

## AMELİYAT SONU GELİŞEN SİNDİRİM SİSTEMİ FİSTÜLLERİ

Dr. Tahsin DEMİRTAŞ (x)  
Dr. Burhanettin SAVAN (xx)  
Dr. Cansaran AĞAOĞLU (xxx)  
Dr. Atilla US (xxxx)

### ÖZET

1974-1976 yılları arasında kliniğimizde tesbit etmiş olduğumuz 66 post operatif fistül vakası çeşitli yönleriyle incelendi. Bunlarda uygulanan teşhis ve tedavi yöntemleri yeni literatürlerin ışığı altında tartışıldı.

### GİRİŞ

Fistül içi epitel ile döşeli iki boşluğu birleştiren içi boş yollar olarak tanımlandığı gibi; içi boş iki organ arasında ya da içi boş bir organla cilt arasındaki patolojik bağlantı olarak tarif edilebilir (1,2).

Ameliyat sonu gelişen fistülleri şu şekilde sıralamak mümkündür (2,3)

A- Tedavi maksadıyla yapılan fistüller:

- 1-Gastrostomi
- 2-Jejunostomi

- 3-Tüp ilcostomi
- 4-Tüp çekostomi v.b.

B-Ameliyat komplikasyonu olarak meydana gelen fistüller:

- 1-Mide fistülleri
- 2-Duadenum fistülleri
- 3-Jejunum fistülleri
- 4-İleum fistülleri
- 5-Çekum fistülleri
- 6-Kolon fistülleri

Gerek cerrahi gerekse anestezi tekniklerindeki son aşamalara rağmen

x Atatürk Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

xx Atatürk Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Profösörü ve Yöneticisi

xxx Atatürk Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

xxxx Atatürk Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

bu gün bile önemini muhafaza etmekte olan ameliyat sonu fistüller genel olarak şu sebeplerle meydana gelmektedirler (2).

- 1-Teknik hata
- 2-Hipo proteinemi
- 3-Vitamin noksanlığı
- 4-Anemi
- 5-Elektrolit bozukluğu

Teşhis etmek dren konulup konulmamasına bağlıdır. Eğer dren kon-

muşsa, bundan gelen akıntıya bakarak çok kolay olmaktadır. Dren yoksa fistülografi çekmek veya ağızdan boyalı madde vererek konulmaktadır. Bazı hallerde de radyopak madde vererek radyoskopik ve radyografik incelemeleri gerekmektedir (2,4).

Tedavi, duodenal fistüllerde daha çok konservatiftir. İleum ve kolon fistüllerinde cerrahi tedavi daha yeğ tutulmaktadır (2,4).

## MATERYAL VE METOT

Çalışmaya esas teşkil eden vakalar 1974-1976 yılları arasında kliniğimizde amaliyat edilen ve postoperatif fistül gelişen 18 kadın, 48 erkek olmak üzere 66 hastadır. Yaş itibariyle en küçüğü 6, en büyüğü 77 yaşında idi. Ortalama yaş 35 yıl olarak tesbit edildi.

Fistül teşhisi için hastalar yakın takibe alındı. Ateş, nabız, TA takip edildi. Karın muayeneleri yapıldı, dren den gelen akıntı kontrol edildi. Şüpheli

hallerde fistülografi çektilirdi, ağızdan boyalı madde verilerek kontrol yönüne gidildi. Ayakta boş karın grafileri çektilirerek peritonit ve obstruksion olup olmadığı kontrol edildi. Kan elektrolitleri, hemoglobin, lökosit, kan proteinleri ve NPN tetkikleri yapıldı.

Tedavide vakaların özelliğine göre çeşitli yöntemleri uygulandı. Ancak çeküm ve duodenum fistüllerinde daha çok konservatif tedaviye önem verildi.

## BULGULAR

Bahsedilen süre içinde kliniğimizde 339 mide-duodenum, 431 jejunum ve ileum, 273 kolon ve 952 apandisit vakası olmak üzere toplam 1995 vakaya müdahale edilmiş, bunlardan 66 tanesinde fistül görülmüştür. Bu duruma göre kliniğimizde fistül oranı % 3.4 olarak saptanmıştır.

