

Gastrojejunokolik Fistüller (8 Vaka Nedeniyle)

Dr. Güngör BOZTAŞ, Dr. Oktay YEGİNSU, Dr. Sadakat ÖZDİL, Dr. Zeynel Mungan,
Dr. Sebahattin KAYMAKOĞLU, Dr. Yılmaz ÇAKALOĞLU, Dr. Fatih BEŞİŞİK,
Dr. Celal ULAŞOĞLU, Dr. Nurten EROL, Dr. Rauf SEZER

Özet: Bu çalışmada, İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı Endoskopi laboratuvarında, 1973-1993 yılları arasında yapılan toplam 13200 gastroskopik muayenede, gastrojejunokolik fistül tanısı konan 8 hastanın (%0.06) sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 4'ünde (%50) gastrojejunokolik, 3'ünde (%37.5) gastrokolik ve 1'inde (%12.5) gastrojejunal fistül saptanmıştır. Bu vakaların %62.5'inde midede kanserin, %25'inde subtotal gastrektomi+gastrojejunal anastomozun ve %12.5'inde midede kanser+subtotal gastrektomi+gastrojejunal anastomozun gastroenterik fistüllere neden olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Gastrojejunokolik fistül.

Gastrointestinal fistüller, gastrointestinal sistemi oluşturan organlarla, deri arasındaki veya organların kendi arasındaki anormal yollardır. Fistüllerin oluşmasında geçirilmiş karın operasyonları önemli yer tutmaktadır. Bu fistülleri oluşturan faktörler; karın içinde kalan drenler, post operatif radyasyon, operasyon yerinde malinite, anastomozun yetersizliği, infeksiyon, abseleşme ve absenin drenajıdır. Absenin cilde drenajı ile eksternal fistüller (gastrokutanöz, enterokutanöz) ortaya çıkarken, drenajın komşu intraabdominal organlara olması ile internal fistüller oluşur. Internal fistüller oluştukları yerlere göre gastrokolik fistül, gastrojejunokolik fistül (GJKF) diye adlandırılırlar(1).

Özellikle antibiyotiklerin henüz yaygın olmadığı ve post operatif bakım şartlarının ve parenteral beslenmenin yetersiz olduğu dönemlerde fistüllerin, post operatif komplikasyonlar olarak

İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı.

Summary: GASTROJEJUNOCOLIC FISTULAS
(DUE TO EIGHT CASES)

This study was conducted to evaluate the features of 8 (0.06%) gastroenteric fistulas which were diagnosed during 13200 gastroscopic examination in Endoscopy Unit of Gastroenterohepatology Department, İstanbul Medical Faculty between 1973-1993 retrospectively. Fistulas were gastrojejunocolic in four (50%), gastrokolic in three (37.5%) and gastrojejunal in one (12.5%) of the patients. The causes included gastric cancer (62.5%), subtotal gastrectomy with gastrojejunal anastomosis (25%) and gastric cancer and subtotal gastrectomy with gastrojejunal anastomosis (12.5%).

Key words: Gastrojejunocolic fistul.

sıkça görüldüğü bildirilmektedir(2). Crohn hastalığında da eksternal ve internal fistüllere sık olarak rastlanmaktadır(3).

İnternal fistüller grubuna giren GJKF etyolojisiinde operasyonlar önemli bir yere sahiptir. Özellikle gastrojejunostomili vakalarda, marjinal ülserlerin komşu transvers kolonu penetre etmesiyle GJKF'ler meydana gelmektedir. Bu komplikasyonlarla birlikte kolon bakterilerinin mideye ve ince barsağa geçmesi sonucu bakteriyel aşırı gelişim, ishal, kilo kaybı ve malnütrisyon sendromları ortaya çıkabilir. Ancak bu komplikasyonlar artık nadirdir. Çünkü günümüzde gastrojejunostomilerin çoğu antekolik yerine retrokolik olarak yapılmaktadır, bu durum GJKF oluşumunu azaltmaktadır (4,5). Gastrojejunostomi anamnezi olan bir vakada, tekrarlayan peptik ülserle birlikte, yanma, ishal, fekaloid kusma şikayeti varsa, bu hastalarda yine de GJKF'den şüphelenilmelidir (6).

