

# Enterokütan Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi\*

Cüneyt KAYAALP<sup>1</sup>, Cemalettin AYDIN<sup>2</sup>, Gürel NEŞŞAR<sup>3</sup>

İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı<sup>1</sup>, Malatya  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 6. Genel Cerrahi Kliniği<sup>2</sup>, Ankara  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>, Ankara

## TANIM

İki epitelize yüzey arasındaki normal olmayan birleşmeye fistül denir ve fistüller birleştirdikleri yapılarca göre isimlendirilirler (enterokütan, kolovezikal, rektovajinal vb). Gastrointestinal fistüller çok çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenlerden birisi de inflamatuvar barsak hastalıklarından Crohn hastalığıdır. Crohn hastalığına bağlı gastrointestinal fistüller diğer nedenlere bağlı gastrointestinal fistüllere tanı, yaklaşım ve tedavi açısından benzerlik gösterir ve temel prensipleri aynıdır.

## SINIFLANDIRMA

Crohn hastalığına bağlı fistüller ciltle olan ilişkilerine, ortaya çıkış nedenlerine, fistülün lokalizasyonuna, debisine ve basit/komplike oluşuna göre sınıflandırılabilirler. Ciltle olan ilişkilerine göre internal ve eksternal (ya da enterokütan) fistüller olarak iki gruba ayrılırlar. Eksternal fistüller de ortaya çıkış nedenlerine göre spontan açılan fistüller (Tip I) veya cerrahi sonrası ortaya çıkan fistüller (Tip II) olmak üzere ikiye ayrılırlar (1). Spontan gelişen fistüller daha az görülmekte, fistüllerin önemli bir kısmı cerrahi uygulamalar sonrası ortaya çıkmaktadır. Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin tüm kısımlarını tutabildiği için fis-

tülleri de gastrointestinal sistemin her seviyesinde görülebilir. Debisine göre de fistüller düşük, orta veya yüksek miktarda olabilirler. Basit fistüllerde genellikle tek bir traktüs varken komplike olanlarda birden fazla fistül yolu veya fistül ile ilişkili abse kavimleri vardır. Bu tip sınıflandırmalar farklı fistül tiplerinde tanı, tedavi yaklaşımlarının ve prognozların farklı olmasından yapılmaktadır. Fistüllerin bu şekilde sınıflandırılması bazı tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasının daha doğru yapılmasını sağlamak açısından da önemlidir.

## SIKLIK

Crohn hastalarında %20-40 oranında fistül gelişir (2, 3). Genel olarak yansı internal yansı da eksternal fistüllerdir. Daha önceden yaptığımız araştırmamızda Crohn nedeniyle cerrahi tedavi gerektiren hastaların %28'inin abse ve/veya fistül nedeniyle ameliyat edildiklerini tespit etmiştik (4).

## PATOGENEZ

Tam bilinmemekte ancak mukozadaki fissürleşmelerin önemli olabileceği düşünülmektedir.

\*Bu çalışma 1-2 Nisan 2005 tarihlerinde Ankara'da İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Derneği'nin düzenlediği "İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Neredeyiz?" adlı sempozyumunda sunulmuştur.

## TANI

İlk bulgu sıklıkla postoperatif dönemde ortaya çıkan uzamış paralitik ileus ve sepsistir. Fistül sıklıkla postoperatif 5-10. günler arasında ortaya çıkar. Başlangıcı sinsi olabilir. Kannda ağrı ve hassasiyet, ateş, lökositoz ve yara yeri enfeksiyonu ilk bulgular olabilir. Görüntüleme yöntemleri ile kanın içi sıvı koleksiyonları tespit edilebilir. Postoperatif septik şok ve asidoz fistül ile birlikte olan peritonitin bulgusudur.

Ciltteki açıklıktan barsak içeriğinin gelmesi ile tanı koyulabilir. Sıklıkla cildin zayıf olduğu insizyondan veya dren traktusundan içerik gelir (Resim 1). Postoperatif dönemde bu zayıf bölgelerde önce bir enfekte koleksiyon oluşur. Bu koleksiyonun drenajı ile önce pürülan akıntısının daha sonra da intestinal içeriğin ciltten geldiği görülür (Resim 2). Spontan fistüllerde ise ciltteki absenin drenajı sonrası benzer şekilde önce pürülan arkasından da intestinal içerik tespit edilebilir. Şüpheli durumlarda ağız yoluyla verilen boyar maddelerin (metilen mavisi gibi) ciltten gelmesi ile veya kontrastlı maddelerle çekilen pasaj grafilerinde kontrastın fistül traktusu boyunca ilerlemesi ile tanı koyulabilir. Bu yöntemlere rağmen fistül olup olmadığı konusunda tanı net değil ise fistül ağzı olduğu düşünülen delikten suda erir kontrast madde verilerek barsak içerisine geçiş olup olmadığı tespit edilebilir (fistülografi).

