

# BÖLÜM 19

## Enterokolonik Fistüller

Akın ÜNAL<sup>1</sup>  
Turgay YILDIZ<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Fistül, epitelize iki yüzey arasındaki anormal iletişim olarak tanımlanır. Enterokolonik fistüllerin çoğu (%75-85) iyatrojenik veya travmatiktir. Özellikle hatalı ameliyat tekniği, ameliyat sırasında bağırsak yaralanması, karın fasya kapanması veya perkütan drenaj sırasında kaynaklanır (1). Ayrıca diğer nedenler arasında maligniteler de sayılır.

Enterokolonik fistüllerin kalan %15-25'i ise inflamatuvar barsak hastalıklarına (İBH), radyolojik hasara ve tesadüfi nedenlere sekonder oluşur. Spontan fistüller kalan %15 ila %25'ini oluşturur ve önceki bağırsak ışınlanması, karın içerisindeki sepsis veya inflamatuvar barsak hastalığı özellikle Crohn hastalığından kaynaklanabilir. Bağırsak fistülleri iç, dış veya mikst yani karışık olarak sınıflandırılır. Karışık fistüller, cilt ile bağlantılı iki veya daha fazla içi boş iç organ içerir ve hemen hemen her zaman bir apse ile ilişkilidir. Dış bağırsak fistülleri veya enterokolonik fistüller en yaygın tiptir ve genellikle önceki karın ameliyatından kaynaklanan komplikasyonların (örn. anastomoz kaçağı, bağırsak yaralanması, iyatrojenik yaralanma veya büyük abdominal defektlere veya protez ağlara bağırsak maruziyeti) sonucudur. İleum, bir enterokolonik fistül için en yaygın bölgedir. Proksimal enterokolonik fistüller (ör., ince bağırsak)

<sup>1</sup> Op. Dr., Özel Avrasya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, aknunl@hotmail.com

<sup>2</sup> Op. Dr., Özel Avrasya Hastanesi Gaziosmanpaşa, Genel Cerrahi Kliniği, dr.turgayyildiz@gmail.com

Fistüllerin tıbbi tedavisi genellikle yara tedavisi, farmakolojik, beslenme, sıvı ve elektrolit yönetiminin yapılması gerekir. Beslenme yetersizliği veya ileri derecede malnütrisyonu olan hastalara preoperatif total parenteral nütrisyon yapılması çok önemlidir. Anemi varsa düzeltilmelidir. Hastanın cerrahi öncesi iyi hazırlanmış olması yapılacak onarımın başarı şansını da artırır.

Fistül kapanması, radyolojik veya cerrahi müdahale olmadığında spontan olarak kabul edilir. Spontan İyileşmeyen fistüllerde ilişkili anatomik özellikler arasında büyük komşu apse, <2 cm uzunluğunda fistül traktının olması >1 cm barsak defekti bulunması ve belirli barsak segmentlerinden (örn. lateral duodenum, Treitz ligamenti ve ileum) kaynaklanan fistüller bulunur. Sepsis, fistülün kendiliğinden kapanmasını olumsuz etkileyen en önemli ve bilinen bir risk faktörüdür. Eşzamanlı olarak pankreas fistülleri, malnütrisyon varlığı veya komşu enfeksiyon ile ilişkili fistüllerin spontan kapanma oranını düşürür. Düşük debili fistüllerin, yüksek debili fistüllere göre spontan kapanma olasılığı yaklaşık üç kat daha fazladır ve postoperatif fistüllerin kapanma olasılığı, inflamatuvar barsak hastalığı veya travma ile ilişkili fistüllerden yaklaşık beş kat daha fazladır.

Uçtan uca kolokolik ve entero-enterik anastomozlarla sigmoid kolonun ve ilgili ince bağırsağın enblok rezeksiyonu tercih edilen tedavi yöntemlerindedir. İyi hazırlanmış kolonu, minimal akut inflamasyonu ve obstrüksiyonu çok az olan veya hiç olmayan bir hastada minimal risk ve az postoperatif komplikasyonla tek aşamalı rezeksiyon yapılabilir. Aksi takdirde aşamalı bir prosedür uygulanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. (Gribovskaja-Rupp I, Melton GB. Enterocutaneous fistula: proven strategies and updates. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016;29:130–137. )
2. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, et al. Internal fistulas in diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1988; 31:591.
3. Ahmad DS, Quist EE, Hutchins GF, et al. Coloenteric fistula in a young patient with recurrent diverticulitis: A case report and review of the literature. *Neth J Med* 2016; 74:358.
4. Hool GJ, Bokey EL, Pheils MT. Diverticular colo-enteric fistulae. *Aust N Z J Surg* 1981; 51:358.