

Open buik behandeling met stoma's en fistels

Wendy Groetelaers-Kusters
Verpleegkundig Specialist IC i.o
Wond- en decubituszorg





Oorzaken open buik

- Ernstig verhoogde intra-abdominale druk (IAP)
- Abdominal compartment syndrome ontstaat (ACS).
- Infectieuze oorzaken peritonitis, perforatie
- Vasculaire oorzaken
- Traumatische oorzaken verkeersongelukken, geweld.
- Dehiscenties

Classificatie

1a	Een schone OA zonder adhesie / verklevingen tussen darm-en buikwand
1b	besmette OA zonder hechting / verklevingen
2a	Een schone OA met beginnende adhesies / verklevingen tussen darm en buikwand
2b	OA besmet met beginnende adhesies / verklevingen
3	OA met complicatie van fistelvorming
4	"Frozen Buik" OA met adhesies / verklevingen van de darmen en geen chirurgische abdominale sluiting mogelijk, met of zonder fistel





Spoelen

- Waarmee spoelen?

Kraanwater

of

NaCl 0,9 % ?



Frequentie

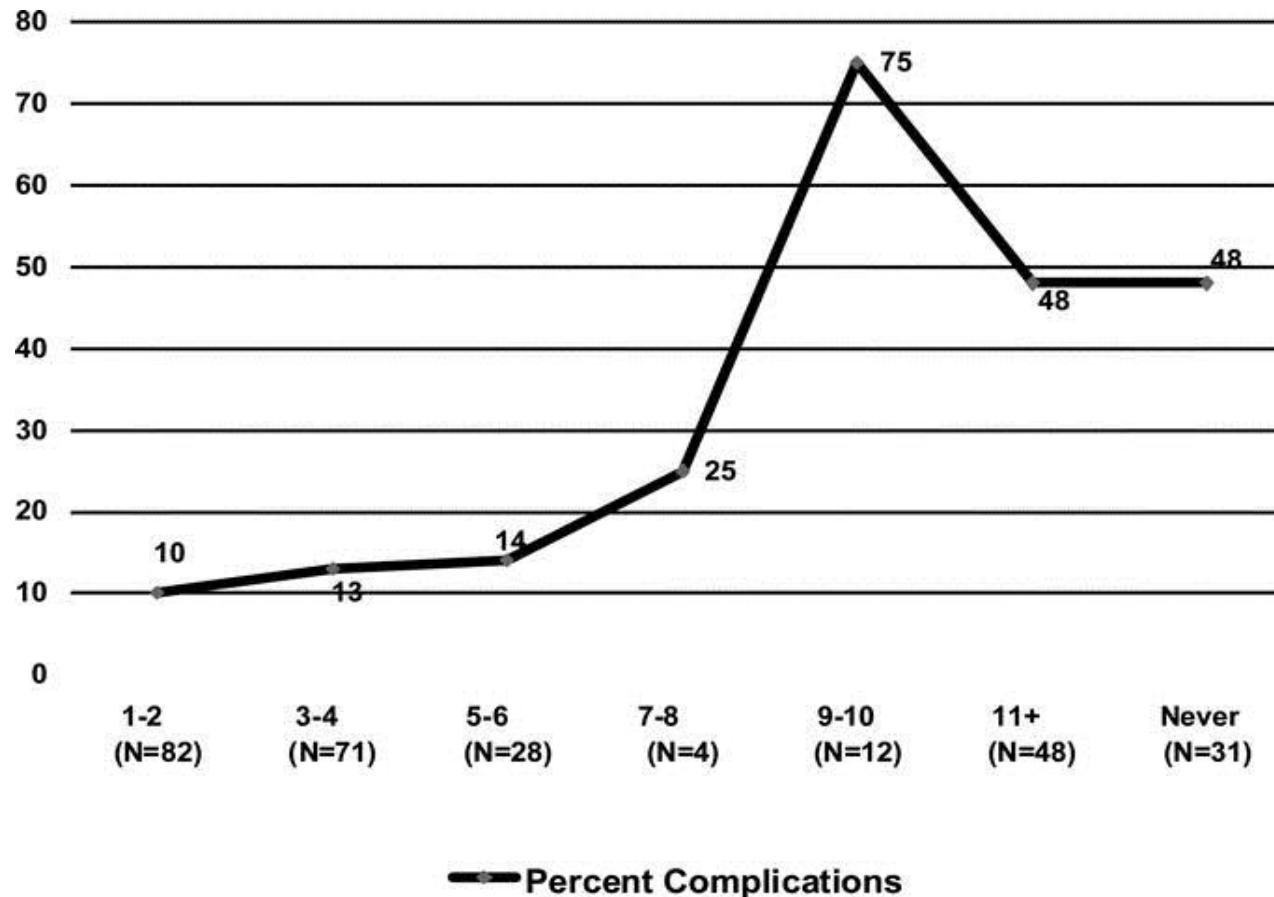
- Afhankelijk van het debris en genezingstensdens van de wond
- Bij een schone en rode wond:
 - Wond zoveel mogelijk met rust laten
 - Dagelijkse reiniging overbodig



