

CROHN HASTALIĞINA BAĞLI ENTEROKUTAN FİSTÜLLÜ ÜÇ OLGUNUN ANALİZİ

Nejdet BİLDİK, Ayhan ÇEVİK, Mehmet ALTINTAŞ, Hüseyin EKİNCİ,
Mehmet Erdem ÖZTÜRK, Mustafa GÜLMEN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Yüz binde 3.6-8.8 sıklığa sahip, kronik idiyopatik enflamatuvar bir hastalık olan Crohn hastalığı, ileal, ileo-kolonik veya kolonik tutulum daha sık olmasına rağmen ağızdan anüse kadar alimenter traktın herhangi bir kesimini tutabilir. Crohn hastalığı aralıklı tutulumla kendini gösterir, diğer bir ifadeyle arada nispeten sağlam mukozanın olduğu pek çok segment tutulumu gösterebilir. Perforasyon, akut dilatasyon ve masif hemoroji ince bağırsak tutulumuna göre kalın bağırsak Crohn hastalığında daha sık meydana gelir. Fibröz striktürlere bağlı olarak oluşan obstrüksiyon en sık görülen komplikasyon olup striktürler çok sayıda olabilir. Komşu bağırsak anslarına veya vajen ve mesane gibi organlara olabilen internal fistüller ve deriye olan eksternal fistüller hastaların %17'sinde meydana gelmektedir. Crohn hastalığında kür söz konusu olmadığı için tedavinin hedefi inflamasyonu kontrol etmek, beslenme eksiklikleri ve semptomları düzeltmektir. Bu hedeflere ulaşırken sıklıkla cerrahiye başvurulur ki, gerçekte hastaların %75'i hayatları boyunca en az bir ameliyat geçirmiştir. Geniş cerrahi eksizyonlarla kür sağlanamadığından cerrahi tedavi komplikasyonlarda uygulanmalıdır. Bu yazıda, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği'nde, Crohn hastalığına bağlı enterokutan fistül tanısıyla takip ve tedavileri yapılan olgulardaki deneyimler geriye dönük olarak sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Crohn hastalığı; intestinal fistül; cerrahi.

THE ANALYSIS OF THREE PATIENTS WITH ENTEROCUTANEOUS FISTULAS DUE TO CROHN'S DISEASE

Crohn's disease, chronic idiopathic inflammatory disease with incidence 3.6 to 8.8 per 100.000, may affect any part of the alimentary tract from mouth to anus, although ileal ileocolonic or colonic involvements are the most common patterns. The disease characteristically discontinuous or in other words, the disease may affect a number of segments with relatively normal intestinal mucosa in between. Perforation, acute dilatation and massive haemorrhage may all occur in large bowel Crohn's disease rather than small intestinal Crohn's disease. Obstruction due to fibrous strictures is the most common complication and the strictures may be multiple. Internal fistulas to neighboring loops of small or large bowel or to organs such as the bladder, vagina or external fistulas to skin occur in 17% of patients. Since Crohn's diseases cannot be cured, the aim of the treatment is to control the inflammation, to correct nutritional deficiencies and symptoms. These aims will frequently involve surgery and indeed 75% of patients will require at least one operation during their lifetime. Surgical management is reserved for complications, because the disease cannot be cured by wide surgical excision. With this study we report retrospectively our experience about enterocutaneous fistula cases due to Crohn's disease in the second surgery clinic.

Key Words: Crohn disease; intestinal fistula; surgery.

Başvuru tarihi: 28.3.2006 **Kabul tarihi:** 1.4.2007

İletişim: Dr. Nejdet Bildik. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

