Dr. Gürkan ERSOY

ISSN 1016 - 5118

Sakla

ÇAĞDAŞ CERRAHİ DERGİSİ

Volüm 5, Sayı 3, Eylül 1991

Editör: Prof. Dr.Tarık Minkarî



Journal of Current Surgery

Volume 5, Number 3, September 1991

Çağdaş Cerrahi Dergisi, 5: 183,184, 1991

Mide Karsinomasına Bağlı Gastrokolik Fistül
Olgu Bildirisi

Mehmet OĞUZ (Doç.Dr.), Gürkan ERSOY (Dr.),
Fahrettin GÖZE (Yrd.Doç.Dr.)*, Oktay IŞIK (Yrd.Doç.Dr.)**
C.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi, Patoloji ve Radyoloji** Klinikleri, Sivas*

SUMMARY

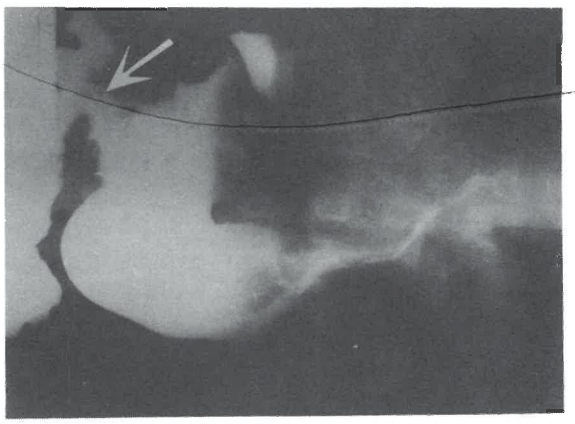
Gastrocolic Fistula due to Gastric Carcinoma, Case Report

Gastrocolic fistula due to gastric cancer is very rare. Our patient was 65 years old male who presented with weight loss, nausea, vomiting, diarrhea and epigastric mass. Gastrocolic fistula was diagnosed by radiology. Subtotal gastrectomy, transvers colectomy, gastrojejunostomy and colo-colostomy was performed.

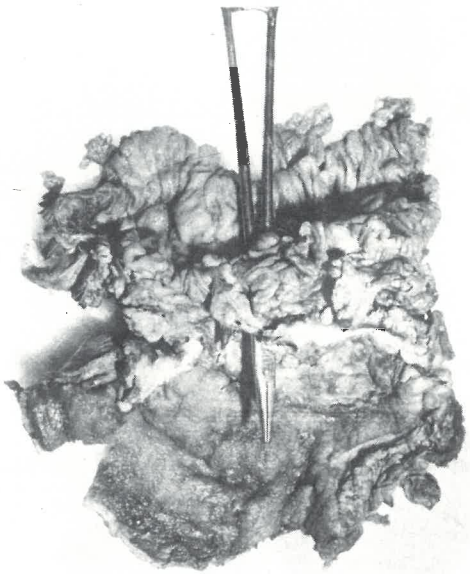
Mide karsinomasına bağlı gastrokolik fistül nadir görülen bir olaydır. Bu yazımızda böyle bir olgumuzu sunmak istiyoruz.

OLGU SUNUMU

65 yaşındaki erkek hasta zayıflama, bulantı, kusma ve halsizlik nedenleriyle hastanemize müracaat etti. Bu şikayetlerinin son 6 aydır olduğu öğrenildi. Son 3 aydır şiddetli bir diaresi de bulunmaktaymış, son bir ay süresince 10 kg'dan fazla zayıfladığını ifade ediyordu.



Resim 1.



Resim 2.

Fizik muayenede genel durum çok bozuktu, hasta ileri derecede kaşektik durumda olup yardımsız yürüyemiyordu. Akciğerde yer yer yaş raller duyuluyordu. Hepato ve splenomegali yoktu. Epigastriumda sınırları tam belli olmayan 10 cm çaplı kitle vardı. Hb: % 4.4 gr, Htc: % 14, Albumin % 2 gr, Total protein % 4.1 gr idi. Çekilen mide duedonum grafisinde midede antrumda kitle görüntüsü ve gastrokolik fistül görüldü (Resim 1). Hasta hiperalimentasyona alındı ve kan verildi. Genel durumu biraz düzeltildi, ancak ishali hiç azalmadı. Ameliyatta mîdenin antrum bölgesinde bir kitle ve bu kitle ile transvers kolon ara-

sında yapışıklık görüldü. Uzak metastaz yoktu. Distal subtotal gastrektomi ve transvers kolektomi yapıldı. Kitle en-blok olarak çıkarıldı (Şekil 2). İntestinal devamlılık gastrojejunostomi ve uç uca kolokolostomi yapılarak sağlandı. Ameliyat sonu devrede pnömoni oluşmasına rağmen tedaviye cevap verdi ve 15. gün taburcu edildi.

Mikroskobik incelemede midede adenokarsinom bulundu, kolonda fistülizasyon ve metastaz bulundu. Lenf bezlerinde ise folliküler hiperplazi mevcuttu.

TARTIŞMA

Gastrokolik fistüller mide veya kolon karsinomasından kaynaklanabilir. Fistül oluşturan tümörün kitlesinin büyük olduğu, infiltratif tipte olduğu ve yoğun bir inflamatuar reaksiyon oluşturduğu genelde saptanır [1]. Bizim hastamızda da gerçekten bu bulgular mevcuttu. Bölgesel lenf nodu tutulumu olguların hepsinde bulunmaz [1]. Bizim hastamızda da lenf nodları tümörle tutulmamıştı.

Mide ve transvers kolon anatomik olarak yakın bir komşuluk halindedirler. Fistül de tümörün devamlı büyüme ile komşu organın tüm katlarını penetre etmesi ile oluşur [1].

Fistülde akım genelde kolondan mideye doğrudur ve diare eğer varsa, mide içeriğinin kolona boşalmasından çok enteritise bağlıdır [1,2].

Tanı genelde bizim hastamızda da olduğu gibi barium çalışmaları ile konur [1], ancak fistülün benign veya malign olduğunu ayıracak bir bulgu yoktur [2]. Normal fizyolojik durumda kolon grafisi çalışması mide grafisinden daha kolay olarak tanıya yardımcı olur. Ağızdan kötü koku gelmesi 1/3 hastada görülür.

En iyi tedavi cerrahi olarak tümör ve fistülün çıkarılmasıdır.

Sonuçta bir kitle ve diare ile gelen kişilerde bir fistül olabileceği akla gelmelidir ve ameliyat öncesi hazırlıklar bu durum gözönüne alınarak yapılmalıdır diyoruz.

KAYNAKLAR

1. MacMahon LE, Lund P: Gastrocolic fistulae of malignant origin. Am J Surg 106:333-347, 1963

2. Martinez LO, Manheimer LH, Casal GL, Lubin J: Malignant fistule of the gastrointestinal tract. Am J Roentgenol 131:215-218, 1978