## TEDAVİ

Tedavinin amacı sindirim sistemi bütünlüğünün sağlanması, Crohn hastalığının remisyonunun sağlanması ve komplikasyonlardan korunmaktır. Gastrointestinal fistüller ile ilgili genel prensipler Crohn fistüllerinin tedavisinde de geçerlidir (1). Bu prensipler belli bir öncelik sırasına göre belirtilmekte ise de aslında sıklıkla hepsi birbiri içerisine geçmiş şekildedir ve birlikte uygulanırlar.

**1. Oral Gıdanın Kısıtlanması:** Genellikle fistül ile ilgili fazla bilgimizin olmadığı yeni tanı koyulmuş dönemde yapılması en doğru olan ve ilk yapılan işlemdir.

**2. Sıvı Elektrolit Dengesinin Sağlanması:** Özellikle yüksek debili fistüllerde kayıpların yeterince karşılanamaması nedeniyle, kanın içinde devam eden enfeksiyon bulguları nedeniyle ve hastanın oral alımının kesilmesi nedeniyle idame ihtiyaçlarının karşılanması açısından sıvı elektrolit ihtiyacı özellikle başlangıçta, fistülün kontrollü hale gelmesi döneminde fazla olmaktadır.



Resim 1. Ameliyat kesisinden gelişen Crohn fistülü



Resim 2. Dren yerinden gelişen Crohn fistülü

**3. Cildin Korunması:** Fistül ağzından cilde bulaşan koroziv barsak içeriği ciltte önemli lezyonlara neden olabilir. Gerek koruyucu örtülerle gerekse stoma ekipmanları ile cildin korunması bu uzun süreli tedavi sürecinde önemlidir. Eğer cilt yaralanırsa ise hasta fistülden çok bu yaralar nedeniyle sıkıntı çekmektedir. Erken dönemde yara açılmadan bu konuda tedbir alınması çok önemlidir. Cildin korunması mekanik ve farmakolojik yöntemler

ile yapılabilir. Cilt bakımı yapılmaz ve ciltte yaralar açılır ise stoma torbası yapıştırmakta zor olabilir. Fistül yerinden dren yerleştirilerek toplama torbasına alınabilir. Koruyucu pastalar (Karaya vb) ile stoma bakımı yapılmalıdır. H2 reseptör antagonistleri de hem mide sekresyonlarını azaltıp hem de asit miktarını azaltarak ciltteki tahrişi azaltır (1).

**4. Kann İçi İnfeksiyon İle Mücadele:** Eksternal fistüllerde enfeksiyon bir dereceye kadar kaçınılmazdır (steril olan bir alandan enfekte barsak içeriği doğal olmayan bir şekilde geçtiği için). Kann içi sepsisin (intraabdominal enfeksiyonun) kontrolü ve bu konudaki şüphencilik çok önemlidir (5). Kontrol altına alınamamış intraabdominal sepsisin mortalitesi %100 dür. Kontrollü (yani fistülize olmuş) ve kontrolsüz (generalize peritonitli) her iki grup hastada da dren veya insizyondan barsak içeriği gelir. Ancak peritonitli hastada kannda ağrı, fizik muayene ile kannda hassasiyet, ateş, lökositoz ve septik tablo (taşikardi, taşipne, asidoz) belirgindir ve acil cerrahi girişim yapılmazsa mortalite kaçınılmazdır. Bu durumda kann içinin temizlenmesi yanında kaynağın ortadan kaldırılması amacı ile açıklık tespit edilen barsağın dışarıya alınması (ostomi) en iyi seçenektir. Cerrahi sınırların net olarak ortaya konulamadığı veya barsaktaki açıklık bölgesinin stoma haline getirilemediği durumlarda açıklığın dikişle kapatılıp, proksimalden bir sapıncı stoma açılması en iyi ikinci tercihtir. Kısa mezenter nedeniyle veya diğer anatomik nedenlerle ostomi hiçbir şekilde yapılamayan durumlarda ise devam edeceği düşünülen kann içi enfeksiyon için geniş drenler ile kontrollü fistül oluşturulmaya veya abdomeni açık bırakma metodu ile kann içinin düzenli aralıklarla temizlenmesi yapılabilir. Bu durumlarda mortalite çok yüksektir. Kontrollü fistüllerde ise peritonit bulguları olmaz ve erken cerrahi girişim gereksiz hatta zararlı olabilir. Yaygın peritonit olmaksızın fistüle lokalize bir enfeksiyonda eşlik edebilir. Klinik bulgular yanında görüntüleme yöntemleri ile bunun tespit edilmesi ve girişimsel radyoloji veya cerrahi yoluyla bu koleksiyonların drene edilmesi gereklidir. Girişimsel radyoloji ile drenajı başarılı olmayan koleksiyonlarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Devam eden sepsis tedavideki başarısızlığın ve mortalitenin en önemli nedenidir. Fistülün kronik bekleme döneminde eğer hemodinamik instabilite yoksa, sekonder enfeksiyonlar (kateter enfeksiyonu, pnömoni vb) yoksa, aralıklı ateş periyodları olmuyor ise ve organ fonksiyon bozuklukları yoksa antibiyotik tedavisine gerek yoktur.

