

Newsletter

Wsparcie żywieniowe i dodatkowe korzyści dla niemowląt ze stomią

Mapowanie niezbadanych obszarów

Coloplast®
Professional

Ponowne odżywienie przetoką śluzową stało się sposobem na zaspokojenie potrzeb żywieniowych i rozwojowych niemowląt ze stomią. Jak ta praktyka faktycznie działa - i co literatura i praktycy mają do powiedzenia na temat tej opcji leczenia? Niniejszy artykuł dzieli się spostrzeżeniami z naszej ankiety.

Częste powikłanie u wcześniaków

Wyłonienie stomii może być konieczną opcją leczenia u wcześniaków. Niestety, operacja wyłonienia stomii może prowadzić do dalszych powikłań.

Według jednego z badań, u 6 procent niemowląt z masą urodzeniową poniżej 1500 gramów rozwinęło się zapalenie jelit, znane jako martwicze zapalenie jelit (NEC). 56 procent tych niemowląt wymagało resekcji jelita i wyłonienia stomii.¹

W większości przypadków wyłonienie stomii jest zabiegiem przeprowadzanym na ostro, wykonywanym po usunięciu chorej części jelita. Chociaż długość tej części jelita różni się w zależności od pacjenta, dolna część jelita może pozostać nienaruszona. Po zabiegu chirurgicznym niemowlę często ma dwie stomie: stomię wydzielającą (proksymalną) i przetokę śluzową czyli dystalną część jelita połączoną z odbytnicą. Ponieważ dolna część jelita nadal funkcjonuje, można odtworzyć ciągłość przewodu pokarmowego i zlikwidować stomię po ustabilizowaniu stanu dziecka.

Chociaż resekcja jelita i wyłonienie stomii są konieczne, może wystąpić kilka niepożądanych skutków ubocznych.

Gdy jelito cienkie jest odłączone od reszty układu pokarmowego, nie otrzymuje on potrzebnych składników odżywczych z treści pokarmowej, co może ostatecznie prowadzić do zaniku dystalnego odcinka jelita.

Jelito cienkie wspomaga również wchłanianie składników odżywczych przez niemowlę, obrót solami żółciowymi i równowagę płynów - a funkcje te mogą być zagrożone, jeśli jelito cienkie jest nieużywane.²

Ponowne odżywienie przetoką śluzową: korzyści i przeszkody

Jednym ze sposobów zapobiegania tym skutkom ubocznym jest procedura zwana ponownym odżywieniem przez przetokę śluzową.

Odnosi się ona do procesu pobierania treści pokarmowej wytwarzanej przez proksymalny odcinek jelita i przenoszenia jej do dolnej, dystalnej części.^{3,4}

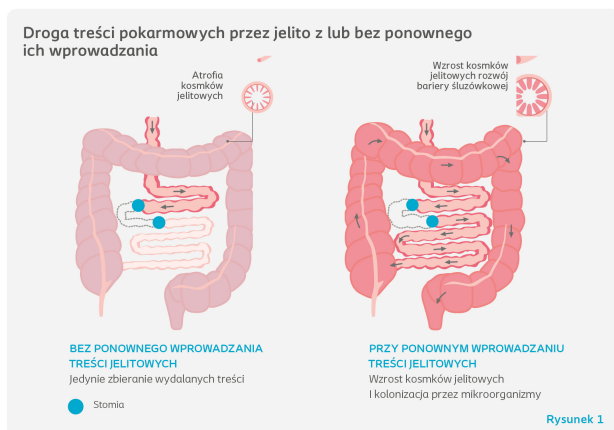
Aby dowiedzieć się więcej o zaletach i wadach tej procedury, przeprowadziliśmy ankietę internetową wśród 30 lekarzy (w tym neonatologów i chirurgów przewodu pokarmowego) w USA, Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Włoszech i Niemczech⁵ i połączyliśmy je z systematycznym przeszukiwaniem literatury.^{2-4, 6-15} Korzystając z pięciostopniowej skali („bardzo nieważne”, „nieważne”, „ani/ani”, „ważne”, „bardzo ważne”), lekarze zostali poproszeni o ocenę różnych stwierdzeń dotyczących możliwych korzyści, a także ryzyka i przeszkód związanych z ponownym żywieniem przetoki śluzowej.

Co jest ponownym odżywieniem przez przetokę śluzową?