Biologische componenten van wondgenezing

- comorbiditeit
- leeftijd
- obesitas
- medicijnen
- circulatie

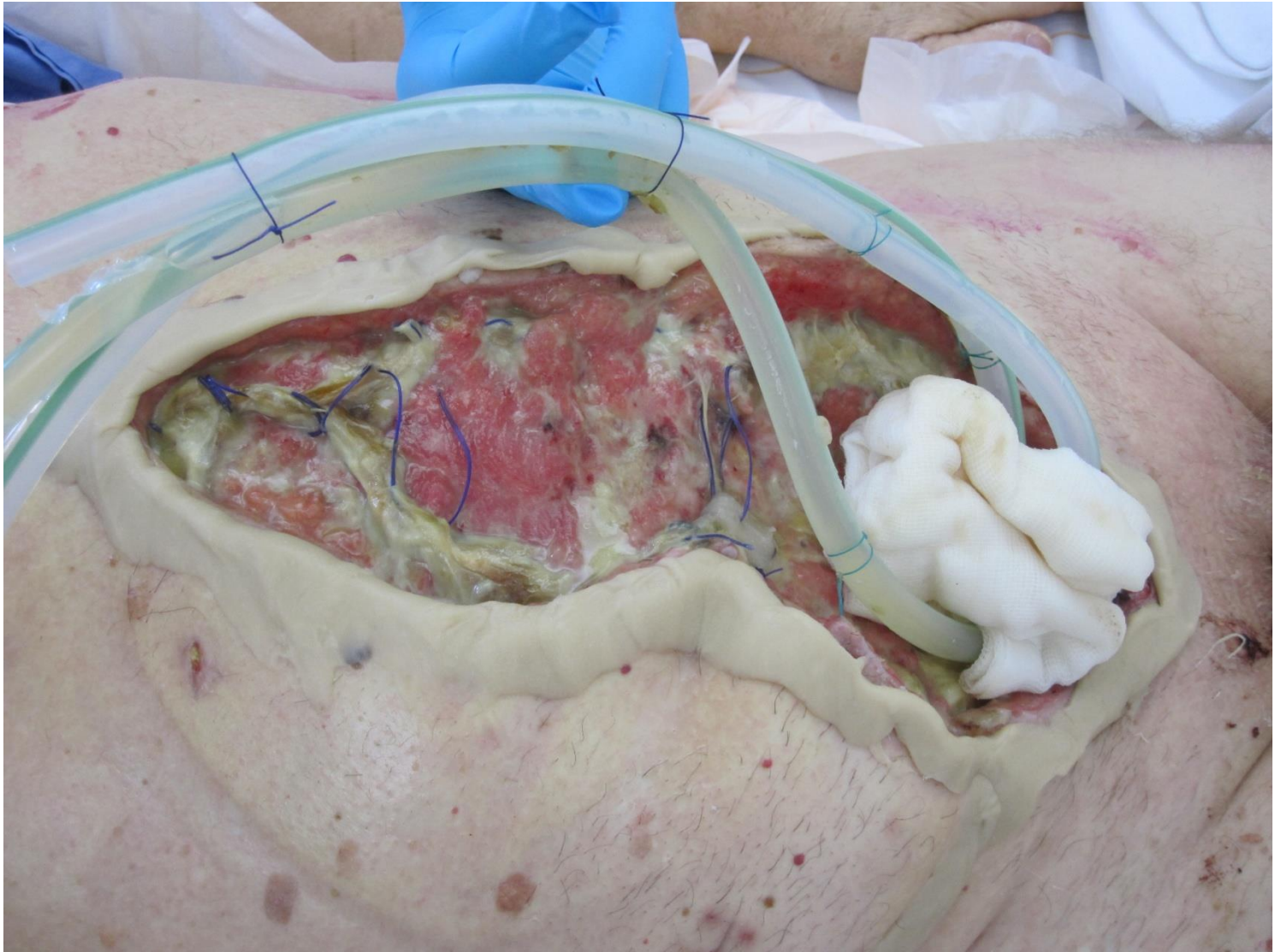
Aantal complicaties gerelateerd aan duur van open buik