**5. Beslenme Desteğinin Başlatılması:** Fistüllere bağlı mortalitenin yıllar içerisinde düşürülmesinde en önemli faktör olarak beslenme desteğinin öneminin ortaya çıkmasıdır (5). Fistüllerde beslenme desteği enteral veya sıklıkla parenteral yoldan yapılmaktadır. Üst gastrointestinal sistemden veya distal kolon ya da rektumdan olan fistüllerde enteral beslenme yolu kullanılabilir. Üst gastrointestinal fistüllerde fistülün distaline yerleştirilen bir beslenme tüpü yolu ile, distal kolon ve rektum kaynaklı fistüllerde ise özellikle ince barsaklardan emilebilen özel beslenme solüsyonları (elementer diyetler) ile parenteral beslenmeye gerek olmadan enteral yolla beslenme yapılabilir. Bunun dışındaki durumlarda total parenteral beslenme gereklidir. Fistül tanısı koyulur koyulmaz beslenme desteğine hemen başlanmalıdır. Pozitif azot dengesinin sağlanmasının spontan fistül kapanmasını sağlayabildiği bilinmektedir. Eğer cerrahi dışı yollarla fistül kapanırsa ve üç gün üst üste fistül traktından bir drenaj olmuyorsa normal gıdalara yavaş yavaş başlanmalıdır.

**6. Fistül Hakkında Araştırma (Yer, Debi, Basit-Komplike, Risk Faktörleri):** Fistül geliştikten sonra genellikle 7-10 gün sonra fistülografi ve endoskopi ile araştırma yapılabilmesine karşın çok aceleci olmamak ve minimum 14 gün beklemek ve sonrasında endoskopik veya fistülografi tetkilerinin yapılması daha güvenlidir. Eğer üç haftalık beslenme desteğine rağmen fistül debisinde azalma olmuyor ise fistülün spontan kapanma ihtimalinin düşük olduğunu düşünmek ve fistül kapanmasına engel olan bir neden araştırmak gereklidir (Tablo 1) (1).

**7. Bekleme Dönemi ve İlaçlar İle Fistülün Kapatılma Çabası:** İster cerrahi isterse cerrahi dışı tedavi uygulansın, beslenme desteği ile katabolizmanın engellenmediği ve kann içi enfeksiyonun kontrol altına alınamadığı durumlarda tedavinin başarılı olma şansı yoktur. Bekleme döneminin iki amacı vardır. Birincisi fistülün cerrahi bir tedavi gerekmeden kendiliğinden kapanma şansının denemesi için gerekli olan iyileşme sürecinin hastaya tanınması, ikincisi ise bir cerrahi işlem için kann içi inflamasyonların gerileyip cerrahi tekniklerin daha güvenle uygulanmasını sağlayacak durumun beklenmesidir. Total parenteral beslenme ile birlikte somatostatin ve analoglarının uygulaması fistüllerin tedavisinde faydalı olabilmektedir. Tüm gastrointestinal salgıları azaltan somatostatin ve analogları esas olarak fistüllerin kapanma sıklıklarını arttırmamakla birlikte, spontan kapanma sürelerini

**Tablo 1.** Fistülün kapanmasına olumsuz yönde etki eden durumlar

- Distal obstrüksiyon veya anastomozun tam olarak ayrışması,
- Yabancı cisim varlığı (örneğin meş),
- Aktif hastalık,
- Kansere gelişmiş segmentten Crohn fistülü,
- Abse boşluğu içine fistülizasyon veya fistül komşuluğunda enfeksiyon,
- Cilde çok yakın fistül (ostomi olmuş fistüller),
- Proksimal yerleşimli (üst gastrointestinal kaynaklı veya Trietz'e yakın),
- Yüksek debili fistül,
- Birden fazla fistül yolu olan komplike fistüller,
- Barsak duvarında geniş defekt oluşturmuş fistüller, 1 cm<sup>2</sup> den daha geniş fistül ağızları,
- Kann ön duvarında geniş defekt ile birlikte olan fistüller.

kısıltılmaktadır. Son zamanlarda yaygınlaşan infleksimab uygulamaları ise cerrahi sıklığını azaltmaktadır (6).

