

Gastrokutanöz Fistüller

Dr. Osman DOĞRU, Dr. Nuri Aydın KAMA, Dr. Muammer KARAAYVAZ

Özet: Gastrointestinal fistüller, günümüzde halen cerrahların tedavi açısından karşılaştıkları en önemli problemlerden biridir. Bu fistüller içerisinde izole gastrokutanöz fistüller nadirdir. Geniş gastrointestinal fistül serilerinde insidans %2-20 oranında bildirilmektedir. Etiyoloji, patogenezi ve tedavi prensiplerini ortaya koymak için kliniğimizde takip ettiğimiz bir vakayı sunarak literatür eşliğinde tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Gastrokutanöz Fistül, Etiyoloji, Tedavi.

Gastrointestinal-kutanöz fistüller travma, ateşli silah yaralanması ve cerrahi komplikasyonlar sonucu yaygın olarak görülen, tedavi ve bakımı üzerinde bir çok gelişmeler sağlanan güç klinik durumlardan biridir. Bu fistüller konusunda birçok yayın ve araştırma olduğu halde, izole gastrokutanöz fistüller nadir görülmesi sebebiyle bu konuda yayın ve klinik tecrübe azdır (1,2). Bizde etyolojideki karışıklığı ve az görülmesi sebebiyle, servisimizde takip ettiğimiz izole gastrokutanöz fistülü olan bir hastayı takdim ederek tartışmayı ilginç bulduk.

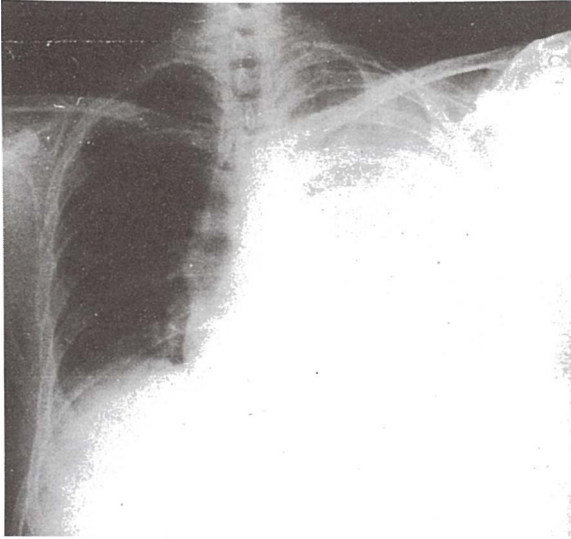
Hasta

Ü.Ş. 44 yaşında erkek hasta, Yozgat'tan geliyor. 15 gün önce trafik kazası sonucu yaralanarak Yozgat Devlet Hastanesine getirilen hastaya laparotomi yapılarak karaciğer rüptürü tesbit edilmiş ve primer sütürle tamir

Summary: Gastrointestinal fistulae remain one of the most challenging management problems confronting the surgeon. Pure gastrocutaneous fistulas are reported infrequently. In large reviews of gastrointestinal tract fistulas, the incidence of isolated fistula ranges between 2 and 20%. In an effort to delineate the etiology, pathogenesis, and treatment of the isolated gastrocutaneous fistula, we reported a clinical course of our patient and discussed with the literature.

Key Words: Gastrocutaneous fistula, Etiology, Treatment.

edilmişti. Daha sonra taburcu edilen hastada GİS kanaması belirtileri ortaya çıkınca hastanemize sevk edilmiş ve hastanemiz Hızır Acil Servisi dahiliye kliniğine GİS kanaması ön teşhisi ile yatırılmış. Buna yönelik tedavisi devam ederken hastada ateş, solunum sıkıntısı gelişmiş ve yapılan göğüs cerrahi konsültasyonu sonucu sol plevrada ampiyem olduğu tesbit edilmiş (Resim-1). Kapalı sualtı toraks drenajı uygulanarak tedaviye alınmış. 7 gün kapalı toraks drenajı uygulanan hastanın akıntısının kesilmesi ve o taraf akciğerin ekspansiyon olması üzerine tüp çekilmiş (Resim-2). Bir gün sonra tüpün çekildiği yerden iltihabı sızıntı gelmesi üzerine toraks tüpü tekrar uygulanmış. Yeni uygulanan tüpün 3. günü hastada akut batın belirtileri ortaya çıkmış ve toraks tüpünden verilen radyoopak madde ile çekilen grafide toraks boşluğu ile batın arasında ilişki olduğu belirlenmiş (Resim-3). Hasta acil hariciye servisi nöbetçi ekibi tarafından operasyona alınmış. Gözlemde omentum, mide, transvers kolonun bir galo oluştur-