Complicaties open buik behandeling

- Platzbauch
- Enorm vochtverlies
- Bloedingen
- Kruisinfecties en abcessen
- Vertraagde wondgenezing
- Fistels





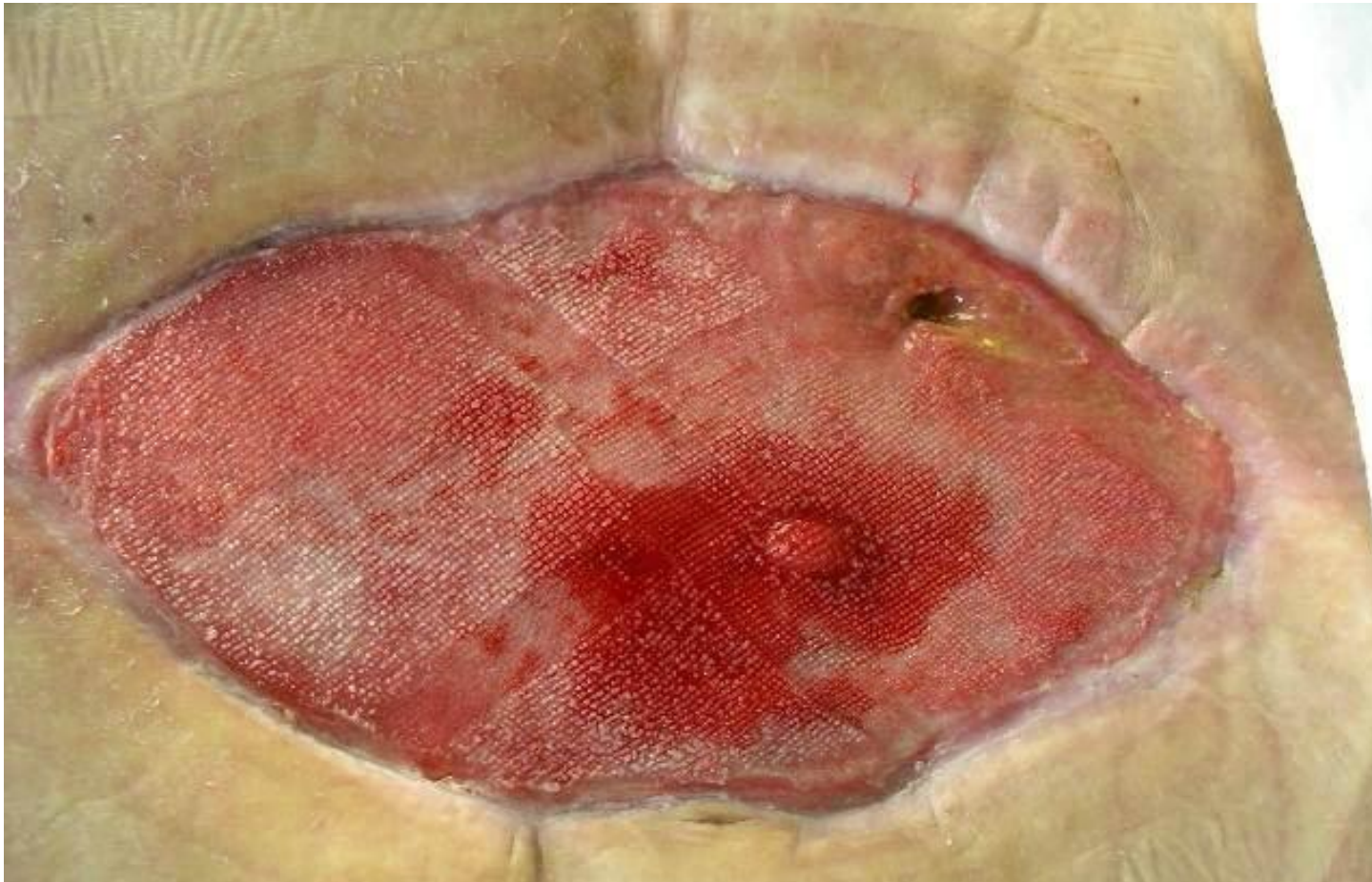




Hoeveel complicaties komen er voor?