**8. Rehabilitasyon:** Kateter enfeksiyonu, derin ven trombozu, üst gastrointestinal kanama profilaksisi ve psikolojik destek gereklidir. Fistülün hastanın fiziksel olduğu kadar ruhsal sağlığı ve aile bireylerine ve hastanın yanında bulunan veya bakan kişilere de olumsuz etkileri vardır. Tedavi programının temel taşlarından biri olan hastanın morali önemlidir ve bu hastalarda major depresyon görülebileceğinden bu açıdan destek tedavisi gerekebilir.

### 9. Cerrahi Yaklaşım (Gerekir İse):

**Cerrahi Kime Uygulanmalıdır?** Uygulanan yeterli cerrahi dışı tedavi ve bekleme sürecine rağmen fistül kapanmamış ise cerrahi tedavi planlanmalıdır. Beklenen süre sonunda fistül debisi çok azalmış ise bekleme süresi bir süre daha uzatılabilir. Crohn fistüllü hastanın tekrar fistül nedeniyle ameliyat edilmesi zor ve sıkıntılı bir işlemdir. Bu nedenle fistülün spontan kapanması için gerekli tüm çabalar sarf edilmelidir. Cerrahi dışı yöntemlerle kapanma oranı gastrointestinal sistem fistüllerinde %70 e kadar çıkmıştır (7). Spontan kapanmaların çoğunluğu fistül geliştikten sonraki ilk 3-6 haftada olmaktadır. Spontan kapanan fistüller incelendiğinde bunların %91'inin ilk 2 ay içinde kalan %9'unun ise sonraki 2 ay içinde olduğu gözlenmiştir.

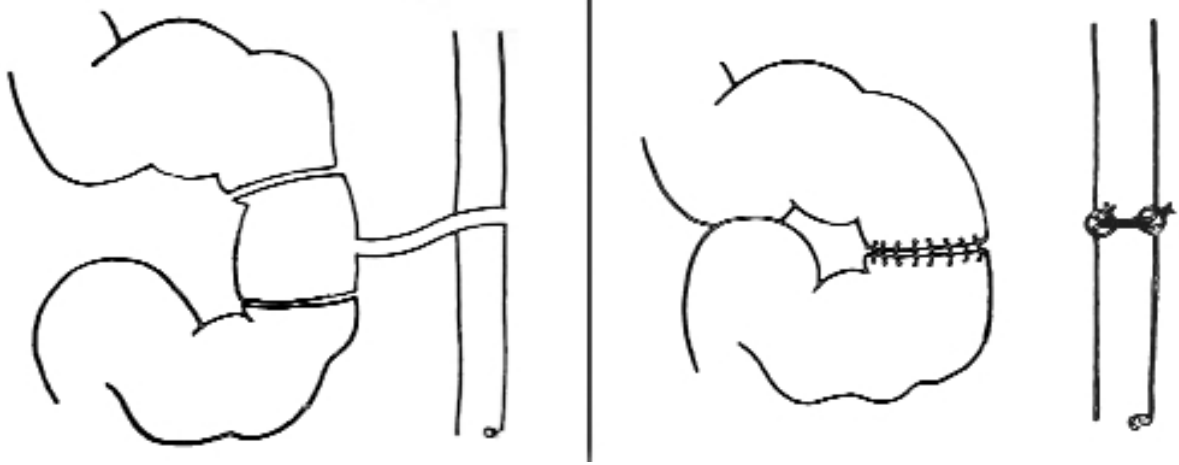
Crohn gibi cerrahisi, takibi zor olan ve nükslerin sık görüldüğü durumlarda bazen fistülü kendi haline bırakmakta akılcı olabilir. Çok az iltihabın geldiği düşük debili bir fistülde önceden geçirilmiş multiple ve/veya komplike ameliyatlara ve uzun süren nekahat dönemlerinden sonra bazen en iyi yöntem fistüle bir stoma torbası yerleştirmekte olabilir.

