

MİDENİN BENİGN ÜLSERİNE BAĞLI BİR SPONTAN GASTRO-JEJUNAL FİSTÜL OLGUSU

Dr. Kemal KARAKAŞ (x)

Dr. Mete KESİM (xx)

Dr. Kemal ÇIRAK (xxx)

Ö Z E T

Bu yayında, kliniğimizde 16 yıl içinde, mide arka duvarı benign ülserine bağlı bir spontan gastro-jejunal fistül olgusu görülmesi nedeniyle, konu ile ilgili literatürlerde taranarak olgunun tekdimi yapıldı.

G İ R İ Ş

Peptik ülser ilk defa 1830 da Trevers tarafından tarif edilmiştir. Peptik ülser tabirinde ilk defa Quinke kullanmıştır. (3) Quinke aynı zamanda ülserin meydana gelişinde mide klorhidrik asit salgısının rolünde işaret etmiştir (2).

Peptik ülser sık rastlanan bir hastalıktır. Daha çok mide ve duodenumda bulunur. Mide de duodenum'a nazaran 10 defa daha az görülür. (3,6,8) Erkeklerde kadınlara nazaran 4 defa daha sık rastlanan peptik ülser, her yaşta görülebilir. Fakat daha çok geç ve orta yaşlılarda görülür. Duodenum ülserinin gençlerde daha çok görülmesine rağmen mide ülseri daha çok ileri yaşlarda görülür. Ekseriya kronik atrofik gastritle birlikte olup, hazmı güç gıdalarla beslenen az gelirlielerde rastlanır. Mide ülserinin meydana gelişinde antral fazın ve mide mucosa'sı mukavemetinde azalmanın rolü olup, salgının miktar ve asiditesi normal veya normal altında olabilir. (3,5)

Mide ülseri duodenum ülserine nazaran tıbbi tedaviye daha az cevap verir. Kanama, delinme gibi komplikasyonları duodenum ülserine göre daha tehlikelidir. Mide ülserinin % 85'i kurvatura minor üzerinde olur. (2,3) Midenin ön ve arka yüzlerindedeki bizim olgumuzda olduğu gibi enderde olsa görülebilir.

Ülser mide mucosa'sının harabiyeti ile karakterizedir. Harabiyet ilerleyip muskularis tabakalarını aşarak serozaya kadar girerse civarındaki reaksiyonel ve iltihabi durum nedeni ile çevre organlar gelip ülser üzerine yapışır. Ülser bu çevre

(x)- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı Uzman

(xx) Öğretim üyesi Doç. Dr.

(xxx) Araştırma görevlisi

re organ içine doğru ilerler. Çevre organ içi dolu bir organ ise (karaciğer, pankreas gibi) o zaman penetre ülser denilen durum oluşur. Eğer içi boş bir organ ise (safra kesesi, jejunum, ileum v.s.) olgumuzda olduğu gibi fistül meydana gelir.

OLGU TAKDİMİ

D.Y. 78 yaşında erkek hasta, 10.11.1982 tarihinde 12143/12200 protokol numarasıyla epigastrik bölgede ağrı, zayıflama şikayeti ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine müracaat ederek yatırıldı.

Hikâyesinden, şikayetlerinin 4 ay önce üşüme, titreme ve epigastrik nahiyede ağrı ile başladığı, bu arada zayıfladığı, bize müracaatından 3 ay evvel Erzurum Numune Hastahanesinde, 15 gün yatıp tıbbi tedavi gördüğü, şikayetlerinin kaybolması üzerine taburcu edildiği, bilahare aynı şikayetlerinin tekrar devam etmesi üzerine kliniğimize müracaat ettiği öğrenildi.

Öz ve Soy Geçmişi: Evli ve 3 çocuk babası olduğu, gündü 1 paket sigara içtiği, zaman zaman da alkol kullandığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde: TA: 140/80 mmHg, Nabız 96/dk, Ateş: 36,8°C. Şuuru açık, kaşektik görünümde. Turgor tonus hafif azalmış olup ikter, siyanoz yoktu.