- Multi-orgaanfalen (30-40%)
- Enterocutane fistel vorming (2-25%)
- Ontwikkeling van een intra-abdominaal abces (83%)
- Buikwandhernia (ongeveer 25%)
- Het sterftecijfer varieert van 44 tot zelfs 67%.

Wondinspectie

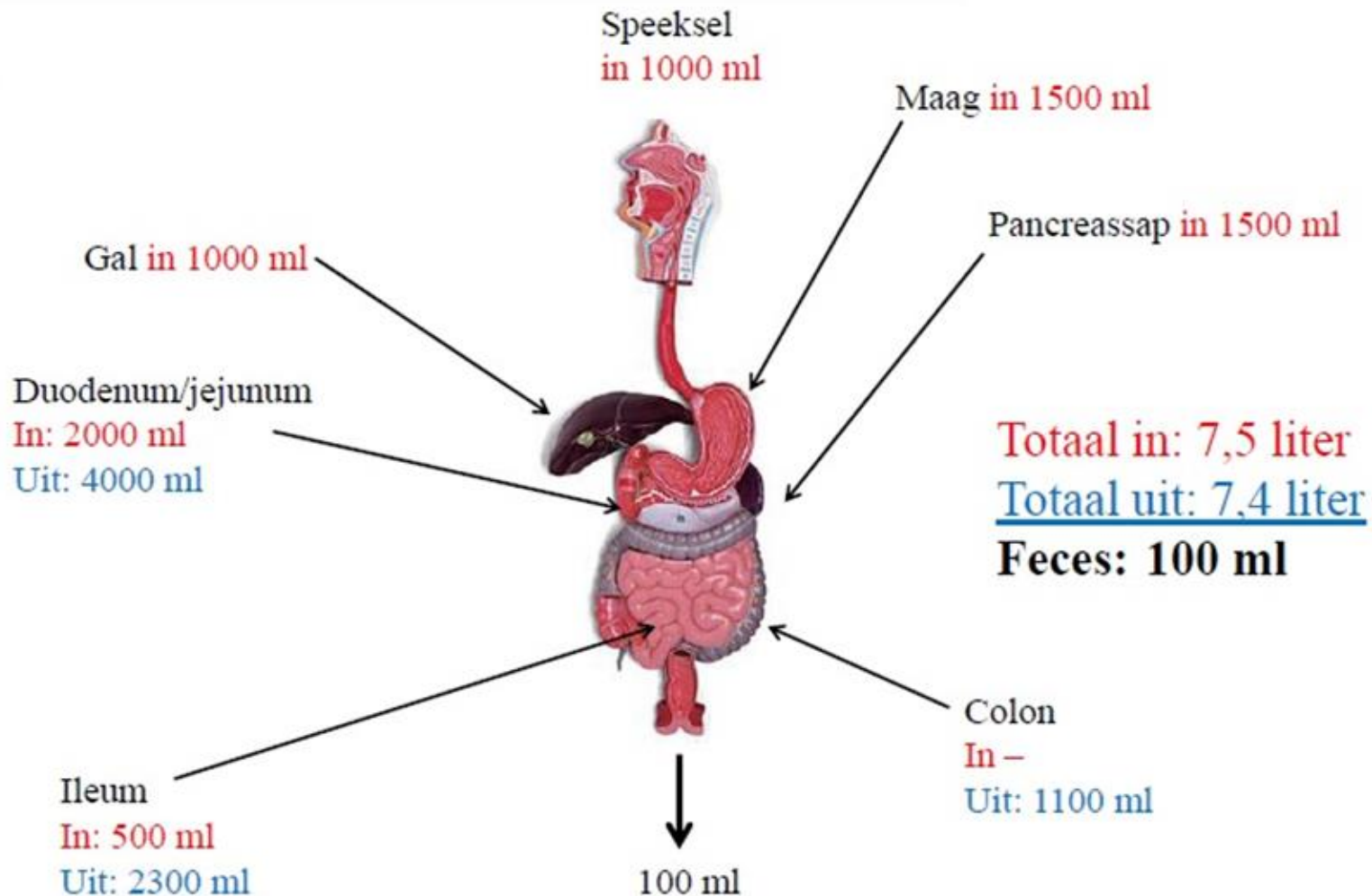




Weet wat er speelt

- Oorzaak van de fistel
- Is er een vrije afvloed distaal van de fistel
- Gezonde vitale darm, geen abcesholte of defect
- Fistelkanaal < 2 cm
- Co-morbiditeit
- Doelstelling van behandeling
- Lage output

Wat is de output?



