

MİDE KARSİNOMUNA BAĞLI OLARAK GELİŞEN GASTROKOLİK FİSTÜL. Olgu sunumu.

GASTROCOLIC FISTULA ASSOCIATED WITH A GASTRIC CANCER.
Case report.

Yavuz Yavaş
Kadir Serkan Türel
Dündar Yaykırın
Osman Nuri Dilek

Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD.,
Afyonkarahisar.

J Surg Arts, 2008;1(2):42-46.

ÖZET

Gastrokolik fistül gastrointestinal sistem malign tümörlerin nadir rastlanan bir komplikasyonudur. Batı ülkelerinde, kolon ve mide kanserleri maligniteye bağlı gastrokolik fistüllerde en sık karşılaşılan sebeplerdir. Bu yazıda 78 yaşındaki bir erkek hastamızda klasik gastrokolik fistülü semptom triadını gösteren bir vakamızı sunduk. Hastaya tümörlü bölgeyi unblok çıkaracak şekilde sol hemikolektomi, distal pankreatektomi, subtotal gastrektomi ve splenektomi uygulandı. Hasta postoperatif sorunsuz izlendi ve Medikal Onkoloji birimine refere edildi.

Mide adenokarsinomları, gastrokolik fistüllerin nadir ancak önemli nedenlerinden biri olup iyi bir anamnez ve fizik muayene ile endoskopi ve baryumlu grafi yapılması tanı ve tedavi için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Adenokarsinom, gastrokolik fistül, mide.

ABSTRACT

Gastrocolic fistula is a rare presentation of malignant diseases of the gastrointestinal tract. Malignant gastrocolic fistula is most commonly associated with adenocarcinoma of the transverse colon and gastric carcinoma in the Western World. We report a case of a 78-year-old man who presented with the classic triad of symptoms (including diarrhea, epigastric pain and vomiting) associated with gastrocolic fistula. Radical en-bloc surgery (including extended left hemicolectomy, distal pancreatectomy, subtotal gastrectomy, and splenectomy and than adjuvant chemotherapy were performed.

Gastric adenocarcinomas are a rare but important cause of gastrocolic fistulas. History, physical and endoscopic examination and barium meal and enema are important for diagnosis and treatment.

Key Words: Gastric cancer, gastrocolic fistula, stomach.