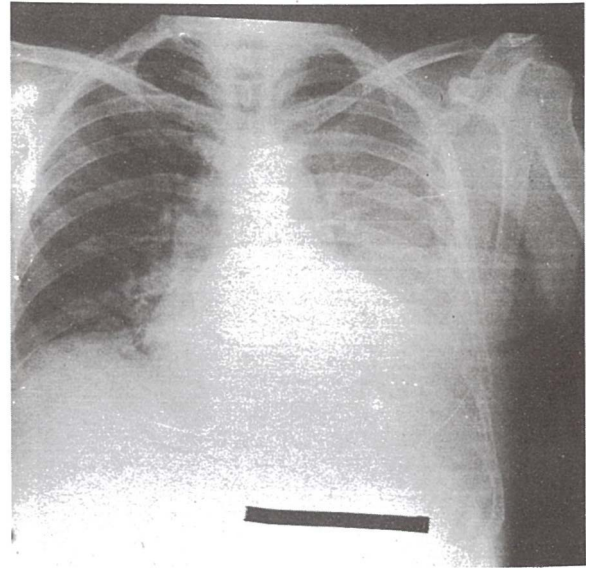


Resim 1: Posteroanterior akciğer grafisinde sol hemitoraksı kaplayan ampiyem izlenmekte.

duğu ve omentumun batin duvarına yapıştığı belirlenmiş. Omentumla batin duvarı arasındaki yapışıklıklar açılarak sol diafragmatik mesafeye gelindiğinde, diafragmanın apse odağında nekroze olarak perforasyon olduğu ve bu bölgedeki apsenin toraks tüpünden drene olduğu gözlenmiştir. Poşa dren konularak batin kapatılmış.

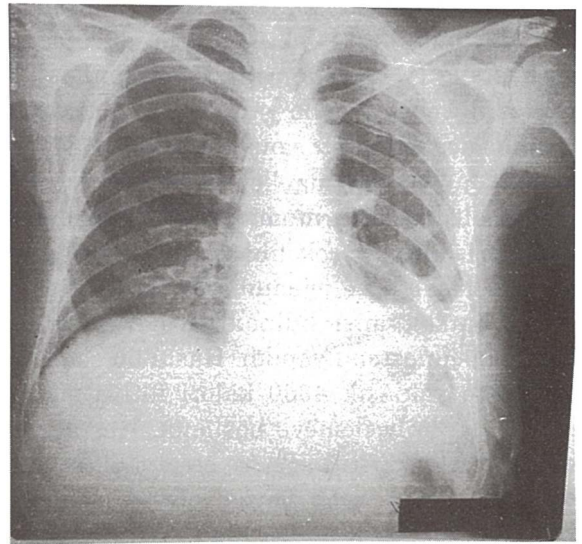


Resim 3: Toraks tüpünden verilen radyopak maddenin batin içersine geçişi gözlenmekte.



Resim 2: Akciğer grafisinde sol hemitoraksta AC'in drenajdan sonra expanse olduğu gözlenmekte.

Hasta bu dönemden sonra tarafımızdan takip altına alınmıştır. İltihabi drenaj devam ederken zamanla akciğer ve plevranın kendini sınırlayarak toraks boşluğu ile abdomen arasındaki ilişki ortadan kalktı ve apse poşu lateralde abdominotorakal bir boşluk olarak kaldı (Resim-4). Drenaj tüpü, daha sonra geniş fibröz bir yol teşekkül ettiği ve fonksi-