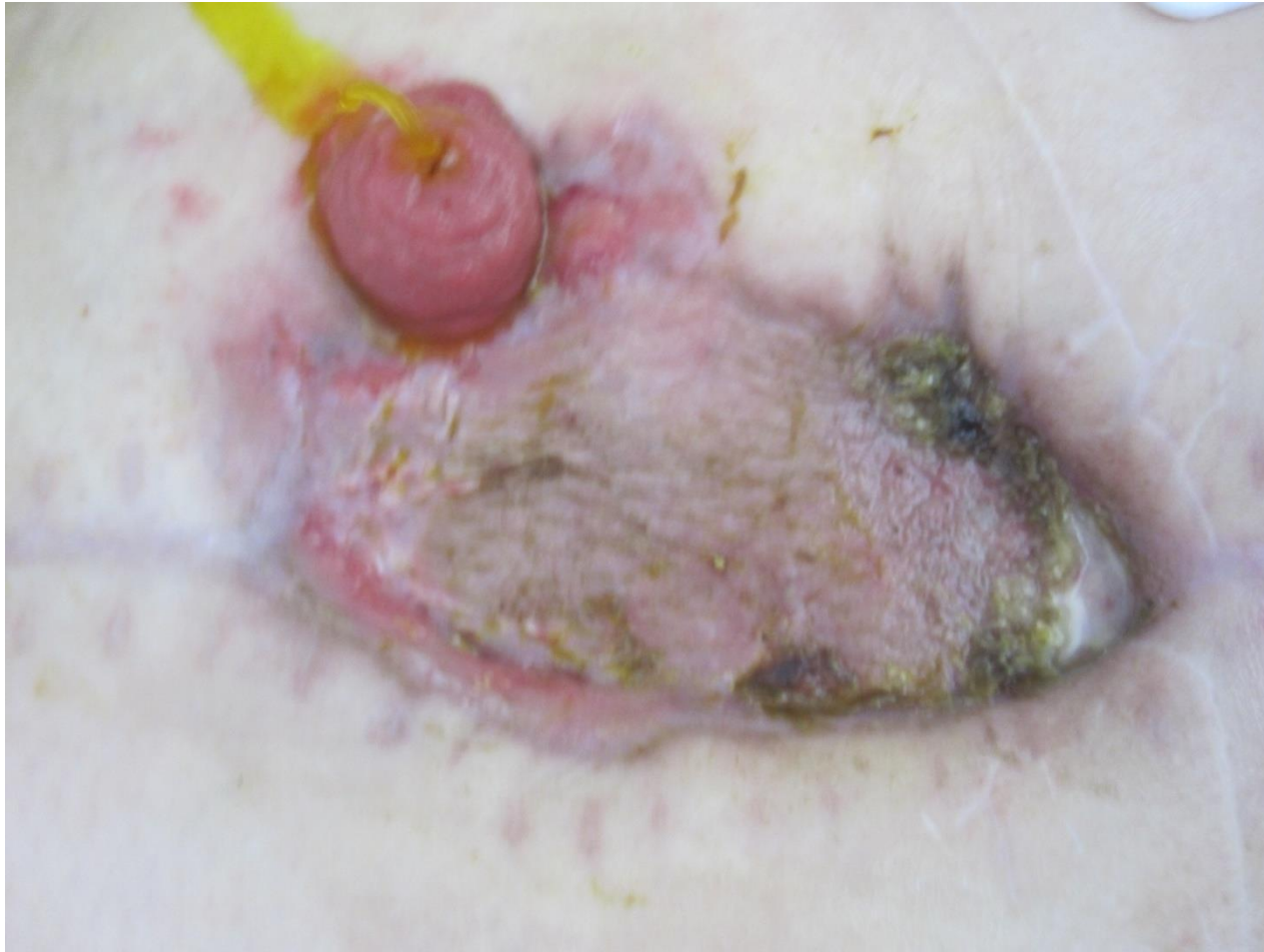
Invloed op de output

- Verminderen hypo-osmolaire intake
- Aanpassen electrolyten
- Verminderen secretie
 - Protonpompremmers
 - Octreotide
- Vertragen motiliteit
 - Loperamide
 - Codeïne(cave nierinsufficiëntie)