Vakalarımızın 29 (% 43.9) 'unda ileum ve jejunumda, 24 (% 36.4) 'ünde

kolonda, 7 (% 10.6) 'sinde duodenum, 5 (% 7.6) 'inde ileum ve kolonda birlikte 1 (% 1.5) vakada ise duodenum ve kolonda ayrı fistüller tesbit edilmiştir.

Kliniğimizde saptadığımız vakaların 23 (% 34.9) tanesinde anastomoz hastası, 20 (% 30.4) 'ü seroza defekti, 7 (% 10,6) 'si duodenal stump atması, 6 (% 9) vakada barsaktan stür. geçme nedeniyle fistül meydana geldiği görülmektedir.

Tablo 1. Fistül sebepleri gösterilmiştir.

Fistül nedeni	Vak'a sayısı	%
Anastomoz kaçağı	23	34.9
Duodonal stump atması	7	10.6
App. Güdüğünden kaçak	5	7.6
Seroza defekti	20	30.4
Stür geçme	6	9
Diğer sebepler	5	7.5
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2. Klinik bulgular gösterilmiştir.

Bulgular	Vaka sayısı	%
Hassasiyet	65	98.5
Drenden akıntı	63	92.5
Taşikardi	55	83.4
Distansion	49	74.4
Ateş	46	69.8
Kusma	37	56.1
Hipotansion	36	54.6
Diyare	33	50.0

Tablonun tetkikinden en çok hassasiyet görüldüğü, onu drenan akıntının gelmesi, taşikardi, distansion, ateş, kusma, hipotansion ve diyarenin takip ettiği kolayca farkedilmektedir.

Hemoglobin 30 (% 45.5) vakada 10 gramın altında 36 (54.6) vakada 36 (54.6) vakada 11-215 gram arasında bulunmuştur. Lökosit ise 23 (% 34.9) ünde 5000-10000, 29 (% 44)'unda 10000-20000 ve 14 (% 21.1) vakada 20000'nin üzerinde bulunmuştur.

Elektrolitler 48 (% 92.8) vakada çok düşük bulunmuş, diğer vakalarda ise normalin altında olduğu saptanmıştır. 52 (% 78.8) vakada protein 2,5-4,5 gram olarak tesbit edilmiş, diğer vakalarda ise normalin altında olduğu görülmüştür.

Tanıda özel tetkike fazla gerek görülmemiştir. Klinik bulgular ve drenan gelen akıntının vasfına bakılarak teşhis konmuştur. Ancak üç çekum fistülünde fistülografi, iki duodenal fistülde ağızdan boyalımadde verilerek teşhis yönüne gidilmiştir.

Tablo 3. Tedavi yöntemleri gösterilmiştir.

Tedavi şekli	Vaka sayısı	%
Konservatif tedavi	12	18.3
Cerrahi tedavi	23	34.9
Kombine tedavi	31	46.8

Vakaların 12 (% 18.3)'inde konservatif, 23 (% 34.9)'ünde cerrahi, 31 (% 46.8) 'inde kombine tedavi uygulandı. Birinci grupta 4 (% 33.4), ikinci grupta 6 (% 26.1), üçüncü grupta 11 (% 35.5) ölüm görüldü.

Tablo 4. Cerrahi tedavi usulleri gösterilmiştir.

Cerrahi yöntem	Vaka sayısı	%
Primer stür	8	14.8
Tüp ileostomi	7	13.0
İleostomi	14	26.0
Kolostomi	9	16.6
Tüp kolostomi	4	7.4
Gastrotomit + Rez. + Anas.	1	1.8
İleo transvar anastomoz	4	7.4
Rezeksion + Anastomoz	7	13.0
Toplam	53	100.0

Kliniğimizde en çok ileostomi, kolostomi, ve primer tamir yapılmıştır.

Toplam 53 vakada cerrahi yöntem uygulanmıştır.

Tablo 5. Tedavi sonuçları gösterilmiştir.

