

Bölüm 64

PALYATİF GASTROSTOMİ ve JEJUNOSTOMİ UYGULAMALARI

Murathan ERKENT¹

GİRİŞ

Palyatif bakım hastalarının ağrılarının giderilmesi her zaman cerrahi uygulamaların ana çıkış sebebi olmuştur. Billroth ve Whipple prosedürlerinden Halsted'in radikal mastektomisine kadar en iyi bilinen operasyonların çoğu, ilk çıktığı dönemlerde iyileştirici amaçlardan ziyade palyatif amaçla uygulanmıştır ve sonrasında geliştirilmiştir(1, 2). Palyatif bakım cerrahi eğitim sürecinde bir öğreti olmamasına rağmen ilerleyen yıllarda yaşlı nüfusun ve kanser olgularının artması nedeniyle cerrahi pratiğinde sık karşılaşılan bir durum olmuştur. Özellikle kanser hastalarında beslenme durumu da çok önemli olmaktadır. Genellikle son dönemlerinde beslenme bozuklukları görülebilmektedir. Yemek yiyemeyen veya yiyemeyecek olan hastalarda beslenme sağlamak zor olabilir ancak aç kalarak da hastalıkla mücadele olamayacaktır. Bu sebeple uygulanan enteral takviyelerin başarısızlığı, diyetisyenlik önerileri ve iştah arttırıcı solüsyon takviyelerinin kullanılamaması sıklıkla tüp ile beslenme kullanımı hakkında bir karara neden olur(3). Bu tarz hastaları tüple besleyebilmek için enteral erişim sağlanmalıdır. Bu sebeple nazogastrik veya nazoenterik beslenme tüpü ile geçici erişim sağlanabilir. Ancak ne yazık ki, genellikle tıkanma veya yanlışlıkla yerinden çıkma gibi sorunları olmaktadır ayrıca beslenme, ilaç veya sıvıların verilme yolu olarak da güvenli bir erişim yolu sağlamazlar(4). Ayrıca nazogastrik besleme tüpleri uzun süreli kullanılmamalıdır, çünkü na-

zogastrik tüpün uzun süreli basısına bağlı larinksin (nazogastrik tüp sendromu) arka tarafında orta çizgiyi geçen enine ve eğik aritenoid kaslarda skarlaşma olabilir ve aritenoid kasların çalışmaması sonucu ses telleri düzgün çalışmayacaktır ve sonuçta laringeal giriş açık kalacaktır bu da yutma bozukluğu ve aspirasyona neden olacaktır(5).

Sonuç olarak daha kalıcı ve kullanışlı bir enteral erişim sağlayabilmek lazımdır. Enteral erişim endoskopik olarak, cerrahi olarak veya girişimsel radyoloji yardımıyla gastrostomi veya jejunostomi açılması ile sağlanabilmektedir.

GASTROSTOMİ TÜPLERİ KİME YERLEŞTİRİLMELİDİR?

Genel olarak gastrostomi tüpleri, hastanın oral alımını engelleyen çeşitli durumlar için yerleştirilir. Uzun süredir yetersiz veya eksik oral alımı olan hastalarda enteral beslenme, sıvı alımı ve ilaç replasmanı için bir yol sağlama amaçlı kullanılır. Belirli bir hastaya gastrostomi tüpü yerleştirme kararı vermeden önce, gastrostomi tüpünün endikasyonu iyi belirlenmeli, hastanın prognozu ve tedavi hedefleri iyi anlatılmalı, hastanın ve ailenin inançları ve arzuları da mutlaka dikkate alınmalıdır(6-8). Gastrostomi tüpleri genellikle; azalmış bilinç durumu ve kognitif fonksiyonlar, nörolojik durumlar, intestinal obstrüksiyon ve travma gibi durumlarda uygulanmaktadır(9).