Proces pobierania treści wytwarzanej przez proksymalną część stomii i przenoszenia jej do dystalnej części jelita.³⁻⁴

Nasze badanie ankietowe wykazało, że ponowne odżywienie przez przetokę śluzową przynosi szereg znaczących korzyści.⁶

- Mniej powikłań związanych z płynami i odżywianiem: Poprzez dostarczanie składników odżywczych do dystalnego odcinka jelita, ponowne odżywianie pomaga zmniejszyć



liczbę powikłań żywieniowych, np. związanych z żywieniem pozajelitowym i utratą płynów.^{2,3,7}

- Mniej powikłań żywieniowych: Przy mniejszym zapotrzebowaniu na pozajelitowe wsparcie żywieniowe, obserwujemy również redukcję cholestazy.^{2,9}
- Większy sukces po zespoleniu (przy odtworzeniu ciągłości układu pokarmowego): U niemowląt u których stosowano procedurę ponownego odżywienia wykazano wyższy wskaźnik powodzenia po likwidacji stomii i wykonaniu zespolenia^{2,9}.
Zwiększone tempo wzrostu: Niemowlęta, które otrzymały wyżej wymienioną formę odżywiania, wykazują znacznie wyższe tempo wzrostu^{2,3,7,8}

- ≥ 80 procent ankietowanych lekarzy stwierdziło, że ponowne odżywienie było „ważne” lub „bardzo ważne” dla poprawy wzrostu niemowlęcia.⁵
- ≥ 50 procent ankietowanych lekarzy stwierdziło, że praktyka ta jest „ważna” lub „bardzo ważna” dla rozwoju układu odpornościowego i wskaźnika przeżywalności.⁵

Pomimo zgłaszanych korzyści związanych z ponownym odżywianiem, procedura ta nie jest jeszcze powszechną praktyką. Literatura na ten temat i ankietę przeprowadzoną wśród lekarzy zidentyfikowały trzy główne przeszkody w powszechnym stosowaniu tej procedury:

- Powikłania: Niektóre artykuły donosiły o kilku początkach poważnych powikłań (np. pęknięcie jelita lub krwawienie z jelita); inne opisywały obawy związane z przerostem bakterii jelitowych, z czasem przebywania treści w worku,⁸ umożliwią sepsą w wyniku wprowadzenia bakterii chorobotwórczych.^{10, 12}
- Sprzęt: Ponad 30% ankietowanych lekarzy zwróciło uwagę na brak dobrego sprzętu stomijnego do zaopatrywania pacjentów, u których stosowana jest procedura ponownego odżywienia. Gdyby był on dostępny, ≥70 procent preferowałoby sterylny worek stomijny do zaopatrywania pacjentów.⁵
- Oszczędność czasu: 20% lekarzy uważa, że procedura ponownego odżywienia jest zbyt czasochłonna dla pielęgniarek.⁵

Treść pokarmowa w procedurze ponownego odżywienia

To częściowo strawiony pokarm, który w przypadku niemowląt składa się z mleka matki. Treść ta wydalana przez proksymalny odcinek jelita, pobierana i podawana do dystalnego odcinka powoduje:

- Stymulowanie wzrostu jelit,
- Przenoszenie przeciwciał IgA i bakterii do dystalnego odcinka jelita, co pomaga w rozwoju układu odpornościowego;
- Kolonizowanie dystalnego odcinka bakteriami pochodzącymi od matki i z proksymalnego odcinka jelita.

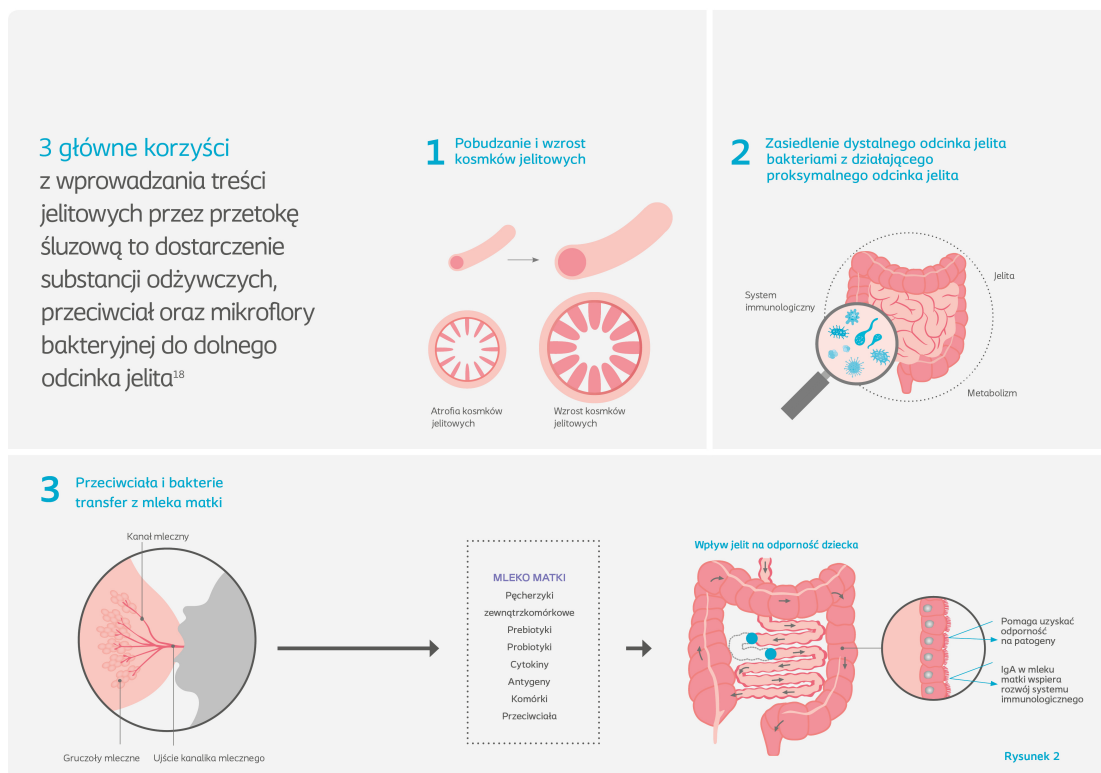
Perspektywy na przyszłość?

