

Jejunostomia minima cu cateter pentru nutritia enterala la pacienti chirurgicali

**A. E. Nicolau, V. Veste, I. Grecu, V.
Merlan**

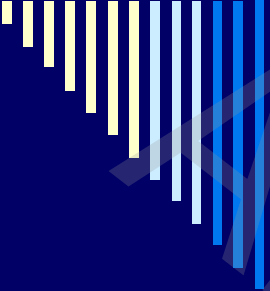


Introducere

□ Subnutritia:

- **afectează > 50% dintre pacienții vârstnici; ≤ 85% oncologici;**
- **30 – 60% dintre pacienții chirurgicali internați;**
- **34% dintre pacienții chirurgicali cu un status nutrițional corespunzător riscă să dezvolte subnutriție postoperatorie.**

[R. Meier 2000, I. Grecu 2002].

- 
- **Malnutriția severă:**
 - *scăderea GC $\geq 10\%$ în ultimele 3 luni,*
 - *albumina serică $\leq 3,5$ g / dl.*
 - **Malnutriți actuali prin afecțiuni cronice: inflamatorii, degenerative, oncologice.**
 - **Malnutriți potențiali sunt pacienții cu un status nutrițional normal la internare, dar cu afecțiuni acute care determină un catabolism exacerbat.**



□ **NE este de preferat nutriției parenterale (NP):**

- este mai fiziologică și mai eficientă;
- ușor de suportat “à la long”;
- menține integritatea mucoasei digestive;
- este mai ieftină;
- morbiditate mai redusă.

□ **Contraindicațiile NE:**

- intestin mezenterial disfuncțional, fistulă intestinală cu debit mare, șocul până la corectarea hemodinamicii, considerații etice.



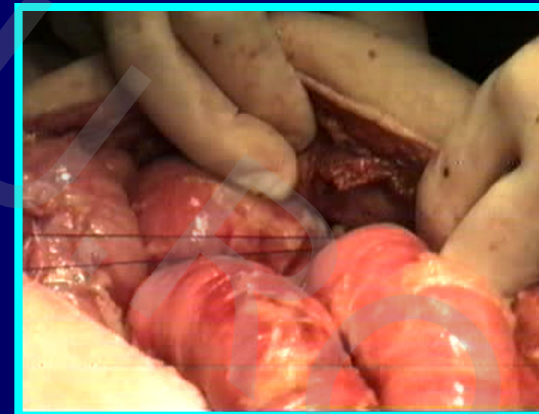
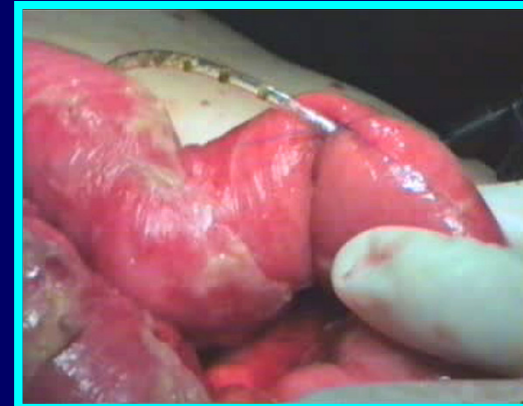
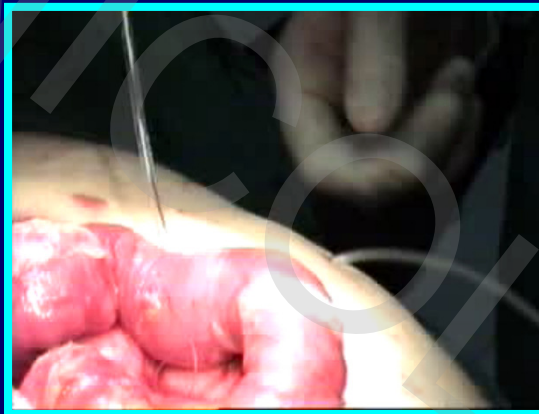
Jejunostomia chirurgicală

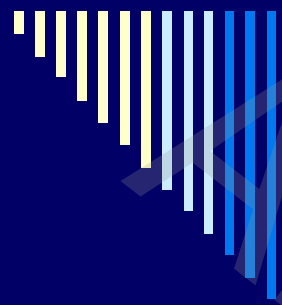
1891 → *Witzel (von Eiselberg)*

1972 → *Liffmann și Randell* simplifică tehnica (jejunostomia cu tub de politen)

