

SUMMARY

The management of intestinal fistulae today involves skills in nutritional support ,stoma therapy ,the elimination of sepsis and carefully well-judged and well-carried out surgery.

In the past the intestinal defect was tackled by an early surgical attempt for closure .Such an approach was almost invariably followed by immediate re-occurrence and high death rate .

Instead ,today's patient with an external fistula is treated by sustained enteral or Parenteral nutrition support which allows an opportunity for the fistula to close spontaneously ,which will do in 70-80% of cases . Even if this does not occur the patient is rendered better able to face further surgical procedures.

Aetiology

The most common cause of intestinal fistulae is post-operatively usually due to unrecognized injury of the bowel or breakdown of an anastomosis ,ischemia of the bowel ends or the presence of distal obstruction . The other causes are inflammatory as C.D , traumatic ,developmental and after radiation.

Pathophysiology of fistulation :

The passage of gastrointestinal contents through fistula can lead to nutritional disorders , water , electrolyte and acid-base disturbance and septic complications. the loss of the gastrointestinal contents is not the

sole factor in malnutrition associated with intestinal fistulae . Increased energy expenditure , resulting from the presence of the fistula and its complications , as well as the catabolic effects of sepsis are also contributory .

Management of intestinal fistula

The basis of the modern management of external fistulae consists of following consequence :

The metabolic abnormalities should be treated before the nutrient solution is given . Thus the earliest aim of management is to correct hypovolemia , and to restore fluid and electrolyte balance .

Skin protection measures should be applied as soon as the fistula is recognized because if excoriation takes place subsequent skin management becomes difficult. The basic aim of stoma management is the application of effective skin protectives and a disposable drainage bag which will collect the effluent and allow accurate measurements.

Total Parenteral nutrition (TPN) has an extremely useful and lifesaving role to play in the management of enterocutaneous fistulae, provided that there is no distal obstruction , foreign body , major sepsis , tract epithelialization , adjacent cancer or C. D. Many enterocutaneous fistulae will close spontaneously with conservative management ; nil by mouth + TPN . This is true even for some high output fistulae , though they will take longer to close , e .g . 4 – 6 weeks . TPN thus allows nature to heal a fistula and surgery can be avoided .

The mortality from enterocutaneous fistulae has fallen markedly since the increased use of TPN in their management .

Besides clinical assessment , a series of biochemical , haematological , radiological and endoscopic studies will be required , to know the origin of the fistula , the anatomy of its track , the condition of the bowel at the side of the fistula and is there an obstruction distal to the fistula or an associated abscess cavities . Ultrasound , CT scanning and isotope studies will be needed for detection of abscess cavities .

The question of for how long conservative treatment should be continued is usually answered by the behaviour of the fistula .If the patient is improving and flow charts indicate a falling fistula effluent and rising plasma albumin and body weight , then it is worth persisting with conservative measures without time limit .however , if there is no sign of spontaneous closure within 4 – 6 weeks of instituting effective nutritional treatment operation should be undertaken to close the fistula .

Operations may be designed to improve the patient condition rather than closing the fistula e .g . drainage of an abscess and creation of feeding enterostomies , or to close the fistula . These operations are not necessarily carried out as one procedure, and indeed in some circumstances it is safer to stage them .

CONCLUSTION

The outlook for patients with intestinal fistula is , today , better than at any previous time . Providing that attention is paid to all the several aspects of treatment , the patient with an intestinal fistula can expect to have it closed safely with minimal morbidity and mortality .

الملخص العربى

الناصور المعوى وصله غير طبيعیه ما بین سطحین مغطیین بنسیج طلائى وهى قد تتكون بین الامعاء والاعضاء المجاورة او بينهما وبين الجلد، وقد يكون هذا الناصور تشوها خلقيا ولكنه غالبا ما يكون مكتسبا ، أما بالنسبة للنوع الاول من الناصور المعوى فإنه ينتج عن مرض يؤثر على جدار القناة الهضمية ، بينما النوع الثانى منه فإنه يحدث بعد إصابه وجرح قناة هضمية طبيعیه ، وإن هذا التقسيم له أهمیه عملیه فى المعالجه الجراحیه لهذا الناصور المعوى.

قد اثبت فى إحصائیه حديثه أن نسبه الوفيات من إستئصال البنكرياس والإثنى عشر هى أقل من 3% بينما نسبة الوفيات من الإصابه بالناصور الجدى هى 10-30 % نظرا للمضاعفات المستمرة المترتبة.

ان الناصور ينتج عن المضاعفات للعمليات الجراحية للامعاء بوجه عام ومع ذلك قد يحدث حوالى 15-20 % من الحالات بدون تدخل جراحى وهذا غالبا ينتج عن امراض التهابات الامعاء أو الالتهاب المعوى الناتج عن الاشعاع وكذلك انفجار قرح الاثنى عشر.

