

Kolon Kanseri Nedeniyle Gelişen Gastrokolik Fistül Olgusu (Olgu Sunumu)

A Gastrocolic Fistula Occured Due To Colon Cancer (Case Presentation)

Sezgin Yılmaz¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

ÖZET: Gastrokolik fistüller gastrointestinal sistem kanserlerinin nadir komplikasyonlarından birisidir. Sadece kanserler değil aynı zamanda peptik ülser, perforate kolon divertikülleri, crohn hastalığı, perkütan endoskopik gastrotomi ve gastroenterostomi gibi patolojiler de gastrokolik fistül oluşumuna neden olabilirler. Kanserlere bağlı olarak gelişen gastrokolik fistüller ise mide ve kolon kanserlerine bağlı olarak gelişebilir. Uygun vakalarda fistüle eşlik eden mide ve kolon segmenti ve varsa invaze olmuş diğer organlarla birlikte geniş rezeksiyon önerilen cerrahi işlemdir. Bu yazıda kolon kanserine bağlı olarak gelişen ve subtotal gastrektomi, sol hemikolektomi, distal pankreatektomi ve splenektomi ile tedavi edilen ve şifa ile taburcu olan bir gastrokolik fistül olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Gastrokolik fistül, rezeksiyon, mide kanseri, kolon kanseri

SUMMARY: Gastrocolic fistulas are rare complications of gastrointestinal system cancers. Not only cancers but also benign pathologies like peptic ulcer, perforated colon diverticulum, Crohn's disease, percutaneous endoscopic gastrotomy and gastroenterostomy may also cause gastrocolic fistula formation. Gastrocolic fistulas occurring due to cancers may develop after gastric and colon cancer. The wide resection including the stomach and colonic segment and other invaded organs is recommended in appropriate cases. In this article, a gastrocolic fistula occurred due to colon cancer and treated with subtotal gastrectomy, left hemicolectomy, distal pancreatectomy and splenectomy was presented. The patient was discharged with a uneventful postoperative period.

Key Words: Gastrocolic fistula, resection, gastric cancer, colon cancer

GİRİŞ

Gastrokolik fistüller gastrointestinal sistem kanserlerinin nadir komplikasyonlarından biridir. Sadece kanserlere re bağlı değil, peptik ülser, perforate kolon divertikülleri, crohn hastalığı, perkütan endoskopik gastrotomi sonrası, gastroenterostomi sonrasında da gelişmektedir. Modern anti-ülser ilaçların kullanıma girmesiyle birlikte peptik ülser gibi benin hastalıklara bağlı gastrokolik fistül sayısı azalmakla birlikte 100 civarında peptik ülserle bağlı gelişen olgu literatürde bulunmaktadır (1). Malignitelere bağlı olarak gelişen vakalar ise batı toplumlarında daha çok transvers kolon tümörlerine bağlı olarak gelişirken Japonya gibi

ülkelerde mide kanserine bağlı olarak gelişmektedir. Hastalarda ortaya çıkan semptomlar sıklıkla etiyojiden bağımsızdır ve diare, fekaloid kusma ve kilo kaybı hastalığın klasik triadını oluşturur. Bunun yanında malnutrisyon, epigastrik ağrı, ağızdan fekaloid koku gelmesi de sıklıkla görülen bulgulardır. Gastrokolik fistüllerin tanısında hastanın anamnezi, baryumlu grafiler ve endoskopi önemli bir yer tutmaktadır. Gastrokolik fistül olgularında mümkün olan her vakada cerrahi tedavi önerilirken benin nedenlere bağlı olgularda medikal tedavileri öneren yayınlar da vardır. Bu olguda, malin bir gastrokolik fistül vakası sunuldu.

OLGU

Elli yaşında bayan hasta 3 aydır halsizlik bulantı ve kötü kokulu kusma şikayetleriyle kli-