Aandachtspunten

- Electrolytenbalans
- Voedingopname
- Enzymatische samenstelling van de output
- Beschermen van de perifistulaire huid
- Psychische begeleiding
- Financiële uitdaging

- **Wondbeleid toegespitst op het actief verwijderen van de fistel output uit het wondgebied**









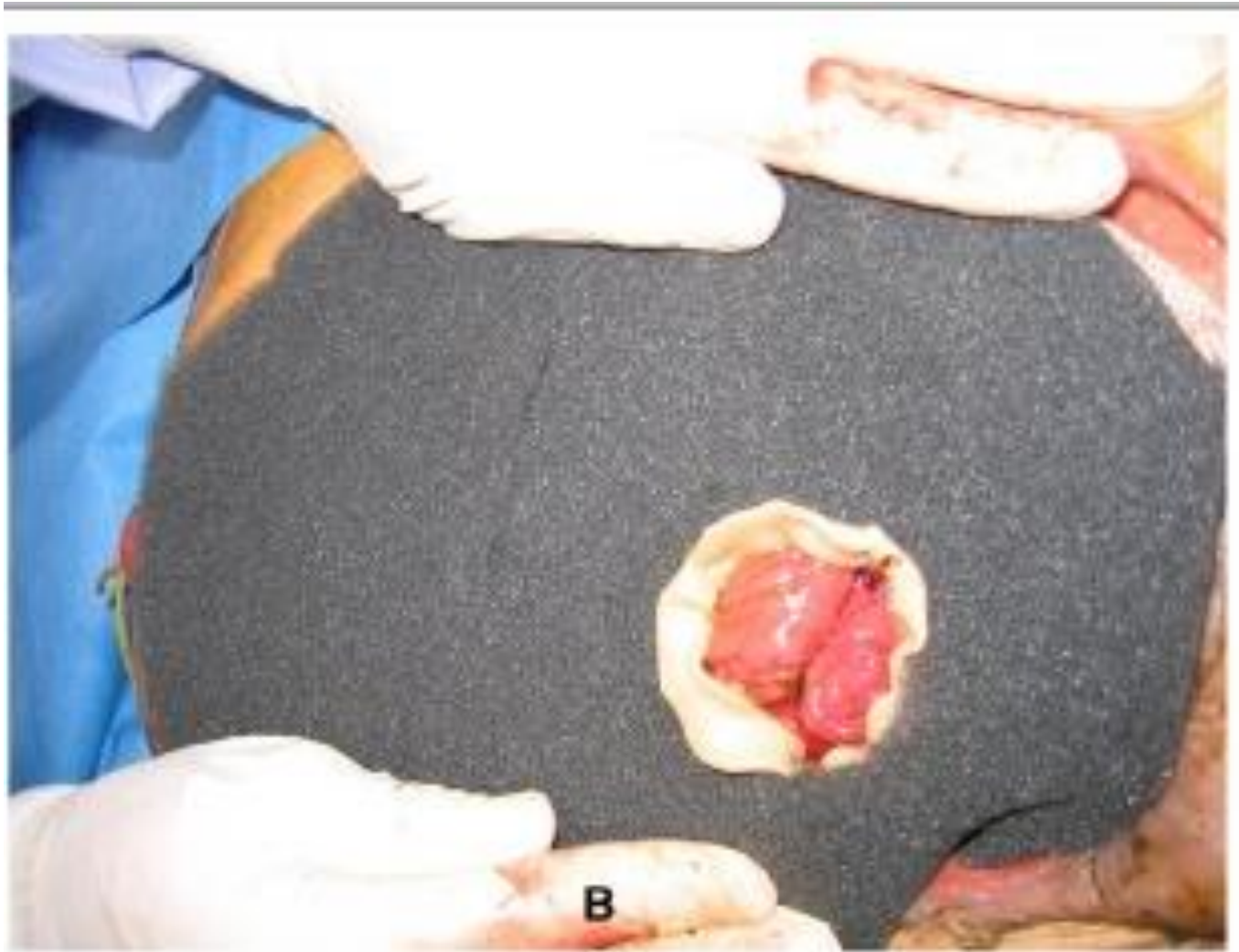


Voldoende plak oppervlak

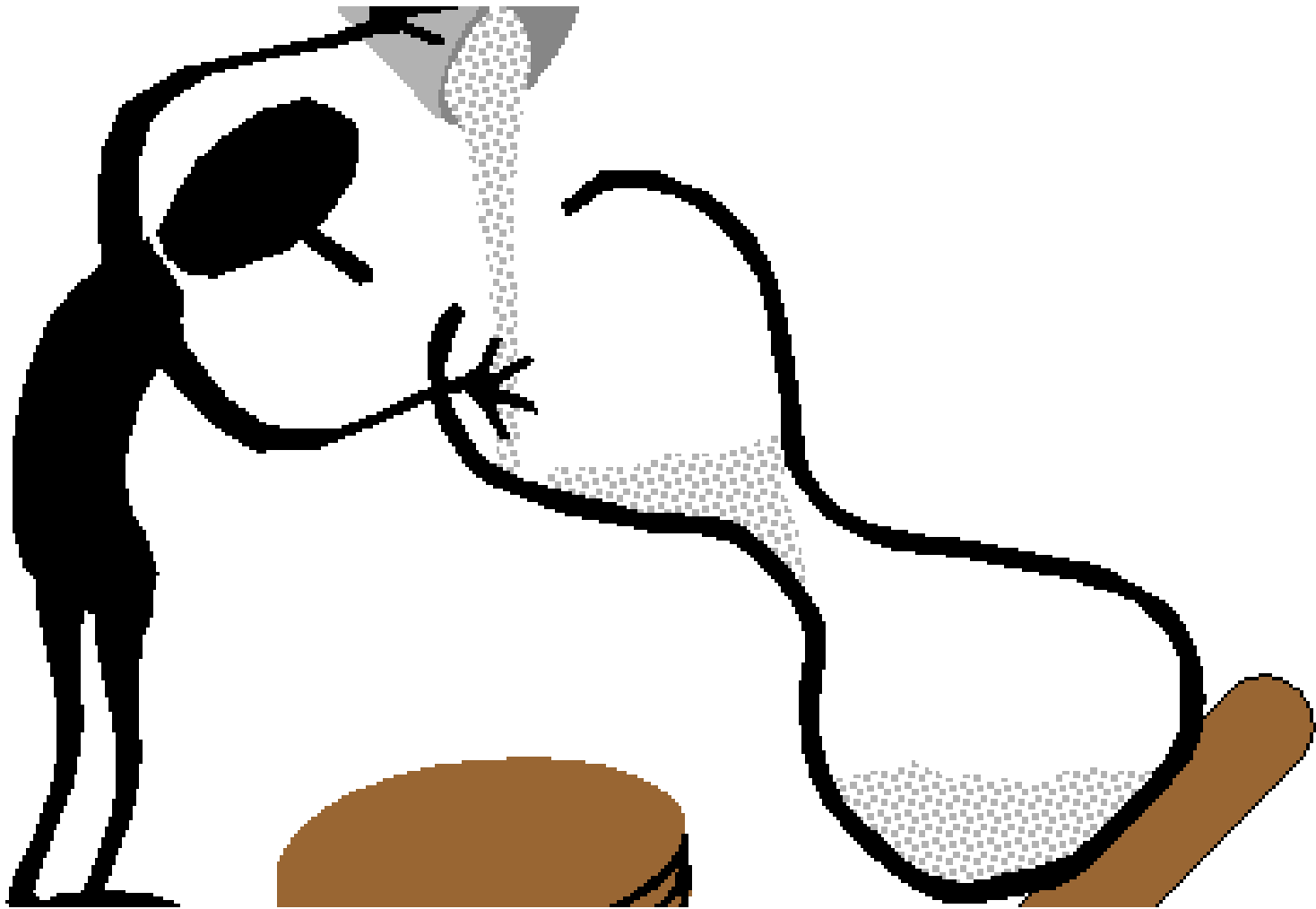


NEGATIEVE DRUKTHERAPIE



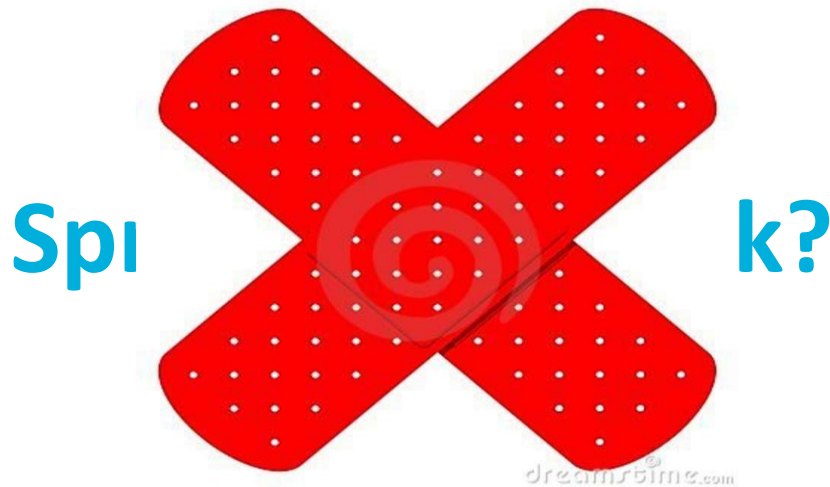






Take home message:

Luisteren naar het lek



LETTERLIJK!

Literatuur

- Balentine C, Subramanian A, Palacio CH et al. AVAS Best Clinical Resident Award (Tied): management and outcomes of the open abdomen in nontrauma patients. *Am J Surg* 2009; 198: 588–592
- Batacchi S, Matano S, Nella A et al. Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. *Crit Care* 2009; 13: R194
- Bertram P, Schachtrupp A, Rosch R et al. Abdominelles Kompartmentsyndrom. *Chirurg* 2006; 77: 573–579
- Björck M, Bruhin A, Cheatham M et al. A Classification – Important Step to Improve Management of Patients with an Open Abdomen. *World J Surg* 2009; 33: 1154–1157
