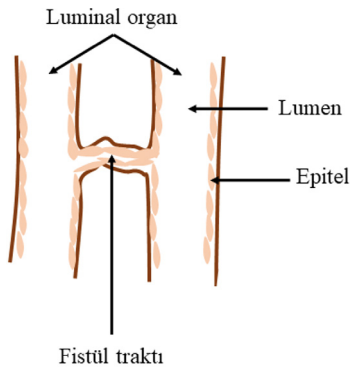


19.5. İntestinal Fistüller

Hakan SÖZEN¹

Fistül yüzeyi epitel ile döşeli iki boş organ arasındaki anormal açıklıklara verilen addır (Şekil 1). Latince boru kelimesinden türetilmiştir. Klinikte sıklıkla ince ve kalın bağırsakları ilgilendiren fistüller görülür.

Fistüller fistülize olan organlara göre adlandırılırlar. Fistülün birincil orijin organıyla, ardından bağlandığı yüzey veya organa göre bu adlandırma yapılır (istisnası: sterkoral fistül; sterkoral, feçes ile ilgili demek): enteroenterik, enterokolik, enterovezikal, kolovezikal, kolokolik, kolovajinal, rektovajinal, sterkoral (kolon ile deri arasında) gibi.



Şekil 1. Fistül traktının içi büyük çoğunlukla epitel ile döşelidir (Çizim: Dr. Tezel).

Gastrointestinal fistüllerin çoğu (%75-85) abdominal cerrahinin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Buna karşın fistüllerin %15-25'i kendiliğinden gelişir ve genellikle karın içi iltihaplanma veya enfeksiyonun sonucudur (divertikülit sonrası gelişen kolovezikal veya kolovajinal fistüller gibi; Bkz. Akut divertikülit bölümü).

Fistüllerin mortalite ve morbiditesi gelişen cerrahi teknikler ve parenteral beslenme yöntemleri sayesinde son yıllarda giderek azalırken, ileri ve komplike hastalık, karmaşık cerrahi teknikler ve yaşlanan nüfus nedeniyle fistül oluşum sıklığı azalmamıştır.

Cerrahi pratikte en sık bağırsakları ilgilendiren fistüller görülür. Fistüller anatomik, fizyolojik (çıkış hacmi) ve etiyolojik özellikleri göz önüne alınarak sınıflandırılır:

1. Anatomik olarak iç (organlar arası) ve dış (deriye açılan) fistüller olarak ayrılırlar.
2. Fizyolojik olarak yüksek debili (>500 mL/gün), orta debili (200-500 mL/gün) ve alçak debili (<200 mL/gün) olmak üzere sınıflandırılırlar.

¹ Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., mhakansozen@gmail.com

Cerrahi tedavinin temel ilkesi fistül traktı ile birlikte fistülün başlangıç yeri olan bağırsak segmentinin sağlıklı kısımlara kadar çıkarılması ve yeniden anastomoz yapılarak Gİ devamlılığın sağlanmasıdır. Anastomoz yapılamayacak durumlarda veya anastomoz güvenliğinden emin olmak için stoma açılmalıdır. Stoma tipleri ve ameliyat seçenekleri Şekil 2'de gösterilmiş ve alt yazıda anlatılmıştır.

Distal bağırsak segmentleri olası bir obstrüksiyon nedeni (brid, yapışıklık veya açılanma gibi) açısından dikkatle incelenmelidir. Eğer fistül içeren segment veya distal segmentler yoğun yapışıklıklar nedeniyle açılmıyorsa, bu durumda o segmentleri devre dışı bırakan (bypass) prosedürü uygulanır (Şekil 3). Bu durumda ilgili kısımlar daha sonra çıkarılmak üzere karın içerisinde bırakılır. Fistül traktının geçtiği yerde fasya mutlaka onarılmalıdır.

Enteroenterik fistüller konservatif tedavi ile kapanmazsa cerrahi tedavi gerekir. Bu amaçla fistül traktı ve ilişkili bağırsak segmentleri mümkün olduğunca az miktarda bağırsak içerecek şekilde eksize edilir ve anastomoz için or-

tam uygun ise primer anastomoz yapılır. Eğer inflamasyon devam ediyorsa yukarıda bahsedilen stoma seçeneklerinden biri uygulanır. Uzun bağırsak segmentlerinin çıkarılmasından kaçınmak gerekir çünkü kısa bağırsak sendromu gelişme olasılığı vardır.

Aortoenterik fistüller sıklıkla aortik protektik greftlerin bir komplikasyonu olarak gelişir. Acil cerrahi girişim gerektirir çünkü masif kanama potansiyeli taşır. Greft çıkarılır ve ilgili aort segmentine bypass işlemi yapılır. Aynı şekilde ilgili bağırsak segmenti de rezeke edilip primer anastomoz yapılır.

KAYNAKLAR

1. Elliott TB, Yego S, Irvin TT. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. *Br J Surg.* 1997 Apr. 84 (4):535-9.
2. Berry SM, Fischer JE. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *Surg Clin North Am.* 1996 Oct. 76 (5):1009-18.
3. Martinolich J, Croasdale DR, Bhakta AS, Ata A, Chismark AD, Valerian BT, Canete JJ, Lee EC. Laparoscopic Surgery for Diverticular Fistulas: Outcomes of 111 Consecutive Cases at a Single Institution. *J Gastrointest Surg.* 2019 May;23(5):1015-1021.