Mide kanserleri de GJKF oluşumunda önemli bir diğer faktördür. Mide kanserinin komşuluk yolu ile kolon içine direk yayılması, gastrokolik fistüllere neden olmaktadır. Bu hastalarda malinite ile birlikte malabsorbsiyon sendromunun bulgularının olması hastalarda ağır klinik tabloları oluşturmaktadır (7).

Eksternal fistüllerde cilde açılan yerden dışarı sıvı ve elektrolit drenajı söz konusudur. Bu fistüllerin bu nedenle gözle görülüp teşhis edilmesi nisbeten kolaydır. İnternal fistüller karın içi organlar arasında olduğundan ve fistül yerine göre kendilerine özgü klinik tablolar yarattıklarından, beraberlerinde bazı teşhis sorunlarını da getirirler. İnternal fistüllerin tanısında gastroenterologlara büyük görevler düşmektedir.

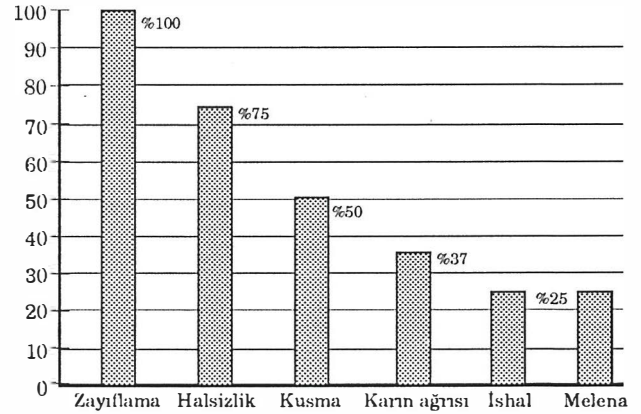
GJKF'li vakalar genellikle ağır malabsorbsiyon bulguları ile kliniklere müracaat etmektedir. Hastaların fekaloid kokulu kusma ve yemekten hemen sonra defekasyona çıkma, yenen gıdaların dışkıda görülmesi gibi anamnez özellikleri, bu fistüllerin tanısında önemli ip uçlarıdır. Bu anamnez özelliklerinden yararlanarak, yapılan radyografik tetkikler, gastroskopi ve kolonoskopi gibi endoskopik incelemelerle fistül tanısını koymak mümkün olmaktadır (1).

Eksternal fistüllerin tedavisinde eksilen sıvı, elektrolit kayıplarının yerine konması, parenteral nütrisyon ve infeksiyonların tedavisi ile başarılı sonuçlar alınmakta, %70'e varan spontan düzeltilmeler görülmektedir(8). Buna rağmen devam eden fistüllerde somatostatin uygulamaları ve cerrahi girişimler, alternatif tedavilerdir (9).

İnternal fistüllerde ise etyopatolojide malinite söz konusu ise hastaların tedavi şansları pek olmamakla birlikte, postoperatif nedeni internal fistüllerde intravenöz hiperalimentasyonu takiben, fistül operasyonları yapılmaktadır(1).

MATERYAL ve METOD

İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalımızın Endoskopi laboratuvarında 1973-1993 yılları arasında yapılan toplam 13200 gastroskopik muayenede, GJKF tanısı konan 7'si erkek, 1'i kadın toplam 8 hasta materyalimizi oluşturdu.



Şekil 1 : Gastrojejunokolik fistüllü hastalarda şikayetler

Vakaların tetkik öncesinde yaşı, cinsi, klinik yakınmaları, şikayet süreleri ve öz geçmişlerine ait bulgular gastroskopi formlarına kayıt edildi.