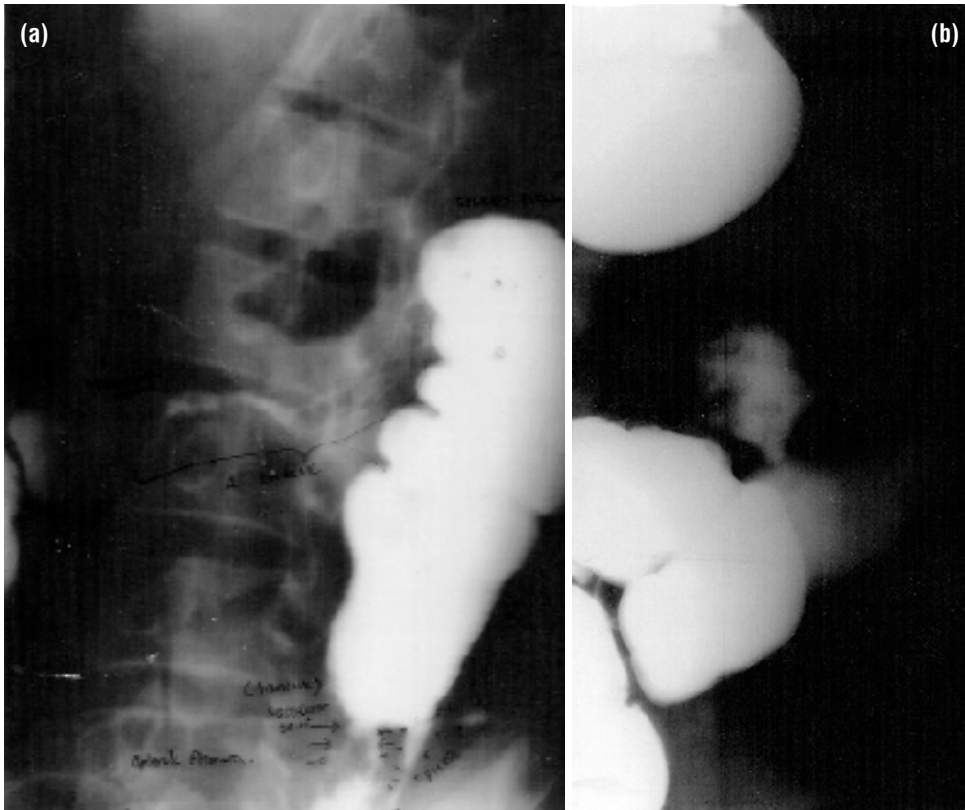
Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1251 **e-posta:** nejdet.bildik@sbkeah.gov.tr

Crohn hastalığı kendiliğinden düzelmeler ve akut alevlenmeler gösteren, gastrointestinal sistemin ilerleyici granülomatöz enflamatuvar bir hastalığı olup, kentli ve gelişmiş bölge insanlarında daha sık rastlanmakta ve lifli besin tüketim azlığı, sigara içimi ve aşırı şeker alımı risk oluşturmaktadır.^[1,2] Yaklaşık %50'sinde ince ve kalın bağırsağın birlikte tutulduğu Crohn hastalığında, etyoloji tam bilinmemekle birlikte genetik ve çevre faktörlerinin birlikte etkileşimi en güçlü hipotez olup bu hastaların %15-20'sinde aile anamnezi saptanmıştır.^[3] Diyare, tekrarlayan kramp tarzında karın ağrıları, anorektal lezyonlar, anemi, malnutrisyon ve ateş gibi çeşitli klinik tablolar oluşturan bu hastalık, genellikle obstrüksiyon, karıncı apse, internal ve eksternal fistüller, perforasyon, kanama ve perianal apse gibi komplikasyonlarla tanı almaktadır.^[4,5] Crohn hastalığında cerrahi yöntemler, segmenter veya geniş rezeksiyon anastomoz, striktüroplasti, bay-pas prosedürleri, ekskülüzyon gibi tekniklerdir. Crohn hastalığının bir komplikasyonu olan enterokutanöz fistüllerde de cerrahi tedavi seçenekleri, fistülektomi ve tutulan segment rezeksiyonudur.^[5]