niğimize başvurdu. Başvuru sırasında 3 ayda 10 kilodan fazla kilo kaybının olduğu ve genel durumunun kaşektik olduğu görüldü. Fizik muayenesinde batında sol üst kadranda hassasiyeti dışında başka bir muayene bulgusuna rastlanmadı. Hastanın labaratuvar tetkikleri lökosit:7700 hemoglobinin:8,6 g/dl, tümör belirteçlerinde CA 19-9 :194,2 normalin yaklaşık 5 katı olarak geldi. Mide duodenum çift kontrastlı grafilerinde mide büyük kurvatura tarafında rijidite gözlemlendi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde splenik flexura ve mide korpus lokalizasyonunda intestinal kümelenme kontrast madde artıkları ve çekumda sıvı içerikli distansiyon izlendi (resim 1) ve maliniteye bağlı solid organ metastazına rastlanmadı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide büyük kurvaturda malign görünümlü üzeri göbekteşme yapan kitle (resim 2) ve kolonoskopisinde 65. cm de splenik flexurada malin pasajı tıkayan kitle ve şüpheli fistül ağzı saptandı (resim 3). Hastaya tümörlü bölgeyi unblok çıkaracak sol hemikolektomi, distal pankreatektomi, subtotal gastrektomi ve splenektomi yapıldı. Hasta postoperatif dönemde problemsiz izlendi ve medikal onkoloji birimine refere edildi.

TARTIŞMA

İlk gastrokolik fistül vakasının 1775 tarihinde Haller tarafından tanımlanmasından sonra pek çok malin ve benin patolojiye sekonder gastrokolik fistül olgusu literatürde yayımlanmıştır (2). Maliniteye sekonder gastrokolik fistüllerin sıklığı çok az olmakla birlikte benin olaylara bağlı olgulardan daha fazla görüldüğü bilinmektedir ki bu oran da opere edilen tüm hastaların %0,3-0,4'ünü oluşturur (3). Hansen ve arkadaşlarının bir çalışmasında 1500 mide ve 3200 kolon kanserli hastanın sadece 11 tanesinde gastrokolik fistül görüldüğü bildirilmiştir (4). Gelişen teknolojiler sayesinde kanser olgularına daha erken tanı konulmasıyla bu şekildeki komplikasyonlarla daha az karşılaşılacağı düşünülmektedir. Malin hastalıklara bağlı ortaya çıkan olgular genellikle belirgin bir çevresel inflamatuvar reaksiyonla beraber seyrederek lenfatik metastaz sık görülmez (5, 6). Vakamızda olduğu gibi fistül noktası çoğunlukla mide büyük

kurvatur ile transvers kolonun sol yanındır ki bu bölge mide ve kolonun en yakın olduğu alandır. Bilindiği gibi anatomik olarak yakın olan bu iki organ sadece gastrokolik omentumla ayrılır. Peptik olaylara bağlı oluşan benin gastrokolik fistüllerin bir çoğunun, kullanımı artan non steroid antiinflamatuvar ilaçlardan kaynaklandığı birçok çalışmada bildirilmiştir (7, 8). Fistül oluşumunda genel olarak tümörün gastro kolik omentumu direkt invaze etmesi, ve/veya tümörün oluşturduğu inflamasyon sonrası gelişen yapışıklıklar sorumlu tutulmaktadır (3, 9). Gastrokolik fistüllerin tanısının konmasında baryumlu grafiler bilgisayarlı tomografi ve endoskopi önemli bir yer tutmaktadır. Endoskopi fistül ağzının görülmesi için önemli bir tanı aracı olmakla birlikte hastalığın preoperatif tanısının histopatolojik olarak kesinleştirilmesi için oldukça yararlıdır. Bizim hastamızda da tanı kolonoskopi ve gastroskopi ile konuldu. Ancak baryumlu grafiler özellikle de baryum enema ile yapılan kolon grafilerinde %90-100 oranında tanı konabilmektedir (6, 10). Tanıda baryumlu grafilerden sonra yapılacak bilgisayarlı tomografi de tanı ve tedavi için detaylı bilgiler verir. Matsuo ve ark. nın yaptıkları bir çalışmada 11 gastrokolik fistüllü hastanın 9 tanesinin tanısı baryumlu grafilerle konulurken ikisinde bilgisayarlı tomografiye ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir (11). Hastaların tedavisinde en önemli nokta hastanın beslenmesinin sağlanması ve sıvı elektrolit bozukluklarının düzeltilmesi gerekmektedir. (12) Hastaların çoğu beslenme bozukluğu olan, anemik ve elektrolit imbalansı olan hastalardır. Hastamızda da albumin değerleri 1,3 mg/dl olarak tespit edildi ve aşırı beslenme bozukluğu olduğu görüldü. Maliniteye bağlı olgularda mümkün olan her vakada tümörsüz bir cerrahi sınır oluşturacak şekilde radikal en blok rezeksiyon ve postoperatif polikemoterapi uygulanmalıdır. Aydın ve ark serilerindeki iki hastada bu tedavi ile uzun süreli bir yaşam sağladıklarını belirtmişlerdir (6). Geniş rezeksiyonlara rağmen hastalığın kötü prognoza sahip olduğu bilinmekle birlikte nadiren 10 yılı geçen süreyi olan hastalar da bildirilmiştir (3). Benin nedenlere bağlı vakalarda sınırlı rezeksiyonlar önerilirken seçilmiş olgularda sistemik medikal tedavi ile takip yada fibrin enjeksiyonu gibi endoskopik lokal tedavilerin