**Cerrahinin Zamanlaması Nasıl Olmalıdır?** 6-8 haftalık devamlı tedaviye rağmen fistül kapanmıyorsa veya kapanma eğilimi göstermiyorsa cerrahi planlanmalıdır. Cerrahinin zamanlaması çok kritiktir. Bu süreden daha erken yapılan bir laparotomi obliteratif peritonit nedeniyle hem cerrahi teknik olarak hem de bunun sonucunda oluşabilecek komplikasyonlarla hastayı çok zor durumda bırakacaktır (Tablo 2) (8). Yapışıklıkların ne zaman gerilediğini bilmek pek mümkün değildir. Kısıtlılıklara rağmen fizik muayene gerilemekte olan yoğun yapışıklıklar için anlamlı bir göstergedir. Karnın muayene ile gevşek olması (karnın rahat sallanması) yapışıklıkların azaldığının bir göstergesi olabilir. Sekiz haftalık bekleme sonrasında fistül kapanmamasına rağmen debisinde belirgin azalma olmuş ise bir süre daha beklenilebilir. Bu bekleme hem fistülün spontan kapanması için ek zaman kazandırırken hem de kann içi yapışıklıkların biraz daha azalmasını sağlar.

**Tablo 2.** Cerrahinin zamanlamasının fistül cerrahisinin sonuçlarına etkisi (8)

Ameliyata Kadar Geçen Süre	Başarı %	Mortalite %
<10 gün	67	11-13
11-42 gün	70	21
>42 gün	84	11-13

**Tercih Edilmesi Gereken Ameliyatlara:** Uygun olan tedavi metodu fistülize olan barsak segmentinin çıkartılıp kalan uçların birbirine anastomozu olmalıdır (Resim 3) (9). Fistüllü segmentin sınırlan anatomic olarak ortaya koyulamıyorsa körlemesine geniş barsak rezeksiyonları yapmak kısa barsak sendromuna neden olabileceğinden tercih edilmemelidir. Cerrahi metodun seçiminde hastanın genel durumu esas belirleyicidir. Hastanın beslenme durumu iyi ise hipoproteinemi yoksa ve sepsis bulguları yok ise fistüllü segmentin rezeksiyonu ve primer anastomoz en doğru seçimdir. Septik veya hipoproteinemik hastalarda cerrahi yapmak zorunda kalındığında fistüllü segmentin rezeke



**Resim 3.** Rezeksiyon ve anastomoz en çok tercih edilmesi gereken işlemdir

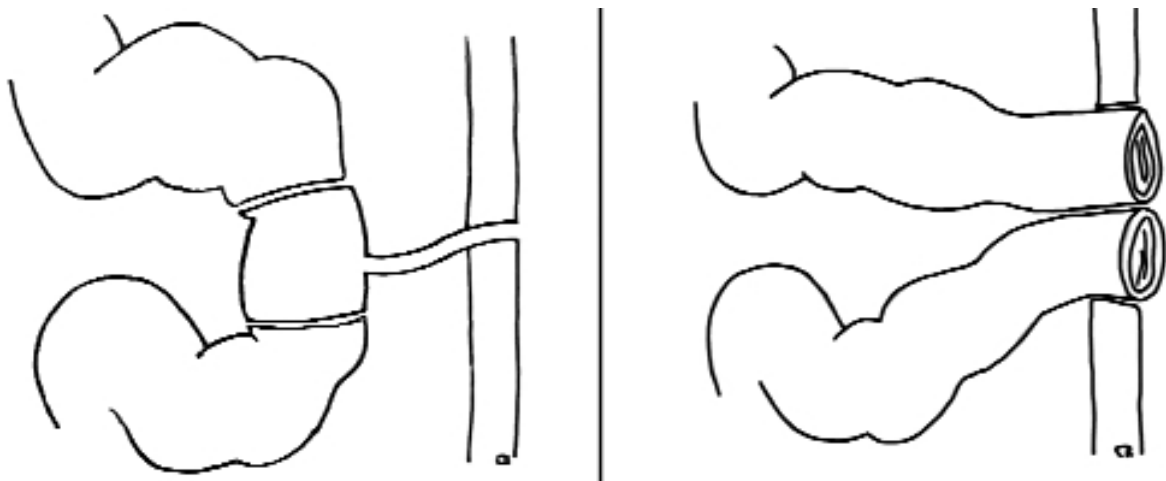
edilip kalan uçların dışarıya alınması en doğrusudur (Resim 4). Rezeksiyon sonrası proksimal uç stoma ve distal ucun kapatılması ancak distal ucun kanın ön duvarına ağızlaştınlamayacaksa tercih edilir (örneğin rektum ameliyatlarında). Hastanın genel durumu fistül rezeksiyonuna izin vermiyor ise veya fistülün çevre dokular ile aşın fiske olup proksimal ve distal yakın uçlar ortaya konulamıyor ise proksimalden saptıncı bir stoma fistüle primer onanım ve lojun iyi drenajı ve daha sonra rezeksiyon planlanır. Crohn'da tamamen sağlıklı makroskopik veya mikroskopik cerrahi sınırlar aranmaz. Çünkü böyle bir yaklaşım rekürens oranını azaltmaz. Crohn için uç uca anastomoz yerine yan yana anastomoz tercih edilebilir (Resim 5). Geniş şekilde yapılan anastomozlarda (yan yana) re-

