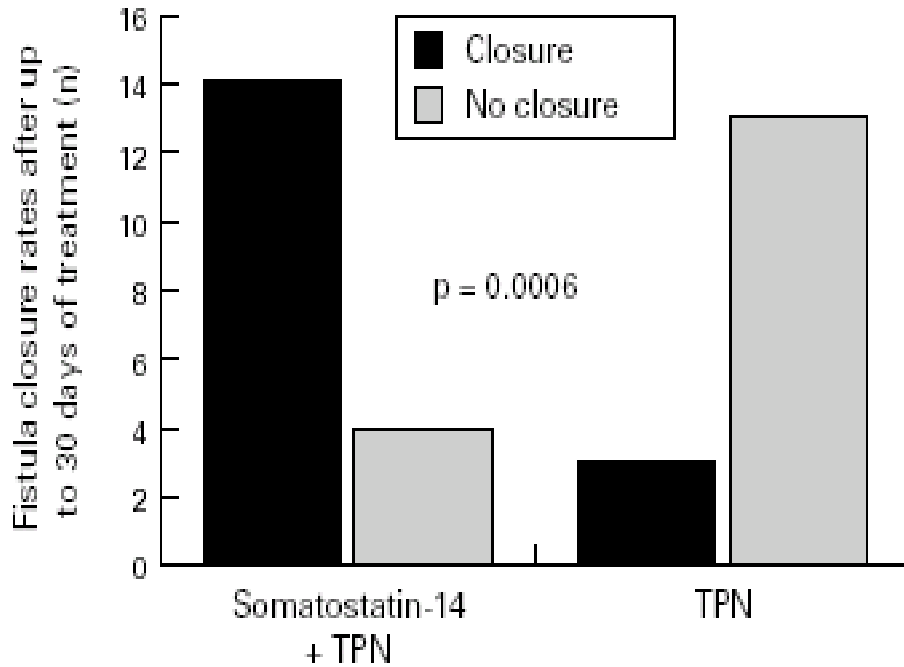


ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ



Study	Evidence level ¹	Treatment	Closure (%)	Significant effect on closure time?
Torres <i>et al</i> 1992 ²³	Ib	TPN S+TPN	81 85	p<0.05
Isenmann <i>et al</i> 1994 ²⁷	Ib	TPN S+TPN	19 ² 78 ²	p=0.013
Sancho <i>et al</i> 1995 ²⁴	Ib	PI+TPN O+TPN	35 ³ 57 ³	NS
Nubiola-Calonge <i>et al</i> 1987 ²⁷	Ib	(PI,O,O) ^d +PN (O,PI,O) ^d +PN	78	NA
Hernández-Aranda <i>et al</i> 1996 ³⁸	Ib	TPN O+TPN	56 65	p=0.002
Pederzoli <i>et al</i> 1986 ¹²	IIa	TPN S+TPN	94 88	p=0.000028
Planas <i>et al</i> 1990 ²⁰	IIa	TPN S+TPN	30 53	p<0.05
Splitts <i>et al</i> 1990 ³⁹	IIa	TPN ^b S+TPN	67 78	p<0.01 ⁷
Hild <i>et al</i> 1986 ³¹	IIb	S+PN	80	NA
Saari <i>et al</i> 1989 ⁴⁰	IIb	S+TPN	68	NA
Ysebaert <i>et al</i> 1994 ³⁰	IIb	S+TPN	83	NA
di Costanzo <i>et al</i> 1987 ¹³	IIb	S+TPN	82	NA
Nubiola <i>et al</i> 1989 ³⁴	IIb	O+PN	78	NA

ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ



□ TPN ■ Somatostatin + TPN

ΑΡΑ

Ο ρόλος της σωματοστατίνης - οκτρεοτίδης στα ΓΕΣ παραμένει αμφιλεγόμενος.