ربما يظل تشخيص الناصور الداخلى المعوى –معوى او ما بین الامعاء والقولون أمرا صعبا إذا ما أصاب جزء صغيرا من الامعاء فى حين انه لو اصاب مسافه اطول فانه ينتج عن ذلك اضطرابات فى نسب المحاليل والاملاح بالجسم ومشكلات سوء التغذية وغالبا ما يكون الناصور بین الامعاء والمثانة مصاحبا بالالتهابات المتكرره بالمجارى البولييه.

أما بالنسبه للناصور الخارجى فيتم تشخيصه بسرعه وبسهولة اكبر حيث يكون مصاحبا بارتفاع فى درجه الحرارة او احمرار بالجرح ويكون مصاحبا بافرازات تكون با لبدايه صديديه ثم تحتوى بعد ذلك على مكونات الامعاء، وتتوقف خطورة الناصور الخارجى على حسب كمية الاخراج والذى يكون اكثر كلما كان الناصور اقرب للمعدة مما يزيد من مشكلات فقد السوائل واضطرابات الاملاح وسوء التغذية.

يعد الناصور المعوى الجلدى عاملا مشهورا ناجما عن مشاكل ما بعد الجراحة , والذي يتسبب فى مضاعفات هامة وخطيرة مثل التلوث العام بالجسم وسوء التغذية وإضطرابات السوائل والملاح وكذلك تقيحات الجلد وربما تسبب مشاكل نفسية كثيرة أيضا , ومما لاشك فيه أن الالتهابات مضافة إلى سوء التغذية هو سبب أساسى للوفاة .

تنقسم المبادئ العامة لعلاج ناصور الجهاز الهضمى إلى ثلاث أقسام ألا وهى التعرف التشخيصى وحفظ الاستقرار والفحوصات ثم العلاج والرعاية المتخصصة , ويهدف حفظ الإستقرار إلى التحكم فى المشكلات الكبر والأخطر والمتمثلة فى الإضطرابات فى كمية ونسب السوائل والأملاح بالجسم وسوء التغذية والالتهابات سواء كان الالتهاب بريتنوى أو خراج بالبطن أو التهاب بالجرح ومما يؤخذ فى الاعتبار استخدام التقطير بـ (السوماتوستاتين) ومشتقاته سيظل محل جدال ونقاش وكما ذكرنا أن سوء التغذية هو ناتج مشهور بالتالى يعد الامداد الغذائى عنصر أساسى

ثم يعقب ذلك مرحلة الفحوصات والتي تستخدم فيها الأشعة بالصبغة والأشعة المقطعية ومنظار الجهاز الهضمى إذ تطلب.

ثم يأتى بعد ذلك إتخاذ القرار بخصوص الإجراء العلاجى المناسب ومما لاشك فيه أن الحالة المرضية لمرضى الناصور تؤثر على قرار الجراح إزاء إجراء الجراحة مبكرا أو إتخاذ خطوات أخرى للتحكم بإخراج الناصور , عمل فتحة براز تحويلية أو عمل فتحة بالأمعاء الدقيقة للتغذية أو على العكس فمن الممكن للجراح ان يختار الانتظار لتوقعه الالتئام التلقائى للناصر بدون تدخل جراحى .

لذلك فإن الإلمام بالعوامل المؤثرة على إحتمالية التئام الناصور المعوى يعتبر ذو قيمة عالية شأن إتخاذ القرار الصحيح للعلاج . وكقاعدة عامة فإن النوع الأول من الناصور يتطلب تدخلا جراحيا لاستئصال الجزء المصاب بينما النوع الثانى عنده القابلية لان يلتئم تلقائيا بالعلاج التحفظى .

الهدف من العمل

يعتبر الناصور المعوى من أكثر القضايا تعقيدا بالنسبة للجراحين , ويهدف العمل للتعرف بهذه القضية مبينا أسبابها , كيفية تجنبها , مناقشة اخطر مضاعفاتها مع توضيح أفضل الطرق للتقييم , التشخيص وعلاج هذه المشكلة .

الناصر المعوى

رسالة

توطئة للحصول على درجة الماجستير

مقدمة من الطبيب/ محمد قاسم محمد

بكالوريوس الطب و الجراحة

تحت اشراف

ا.د العشرى طه سيد احمد

استاذ الجراحة العامة كلية الطب جامعة بنها

ا.د حسن كمال الدين الصوينى

استاذ الجراحة العامة كلية الطب جامعة بنها

كلية الطب جامعة بنها

2009