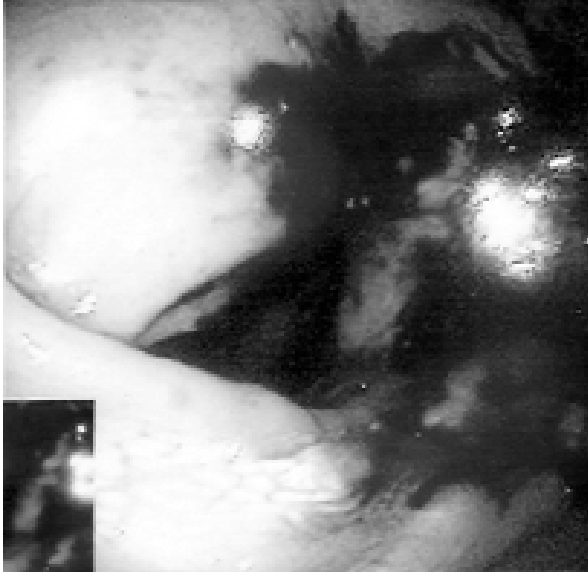
Kliniğimizde 1999-2002 yılları arasında Crohn hastalığına bağlı enterokutan fistül tanısıyla takip ve tedavisi yapılan üç olgu literatür verileri de irdelenerek sunuldu.

OLGU SUNUMU

Olgu 1. Elli iki yaşında erkek hastanın, 14 yıldır Crohn hastalığı olduğu biliniyordu. Sekiz yıl önce hastaya ileus tanısıyla sağ hemikolektomi uygulanmıştı. Beş yıl önce striktür ve kolonda kitle nedeniyle distal jejunum + ileum rezeksiyonu + parsiyel transvers kolon rezeksiyonu + uçuca jejunotransversostomi uygulanmıştı. İki ay sonra ciltten bağırsak içeriği gelmeye başlayan kaşektik görünümlü hastanın muayenesinde, batın rahat, defans ve rebound yoktu. Umblikus sol lateralinde cilde fistül görünümü ve gaita gelişi vardı. Çift kontrastlı kolon grafisinde (Şekil Ia), rektosigmoid bileşkede stenotik alan ve jejunotransversostomi hattından jejunuma 5 cm'lik mesafede uzanan fistül trasesinde ortalama 4 cm'de apse görünümü mevcuttu (Şekil Ib). Kolonoskopide (Şekil II) 37. cm'de sirküler darlıktan yapılan biyopsinin histopatolojik de-



Şekil I. (a) Olgunun kontrastlı kolon grafisinde fistül traktı; **(b)** apse görünümü (olgu 1).



Şekil II. Olgunun kolonoskopisinde 37. cm'de sirküler darlık ve kanamalı alan (olgu 1).

ğerlendirmesi, kronik iltihaplı mukoza örnekleri ile uyumlu olarak geldi.

Yirmi dokuz gün medikal tedavi (siprofloksasin, metranidazol, kortikosteroid) ve total parenteral nutrisyon (TPN) sonrası fistül debisinin azalmaması üzerine ameliyat kararı verildi. Fistülün distalinde yer alan stenotik sigmoid kolon segmentine yönelik olarak, parsiyel sigmoid kolon rezeksiyonu + uç uca anastomoz uygulandı ve pasaj açıldı. Buna rağmen fistülün kapanmaması üzerine ameliyat sonrası 13. günde, fistülektomi + jejunorafi uygulandı. Hastanın ameliyat sonrası dönemi yapılan ameliyat yönünden sorunsuz seyrederken, hasta 11. günde, pnömoni-akut respiratuvar distres sendromu

tanımları ile yoğun bakım şartlarında kaybedildi.

Olgu 2. Otuz dört yaşında erkek hastanın, iki yıldır Crohn hastalığı olduğu biliniyordu. İki buçuk yıl önce hastaya akut apandisit tanısıyla apendektomi uygulanmıştı. Üç gün sonra anamnezinden anladığımız kadarıyla ileus tanısıyla ne olduğunu bilmediğimiz bir ameliyat yapılmıştı. Daha sonra batın ön duvarından akıntı gelmeye başlayan hastanın üçüncü ameliyatında anamnezinden kısmi ileum rezeksiyonu ve ileostomi uygulandığı öğrenildi. Hastanın dördüncü kez brid nedeniyle ameliyat edildiği, ancak ameliyattan dört gün sonra tekrar fistül oluştuğu, beşinci ameliyatında ileostomi kapatıldığı, altıncı ameliyatta cildinin açık bırakıldığı ve altı ay izlendiği, yedinci ameliyatta fistül yerinin kapatıldığı, sekizinci kez ileum rezeksiyonu + uç uca anastomoz uygulandığı, bu ameliyat sonrası dördüncü gün tekrar fistülün nüksettiği öğrenildi.

Kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde, batın cildinde orta hatta umblikus'un yaklaşık 4 cm üstünde 4x5 cm'lik cilt defekti ve gayta gelişmesi mevcuttu. Fistülografide ince bağırsağın cilde ağızlaştığı ve belirgin bir trakt olmadığı gözlemlendi. Bilgisayarlı tomografide (BT), batın içerisinde apse saptanamadı. Yirmisekiz gün TPN ve medikal tedavi (somatostatin, siprofloksasin, metranidazol, kortikosteroid) uygulandı. Fistülün kapanmaması üzerine, hastaya fistülektomi ve parsiyel ileum rezeksiyonu ve uç uca anastomoz + prolen mesh takviye + drenaj ameliyatı uygulandı (Tablo I). Bir hafta sonra iyileşerek taburcu edilen hastanın kontrollerinde soruna rastlanmadı.

Tablo I. İkinci olgunun geçirdiği ameliyatlara

Ameliyat	Uygulama
1	2.5 yıl önce apendektomi*
2	Üç gün sonra tahmin edilen ileus için bridektomi*
3	Fistül gelişmesi üzerine İleum rezeksiyonu ve ileostomi**
4	Bridektomi**
5	İleostomi kapatılması***
6	Açık abdomen ile takip***
7	Fistül kapatılması***
8	İleum rezeksiyonu uçuca anastomoz***
9	Fistülektomi ve parsiyel ileum rezeksiyonu ve uç uca anastomoz + Prolen mesh takviye + drenaj****

* , ** , *** Farklı kliniklerde yapılan ameliyatlara; **** Kliniğimizde yapılan ameliyatlara.

Olgu 3. Otuz yaşında erkek hastanın bir yıldır Crohn hastalığı olduğu biliniyordu. Sol bel bölgesinden kötü kokulu akıntı şikayetiyle başvurdu. Sol lomber bölgede iki adet fistül ağzı ve kötü kokulu gaitaiform akıntı mevcuttu. Çift kontrastlı kolon grafisinde inen kolonda 4 cm uzunluğunda darlık, transvers kolon splenik fleksura komşuluğunda 9 cm uzunluğunda ikinci bir darlık mevcuttu. Birinci darlık bölgesinin distalinden cilde uzanan 6 cm'lik fistül traktı mevcuttu (Şekil III). Kolonoskopisinde sigmoid kolonda çepeçevre darlık ve bu mesafedeki erozyone lezyondan alınan biyopsinin sonucu kronik aktif kolit olarak geldi. TPN ve medikal tedaviye (siprofloksasin, metronidazol, azatiopürin ve kortikosteroid) başlandı. Yirmi altıncı günde fistülün kapanmaması üzerine hastaya saptırıcı kolostomi uygulandı. Fistülden gelenin devam etmesi üzerine bu işlemin 15. gününde hastaya, subtotal kolektomi + ileosigmoidostomi + fistül traktı debridmanı ameliyatı uygulandı. Ameliyat sonrası beşinci günde drenleri çekilen hasta yedinci günde iyileşerek taburcu edildi. Hastanın kontrollerinde soruna rastlanmadı.

TARTIŞMA

Crohn hastalığında distal ileum inflamasyonu ve değişik oranlarda da kolon tutulumu en sık görülen tiptir ve hastaların %40'ını kapsar. İnce bağırsakların izole tutulumu olguların %30'unda görülürken, kolonla sınırlı hastalık %20-25, izole perineal ve anorektal tutulum %5-10 olarak görülmektedir.^[6] Crohn hastalığında, bağırsak duvarında kalınlaşma, fibrozis ve ödem nedeniyle daralmış segmentler görülür. Erken evrede mukoza ve submukozada ödemler başlar. Bunu aktif ülserler izler. Ülserler derinleşir ve bağırsağın tüm katları tutulur. Mukozada oluşan derin fissürler tüm bağırsak duvarını geçerek mezo içine kadar ilerleyebilir, buralarda apseler oluşur. Bağırsak ansları arasında veya bağırsaklarla vajen, mesane veya karın ile derisi arasında fistüller oluşabilir.^[4,5] Hastaların %30'unda enterik fistüller mevcuttur. Perianal apse ve fistüller, kolon tutulumu olmadan, tek başına ileit varlığında da görülebilir.^[6]