Hastaların hepsi, 12 saatlik açlık dönemini takiben gastroskopik incelemeye alındı. Endoskopik muayenelerde Olympus QW, 1T10, XQ20 gastroskoplardan kullanıldı. Gerekli vakalarda biopsiler alındı.

Gastroskopik tetkiklerde mide lümenindeki fekaloid kokulu sıvı, malinite bulguları, ameliyath olgularda operasyon şekilleri ve bütün vakalarda fistüllerin varlığı saptandı.

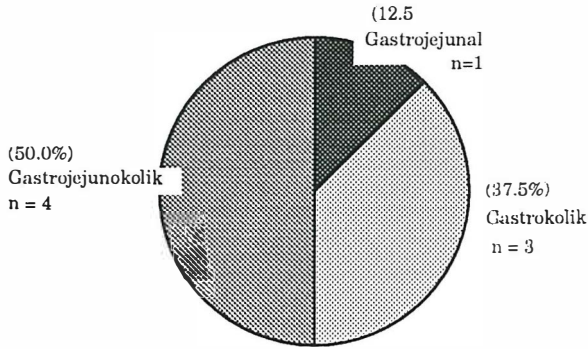
BULGULAR

13200 Gastroskopik incelemede GJKF tanısı konan 8 (%0.06) hastanın 7'si erkek, 1'i kadın olup K/E=1/7 dir. Erkeklerde yaş ortalaması 50.4±16.1 yıl olup, kadın hastamız 65 yaşında idi.

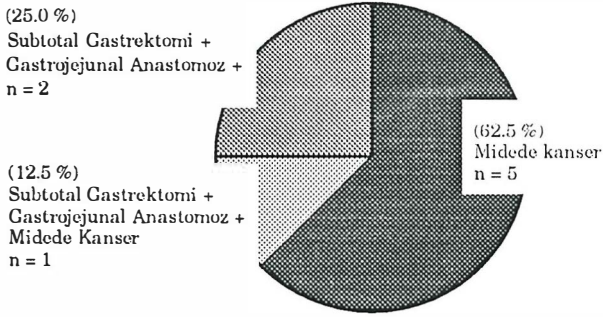
Vakalarda kilo kaybı %100, halsizlik %75, kusma %50, karın ağrısı %37, ishal %25, heme-mez ve melen %25 oranında bulunmuştur (Şekil 1). Hastalarda şikayet süresi, enaz 1 ay, ençok 96 ay olup, ortalama 32.6±33.8 aydır.

Hastaların 3'ünün (%37.5) daha önce peptik ülser nedeni ile subtotal gastrektomi+gastrojejunal anastomoz geçirdiği saptandı.

Gastroskopik incelemelerde 4 hastada (%50) gastrojejunokolik, 3 hastada (%37.5) gastrokolik ve 1 hastada (%12.5) gastrojejunal fistül tanısı kondu (Şekil 2).



Şekil 2 : Fistüllerin Dağılımı



Şekil 3 : Gastrojejunokolik fistülde etyolojik dağılım n=8



Resim 1: Gastrektomi+Gastrojejunal anastomozlu midede GJKF.

Fistüllü hastaların 5'inde (%62.5) midede kanser, 2'sinde (%25) subtotal gastrektomi+gastrojejunal anastomoz ve 1'inde (%12.5) subtotal gastrektomi+gastrojejunal anastomoz+mide de kanser mevcuttu (Şekil 3). Bu bulgular ile GJKF lü olgularda kanser sıklığı %75, geçirilmiş operasyon sıklığı %37.5 idi.

Midede kanser bulunan 6 fistüllü vakanın hepsinde biopsi ile adenokanser tanısı kondu, bunlardan 5 vakada kanserin mideden kaynaklandığı, bir hastada ise kolon kanserinin mideyi atake ettiği saptandı.

TARTIŞMA

GJKF'lü vakalarda, karın ağrısı, kusma, kilo kaybı, ishal gibi malabsorbsiyonu düşündüren klinik yakınmalara rastlanmaktadır.