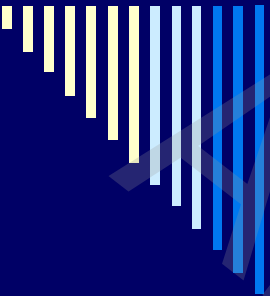
1973 → *Delaney*: jejunostomia minimă cu cateter (“fine needle catheter jejunostomy”)

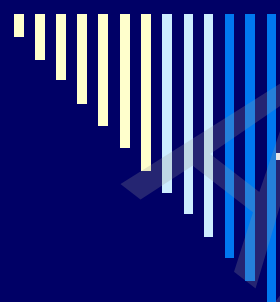
Tehnica jejunostomiei cu tub de politen





- La pacienții chirurgicali denutriti actual sau potential (pacienți la care nu se estimează reluarea alimentației optime în primele 7 zile postoperator), NE este modalitatea cea mai fiziologică și eficientă.
- Jejunostomia peroperatorie este soluția optimă, mai ales în intervențiile digestive superioare.
- Jejunostomia de alimentație enterală temporară poate fi prin jejunostomie minimă cu cateter (ex. Freka FKJ, Fresenius-Kabi®) sau cu tub de politen (à la Witzel).

- 
- Lucrarea noastra este un studiu prospectiv randomizat, JMC/JTP.
 - In perioada aug. 2001 – dec. 2003 s-au aplicat jejunostomii la un total de 37 de pacienti, care au fost randomizati in 2 grupuri: grupul A (n=19) la care s-a instituit JMC si grupul B (n=18) la care s-a instituit JTP.



	JMC	JTP	Total
Sex M/F	11/8 (58/42%)	12/6 (67/33%)	23/14 (62/38%)
Varsta medie	53	56	54
Slabire > 10%	11 (58%)	9 (50%)	20 (54%)
Anemie	13 (68%)	9 (50%)	22 (59%)
Alb. < 3,5*	5 (56%)	5 (46%)	10 (50%)
Decese	6 (32%)	7 (39%)	13 (35%)

*doar 10 valori disponibile

** diferente fara semnificatie statistica p=0,456



Diagnostic si interventii

A. Afectiuni maligne (n=20, 54%)

Neoplasm gastric 12	<i>Gastrectomie totala 5</i>
	<i>Gastrectomie subtotala 5</i>
	<i>Gastrectomie polara superioara 2</i>
Neoplasm esofagian 4	<i>Esofagectomie Ivor-Lewis 3</i>
	<i>Gastrectomie polara superioara 1</i>
Neoplasm pancreatic si duodenal 3	<i>Duodeno-pancreatectomie cefalica 3</i>
Neoplasm hepatic 1	<i>Hepatectomie stanga reglata 1</i>