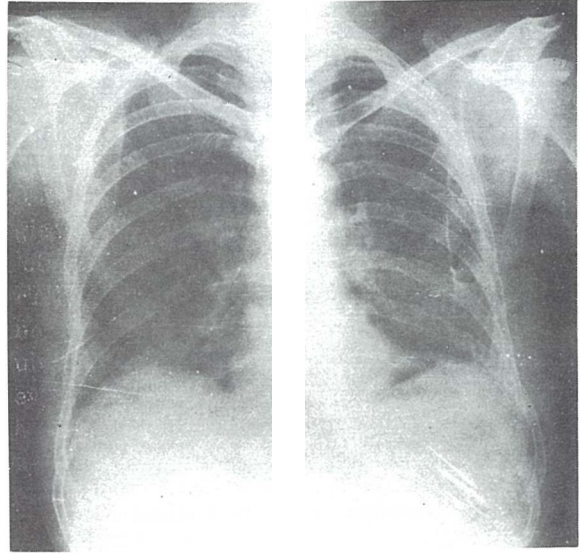


Resim 4: Sol akciğerin kendini sınırlayarak solda abdominotorakal bir poşun kaldığı görülmektedir.



Resim 5: Baryumlu mide duodenum grafisinde fundus üst kısımdaki gastrokutanöz fistül izlenmektedir.

yon dışı kaldığından çıkartıldı. Drenaj açık yara şeklinde devam etti. Hastanemizde yapılan operasyonun 13. gününde drenaj yerinden mide muhtevası gelmesi üzerine hastada gastrik fistül olabileceği düşünüldü. Hastaya içirilen Metilen Mavisi hemen drenaj yerinden geri geldi. Bunun üzerine hastaya baryumlu grafi uygulandı ve midenin fundus üst kısmından fistüle olduğu belirlendi (Resim-5). Hastaya verilen oral gıdalar kesildi. Bu arada genel durumu bozuk ve kaşektik durumda olan hastaya IV hiperalimentasyon planlandı, ancak mali sebeplerle bu yapılamadı. Hastaya beslenme açısından bir şans tanımak için jejunostomi uygulamasına karar verildi. Lokal anestezi altında laparotomi yapıldı, gözlemde batın içerisinde bir çok fibröz yapışıklıkların olduğu belirlendi ve jejunum olduğu düşünülen bir barsak ansı bulunarak nazogastrik sonda ile jejunostomi yapıldı. Hasta bu sonda günde yaklaşık 4000 kalori ihtiva eden gavaj mayi ile beslemeye başlandı. Hasta giderek kilo aldı. Fistül ağzı ve etraf cild Oxide zinc ve piyasada soba boyası olarak bilinen aliminyumlu bileşik ile korundu. Fistül debisi giderek azaldı ve fistülün başlamasından 43 gün sonra tamamen kapandı. Oral gıdaya ge-



Resim 6: Hasta taburcu edilmeden çekilen grafide akciğerin tamamen ekspanse olduğu görülmektedir.

çildi. Sol akciğer giderek ekspanse oldu (Resim-6). Hasta fistül oluşumundan 50 gün sonra taburcu edildi. 4 ay sonra kontrole geldiğinde hastanın 13 kg aldığı ve sol akciğerinin ekspanse olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

İzole gastrokutanöz fistüller nadir gelişen olaylardır. Gastrointestinal sistem fistüllerine ait geniş serilerde izole gastrokutanöz fistüller %2-20 oranında bildirilmiştir (3,4,5).

Gastrokutanöz fistüllerin etyolojisinde mide duvarı iskemisi üzerinde teorik olarak çok durulmasına rağmen, bunun klinikte pratik manada böyle olmadığı ve etyolojideki rolünün çok az olduğu bildirilmiştir (6,7,8). Etiyolojide çok iyi bilinen bir sebep, özellikle splenektomi gibi üst abdominal operasyonlar esnasında mideye uygulanan direk ve indirek travmalardır (9,10). Literatürde vakaların yaklaşık %70'inden sorumlu hadise budur. Ateşli silah yaralanmaları, malign hadiseler ve malignensi tedavisine yönelik uygulanan radyoterapi-den sonrada gastrik fistül geliştiği bildirilmiştir (1,2,11,12,13). Yabancı cisim irritasyonu ve