- Bosscha K, Reijinder K, Jacobs MH et al. Quality of life after severe bacterial peritonitis and infected necrotizing pancreatitis treated with open management of the abdomen and planned re-operations. *Crit Care Med* 2001; 29: 1539–1543
- Chavarria-Aguilar M, Cockerham W, Barker DE et al. Management of destructive bowel injury in the open abdomen. *J Trauma* 2004; 56: 560–564

-
- Diaz JJ, Jr., Cullinane DC, Dutton WD, et al. 2010. The management of the open abdomen in trauma and emergency general surgery: part 1-damage control. J Trauma: 68:1425-38.
 - Jernigan TW, Fabian TC, Croce MA, et al. Staged management of giant abdominal wall defects: acute and long-term results. Ann Surg 2003;238: 349–57
 - Kritayakirana K, Maggio P, Brundage S et al. Outcomes and complications of open abdomen technique for managing non-trauma patients. J Emerg Trauma Shock 2010; 3: 118–122
 - Miller PM, Meredith JW, Johnson JC et al. Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen. Planned ventral hernia rate is substantially reduced. Ann Surg 2004; 239: 608–616
 - Miller RS, Morris JA, Diaz JJ et al. Complications after 344 damage-control open celiotomies. J Trauma 2005; 59: 1365–1374