B. Afectiuni benigne I (n=17, 46%)

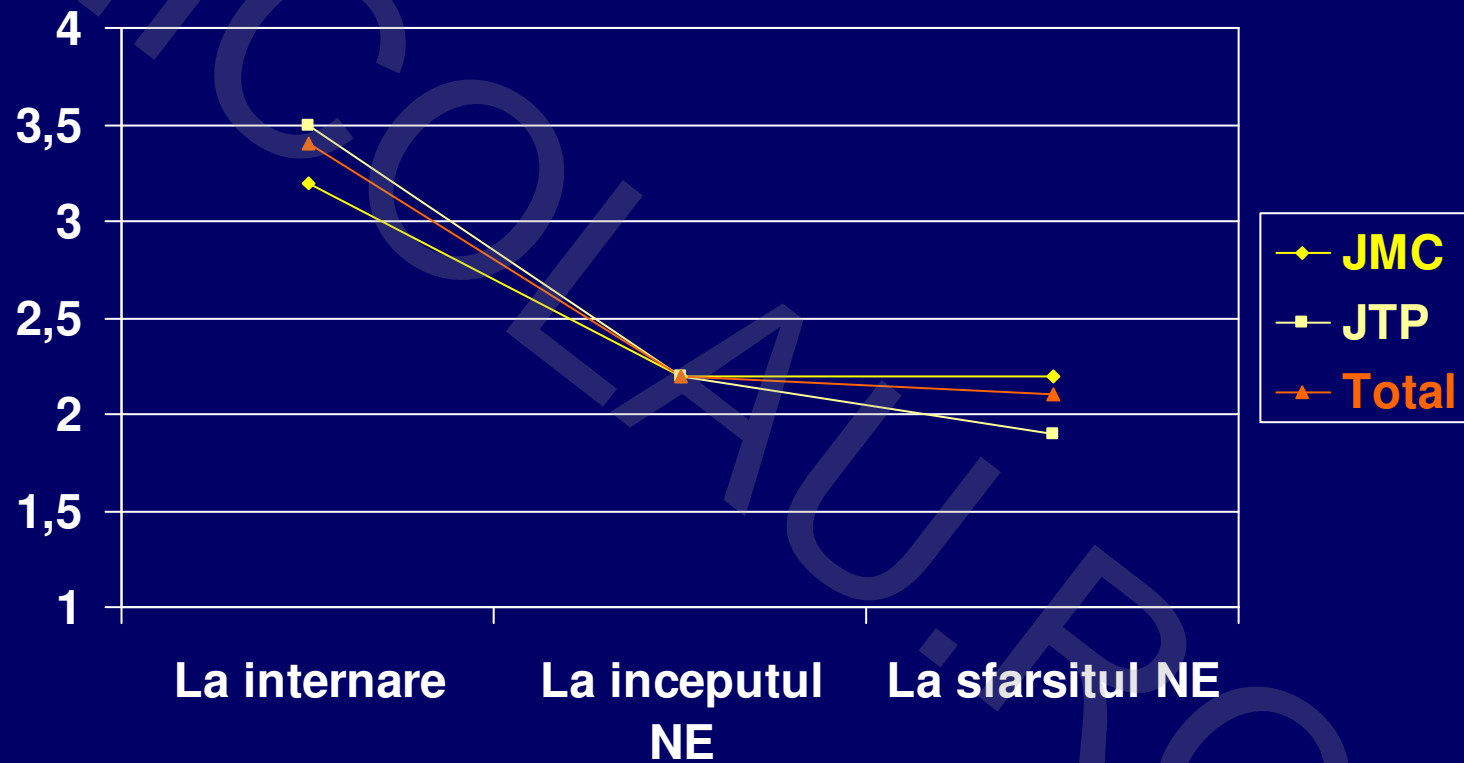
Fistule digestive 5	<i>Enterectomie segmentara 2</i>
	<i>Degastrogastrectomie 1</i>
	<i>Rezectie gastrica 1</i>
	<i>Refacerea anastomozei 1</i>
Stenoza esofagiana postcaustica 4	<i>Colono-esofagoplastie retrosternala 1</i>
	<i>Jejunostomie 2</i>
	<i>Hemigastrectomie 1</i>



