

Bölüm 22

GASTROİNTESTİNAL FİSTÜLLERDE BESLENME

Sabri ÖZDAŞ¹

GİRİŞ

Latince kökenli olan fistül kelimesi baston, boru, flüt, yara anlamlarına gelmektedir. Tıbbi terminolojide ise fistül kelimesi iki epitelize yüzey arasında normal olmayan birleşme anlamında kullanılmaktadır (1). Fistüllerde gastrointestinal sistemde içi boş organlardan birisinin lümeninin kendi normal anatomik gidiş ve sonlanışının dışında bir açıklık ve diğer bir içi boş organla olan anormal birleşme söz konusudur

Bu bağlantı iki tübüler organ arasında, cilt ile tübüler bir organ arasında, mesane ile yahut genital organlar ile tübüler organ arasında olabilir. İntestinal fistülün tanısı kolaydır. Postoperatif dönemdeki hastanın dreninden intestinal içerik gelmesi veya travma geçiren-kronik hastalığı bulunan kişilerde intestinal içerik gelen yaralar oluşması fistülü düşündürür. Tanının bu kolaylığına karşın; fistülün oluştuğu bağırsak kısmının (duodenum-jejunum veya ileum) belirlenmesinde zorluklarla karşılaşılabilir (2). Oral yolla verilen metilen mavisinin fistülden geliş süresinin belirlenmesi fistül lokalizasyonu hakkında bilgi verebilir. Fistülografi en değerli tanı aracıdır (2). Fistül traktında ilerletilen ince bir kateterden verilen opak madde ile fistülün uzunluğu ve ilişkili organ görüntülenebilir.

Fistüller sıklıkla anatomik ilişkilerine (çıkış yerlerine), etyolojilerine ve/veya fizyolojik olarak 24 saatlik debileri esas alınarak sınıflandırılırlar Anatomik olarak İnternal ve eksternal fistüller olarak ikiye ayrılırken, Gastrointestinal fistüller günlük sıvı drenajına göre ise fizyolojik olarak 24 saatlik debilerine göre sınıflandırılmaları eksternal fistüller için geçerli olup, bu sınıflamada; 24 saatlik debi 500 ml üzerinde ise yüksek debili, 200-500 ml arasında ise orta debili, 200 ml altında

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Dr. Öğr. Üyesi, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sabriozdas@hotmail.com

tenin olmadığını göstermişlerdir (6). Gerekli zaman, fistül seviyesine göre enteral ve parenteral beslenme kombinasyonları uygulanabilir. Eğer hastanın düşük debili fistülü varsa bu tercih kullanılır, hatta uygulama sırasında hastada fistül debisi artmıyorsa tek başına enteral beslenme uygulanır. Proksimal yerleşimli ve/veya yüksek debili fistüllerde uygun bağırsağa ulaşılabilirse yine enteral beslenme tercih edilir. Parenteral beslenme daha çok yüksek debili ve proksimal yerleşimli fistüllerde uygulanır. Enteral beslenme ile fistül kapanma oranları biraz düşüktür, fakat enteral beslenmenin parenteral beslenmeye göre belirgin üstünlükleri vardır. Kalori alımının en az %20'sinin enteral verilmesiyle mukozal bütünlük, hormonal sinyal verme ve bağırsakların immünolojik fonksiyonları korunmuş olur. Enteral beslenmenin etkili olabilmesi için Treitz'den itibaren en az 100 cm'lik sağlıklı bağırsak kısmına ihtiyaç vardır. Bu durumlarda önce polimerik formül denenir, eğer tolere edilmezse veya fistül debisi önemli ölçüde artarsa semielemental formüller uygulanabilir. Crohn hastaları enteral beslenmeyi daha az tolere ederler. Bu hastalarda infliximab tedavisi ile %55'e kadar fistül kapanması sağlanabilmektedir. Hastaların günlük ihtiyaçları için düşük debili fistüllerde 1.5 gr /kg/gün yüksek debili fistüllerde 2,5 gr /kg/gün protein verilmebilir veya 2,500-3.000 kcal/gün enerji verilir Hastaya verilen günlük kalorinin %20-30'unu lipidler oluşturmalıdır. . Ayrıca hastalara vitamin ve mineral desteği verilmelidir. Fistül kapanmasının ardından beslenme desteğine bir hafta daha devam edilmelidir.

Öte yandan, güçlü koroziv etkisi olan proksimal bağırsak sıvısı 2-3 saat içinde cildi erozyona uğratabilir. Yara drenajının kontrolü ve yara bakımının amacı deri kaybının önlenmesi, ağrının azaltılması ve yara kapanmasının kolaylaştırılmasıdır. Düşük debili fistüller sadece pansumanla korunabilirken, orta debili fistüller cilt koruması amacıyla ostomi cihazı gerektirirler, fakat yüksek debili fistüllerde bu konu problem olarak devam etmektedir.

Alta yatan çok çeşitli nedenlere bağlı gelişebilen heterojen bir hasta grubunu barındırdığı için enterokutan fistüllerin tedavisinin hastaya özgü yönetilmesi gerekir. Gastrointestinal fistüller bir cerrahın karşılaşabileceği en zorlu problemlerden biri olup, tedavide multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Fischer JE. The pathophysiology of enterocutaneous fistulas. World J Surg 1983;7:446-50.
2. Chintapatla S, Scott NA. Intestinal failure in complex gastrointestinal fistulae. Nutrition 2002;18:991-6.
3. Draus JM Jr, Huss SA, Harty NJ, Cheadle WG, Larson GM. Enterocutaneous fistula: are treatments improving? Surgery 2006;140:570- 6; discussion 576-8.
4. Haffeeje AA. Surgical management of high output enterocutaneous fistulae: a 24-year experience, Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care 7 (3) (2004 May) 309-16.
5. Brunucardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG; Pollock RE. Intestinal fistulas.

- Schwartz's Principles of Surgery, 10th edition New York: 2014 p.1075-6.
6. Fischer JE: The management of gastrointestinal cutaneous fistulae. *Contemp Surg* 29:104- 108, 1986
 7. Malangoni MA, Madura JA, Jesseph JE. Management of lateral duodenal fistulas: A study of 14 cases. *Surgery* 90:645-651, 1981
 8. Berry SM, Fischer JE. Enterocutaneous fistulas. *Curr Prob Surg* 1994;31:469-566.
 9. Edmunds LH Jr, Williams GM, Welch CE. External fistulas arising from the gastro-intestinal tract. *Ann Surg* 1960;152:445-71.
 10. Levy E, Frileux P, Cugnenc PH, Honiger J, Ollivier JM, Parc R. High-output external fistulae of the small bowel: management with continuous enteral nutrition. *Br J Surg* 1989;76:676- 9.
 11. Gribovskaja-Rupp I, Melton GB. Enterocutaneous Fistula: Proven Strategies and Updates. *Clin Colon Rectal Surg* 2016;29(2): 130-7.