Gastrointestinal sistemin kontrastlı grafileri ile Crohn hastalığı tanısı konulabilir. Kolonoskopi, I-Tc sintigrafileri, ultrasonografi, BT ve manyetik rezonans görüntüleme tanıda yardımcı olup, ayırıcı tanıda ülseratif kolit, akut apendisit, gastrointes-



Şekil III. Üçüncü olguda görülen fistül traktı.

tinal sistem tüberkülozu, lenfoma, karsinoma, amibiyazis, iskemi, eozinofilik gastroenterit, nonsteroidal antiinflamatuvarlara bağlı enteropatiler sözkonusudur.^[1] Başlangıçta tüm hastalar tıbbi tedaviye alınmalıdır. İstirahat sağlanıp, stres ortadan kaldırılmalı ve enfeksiyon kontrolü ile birlikte nutrisyonel eksiklikler giderilmelidir.^[6] Total bağırsak istirahati sağlamak için santral venöz kateter yoluyla parenteral hiperkalimantasyon gerekli olmaktadır.^[1]

Medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda cerrahi girişim gündeme gelmelidir. Temel olarak Crohn hastalığında cerrahi tedavi endikasyonları obstrüksiyon, perforasyon, internal fistüller, eksternal fistüller, apse, perianal hastalıklar, inatçı nüks eden stenozlar ve hemorajidir.^[2] Nadiren kür sağlanan cerrahi girişimler genel olarak palyatif kabul edilmeli ve mevcut komplikasyonlara yönelik olmalıdır.^[1] Crohn hastalığı kronik ve tekrarlayıcı özellikte olduğu için cerrahi tedavide konser-

vatif kalınmalı, ameliyatlarda olabildiğince sınırlı rezeksiyon yapılmalıdır.^[2,3] Bay-pas, striktüroplastik, proksimal diversiyon uygulanan diğer cerrahi tekniklerdir.^[5,6] Crohn hastalığında rezeke edilecek lezyonlu bölgenin cerrahi sınırı komplikasyonlar ve nüks açısından önemlidir. Fazio rezeksiyon sınırlarını kıyasladığı çalışmada, geniş rezeksiyonun istatistiksel olarak kısa rezeksiyona göre takiplerinde nüks ve komplikasyon oranını düşürmediğini belirtmektedir.^[7] Cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlar hastalığın seyrini ve mortalitesini önemli şekilde etkiler. Kısa bağırsak sendromu, anastomoz kaçakları ve fistüller önemli komplikasyonlarıdır.^[7]

Hem cerrahi sonrası hem de kendiliğinden oluşan fistüllerin ortalama 4-6 haftalık konservatif tedavi ile yaklaşık %60-70'i kapanırken,^[4,8] hastalıklı segmentten kaynağını alan, anastomoz kaçağından gelişmiş, bağırsak çevresinin %50'den fazlasını tutan, traktusu çok kısa ve ciltle mukoza arasında doğrudan ilişki olan ve distalinde bağırsak tıkanıklığı olan fistüllerin kendiliğinden iyileşme şansları bulunmamaktadır.^[5,9]

Somatostatin analoglarının fistül debisini azalttığına dair bir kanı vardır, ancak kontrollü ileriye dönük bir klinik çalışmada herhangi bir etkisi gözlenmemiştir.^[10] Bir çalışmada infliksimab verilen olgularda %50-75 iyileşme bildirilirken,^[11] Poritz ve ark.^[12] hiç iyileşme görülmediğini kaydetmişlerdir.