kürensini daha az olduğu düşünülmektedir (10). Anastomoz elle veya stapler (otomatik dikiş atma aleti) ile yapılabilir.

#### Tercih Edilmemesi Gereken Ameliyatlar:

**Fistülü Dikişle Kapatma (Resim 6):** Bir fistül ortaya çıkınca cerrahın ilk tepkisi bunu ameliyatla kapamak veya kapamayı düşünmek oluyor ama cerrahi tecrübeler bunun bu kadar kolay olmadığını öğretmiştir ve fistül bölgesinin dikişle kapatılmasının başarısızlıkla sonuçlanacağı geniş cerrahi tecrübeler ile ortaya koyulmuştur.

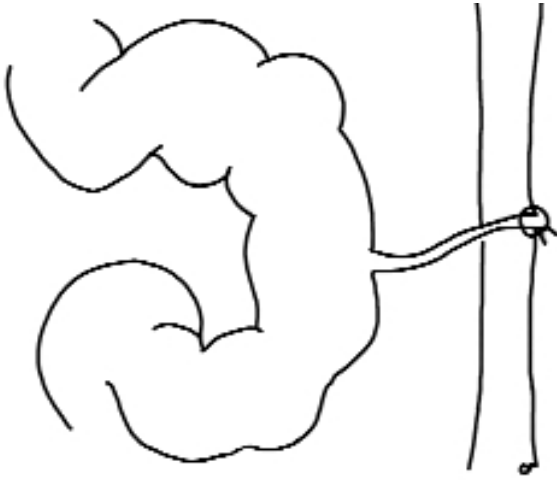
**Fistül Ağzının Primer Kapatılması (Resim 7):** Dışarı dönmüş mukozanın invert edilerek açıklığın kapatılmaya çalışılması lümeninde daralmaya ve proksimal kısımda bir basınç artışına ve sonuçta



**Resim 4.** Rezeksiyon sonrası anastomozun güvenle yapılamadığı durumlarda stoma açılması daha iyidir



**Resim 5.** Crohn için yan yana geniş anastomoz



**Resim 6.** Fistülün dikişle kapatılması fistülün tedavisini sağlamaz

fistülün yeniden (ve hatta daha geniş) açılmasına neden olur.

**Striktüroplasti:** Fistülize olan alan çevresinde aktif inflamasyon ve ödem 3-4 cm kadar vardır. Bu da striktüroplasti yapılmasını engeller. Darlıklarda akut inflamasyon gerilemiş ve fibrozis oluşmuştur. Bu nedenle darlıkta striktüroplasti uygun iken fistülde uygun değildir.

Rezektif dışı işlemlerin hepsi rezeksiyona göre daha kötü sonuçlar verir. Rezeksiyon yapmaksızın yapılan by-pass, eksklüzyon veya proksimal stoma fistülü kapatmada genellikle başarısız olan yöntemlerdir.

**Mortalite:** 1960'lı yıllardan önce Crohn fistülleri nedeniyle mortalitenin yüksek olmasına karşın, beslenme desteği konusundaki gelişmeler ve beslenme desteğinin fistüllü hastalardaki hayati önemi