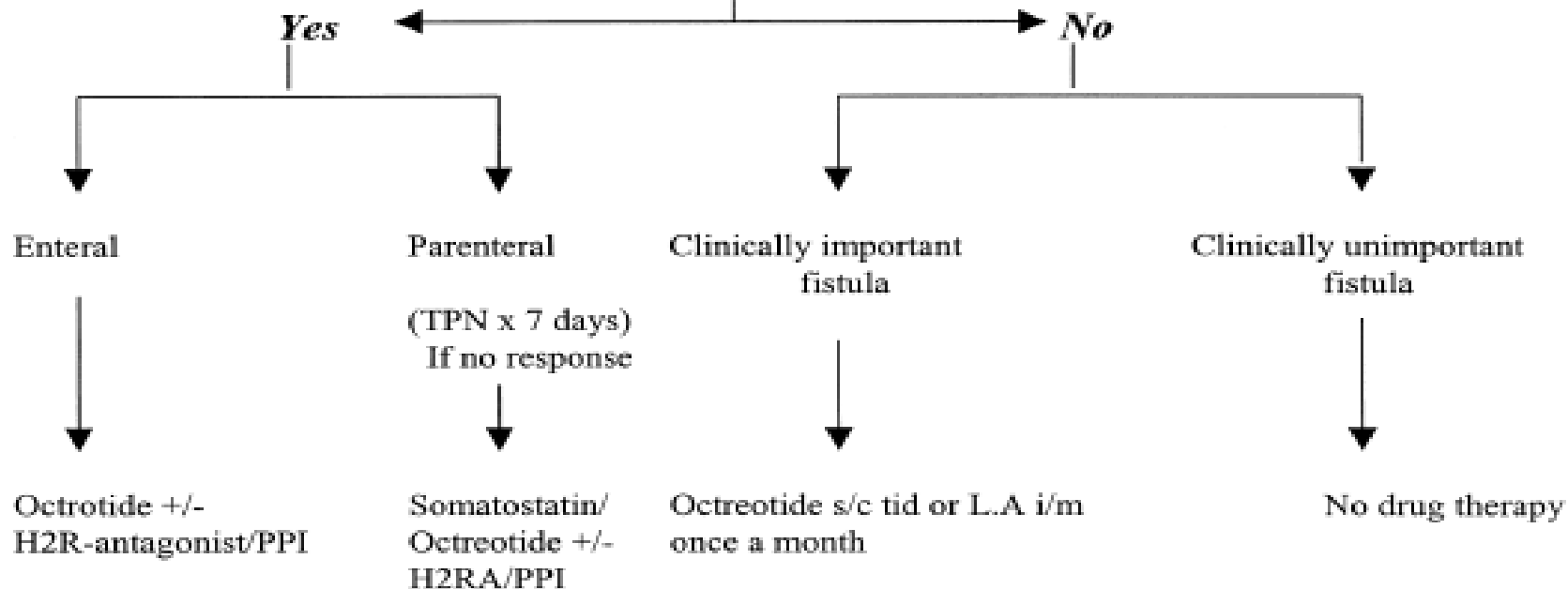
Οι μέχρι τώρα δημοσιεύσεις δεν επαρκούν να τεκμηριώσουν τον ευνοϊκό ρόλο τους είτε στην ημερήσια απορροή είτε στην αυτόματη σύγκλειση.

Πάντως μειώνει σημαντικά το χρόνο μέχρι την πλήρη σύγκλειση του συριγγίου.

Evaluation of General condition, fistula output

Feeding by mouth impossible or contraindicated

Need for artificial nutritional therapy



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συχνότητα εμφάνισης των μετεγχειρητικών συριγγίων **ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΜΕΙΩΘΕΙ** επί 60 χρόνια

Η αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου, η διόρθωση κάθε ηλεκτρολυτικής διαταραχής και ο αποτελεσματικός έλεγχος των αποστημάτων και της σήψης αποτελούν **ΑΜΕΣΑ, ΠΡΩΤΑ & ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ**

Ο θεραπευτικός αλγόριθμος περιλαμβάνει **5 ΒΗΜΑΤΑ**, τα οποία πρέπει να εφαρμόζονται πάντοτε και με την ίδια σειρά, ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών του συριγγίου

Η τεχνική διατροφή **ΔΕΝ** μειώνει τη θνητότητα, **ΑΛΛΑ** αυξάνει το ποσοστό αυτόματης σύγκλεισης

Η χορήγηση σωματοστατίνης ή οκτρεοτίδης **ΔΕΝ** φαίνεται να επηρεάζει είτε την ημερήσια απορροή είτε το ποσοστό αυτόματης σύγκλεισης, **ΑΛΛΑ** μειώνει σημαντικά το χρόνο σύγκλεισης εφ' όσον αυτό καταστεί δυνατό.