Sonuç	Vaka sayısı	%
Şifa	20	30.3
Sabah	16	24.3
Haliyle	9	13.6
Eksitus	21	31.8
Toplam	66	100.0

Görüldüğü gibi vakalarımızın 21

(% 31.8) tanesi ölmüştür.

## TARTIŞMA

Ameliyat sonu oluşan bu komplikasyon anestezi ve cerrahi tekniklerdeki son ilerlemelere rağmen günümüzde henüz önemini devam ettirmektedir. Gerek hekim yönünden, gerekse hasta için önemli problemler yaratmaktadır. Çoğu kez ikinci operasyona gidilmekte, gereksiz zaman ve hasta kaybına sebep olmaktadır. Gayemiz bu komplikasyonu asgariye indirmek ve meydana gelmişse uygun teşhis tedavi yöntemini tatbik ederek hastayı kurtarmak olmalıdır.

Bu yazımızda kliniğimizde görmüş olduğumuz 66 vakadaki fistül sebeplerini teşhis ve tedavi yöntemlerini takdim edecek ve literatürün ışığı altında en uygun olanını bulmaya çalışacağız.

Bortlet ve Lowel 1938 de yayınladıkları bir seride duodenal fistüllerin % 92. sinin cerrahi müdahale sonucu meydana geldiğini belirtmişlerdir (4). Bir başka seride ileum ve kolon fistüllerinin büyük çoğunluğunun cerrahi müdahalelerden sonra teessüs ettiği bildirilmiştir (13). Edmunds ve arka-

daşlarının bir makalesinde fistül oluşumunda başlıca sebebin anastomoz yetersizliği olduğu meydana çıkmıştır(2).

Aquirre, Weisz, Block, Gacky ve arkadaşları fistül oluşan hastalarda protein değerlerinin düşük nispetlerde olduğunu görmüşlerdir (5,9).

Vakalarımızın 23 (% 34.9)'ünde anastomoz yetersizliği, 7 (% 10.6) sinde duodenal stumpan kaçak, 5 (%-7.6)'sinde apandix güdüğünden sızma, 20 (% 30.4)'sinde barsak serozundaki defekt, 6 (% 9) 'sında ise stür geçilmesi fistül sebebi olarak tesbit edilmiştir. Bunlardan da anlaşılacağı gibi fistüllerin çoğu cerrahi müdahaleden sonra meydana gelmiştir. Bu da dikkatsiz çalışmaya bağlı teknik hatadan ileri gelmektedir.

Ayrıca vakalarımızın çoğunda anem ve hipoproteinemi mevcuttu. Bu hal vakalarımızda fistül oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Şöyleki yapılan bir anastomoz anemi ve hipoproteinemi sebebiyle tutmamakta ve anastomozdan sızma husule gelmektedir. Vakalarımızın büyük kısmında teknik hatadan daha çok bu hal sorumlu olmaktadır.

Tanı ameliyat esnasında karına dren konmuşsa, bundan gelen akıntıya bakmak suretiye oldukça kolay olarak konulur. Şüpheli durumlarda radyopak madde drenen verilerek yapılan fistülografi ile konabilir (2).

Artz ve Hardy ağızdan metilen mevisi, Carmen kırmızısı gibi boyalı maddeler vermeyi, bunların drenen gelip gelmediğini takip etmenin yararlı olduğunu belirtmektedir (2).

Laliye ve Hira bilhassa çekum fistüllerinde radyopak madde içiril-

dikten sonra radyoskopik ve radyografik tetkik yapmayı tavsiye etmektedir.

Klinik bulgularında fistül teşhisinde oldukça büyük bir rolü vardır. Kesin olmazsa bile şüphe uyandırmaları bakımından önem taşımaktadırlar (2,3,10,11).

Biz tablo 2 de de görüleceği gibi teşhiste klinik bulgulardan çok istifade ettik. Vakalarımızın 98.5'unda karında hassasiyet tesbit ettik. Ayrıca % 92.5 vakada ise drenen barsak muhteviyatının geldiğini gördük. Ateş, nabız da yükselme ile tansion düşmeleri de bizde fistül olabileceğini, en azından peritonit husule geldiğini gösterdi.