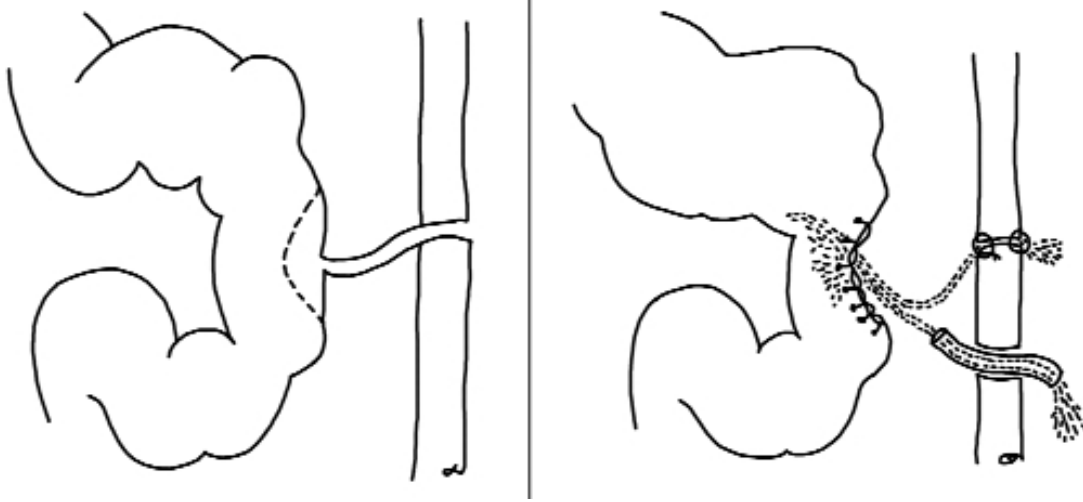
nin anlaşılması ile ayrıca sepsis ile mücadelede antibiyotiklerin, girişimsel radyolojinin ve daha güvenli ve etkin cerrahinin gelişmesi ile ve cerrahi için en uygun zamanlamanın zaman içinde daha iyi anlaşılması ile mortalitede önemli ölçüde azalma olmuştur. Mortalite gastrointestinal fistüllerde 1945'den 1975'e kadar %45'den %15'e kadar düşmüştür.

#### Özel Durumlar:

1. Internal Crohn fistülleri
2. Spontan Crohn fistülleri
3. Yüksek debili Crohn fistülleri

**İnternal Crohn Fistülleri:** Genellikle çekilen kontrastlı barsak filmlerinde tesadüfen ortaya çıkarlar. Bunun dışında endoskopik incelemeler veya cerrahi esnasında da tespit edilebilirler. Tedavi endikasyonu (cerrahi dışı veya cerrahi) yalnızca beslenme durumu bozulmuş olanlar için gereklidir. Asemptomatik internal fistüller için herhangi bir tedavi gerekli değildir (2, 3). Semptomatik olanlarda ise cerrahi dışı tedavi ile fistülün kapatılması pratik olarak mümkün değildir. Çünkü her iki barsak mukozası birbirine epitelize olmuştur ve bu durum spontan kapanmaya engel olur. Oral alımın kesilmesi yanında anti-inflamatuvar ilaçlar ve gastrointestinal salgılanı azaltan ilaçlar ve beslenme ile beslenme durumu bir miktar düzeltilmesine karşın bu tedavi kesildiğinde fistül genellikle tekrar edecektir. Bu nedenle internal fistül nedeniyle beslenme bozukluğu gelişen hastalarda tedavi seçimi öncelikle cerrahi olmalıdır. Beslenme desteği ile katabolizma engellendikten sonra hastanın iyi şartlarda cerrahiye alınması başarı şansını artırır. Bağlantı genellikle küçük çaplıdır ve az miktarda barsak kapsamı geçişi olur. Kısa bir barsak segmenti fistül ile by-pass'landığında nispeten asemptomatik durum vardır ve önemli bir beslenme bozukluğu görülmez. Uzun segmentlerin bypass'landığı durumlarda ise fonksiyonel bir kısa barsak oluşur ve önemli beslenme bozuklukları oluşur. Kolonu içeren internal fistüller genellikle cerrahi gerektirirler. Ameliyat şeklinin seçimi dış fistüllerde olduğu gibidir.

**Spontan Crohn Fistülleri:** Bazı hastalıklar spontan intestinal fistüllere neden olabilir (tümör, tüberküloz, inflamatuvar barsak hastalıkları, yabancı cisimler vb). Spontan bir intestinal fistül ile karşılaşıldığında, fistülün lokalizasyonu ileum ise bu fistülün nedeninin 2/3 oranında Crohn hastalığına bağlı olduğunu söyleyebiliriz. Bunların tedavisi de cerrahi



**Resim 7.** Fistül traktının kesilip çıkartılıp barsağın kapatılması postoperatif fistül riskinin yüksek olduğu bir işlemdir

sonrası gelişen fistüllere benzer. Ancak gözlemler göstermiştir ki spontan açılan Crohn fistülleri nadiren (%5-10) cerrahi dışı tedaviler ile kapanırlar (spontan açılanlar spontan kapanmaz). Crohn'da umblikustan spontan enterokütan fistül gelişen hastalar vardır (11). Spontan fistül gelişen hastalara Tip 1 fistüller denir. Cerrahi sonrası gelişenlere ise Tip 2 fistüller denir.