Gastrostomi tüpleri uygulama gerektirebilecek hasta grupları:

¹ Doktor Öğretim Üyesi, 1Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, erkentmurathan@gmail.com

Jejunostomi uygulamaları için de yine farklı uygulama şekilleri mevcuttur. Bunlar; (20-23, 27-29)

1) Laparotomi

- a. Longitudinal ve transvers Witzel
- b. Roux-en-Y
- c. İğne kateter tekniği
- d. Açık gastrostomi ile Jejunostomi

2) Perkütan Endoskopik

- a. Perkütan Gastrojejunostomi (PEGJ)
- b. Direkt Perkütan Endoskopik Jejunostomi (DPEJ)

3) Laparoskopik

Öncelikle aynen gastrostomide olduğu gibi daha az invazif olan endoskopik ve radyolojik olarak yapılabilen işlemler denenmelidir. Bunlarda başarısızlık olması veya kontrendikasyon oluşturulan durumlarda cerrahi düşünülmelidir.

Komplikasyonlar

Gastrostomide karşılaşılan sorunlarla benzer özelliktedir.

SONUÇ

Sonuç olarak gastrostomi tüpleri, uzun süreli yetersiz oral alımı olan hastalarda enteral beslenme, hidrasyon ve ilaç uygulaması için bir yol sağlamak için kullanılır. Gastrostomi tüpleri sıklıkla nörolojik bozukluklar, bilinç bozukluğu veya kognitif fonksiyonlarında bozukluk olan, ve gastrointestinal tıkanıklığı olan hastalara dekompresyon amaçlı yerleştirilir.

Bir gastrostomi tüpü yerleştirmeden önce mutlaka şunlar sorgulanmalıdır; 1) Doğru endikasyon 2) Hasta ve yakınlarına işlemin riskleri ve beklenen faydaları net bir şekilde açıklanmalı 3) Tüp beslemeyle ilgili olarak hastanın ve yakınlarının inançları ve istekleri kesin ve güçlü bir şekilde değerlendirilmelidir.

Gastrostomi tüpünün yerleştirilmesi disfajik inme, beyin hasarı, nörodejeneratif hastalıklar ve baş, boyun ve özofagus kanserine bağlı obstrüksiyonu olan hastalarda faydalı gibi görünmektedir. Ancak demans hastalarında faydası tartışmalıdır. Aspirasyon riski taşıyan hastalarda, gastrostomi tüpleri enteral beslenme verilmesi için nazogastrik tüplerden daha üstün olabilir.

Hangi hastanın gastrostomi tüpü alması gerektiğini gösteren kabul görmüş bir kılavuz yoktur. Kabaca öneriler; 1) Durumun en az dört hafta devam etmesi bekleniyorsa, zihinsel durumu ve disfajisi intakt olan hastalar 2) Gastrik dekompresyon gerektiren hastalar 3) Baş, boyun veya özofagus kanseri nedeniyle tedavi gören hastalar 4) Anoreksi veya kilo kaybı (kanseri hastalar gibi) olan hastalar, hasta, hasta bakıcısı ve yakınları tarafından gastrostomi bakımının ve uygulamasının yapılabileceğinin gerçekçi olarak kabul gördüğü durumlarda 5) Kesinleşmiş bitkisel hayattaki hastalarda, eğer hasta yakınlarının istekleri rahat bakım sağlamaksa gastrostomi denenebilir.

Hastaların çoğunda düşük hacimli devamlı intragastrik beslenmeyle başlanıp idame ettirilebilir. Bununla birlikte, aşağıdaki özelliklerden herhangi birine sahip hastalarda mutlaka jejunal beslenmeyi ön planda düşünmek lazım. 1) Mide içeriğinin tekrarlayan aspirasyonu 2) Özofagus dismotilitesi olan 3) Gecikmiş gastrik boşalması olan hastalar 4) Şiddetli gastroözofageal reflü ve özofajit 5) Tekrarlayan kusma 6) Ameliyat sonrası özellikle çoklu travması olanlarda olarak sıralayabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Gastrostomi, Jejunostomi