Solunum ve Dolaşım Sistemleri: Normal.

Sindirim Sistemi: Dil kuru ve üzeri paslı idi. Palpasyonla epigastrium hassas ve agrılı idi. Karaciğer 1 cm palpalb üzeri düz ve agrısızdı. Karında palpasyonla başka patoloji tesbit edilmedi.

Laboratuvar Bulguları: Hb: 11 gr, Bk: 4000, NPN: 36, Glisemi: 94, Total protein: 6,1 Alb: 3,7 Glob: 2,4 İdrar tahlili ve karaciğer fonkiyon testlerinde patoloji tesbit edilmedi.

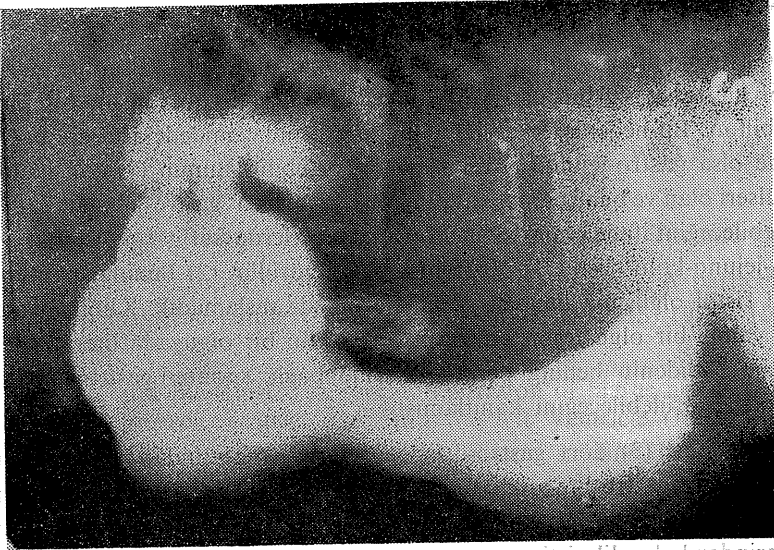
Mide Total Asiditesi: 34, serbest Hcl: 0 idi.

137/688 protokolla normal olarak rapor edilen Baryümlü Mide-duodenumi tetkikinun radyolojik görünümü (Resim-1) de görülmektedir.

Mide-duodenum grafisinin gastrointestinal troktüsdeki patolojilerin takibinde ancak % 70-80 netice verdiği kabul edilmektedir. Kanıma göre bu yüzde de tecrübeli radyologlara mahsus bir yüzdendir.

Klinik olarak hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine, her ne kadar mide-duodenum grafisinde patoloji tesbit edilmedi ise de hastanın explorasyonuna karar verilip 22.2.1982 tarihinde ameliyata alındı.

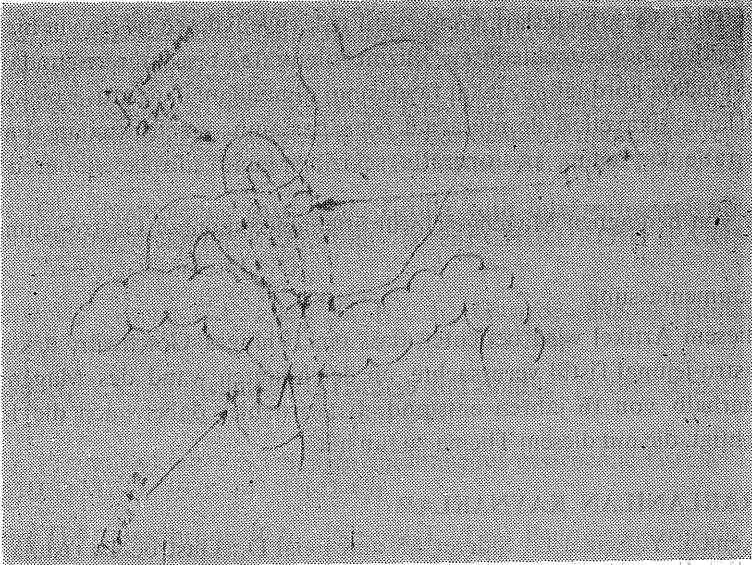
ETGA. altında göbek üstü median insizyonla karına girildi. Explorasyonda, jejunumun transvers kolon mezosundaki bir defekten herniasyona uğradığı ve mi-