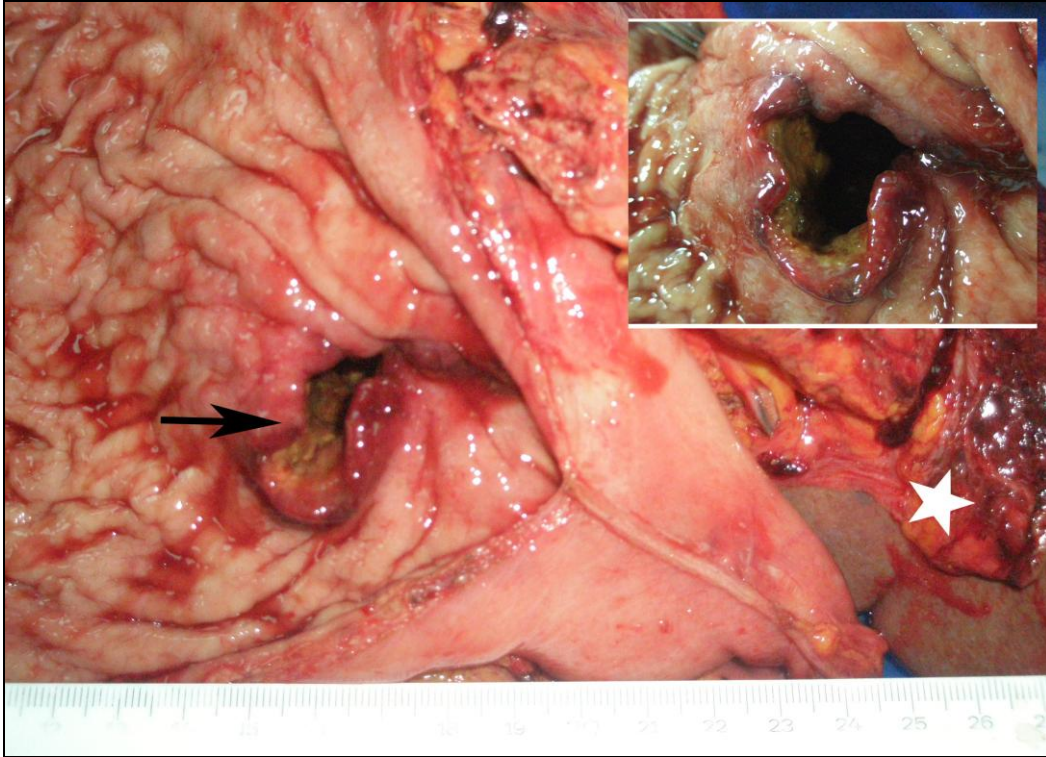
GİRİŞ

Gastrokolik fistüller nadir rastlanan bir durum olup, özellikle peptik ülser komplikasyonu olarak ya da mide ve kolona ait cerrahi girişimler sonrası görülebilmektedirler (1). Gastrokolik fistüller ayrıca endoskopik girişimlere ya da Crohn gibi inflamatuvar barsak hastalıklarına bağlı komplikasyon olarak karşımıza çıkabilecekleri gibi daha nadiren mide kanseri, kolon kanseri gibi malignitelerin komplikasyonu olabilirler. Hansen ve ark. tedavi ettikleri 16 gastrokolik fistül vakasının 11'inin peptik ülser komplikasyonuna, 2'sinin kolonik perforasyona ve birer tanesinin de gastrik malignite, kolonik malignite ve pankreatite bağlı olarak ortaya çıktığını tespit etmişlerdir (2).

Burada, mide adenokarsinomuna bağlı gastrokolik fistül gelişen bir olgu sebebiyle tümörlerin gastrokolik fistül gelişimindeki yerlerini değerlendirmeyi amaçladık.

OLGU

78 yaşındaki erkek hasta, 15 gündür devam eden diare, karın ağrısı, kusma, kilo kaybı ve ağıza kötü koku gelmesi şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Kaşektik ve anemik görünümde olan hastanın fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında başka bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz (12000 /uL) ve anemi (hemoglobin: 10.8 g/dL) mevcut idi. Tümör belirteçlerinden Ca 19-9 228 u/mL olarak (normalin yaklaşık on katı kadar yüksek) bulundu. Baryumlu grafide mide korpusundan gastrokolik fistül vasıtasıyla splenik fleksuraya geçiş olduğu saptandı. Kontrastlı tomografide ise fistülün splenik fleksura ve mide korpusu ile yakın ilişkili olduğu izlendi. Endoskopide mide korpusu ön yüzünde 2 cm çapında kolonik fistül ağzı görüldü. Fistül etrafında kolon, mide, omentum ve dalak gato oluşturacak şekilde tümörle infiltrate olmuştu. Hastaya tümörlü bölgeyi unblok çıkaracak şekilde genişletilmiş sol hemikolektomi, distal pankreatektomi, subtotal gastrektomi ve splenektomi uygulandı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucunda primer olarak mideden kaynaklanmış diffüz adenokarsinom tanısı konuldu. Hasta postoperatif dönemde problemsiz izlendi ve daha sonra Medikal Onkoloji birimine refere edildi.



Resim 1: Vakamızda gastrotomi ile fistül açıklığı (ok, küçük resim) ve dalak (yıldız) spesmeni görünümü.

TARTIŞMA

Gastrokolik fistül ilk kez 1755'de Albrecht von Haller tarafından tanımlanmıştır (3). Malignite sebebiyle gastrokolik fistüllerin en sık nedenleri ilerlemiş mide ve kolon tümörleridir (3-6). Gastrik lenfoma, metastatik tümörler, pankreas tümörleri, duodenum ve safra yolları ile ilgili tümörlere bağlı fistül vakaları da bildirilmiştir (3,7-9). Maligniteye bağlı gastrokolik fistüller genellikle infiltratif tümörlerdir ve çevrelerinde inflamatuvar reaksiyonlarla karakterizedir. Ayrıca, peptik ülserler, cerrahi müdahaleler, sifiliz, tüberküloz, Crohn hastalığı, yabancı cisimlere bağlı delinmeler, AIDS hastalarındaki CMV mide enfeksiyonu, sifiliz ve perkutan endoskopik gastrotomi girişimleri sırasında ortaya çıkabilen bir komplikasyon olarak gastrokolik fistüllerle karşılaşılabilir (10-13).

Fistül bağlantısı genellikle mide büyük kurvaturu ile distal transvers kolon arasında oluşur. Anatomik olarak yakın olan bu oluşumlar sadece gastrokolik omentumla ayrılmışlardır (13). Fistül gelişimini açıklayan iki teori mevcuttur. Birincisi; tümörün direkt olarak köken aldığı organdan gastrokolik omentumu tutmasıdır. İkincisi; tümör ülserinin çevresinde peritoneal reaksiyonun (inflamasyon) şiddetlenmesi ve iki organ arasında yapışıklık ve fistüle neden olmasıdır (3-6).