KAYNAKÇA

1. Hanna NN, Bellavance E, Keay T. Palliative surgical oncology. Surg Clin North Am. 2011;91(2):343-53, viii. Epub 2011/03/23. doi: 10.1016/j.suc.2010.12.004. PubMed PMID: 21419257.
2. Miner TJ. Communication as a core skill of palliative surgical care. Anesthesiol Clin. 2012;30(1):47-58. Epub 2012/03/13. doi: 10.1016/j.anclin.2011.11.004. PubMed PMID: 22405432.
3. Kirby DF, Delege MH, Fleming CR. American Gastroenterological Association technical review on tube feeding for enteral nutrition. Gastroenterology. 1995;108(4):1282-301. Epub 1995/04/01. doi: 10.1016/0016-5085(95)90231-7. PubMed PMID: 7698596.
4. Park RH, Allison MC, Lang J, Spence E, Morris AJ, Danesh BJ, et al. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. BMJ. 1992;304(6839):1406-9. Epub 1992/05/30. doi: 10.1136/bmj.304.6839.1406. PubMed PMID: 1628013; PubMed Central PMCID: PMC1882203.
5. Requarth J. Image-guided palliative care procedures. Surg Clin North Am. 2011;91(2):367-402, ix. Epub 2011/03/23. doi: 10.1016/j.suc.2010.12.009. PubMed PMID: 21419259.