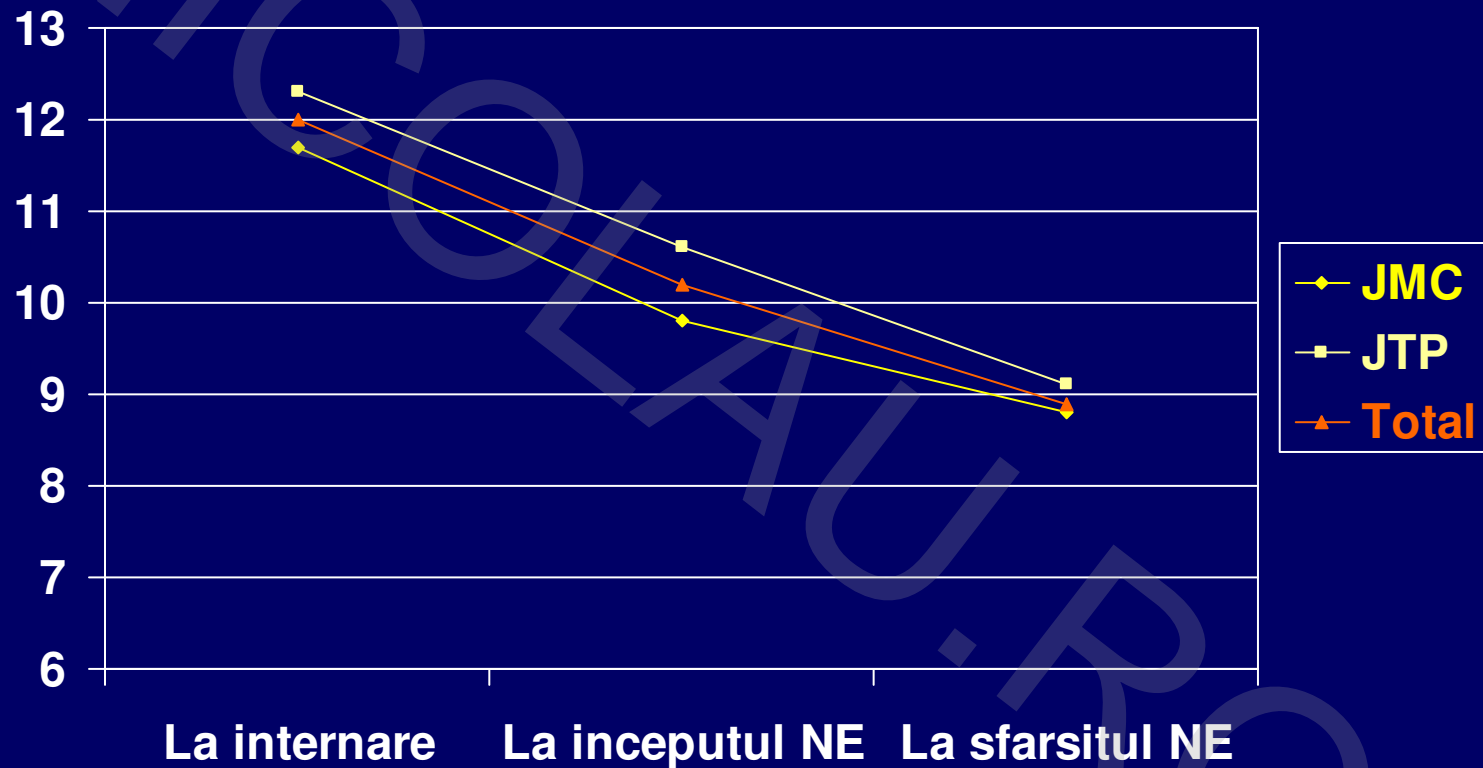
B. Afectiuni benigne II (n=17, 46%)

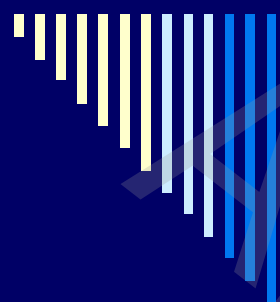
Pancreatita acuta 2	<i>Necrectomie, drenaj 2</i>
Abcese 3	<i>Visceroliza, evacuare 3</i>
Ulcer duodenal 1	<i>Rezectie gastrica 2/3 1</i>
Piocolocist 1	<i>Colecistectomie 1</i>
Ruptura de esofag 1	<i>Esofagostoma, jejunostoma 1</i>

Albuminemia la internare, la inceputul si la sfarsitul nutritiei enterale (g/dL)