enflamasyonun da etyolojide büyük rol oynadığı son zamanlarda üzerinde durulan bir konudur. Yalnız başına dren gibi yabancı bir cisim veya etraf dokuların enfeksiyonunun gastrik fistül geliştirme riski az olmasına rağmen, bunların özellikle drenaj sebebiyle beraber bulunmasının mecburi olduğu durumlarda, gastrik fistül ihtimali artmaktadır (14,15,16,17). Bizim vakamızda hemen hemen aynı özellik göze çarpmaktadır. Hastamızdaki subdiafragmatik apsenin orijinini bilmemekle beraber, periferde uygulanan ilk operasyonda atlanmış bir diafragma rüptürü ve postoperatif dönemde komplikasyon olarak gelişmiş bir subdiafragmatik apse olabilir. Gerek ampiem için uygulanan drenaj, gerekse hastanemizde yapılan ve transdiafragmatik yoldan subdiafragmatik apse poşunun drenajına yönelik çalışmalar sonucunda, enfekte bir ortamda tüpün yaptığı iritasyonun fistül gelişmesinde rolü olduğunu düşünüyoruz. Hastaya splenektomi yapılmadığından, mideye yönelik direk bir travmadan uzağız. Ancak gerek Yozgat'ta gerekse hastanemizde uygulanan operasyonlar esnasında midenin indirek bir travmaya maruz kalabileceğinden kabul ediyoruz. Gastrik fistülün, başlatan olaydan ortalama 21 gün sonra geliştiği literatürde bildirilmektedir (6). Bu süre gözönüne alındığında, hastada subdiafragmatik apse teşhisi konulması ve kapalı drenaja başlandığı tarih ile, fistül gelişme tarihi arasındaki süre 23 gündür. Buda, etraf dokuların enfeksiyonu ve tüp drenajının, bizim vakamızdaki fistülün sebebi olabileceğini destekler mahiyettedir.

Gelişen gastrokutanöz fistülün tanınması zor değildir. Klinik olarak gözlenmesinden sonra çekilen baryumlu grafiler kesin teşhise götürür. Fistülografi ve fiberoptik çalışmalara ihtiyaç duyulmaz. Nitekim bizim vakamızda Metilen Mavisinin oral yoldan verilmesi ve hemen fistül ağzından gelmesi ve bunu takiben yapılan baryumlu grafi sonucunda kesin teşhis konulmuştur. Gastrik fistüllerin %70'inin fundusta büyük kurvaturda olduğu bildirilmiştir. Bizim vakamızda fistül fun-

dus üst kısım büyük kurvaturda idi.

Etyolojide malign sebeplerin bulunmadığı ve mide çıkışında problem olmadığı durumlarda, mide fistüllerinin konservatif tedavi ile en iyi şekilde, ortalama 38 günde (12-82) kapandığı bildirilmiştir (9). Konservatif tedavide ana ilkeler yeterli drenaj, elektrolit ve sıvı dengesinin sağlanması ve hastanın beslenmesidir. Ayrıca hastada üzerinde durulması gereken iki önemli konu, fistül etrafındaki cildin bakımı ve ortaya çıkan pulmoner enfeksiyonlarla mücadeledir. Beslenmede tercih edilecek yol IV hiperalimentasyondur. Hastanın genel durumu düzelip, katabolik durumdan kurtulduktan sonra, hastaya oral gıda verilebilir. Oral gıda alımına geçmek için fistülün kapanmasını beklemek gereksizdir, çünkü böyle durumlarda oral gıda alınması fistülün kapanmasını ters yönde etkilemez (1).

Konservatif yolla tedavi edilen ve spontan olarak fistülün kapandığı hastalarda, cild lezyonları ve pulmoner enfeksiyondan başkaca önemli bir komplikasyon gelişmemektedir. Bizim vakamızda konservatif tedavi tercih edildi. IV hiperalimentasyon için gerekli olan sıvılar temin edilemediğinden hastamızı jejunostomi ile besledik. Hastada bizi uğraştıracak herhangi bir sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi bozukluğu gelişmedi. Cildin korunması için Stomadhesive paste (Contavec), Transparent Adhesive Membran (Op-Site), ileostomi cihazları gibi bir çok metodlar tavsiye edilmiştir (5,12,18). Biz hastamızda stoma ağzını Oxyde zinc, etrafıda piyasada soba boyası olarak bilinen aliminyumlu bileşik ile koruduk ve fazlaca bir problemimiz olmadı. Gelen akıntıyı ise sık sık değişen pansumanlarla uzaklaştırdık.