6. Meisel K, Arnold RM, Stijacic Cenzer I, Boscardin J, Smith AK. Survival, Functional Status, and Eating Ability After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement for Acute Stroke. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(8):1848-52. Epub 2017/04/28. doi: 10.1111/jgs.14908. PubMed PMID: 28449220.
7. Kurien M, Leeds JS, Delege MH, Robson HE, Grant J, Lee FK, et al. Mortality among patients who receive or defer gastrostomies. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11(11):1445-50. Epub 2013/05/04. doi: 10.1016/j.cgh.2013.04.025. PubMed PMID: 23639596.
8. Callahan CM, Haag KM, Buchanan NN, Nisi R. Decision-making for percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(9):1105-9. Epub 1999/09/14. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb05235.x. PubMed PMID: 10484254.
9. Kurien M, McAlindon ME, Westaby D, Sanders DS. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding. *BMJ.* 2010;340:c2414. Epub 2010/05/11. doi: 10.1136/bmj.c2414. PubMed PMID: 20453010.
10. Barkmeier JM, Trerotola SO, Wiebke EA, Sherman S, Harris VJ, Snidow JJ, et al. Percutaneous radiologic, surgical endoscopic, and percutaneous endoscopic gastrostomy/gastrojejunostomy: comparative study and cost analysis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1998;21(4):324-8. Epub 1998/08/04. doi: 10.1007/s002709900269. PubMed PMID: 9688801.
11. Gauderer MW, Stellato TA. Gastrostomies: evolution, techniques, indications, and complications. *Curr Probl Surg.* 1986;23(9):657-719. Epub 1986/09/01. doi: 10.1016/0011-3840(86)90020-1. PubMed PMID: 3095034.
12. Faria GR, Taveira-Gomes A. Open gastrostomy by mini-laparotomy: a comparative study. *Int J Surg.* 2011;9(3):263-6. Epub 2011/01/05. doi: 10.1016/j.ijssu.2010.11.019. PubMed PMID: 21199694.
13. Moller P, Lindberg CG, Zilling T. Gastrostomy by various techniques: evaluation of indications, outcome, and complications. *Scand J Gastroenterol.* 1999;34(10):1050-4. Epub 1999/11/24. doi: 10.1080/003655299750025174. PubMed PMID: 10563677.
14. Sulkowski JP, De Roo AC, Nielsen J, Ambeba E, Cooper JN, Hogan MJ, et al. A comparison of pediatric gastrostomy tube placement techniques. *Pediatr Surg Int.* 2016;32(3):269-75. Epub 2015/12/22. doi: 10.1007/s00383-015-3847-0. PubMed PMID: 26686696.
15. Koivusalo A, Pakarinen MP, Pyorala S, Salminen P, Rintala RJ. Revision of prolapsed feeding gastrostomy with a modified Janeway 'gastric tube'. *Pediatr Surg Int.* 2006;22(2):202-4. Epub 2005/12/13. doi: 10.1007/s00383-005-1610-7. PubMed PMID: 16341534.
16. Duh QY, Way LW. Laparoscopic gastrostomy using T-fasteners as retractors and anchors. *Surg Endosc.* 1993;7(1):60-3. Epub 1993/01/01. doi: 10.1007/bf00591241. PubMed PMID: 8424238.
17. Kaya M, Sancar S, Ozcakir E. A New Method for Laparoscopic Stamm Gastrostomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2018;28(1):111-5. Epub 2017/12/12. doi: 10.1089/lap.2017.0447. PubMed PMID: 29227195.
18. Vasseur Maurer S, Reinberg O. Laparoscopic technique to perform a true Stamm gastrostomy in children. *J Pediatr Surg.* 2015;50(10):1797-800. Epub 2015/07/15. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2015.06.010. PubMed PMID: 26170215.
19. Aprahamian CJ, Morgan TL, Harmon CM, Georgeson KE, Barnhart DC. U-stitch laparoscopic gastrostomy technique has a low rate of complications and allows primary button placement: experience with 461 pediatric procedures. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006;16(6):643-9. Epub 2007/01/25. doi: 10.1089/lap.2006.16.643. PubMed PMID: 17243889.
20. Gerndt SJ, Orringer MB. Tube jejunostomy as an adjunct to esophagectomy. *Surgery.* 1994;115(2):164-9. Epub 1994/02/01. PubMed PMID: 8310404.
21. Delany HM, Carnevale NJ, Garvey JW. Jejunostomy by a needle catheter technique. *Surgery.* 1973;73(5):786-90. Epub 1973/05/01. PubMed PMID: 4697097.
22. O'Regan PJ, Scarrow GD. Laparoscopic jejunostomy. *Endoscopy.* 1990;22(1):39-40. Epub 1990/01/01. doi: 10.1055/s-2007-1012785. PubMed PMID: 2137776.
23. Pritchard TJ, Bloom AD. A technique of direct percutaneous jejunostomy tube placement. *J Am Coll Surg.* 1994;178(2):173-4. Epub 1994/02/01. PubMed PMID: 8173730.
24. Kudsk KA. Gut mucosal nutritional support--enteral nutrition as primary therapy after multiple system trauma. *Gut.* 1994;35(1 Suppl):S52-4. Epub 1994/01/01. doi: 10.1136/gut.35.1_suppl.s52. PubMed PMID: 8125392; PubMed Central PMCID: PMCPCMC1378148.
25. Moore FA, Moore EE, Jones TN, McCroskey BL, Peterson VM. TEN versus TPN following major abdominal trauma--reduced septic morbidity. *J Trauma.* 1989;29(7):916-22; discussion 22-3. Epub 1989/07/01. doi: 10.1097/00005373-198907000-00003. PubMed PMID: 2501509.
26. Heyland DK, Cook DJ, Guyatt GH. Does the formulation of enteral feeding products influence infectious morbidity and mortality rates in the critically ill patients? A critical review of the evidence. *Crit Care Med.* 1994;22(7):1192-202. Epub 1994/07/01. doi: 10.1097/00003246-199407000-00024. PubMed PMID: 8026212.
27. Gopalan S, Khanna S. Enteral nutrition delivery technique. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2003;6(3):313-7. Epub 2003/04/12. doi: 10.1097/01.mco.0000068968.34812.14. PubMed PMID: 12690265.
28. Zhu Y, Shi L, Tang H, Tao G. Current considerations of direct percutaneous endoscopic jejunostomy. *Can J Gastroenterol.* 2012;26(2):92-6. Epub 2012/02/09. doi: 10.1155/2012/319843. PubMed PMID: 22312608; PubMed Central PMCID: PMCPCMC3275411.
29. Martinez-Alcala A, D'Assuncao MA, Kroner TP, Fry LC, Jovanovic I, Monkemuller K. Safe technique for direct percutaneous endoscopic jejunostomy tube placement using single-balloon enteroscopy with fluoroscopy. *Endoscopy.* 2017;49(10):E234-E6. Epub 2017/08/02. doi: 10.1055/s-0043-114404. PubMed PMID: 28759928.