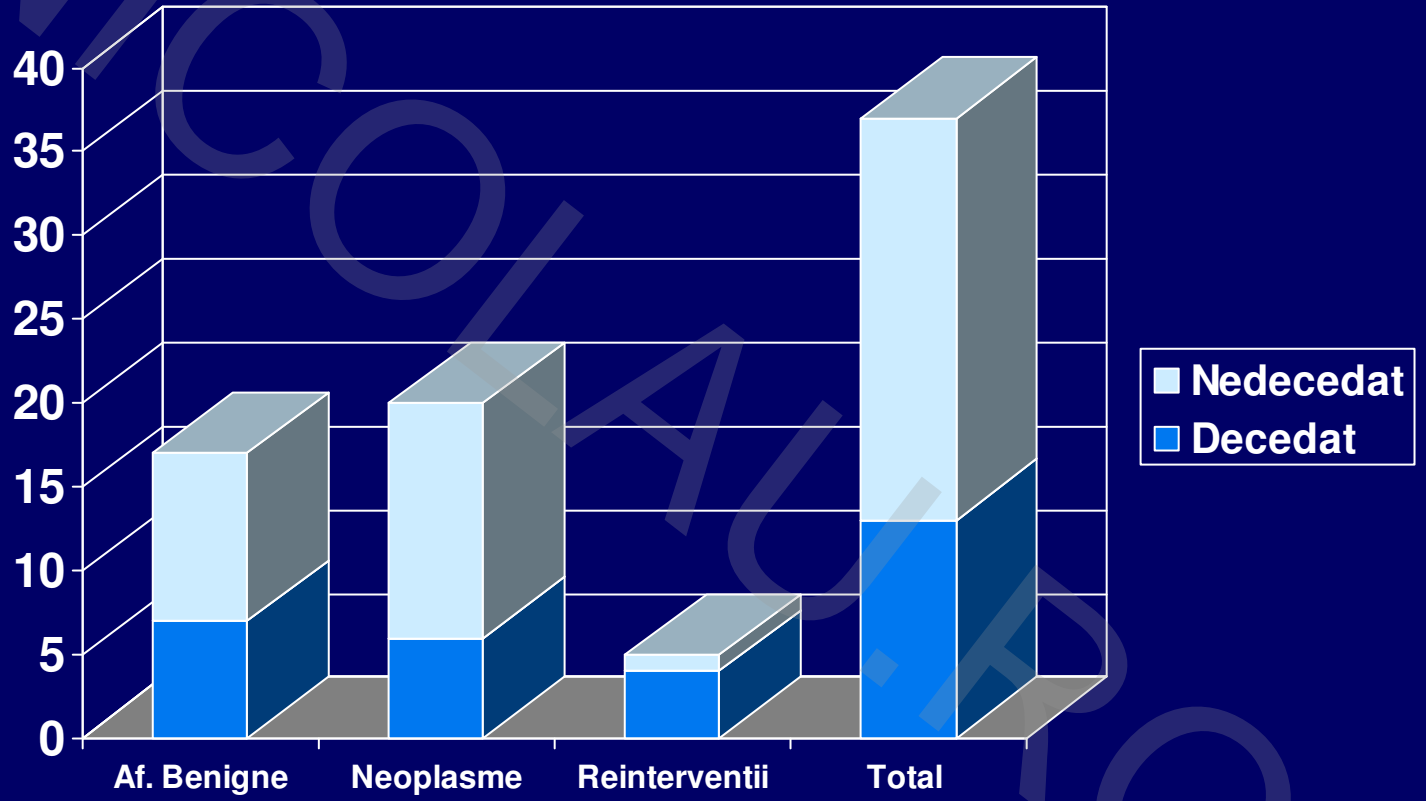
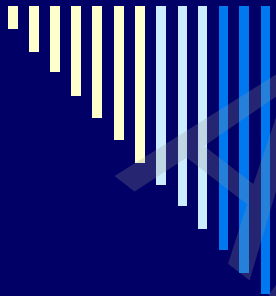