İzole gastrokutanöz fistüllerde cerrahi müdahalenin endikasyonu sınırlıdır. Gastrektomi ve proksimal gastrik vagotomilerden sonra gelişen nekroz orijinli gastrokutanöz fistüllerde gastrektomi endikasyonu vardır. Aynı endikasyon benign ülser perforasyonlarında, primer sütur uygulamasından sonra gelişen fistüllerde ve malign süreçlere bağlı fistüllerde de mevcuttur. Ayrıca konservatif tedaviye

rağmen kapanmayan fistüllerde de cerrahi yoldan fistülün kapatılması endikasyonu vardır. Ancak bu tür inatçı vakalarda morbidite ve mortalite artmakta, nüks fistül oranı ise %30'lara varabilmektedir. Bunda en büyük etken intraabdominal sepsistir (1,12).

Gastrik fistüllerde mortalite %2-15 oranında bildirilmiştir. Genellikle spontan kapanabilen fistüllerde bu oran düşüktür. Altta yatan sebebe göre malignitelerde ve intraabdominal sepsisin tabloya ilave olduğu durumlarda bu oran yükselmektedir (6,19).

KAYNAKLAR

1. Pearlstein L., Jones C.E, Polk H.C: Gastrocutaneous Fistula. Ann. Surg. 187:223-6, 1978.
2. Sheldon G.F, Gardiner B.N, Way L.W and Dupn J.E: Management of gastrointestinal fistulas. Surg. Gyn. Obst. 133:385, 1971.
3. Ali S.D. and Leffall LD: Management of external fistulas of the gastrointestinal tract. Am. J. Surg. 123: 535,1972.
4. Halversen RC, Hogle HH and Richards RC: Gastric and small bowel fistulas. Am. J. Surg. 118: 968,1969.
5. Mac Fayden BV, Dudrick SJ and Ruberg RL: Management of gastrointestinal fistulas with paraneal hyperalimentation. Surgery 74: 100, 1973.
6. Graves HA, Nelson A. and Byrd BF: Gastrocutaneous fistula as a postoperative complication. Ann. Surg. 171: 656, 1970.
7. Rutter AG. Ischemic necrosis of the stomach following subtotal gastrectomy. Lancet 2: 1021,1953.
8. Spencer FC. Ischemic necrosis of the remaining stomach following subtotal gastrectomy. Arch. Surg. 73: 844, 1958.
9. Aguirre A, Fisher J.E and Welch E.E: The role of surgery and hyperalimentation in the therapy of gastrointestinal-cutaneous fistula. Ann. Surg. 180: 393, 1974.
10. Bryk D. and Petigrow N: Postsplenectomy gastric perforation. Surgery 61: 293, 1967.
11. Griffith C, DM. and Arnott SJ: Gastrocutaneous fistula as a late complication of fast neutron therapy for carcinoma of the stomach. Br. J. Surg. 71: 646, 1984.
12. Maingot, Rodney. Abdominal Operations. Copyright 1985 by Appleton Century Crofts 8th. Ed. Volume 1,p:718,1985.
13. Shackelford and Zuidemba, Surgery of Alimentary Tract. Vol 2.P:270,1981.
14. Cerise EJ, Pierce WA and Diamond DL: Abdominal drains. Their role as a source of infection following splenectomy. Ann. Surg. 171:764,1970.
15. Cohn LH. Lokal infection after splenectomy relationship of drainage. Arch. Surg. 90: 230, 1965.
16. Kama NA, Duman S, Sınay M: Drenler ve uygulamadaki yeri. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1(3): 183-190, 1987.
17. Warshaw AL, Moncure AC and Rattner DW: Gastrocutaneous Fistulas Associated with Pancreatic Abscesses. Ann. Surg. 210(5): 603-607, 1989.
18. Orringer Jay S. et al: Management of wound in patients with complex enterocutaneous fistulas. Surg. Gyn. Obst. 165: 79-80, 1987.
19. Harrison BF, Glanges E and Sporkman RS: Gastric fistula following splenectomy. Its cause and prevention. Ann. Surg. 180: 323, 1974.