Gastrokolik fistülün tanımlanması ve altta yatan sebebin belirlenmesinde baryumlu grafiler ve tomografi yararlıdır

(14,15). Endoskopi ve biyopsi fistül açıklığını göstermede çok yararlı olup operasyon öncesi klinik ve histopatolojik tanıyı doğrulamada çok önemli ve faydalıdır (16,17). Olgumuzda gastrokolik fistül tanısı, baryumlu grafide mide korpusunda gastrokolik fistül gelişimi ve splenik fleksuraya geçiş varlığı görülerek konuldu. Endoskopide mide korpusunun ön yüzünde 2 cm çapında fistül ağzı saptandı. Tümörün yaygınlığını belirlemek amacıyla çekilen kontrastlı karın tomografisinde fistülün splenik fleksura ve mide korpusu ile ilişkili olduğu tekrar teyid edildi ve metastaza rastlanmadı.

Malign gastrokolik fistüllerin tedavisinde öncelikle beslenme ve sıvı elektrolit bozukluklarının giderilmesi gereklidir (18). Tedavi için günümüzde çoğu yazar unblok rezeksiyonu tercih etmektedirler (19). Ancak malign gastrokolik fistül olan çoğu hastada prognoz oldukça kötüdür. Sonuç olarak mide adenokarsinomları, gastrokolik fistüllerin nadir ancak önemli nedenlerinden biri olup, iyi bir anamnez ve fizik muayenenin ardından endoskopi, baryumlu grafi ve tomografi yapılması tanı ve seçilecek tedaviyi belirlemede önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Oğuz M, Ersoy G, Göze F, Işık O. Gastrocolic fistula due to gastric cancer (a case report). *Mater Med Pol.*, 1992; 24:55-56.
2. Palnaes Hansen C, Lanng C, Christensen A, Thagaard CS, Lassen M, Klaerke A, Tønnesen H, Ostgaard SE. *Acta Chir Scand.*, 1988;154:287-289.
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;3:9.
4. Schweitzer RJ, Osborne MP. Gastrocolic fistula complicating carcinoma; report of case due to carcinoma of colon, with successful resection. *Am J Surg.*, 1953;85:775-779.
5. Marshall SF, Knud-Hadsen J. Gastrojejunocolic and gastrocolic fistulas. *Ann Surg.*, 1957;145:770-782.
6. Amlicke JA, Ponka JL. Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulas. A report of sixteen cases. *Am J Surg.*, 1964;107:744-750.
7. Oh PI, Zalev AH, Colapinto ND, Deodhare SS, Brandwein J, Warren RE. Gastrocolic fistula secondary to primary gastric lymphoma. *J Clin Gastroenterol.*, 1995;20:45-48.
8. Lynch RC, Boese HL. Carcinoid tumor of transverse colon complicated by gastrocolic fistula: survival following resection. *Surgery* 1955;38:600-604.
9. Chiang JM, Wang JY. Gastrocolic fistula due to a metastatic marginal ulcer from carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.*, 1994;47:173-174.

10. Aqel NM, Tanner P, Drury A, Francis ND, Henry K. Cytomegalovirus gastritis with perforation and gastrocolic fistula formation. *Histopathology*, 1991;18:165-168.
11. Greenstein AJ. Surgery for Crohn's disease. *Surg Clin North Am.*, 1987;67:573-596.
12. Murphy S, Pulliam TJ, Lindsay J. Delayed gastrocolic fistula following endoscopic gastrotomy. *J Am Geriatr Soc.*, 1991;39:532-537.
13. Mallaiiah L, Brozinsky S, Fruchter G, Siraj Udin M. Malignant gastrocolic fistula; case report and review of the literature. *Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg.*, 1980;31:12-17.
14. Matsuo S, Eto T, Ohara O, Miyazaki J, Tsunoda T, Kanematsu T. Gastrocolic fistula originating from transverse colon cancer: report of a case and review of the Japanese literature. *Surg Today*, 1994;24:1085-1089.
15. Lee WJ, Horton KM, Fishman EK. Gastrocolic fistula due adenocarcinoma of the colon: simulation of primary gastric leiomyosarcoma on CT. *Clin Imaging*, 1999;23:295-297.
16. Choi SW, Yang JM, Kim SS, ve ark. A case of combined gastrojejunal and gastrocolic fistula secondary to gastric cancer. *J Korean Med Sci.*, 1996;11:437-439.
17. Mimidis K, Papadopoulos V, Katsinelos P, Deftereos S, Filippous D, Kartalsi G. Gastrocolic fistula secondary to nonsteroidal antiinflammatory drugs abuse in a cirrhotic patients. *Rom J Gastroenterol.*, 2004;13:39-41.
18. Lorenzo GA, Beal JM. Gastrocolic fistula. *Am J Surg.*, 1968;115:724-726.
19. Singh V, Wadleigh R. Gastrocolic fistula as a complication of colonic carcinoma. *Acta Oncologica*, 1997;36:817-818.

İletişim

Dr.Yavuz Yavaş

Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD,
Afyonkarahisar.

E-posta: yavasyavuz@hotmail.com

Bu vaka Ulusal Cerrahi Kongresi, 2008, Antalya'da bildiri olarak sunulmuştur.