Resim-1: Preoperatif baryumlu Mide-duodenum grafisi

denin arka yüzünde corpus bölümünde, curvatura minora yakın kısmında, Treitz dan 15 cm distalde jejunum ansı üzerine fistülüze olmuş (Bening ülserle bağlı spontan gastre-jejunal fistül) ülser resim-2 de görüldüğü gibi tesbit edildi.

Fistül bertaraf edilip transvers mezodaki defekt, primer tamir edildi. Subtotal gastrektomi yapıp, antekolik-izoperistaltik Billroth II tipi gastro-jejunos-tomi yapılarak kanama kontrol edildi. Anastomos yakınına bir adet penroz diren konup tabakalar usulüne uygun kapatılarak ameliyata son verildi.



Resim-2: Peroperatif patolojinin şematik görünümü.

T A R T I Ş M A

Gastro-jejunal fistülün nedeni çoğunlukla bir peptik ülserdir. Ülser olanı iltihabi bir saha oluşturduğu ve buraya çevre organların yapışıp bir kitle teşkil ettiği bilinir. Bu nedenle, mide ile jejunum arasında, midedeki ülserle bağlı olarak nadirde olsa gastro-jejunal fistül meydana gelebilir. Bunun (7) çok nadir olarak mide ülseri olan ve henüz ameliyat olmamış vakalarda gastro-jejunal fistül meydana gelebileceğini ifade etmektedir. Marjinal ülserlerde saf gastro-jejunal olmayan gastro-jejuno-kolik fistül % 10-15 nisbetinde görülür. (3) Bening spontan gastro-jejunal fistül olgusuna literatür taramalarımızda raslamadık. Klinikimizde şu ana kadar yalnız bir olgu tesbit etmemiz ve bu gibi bir olguyada literatürde de raslayamamız midenin bening peptik ülserine bağlı, spontan gastrojejunal fistülün çok ender görülebileceğini kanıtlamıştır.

Rappoport (3) dört gastro-duodenal fistül olgusundan, Duranteau (5) ve arkadaşları bir gastro-bronşik fistülden bahsetmektedirler. Bu müelliflerin makalelerinde gastro-jejunal fistül hariç midenin peptik ülserine bağlı, spontan çeşitli fistüllerinden bahsedilmiştir.

Joffe (2) mide ülserinin safra yollarına, kolona, duodenuma, dalağa, karaciğere, pankreas'a, gastro-hepatik omentuma perforé olabileceğini belirtmiştir. Bizim olgumuz, Joffe'nin belirttiği bu organlar dışında mide peptik ülserinin, jejunuma da fistülüze olabileceğini teyit etmiş bulunmaktadır.

Gastro-koliko-jejunal fistül olgularına nadirde olsa klinikimizde, zaman zaman raslanmaktadır. Saf gastro-jejunal fistül (mide peptik ülserine bağlı) olgusu klinikimizde ilk olarak tesbit edilmiştir.

Privett (4) ve arkadaşları konservatif tedaviyle iyileşen iyi huylu bir gastro-kolik fistülden bahsetmektedirler. Bizim olgumuz bize müracaatından önce, üç ay tıbbi tedavi gördüğünü, fakat faydasının olmadığını ifade etti. Epigastriumda ağrı zayıflama şikayetleri ile müracaat eden hastanın ameliyatından sonra şikayetleri süratle kaybolup, postoperativ sekizinci günü şifa ile taburcu edildi.