Deneyimli merkezlerde enterokutan fistüllerin cerrahi tedavisinde %95 oranında başarı sağlanırken, başarısızlık durumunda %50 mortalite bildirilmiştir.^[13,14] Crohn hastalığının komplikasyonu olan enterokutanöz fistüllerin cerrahi tedavisinde kabul gören tedavi yöntemi fistülektomi, rezeksiyon ve anastomozdur. Primer hastalıklı bölümü tedavi etmeden distalde yer alan striktürün ortadan kaldırılmasının hastalığın tedavisinde yeri yoktur. Fistüllü bir bölgeyi rezeksiyon ve anastomozla değil eksizyonla tedavi etmek hastanın morbidite ve mortalitesini artırır.^[12,13]

Cerrahi girişimlerden sonra ortalama nüks oranları, beş yıllık sürede %25-50, 10 yılda %35-80, 15 yılda %45-85 olarak bildirilmektedir ve nüks özellikle genç hastalarda, hastalığın yaygın olduğu olgularda ve kolon tutulumu olanlarda daha yüksek olarak bildirilmiştir.^[3] Bizim

çalışmamızda, enterokutanöz fistüllü üç olguya fistülektomi rezeksiyon anastomoz uygulanmış olup, biri kronik obstrüktif akciğer hastalığı + kalp yetmezliği nedeniyle kaybedilmiş diğerleri iyileşerek taburcu edilmişlerdir.

Sonuç olarak, cerrahi girişimlerin daima komplikasyonlara yönelik olduğu Crohn hastalığında ilk planda konservatif kalmak, medikal tedavi ve TPN ile hastaların biyokimyasal ve klinik parametrelerini düzeltmek, infeksiyonu kontrol etmek, eğer medikal tedaviye yanıt alınmazsa ameliyat öncesi gerekli hazırlık yapılarak ve aşırı doku kaybını önlemek amacıyla sınırlı cerrahi girişim uygulanması gerektiği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Shelton AA, Schrock RT, Welton LM. Small intestine, Crohn's disease. In: Lawrence WW, editor. Current surgical diagnosis & treatment. 11th ed., McGraw-Hill; 2003. p. 689-92.
2. Brandt PC, Malangoni AM. Crohn's disease of the small bowel. In: Cameron LJ, editor. Current surgical treatment. 7th ed., 2001. p. 128-31.
3. Hyman HH. Small intestine, Crohn's disease. In: Corson DJ, Williamson CN, editors. Surgery. Mosby; 2001. p. 3-10.7/10.9.
4. Sahai A, Bélair M, Gianfelice D, Coté S, Gratton J, Lahaie R. Percutaneous drainage of intra-abdominal abscesses in Crohn's disease: short and long-term outcome. Am J Gastroenterol 1997;92(2):275-8.
5. Jewel DP, Satsangi J. Crohn's disease of the small intestine. In: Morris JP, Wood CW, editors. Oxford textbook of surgery. Vol. 2, 2nd ed., Oxford University Press; 2001. p. 1355-8.
6. Akyüz A, Bilsel Y. Crohn hastalığı. In: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, editors. Kolon rektum ve anal bölge hastalıkları. 1. basım. İstanbul: 2003. p. 627-9.
7. Fazio VW, Marchetti F, Church M, Goldblum JR, Lavery C, Hull TL, et al. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease in the small bowel. A randomized controlled trial. Ann Surg 1996;224(4):563-73.
8. Bataille F, Klebl F, Rümmele P, Schroeder J, Farkas S, Wild PJ, et al. Morphological characterisation of Crohn's disease fistulae. Gut 2004;53(9):1314-21.
9. Thompson-Fawcett MW, McC Mortensen NJ. Crohn's disease. In: Philipps RKS, editor. Colorectal surgery. London: W.B. Saunders; 2001. p. 207-51.
10. Bressler B, Sands BE. Review article: Medical therapy for fistulizing Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2006;24(9):1283-93.
11. Present DH. Review article: the efficacy of infliximab

- in Crohn's disease--healing of fistulae. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13 Suppl 4:23-8.
12. Poritz LS, Rowe WA, Koltun WA. Remicade does not abolish the need for surgery in fistulizing Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2002;45(6):771-5.
13. Ren JA, Tao QS, Wang XB, Zhao YZ, Hong SJ, Gu GS, et al. Diagnosis and management of Crohn disease complicated with gastrointestinal fistulae. [Article in Chinese] *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2005;8(2):117-20. [Abstract]
14. Lynch AC, Delaney CP, Senagore AJ, Connor JT, Remzi FH, Fazio VW. Clinical outcome and factors predictive of recurrence after enterocutaneous fistula surgery. *Ann Surg* 2004;240(5):825-31.