Ancak üç çekim fistülünde lipiodol vererek fistülografi yapıldı, iki duodenal fistül vakasında da ağızdan metilen mavisini vererek drenen geldiğini tespit ederek kati teşhise vardık. Bütün vakalarımızda ayakta baş batın grafisi çektirerek obstruksion, peritonit, abse durumunu tesbit yönüne gittik. Yaptığımız gözlem ve tetkiklerde fistül teşhisinde başarılı olduk.

Block ve arkadaşları duodenal fistüllerde konservatif tedaviyi cerrahi tedaviye üstün tutmaktadırlar. Maingot ve arkadaşları ise yan duodenal fistüllerde derhal cerrahi müdahale yapmayı önermektedirler (6,15) Maingot duodenal fistüllerde tüp jejunestemi yapmayı ve hastayı bu yolla beslemeyi de önermektedir. Hiral Aquirre Erdman, Efruzı ve arkadaşları hiperalimentation tedavisinin fistüllerin spontan olarak kapanmalarında büyük faydalar sağladığını ileri sürmektedirler (5,7,12,13,14).

Himal ve arkadaşları 91 vakayı tedaviye almış, bunları dört gruba ayırarak tedavi etmişlerdir.

Birinci grupta hiperalimentation + basit cerrahi yöntem uygulanmış, 26 hastadan 8 (% 31) ölmüş, ikinci grupta hiperalimentation + büyük cerrahi yöntem uygulanmış 23 hastadan 6 (% 26) ölmüş, üçüncü grupta erken cerrahi müdahale uygulanmış 17 hastadan 8 (% 47) ölmüş, dördüncü grupta ise intravenöz hiperalimentation ve nazogastrik yolla beslenmiş, ölüm % 8 olarak bulunmuştur.

Artz ve Hardy duodenal fistüllerde Nazogastrik, tüp, koymayı, mideyi 7 gün boş tutmayı öneriyorlar. Ayrıca cildin korunması için sump section ile tedavi ediyorlar (2).

Maingot duodenum fistüllerinde rezeksion ve gastro enterostomiye; Hardy, Bumin ileum fistüllerinde rezeksion + anastomozu, bu yapılamadığı zaman total eklüzyon, parsiyel eklüzyon veya by pass yapmayı tavsiye etmektedir (2,3,14).

Kolon fistüllerinde kolostomi yapılması, 4-8 hafta sonra bir ameliyatla kolostominin tamir edilmesi tavsiye edilmektedir (2,3,10,15).

Kliniğimizde 66 vaka incelendi, bu vakalar üç grup altında tedavi edildi. Birinci grupta 12 (% 18.3) vakada konservatif tedavi uygulandı. Hastalarda nazogastrik tüp yutturularak ağızdan hiçbir şey verilmedi. Vakalara

intravenöz mayi, amparon ve bir kısmına da kuru plazma verildi. Cut down yapılarak santral venöz basınç altında mayi tatbik edildi. Elektrolit ve protein noksanlıkları telafi edildi.

Kliniğimizde bilhassa duodenum fistüllerinde bu tip tedavi uygulandı.

İleum ve kolon fistüllerinde ise daha çok cerrahi tedavi ve her iki tedavi birlikte tatbik edildi.

Cerrahi tedavi olarak tablo 4'te de görüldüğü gibi en çok ilestemi kolostomi, primer stür, tüp ile ostomi yapıldı. İle ostiemi ve kolostomi hastalar tarafından iyi karşılanmamakla beraber çoğu kez hayat kurtarıcı müdahaleler olarak görülmüştür. Bu yöntemlerle fistüllü kısım dinlendirilmekte ve fistül kendiliğinden kapanmaktadır.

Konservatif tedavi uygulananlarda ölüm oranı % 33.4, kombine tedavide % 33.5, cerrahi müdahalede ise % 26.1 nispetinde ölüm tesbit edilmiştir. Görüldüğü gibi bu metodlar içinde en iyi tedavi şüphesiz ki cerrahi yöntemdir Muhtelif yayınlarda ise konservatif tedavinin üstünlüğü ileri sürülmektedir. Burada şunu söylemek yerinde olur, hakikaten duodenum, ileumun yukarı ve jejunum fistüllerinde konservatif tedavi yapılması uygun olmaktadır.