(Der von benignen Magengeschwür abhängige spontan Gastro-jejunal fistül Fall.)

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird berichtet, dass ein benignes Geschwür, das spontan einen Gastro-jejunal fistül verursacht, an der hinteren wand des Magens in unserer innerhalb von 16 Jahren entstand. Es wird hier dabei auch die Literatur berücksichtigt, die mit diesem Thema zu tun hat.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Ashkenazi, Y. Seidel L., Siderer M. and Feigl D.: Gastrocolic fistula (Hebr), HAREFUAH. 1980 98/4 (159-162-191) Summ. In ENGL.

- 2- Bumin, O.: Sindirim Sistemi Cerrahisi cilt I s: 108-202 (1980)
- 3- Beker, S., et al.: Gastro-kolik ve Gastro-jejuno-kolik Fistüller, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 41:2(1978)
- 4- Christiansen, S., Ram M.D., Sachatello C. and Griffen W.O.Jr.: Management of gastrocolic fistula AM. SURG. 1981 47/2 (63-66)
- 5- Davis -Christopher: Textbook of Surgery. W.B. Saunders Co. Toronto (1972)
- 6- Dubost, C., Duranteau, A.; Vilde, J.L. and Levasseur Ch. : A particularly severe gastro bronchic fistula (Fren) CHIRURGIE (PARIS) 1976 102/11 (954-957)
- 7- Di Bonito, L., and Bianchi C.: A rare complication of hiatus hernia: Perforation of intrathoracic gastric ulcer into the left Ventricle (Ital) MINERVA CHIR. 1978 33/11 (667-669) -Summ in ENGL.
- 8- Fishman, A.: Gastro-colic fistula from benign gastric ulcer, jama 214-: 518 (1970)
- 9- Karakaş K., et al.: Trunkal Vagotominin geç neticeleri, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Bülteni 4: 303-311 (1978)
- 10- Karakousis, C.P. and Greenberg P.H.: Gastrocolic fistula as a complication of benign gastric ulcer. ARCH..SURG (CHICAGO) 1979 114/12 (1426-1428)
- 11- Kondo, T., Tabuse, Y., Enomoto, M., et al: A case of gastrocolic fistula resulting from gastric ulcer (japa). J. WAKAYAMA MED. SOC. 1977-28/3 (201-205) Summ in ENGL.
- 12- Lundell L. and Suarholm E.: Gastrocolic fistula; A rare Complication of benign gastric ulcer, ACTA CHIR. SCAND. 1980 146/3 (213-215)
- 13- Morton, R.E., Deluca R.F., Reisman T.N. and Rogers A.I.: Gastrocolic fistula secondary to benign gastric ulcer not operated upon: case report and review of literature STH. MED. J. (BGHAM. ALA) 1977 70/2 (201-204)
- 14- Morer, G.: Spontaneous gastrocolic fistula with intraperitoneal abscesses. Interest of the preliminary colostomy (Fren) CHIRURGIE (PARIS) 1979 105/4 (268-271) Summ in ENGL.
- 15- Pearlestein Y., Jones C.E. and Polk. H.C.Jr.: Gastrocutaneous fistula: Etiology and treatment ANN. SURG. 1978 187/2 (223-226)
- 16- Rappoport, A.S.: Gastruodenal fistulae and double pyloric canal: GASTROINTEST. RADIOL. 1978 2/4 (341-346)
- 17- Sung J. P. and O hara V.S.: Benign spontaneous gastrocolic fistula: Case report MILO MED. 1978 143/1 (42-43)
- 18- Starang, G.I., Bradbrook R.A., Priventt J. et al: Benign gastrocolic fistula heal-g with conservative management ARCH. KSURG. (CHICAGO) 1977 112/5 (651-654)