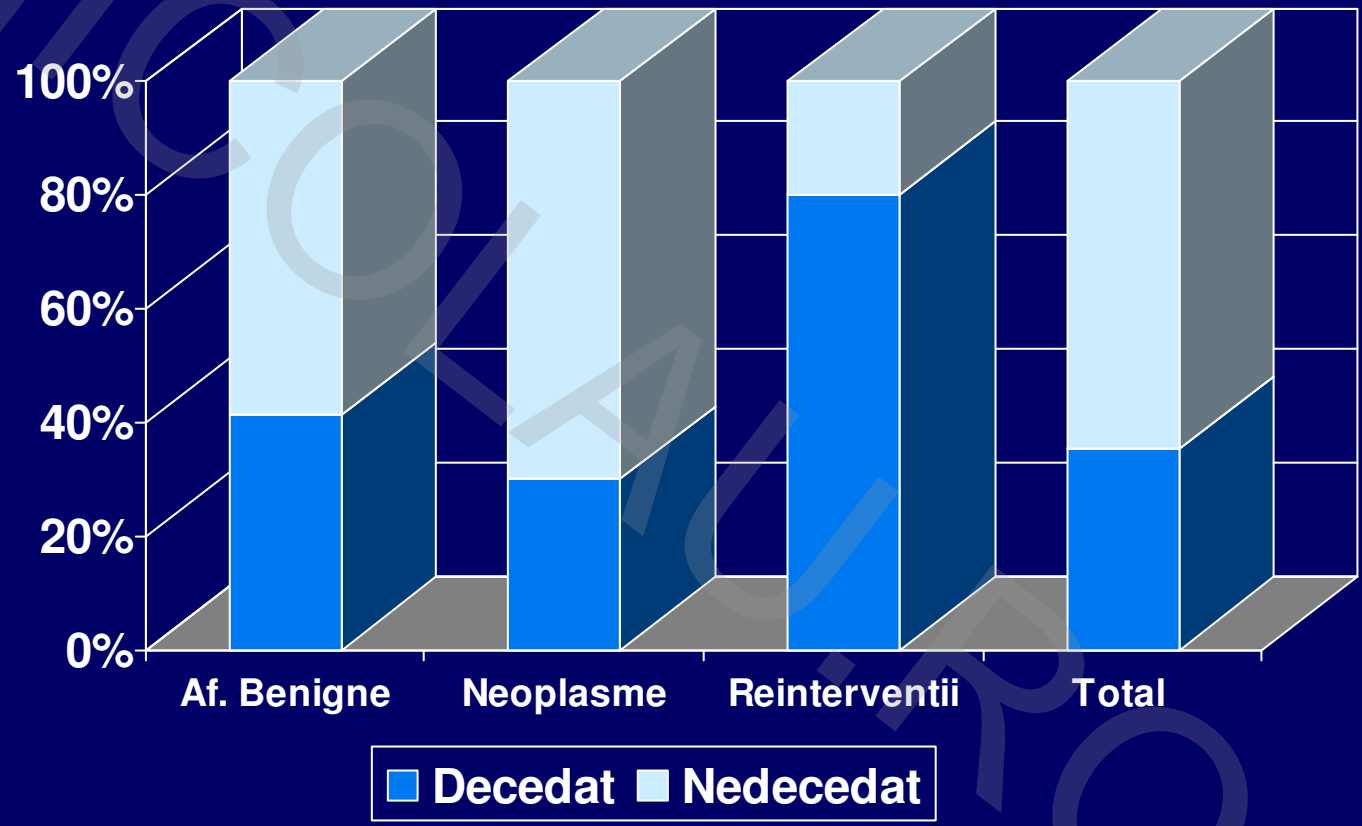
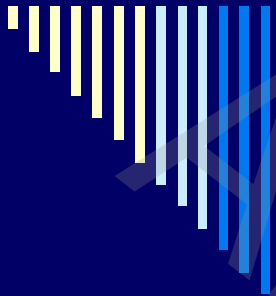
Hemoglobina la internare, la inceputul si la sfarsitul nutritiei enterale (g/dL)





	Zile NE	Zile spitalizare	Durata executiei
JMC	15,3	23,3	aprox. 8 min.
JTP	11,3	19	aprox. 15 min.
Total	13,4	21,3	







Complicatii (36 complicatii la 24 pacienti – 65%)

Infectioase	Supuratie parietala	9	25%
	Peritonita	4	11%
	Abces subfrenic	3	8%
	Sepsis	2	6%
	Abces peripancreatic	1	3%
	Infectii urinare	1	3%
	Pneumonie	1	3%
	Piatorax	1	3%
Chirurgicale	Dezunire si fistula anastomotica	12	33%
	Hemoragie	2	6%



Complicatii legate de jejunostomie

- | | | |
|--------------|-----|---|
| ➤ Obstructii | JMC | 1 |
| | JTP | 5 |
| ➤ Deplasare | JMC | 0 |
| | JTP | 2 |
- JTP se aplica mai dificil in reinterventii la pacienti cu perete intestinal modificat patologic



Concluzii

- Jejunostomia este o cale eficienta de administrare a NE.
 - Jejunostomia se recomanda la pacienti denutriti actual sau potential in special oncologici si cu interventii digestive esogastro-duodenale.
 - Nu s-au constatat diferente semnificative statistic intre JMC si JTP in ceea ce priveste rezultatele generale.
-



Concluzii

- JMC are următoarele avantaje: se aplica mai rapid și mai ușor, se întretine mai bine (kit special) și se asociază cu mai puține defecțiuni (obstrucție și/sau deplasare).