 - Oetting P, Rau B, Schlag PM. Abdomineller Vakuumsaugverband beim offenen Abdomen. Chirurg 2006; 77: 586, 588–593
 - Teixeira PG, Salim A, Inaba K et al. A prospective look at the current state of open abdomen. Am Surg 2008; 74: 891–897
 - Tremblay LN, Feliciano DV, Schmidt J et al. Skin only or silo closure in the critically ill patient with an open abdomen. Am J Surg 2001; 182: 670–675

-
- van Hensbroek PB, Wind J, Dijkgraaf MGW et al. Temporary closure of the open abdomen: A systematic review on delayed primary fascial closure in patients with an open abdomen. *World J Surg* 2009; 33: 199–207
 - Vogel TR, Diaz JJ, Miller RS et al. The open abdomen in trauma: do infectious complications affect primary abdominal closure? *Surg Infect* 2006; 7: 433–441
 - Wild T, Stremitzer S, Budzanowski A et al. „Abdominal Dressing“ – Eine neue Methode in der Behandlung des offenen Abdomens bei der sekundären Peritonitis. *Zentralbl Chir* 2004; 129: 520–523
 - Wondberg D, Larusson HJ, Metzger U et al. Treatment of the open abdomen with the commercially available vacuum-assisted closure system in patients with abdominal sepsis: low primary closure rate. *World J Surg* 2008; 32: 2724–2729