Aby procedura ponownego odżywienia stała się powszechną praktyką, pracownicy ochrony zdrowia będą musieli być przekonani, że korzyści płynące z tej praktyki przewyższają ryzyko, a także dodatkowy czas potrzebny na pielęgnację. Według naszej ankietę przeprowadzonej wśród lekarzy, wydaje się, że tak właśnie jest:

- 80% oczekuje, że procedura ponownego odżywienia będzie praktykowana częściej w przyszłości
- 53% uważa, że korzyści z procedury ponownego odżywienia przewyższają ryzyko, podczas gdy 10% twierdzi inaczej.
- 37% stwierdziło, że zależy to od sytuacji.⁵

Aby jednak procedura ta stała się powszechną, potrzeba więcej dowodów. Ankietowani lekarze oczekiwali, że przyszłe badania wykażą pozytywny wpływ tej procedury na wzrost, rozwój układu odpornościowego i śmiertelność wcześniaków ze stomią.

Jest jeszcze jeden fakt, który jest niezwykle ważny dla przyjęcia procedury, a mianowicie obecność wytycznych dotyczących najlepszych praktyk.^{16, 17} Szpitale będą musiały omówić i przygotować takie wytyczne, aby pomóc zminimalizować wszelkie możliwe zagrożenia lub obawy związane z procedurą.



References:

1. Hein-Nielsen AL, Petersen SM, Greisen G, Unchanged incidence of necrotizing enterocolitis in a tertiary neonatal department, Dan Med J 2015; 62(7): A5091
2. Lau CT, Fung ACH, Wong KKY et al, Beneficial effects of mucous fistula refeeding in necrotizing enterocolitis neonates with enterostomies, Journal of Pediatric Surgery 2016, doi. org/10.1016/j.ped-surg.2016.09.010
3. Gause CD., Hayashi M., Haney C, Mucous fistula refeeding decreases parenteral nutrition exposure in postsurgical premature neonates, Journal of Pediatric Surgery 2016, dxdoi. org/10.1016/j.jpedsurg.2016.06.018
4. Al-Harbi K, Walton J.M, Gardner V. et al., Mucus Fistula Refeeding in Neonates With Short Bowel Syndrome, Journal of Pediatric Surgery 1999;34(7): 1100-1103
5. Coloplast, Physician Survey of neonatal stoma care and refeeding practices, Data-on-file (VV-0203544)
6. Coloplast, Literature Review Report on mucous fistula refeeding (VV-0203544)
7. Koike Y, Uchida K, Nagano Y et al, Enteral refeeding is useful for promoting growth in neonates with enterostomy before stoma closure, Journal of Pediatric Surgery 2015; doi. org/10.1016/j.ped-surg.2015.08.058
8. Wong KKY., Lan LCL., Lin SCL. et al., Mucous Fistula Refeeding in Premature Neonates With Enterostomies, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2004; 39:43-45
9. Haddock CA, Stanger JD, Albersheim SG et al, Mucous fistula refeeding in neonates with enterostomies, Journal of Pediatric Surgery 2015;50: 779-782
10. Pataki I, Szabo J, Varga P et al, Recycling of bowel content: The importance of the right timing, Journal of Pediatric Surgery 2013; 48:579-584
11. Richardson L., Baberjee S., Rabe H., What is the Evidence on the Practice of Mucous Fistula Refeeding in Neonates With Short Bowel Syndrome?, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2006; 43:267-270
12. Madan JC., Salari RC., Saxena D, et al. Gut Microbial colonisation in premature neonates predicts neonatal sepsis, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2012;97:F456-F462
13. Puppala BL, Mangurten HH, Kraut JR et al, Distal Ileostomy Drip Feedings in Neonates with Short Bowel Syndrome, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 1985; 4:489-494
14. Schafer K, Zachariou Z, Loffler W, et al., Continuous extracorporeal stool-transport system, Pediatr Surg Int (1997) 12: 73-75
15. Gardner VA., Walton J. Chessell L., Advances in Neonatal Care 2003; 3(6): 258-271
16. Cameron G., Ensenat, Peliowski, Enterostomy Refeeding, Neonatal Nursery Policy & Procedures Manual, Covenant Health 2012.
17. Trevor Mann Baby Unit RSCH, Protocol for the Recycling of Stoma losses, Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust 2010.
18. Xiao-Zhong Huang, Li-Bin Zhu, Zhong-Rong Li, Jing Lin. Bacterial colonization and intestinal mucosal barrier development, World J Clin Pediatr 2013 November 8; 2(4): 46-53