Tip 1 fistüller hastalığın aktif olduğu bölümden gelişen fistüllerdir. Genellikle apendektomi sonrasında görülürler. Apendiks güdüğü ile genellikle ilişkilidirler. Tamı yanığı ile apendektomi yapılır. Aktifleşmiş terminal ileum inflamasyonundaki fistülizasyon insizyon ve dren çevrelerini seçerek dışarıya gelir. Genellikle bir yara enfeksiyonu olur ve uzun süre iyileşmez. Fistülografide genellikle terminal ileum ile bağlantı gösterir, apendiks güdüğü genellikle masumdur. Yani teknik hata değil, tanı hatası fistüle neden olur. Tip 2 fistüller cerrahi sonrası anastomoz bölgesinden daha doğrusu nispeten sağlıklı barsaktan gelişmektedir ve bunlar diğer fistüller gibi tedavi edilip spontan kapanma ihtimali daha yüksek olan fistüllerdir.

**Yüksek Debili Crohn Fistülleri:** Oral yolla gıda almıyan bir kişide günlük debisi 200 ml'nin altında

olan fistüllere düşük debili, 200-500 ml arasında olanlara orta miktarda debili ve 500 ml'den fazla olanlara ise yüksek debili fistüller denilmektedir. Debinin yüksek olması fistülün kapanmayacağına bir göstergesi değildir. Ancak yüksek debili fistüllerde sıvı, elektrolit ve beslenme destek tedavilerinin daha yakın takip edilerek yapılması gerekmektedir. Ayrıca cilt bakımının daha yakın takip ile yapılması gerekmektedir. Yüksek debili bir fistülün destek tedavilerine rağmen debisi günler ve haftalar içerisinde azalmıyor ise ya proksimal yerleşimli bir fistül ya da distal obstrüksiyon akla gelmelidir. Proksimal yerleşimli yüksek debili bir fistülde eğer fistülün kapanmasına engel olan bir durum yok ise (barsağın distali açık, yabancı cisim yok vb) destek tedavileri ve yeterli bekleme süresi sonunda (6-8 hafta) fistülün kapanması veya en azından debisinde önemli bir azalma olması beklenir. Ancak 1500 ml'den yüksek debisi olan fistüllerin spontan kapanma oranı daha düşüktür. Bunun nedeni de muhtemelen bu fistüllerde fistülün kapanmasına engel olacak bir durumun sıklıkla mevcut olmasıdır. Sonuçta fistülün debisi kapanıp kapanmamayı söylemez ancak kapanacak fistüller genellikle debisinde tedavi ile düşme olan fistüllerdir.

## KAYNAKLAR

1. Keighley M, Heyen F, Winslet MC. Entero-cutaneous fistulas and Crohn's disease. Acta Gastroenterol Belg. 1987; 50: 580-600.
2. Judge TA, Lichtenstein GR. Treatment of fistulizing Crohn's disease. Gastroenterol Clin North Am. 2004; 33: 421-54.
3. Lichtenstein GR. Treatment of fistulizing Crohn's disease. Gastroenterology. 2000; 119: 1132-47.
4. Kayaalp C, Özdemir A, Ülker A, ve ark. Crohn hastalığında cerrahi indikasyonlar. Ulusal Cerrahi Kongresi 2004, Antalya, poster no 176.

- 
5. Hill GL, Bouchier RG, Witney GB. Surgical and metabolic management of patients with external fistulas of the small intestine associated with Crohn's disease. *World J Surg.* 1988; 12: 191-7.
  6. Poritz LS, Rowe WA, Koltun WA. Remicade does not abolish the need for surgery in fistulizing Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45: 771-5.
  7. Poritz LS, Gagliano GA, McLeod RS, et al. Surgical management of entero and colcutaneous fistulae in Crohn's disease: 17 year's experience. *Int J Colorectal Dis.* 2004; 19: 481-5.
  8. Fazio VW, Coutsoftides T, Steiger E. Factors influencing the outcome of treatment of small bowel cutaneous fistula. *World J Surg.* 1983; 7: 481-8
  9. Yamazaki Y, Fukushima T, Sugita A, et al. The medical, nutritional and surgical treatment of fistulae in Crohn's disease. *Jpn J Surg.* 1990; 20: 376-83.
  10. Nessar G, Kayaalp C, Özoğul Y, et al. Crohn hastalığında rezeksiyon sonrası anastomoz tipinin nukes etkisi. 21. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi 2004 Antalya, SB 05/5.
  11. Veloso FT, Cardoso V, Fraga J, et al. Spontaneous umbilical fistula in Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol.* 1989; 11: 197-200.