denenebileceğini belirten yayınlar vardır (1, 13). Malin olgular için de lenfomaya bağlı gelişen bir malin gastrokolik fistül olgusunda fibrin enjeksiyonuyla fistülün kapatıldığı bir olgu bildirilmiştir (14).

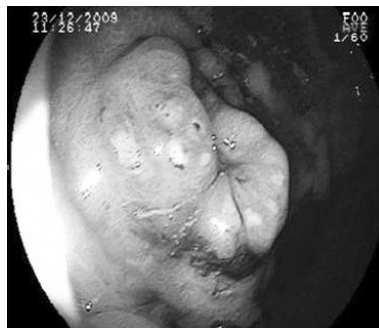
KAYNAKLAR

1. Marschall J, Bigsby R, Nechala P. Gastrocolic fistulae as a consequence of benign gastric ulcer disease. *Can J Gastroenterol.* 2003; 17(7): 441-443.
2. Haller A. Opusula pathologica, partim recusa partim inedita quibus sectiones cadaverum morbosorum potissimum continentur. In: *Accendunt Experimenta de Respiratione, Quarta Parle Aucta.* Lausanne: Bousequet et Soc, 1775.
3. Forshaw MJ, Dastur JK, Murali K, Parker MC. Long-term survival from gastrocolic fistula secondary to adenocarcinoma of the transverse colon. *World J Surg Oncol.* 2005; 3(1): 9.
4. Marshall SF, Knud Hansen J. Gastrojejuno-colic Fistulas. *Ann. Surg.* 1957; 145: 770.
5. 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.
6. Aydin U, Yazici P, Ozütemiz O, Güler A. Outcomes in the management of gastrocolic fistulas: a single surgical unit's experience. *Turk J Gastroenterol.* 2008; 19(3): 152-157.
7. Levine MS, Kelly MR, Laufer I, Rubesin SE, Herlinger H. Gastrocolic fistulas: the increasing role of aspirin. *Radiology.* 1993; 187:359-361.
8. Schneider A, Holtmann G, Rünzi M, Drochner K, Oldhafer KJ, Gerken G. Gastrocolic fistula - a rare cause of cachexia and polyneuropathy. *Z Gastroenterol.* 2002; 40(7): 521-524.
9. Amlicke JA, Ponka JL. Gastrocolic and gastrojejuno-colic fistulas. A report of sixteen cases. *Am J Surg.* 1964; 107: 744-750.
10. Laufer I, Thornley GD, Stolberg H. Gastrocolic fistula as a complication of benign gastric ulcer. *Diagnostic Radiology.* 1976; 119: 7-11.
11. Matsuo S, Eto T, Ohara O, Miyazaki J, Tsunoda T, Kenematsu T. Gastrocolic fistula originating from colon cancer: report of a case and review of a japanese literature. *Surg Today.* 1994; 24: 1085-1089.
12. Yavaş Y, Türel SK, Yaykiran D, Dilek NO. Mide karsinomuna bağlı olarak gelişen gastrokolik fistül. *J Surg Arts.* 2008; 1(2) : 1-5.
13. Tan CC, Guan R, Chew R, Natarajan S. Closure of a benign gastrocolic fistula on medical management. *Singapore Med J.* 1994; 35(4): 423-425.
14. Shand A, Reading S, Ewing J, Neil B, Welsh D, Parker A, Ghosh S. Palliation of a malignant gastrocolic fistula by endoscopic human fibrin sealant injection. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1997; 9(10): 1009-1011

Resim 1. Olgunun CT görünümü



Resim 2. Olgunun gastroskopik görünümü



Resim 3. Olgunun kolonoskopik görünümü