Serimizde mortalite oranı (% 31,8) olarak tesbit edilmiştir. Yayınlarda ise mortalitenin % 20-60 arasında olduğu belirtilmiştir (2,4).

## SONUÇ

1- Fistül sebebi olarak en çok (% 34.9) anastomoz kaçağı, seroze defekti (% 30.4) olduğu saptandı.

2- Belirtiler içinde en çok hassasiyet (% 98.5), drendan akıntının gelmesi (% 92.5) olduğu görüldü.

3- 12 (% 18.3) konservatif, 23 (% 34.9) cerrahi, 31 (% 46.8) kombine tedavi uygulandı. Konservatif grupta 4 (% 33.4), cerrahi grupta 6 (% 26.1), kombine grupta ise 11 (35.5) ölüm olmuştur.

4- Toplam 21 vaka exitus oldu. Ölüm oranı % 31.8 olarak bulundu.

Post operatif fistüller her klinikte olduğu gibi, bizde de sorun teşkil etmektedir. Bu sorunun çözümü erken teşhis edilmesi kadar ilk ameliyatta uygulanacak yöntemin iyi seçilmesi ve ameliyat sonu bakım ve takibin iyi olmasına da bağlıdır.

## SUMMARY

### Post operative fistules of the Gastrointestinal Tract

66 post operative fistule cases are reviewed which are treated in our clinic in the years 1974-1976. Mana-

gement and diagnostic results are discussed in the light of recent literature.

## FAYDALANILAN KAYNAKLAR

- 1- Alev İbrahim, Rekmüt ve Anal Kanal hastalıkları. Sayfa 140. Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fak. Yay No: 12. 1976.
- 2- Artz CP. and Hardy J.D. MD. FACS Manegament of surgical complication 462-468 622, WB. Saunders Company Philadelphia, London, Terente, 1975.
- 3- Bumin Orhan. Sindirim Sistemi- Cerrahisi Cilt II. S. 63, Ankara 1976.
- 4- Maingot Rodney and British and American Contributors velum twe 1392, 1974.
- 5- Acquirre A., Fisher J.E., Welch C.E. MD. The role of wsurgery and hyporalimantation in therapy of gastro-intestinal cutaneous fistulas. Ann. Surg. 180 (4): 393-401 Oct. 74.
- 6- Block P.J. MD. and Cheppel W.E. MD. Duedene cutaneusus fistulas Rev. of Surg. 31: 286-8 Jul. Aug. 74.
- 7- Erdman L.H. MD. PACS. Castrorejuncutaneous fistula and "Elemental" alimentation J.S.C. Med Assec. 71 (3): 88-9 Mar. 74.
- 8- Gacky W., Dybicki, J. External fistula of small inteshine wiat lek. 27: 1031-5 Jun. 74
- 9- Weisz G.M. MD. Hampel, N. MD, Cersech, İ. MD., Schramek A. MD., Barzilai A. MD. Total introvenous Hyperslimentation in the management of cecal fistulas: Report two cases. Dis. Celen Rectum. 17: 476-9 Jul. -Aug. 74.
- 10- Bumin Orhan, Sindirim Sistemi Cerrahisi. Cilt I. Sayfa 212. Ankara Üniversitesi Basımevi 1974.
- 11- Schwartz, Saymour İ. Principles of Surg. 1101 Volum. 2: Page 1101. New York, 1974.
- 12- Efrusy ME. and Dobbins W.O. MD. Persistent enterecutaneous fis-

- tula associated with intraperitoneal metallic mercury Am. J. Dig. Dis. 19: 373-7. Apr. 74.
- 13- Higgs George A. MD FACS Or's operations general surgery 379-509-561, 1969.
- 14- Himel H.S., Allard J.R., Nadesu J.E., Freeman, J.B. and Mc Lean LD. The importance of adequate nutrition in closure of small intestinal fistulas Br. J. Surg. 61 (9): 724-6 Sep. 74.
- 15- Mainget Rodney and British and American Contributors volume One 151.1974