Bizim hastalarımızda da kilo kaybı %100, halsizlik %75, kusma %50, karın ağrısı %37, ishal %25 oranında mevcut olup, bu semptomlar olguların

çoğunda malabsorbsiyonu düşündürmüştür.

Cody'nin (5) yapmış olduğu bir araştırmada, GJKF'lü hastalarda kilo kaybı, karın ağrısı, ishal gibi bulguların önemli klinik yakınmalar olduğu vurgulanmış, yine aynı çalışmada erkek hastaların sayısının, kadınlardan belirgin şekilde fazla olduğu gösterilmiştir. Bizim hastalarımızda da erkeklerin çokluğu (kadın/erkek=1/7) dikkat çekicidir.

GJKF etyolojisine yönelik literatür gözden geçirildiğinde bu fistüllerin oluşumunda, hastaların geçirmiş oldukları operasyonlar önemli yer tutmaktadır (Resim 1). Özellikle subtotal gastrektomi ve gastrojejunal anastomozlu hastalarda, marjinal ülserlerin, transvers kolonu komşuluk yolu ile atake ederek GJKF'e neden oldukları gösterilmiştir(4,5).

Olgularımızda peptik ülser nedeni ile geçirilmiş mide operasyonu oranı %37.5 dir. Gastrojejunos-

tomili bir hastada tekrarlayan peptik ülserle birlikte ishal, yanma ve fekaloid kusmanın varlığında, GJKF'den şüphelenilmesi gerektiğini vurgulayan diğer çalışmalar da mevcuttur (7). Gastroskopik muayeneler sırasında, mide içeriğinin fekaloid kokulu olması, tüm vakalarımızda dikkati çeken bir bulgu olmuştur.

Mide kanserlerinin komşuluk yolu ile kolona yayılması sonucu GJKF'lerin oluştuğu bilinmektedir(1,7). Aynı yolla kolon kanserlerinin de mideye metastaz yaparak fistüle neden olması

mümkündür. GJKF'li olgularımızın 6'sında (%75) midede kanser mevcuttu. Bunların histopatolojik tetkikinde; 5 vakada kanserin mideden kaynaklandığı, 1 vakada da kolon kanserinin mide ile fistülleştiği gösterildi.

Yapmış olduğumuz çalışmadan elde ettiğimiz bulgular, gastrojejunokolik fistül etyolojisinde mide kanserlerinin, geçirilmiş mide operasyonlarının önemli yer tuttuğunu ve kolon kanserinin de bu fistüllere neden olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Reber AH, Austin LJ: Abdominal abscesses and Gastrointestinal Fistulas. In: Sleisenger MH, ed. Gastrointestinal Disease. Philadelphia: WB Saunders Comp. 1989: 392-4.
2. Soeters PB, Ebeid AM, Fischer JE: Review of 404 patients with gastrointestinal fistulas. Impact of parenteral nutrition. Ann Surg 1979; 190: 189-202.
3. Greenstein AJ, Mann D, Sachar DB, et al: Free perforation in Crohn's disease: I. A survey of 99 cases. Am J Gastroenterol 1985; 80: 682-689.
4. Amlicke JA, Ponka JL: Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulas. Am J Surg 1964; 107: 744.
5. Cody JH, DiVincenti FC, Cowick DR, Mahanes JR: Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulae: report of twelve cases and review of the literature. Ann surg 1975; 181:376-80.
6. Condon JR, Tanner NC: Retrospective review of 208 proved cases of anastomotic ulcer. Gut 1968; 91:438-41.
7. Mallaiah L, Brozinsky S, Fruchter G, Siraj Uddin M: Malignant gastrocolic fistula case report and review of the literature. Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg 1980; 31: 12-17.
8. Aguirre A, Fischer JE, Welch CE: The role of surgery and hyperalimentation therapy of gastrointestinal-cutaneous fistulae. Ann Surg 1974; 180: 393.
9. Mulvihill S, Pappas TN, Passaro EJr, Debas HT: The use of somatostatin and its analogs in the treatment of surgical disorders. Surgery 1986; 100: 467.