

# Pankreas Fistülleri

Dr. Şerif BİRİNÇ\*  
Dr. Ayhan KIZIL\*\*  
Dr. Burçin KUTLAY\*\*  
Dr. Aksel ŞENGÖNÜL\*  
Dr. Fikret KARACA\*\*\*

## ÖZET

*Etyolojisinde trauma, cerrahi girişim veya akut pankreatit gibi nedenlerin yer aldığı pankreas fistülleri genellikle pankreas yalancı kistlerinin drenajından sonra ortaya çıkarlar. Bu fistüller spontan olarak kapanmadıkları zaman metabolik ve fistülün dışı açıldığı bölgede kozmik bozukluklara neden olurlar.*

## SUMMARY

### Pancreatic Fistulas

*Although pancreatic fistulas may develop after trauma, operation and acute pancreatitis, they usually develop after the drainage of pancreatic pseudocysts. If the fistulas don't close spontaneously they would lead to metabolic derangement and cosmetic problems near the external openings of fistulas.*

Pankreas karnın üst kısmında retroperitoneal olarak bulunan, endokrin ekzokrin fonksiyonları olan 65-125 gram ağırlığında bir bezdir. Bu bez ile ilgili patolojik süreçlerden biri de pankreas fistülleridir. 1978-1981 yılları arasında kliniğimizde tetkik ve tedavi gören beş olgu nedeniyle bu konuya değindik.

## OLGULAR

### Olgu I:

R.A. 18 yaşında erkek hasta, protokol no: 106004: Trafik kazası sonucu 29.8.1978 tarihinde hastaya yapılan laparatomide pankreas kuyruğunda rüptür tesbit edildi ve reperasyon yapıldı. Operasyondan dört gün sonra sol parakolikteki di-

\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Birimi Asistanı

\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Birimi Öğretim Üyesi

\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Birimi Başkanı



ren yerinden fistül teşekkül etti. Bir ay sonra yapılan fistülografide fistülün sol böbrek kalisi ile iştirakli olduğu görüldü. Bunun üzerine hasta ameliyata alındı. Pankreas kuyruğu rezeke edildi, sol böbrek pelvisine olan fistül repare edildi, cilde olan fistül trajesi de eksiz edilerek operasyona son verildi. Post operatif normal seyreden hasta şifa ile taburcu edildi.

#### **Olgu II:**

Ş.U. 40 yaşında erkek hasta, protokol no: 186397: Delici kesici alet yaralanması sonucu acil olarak müracaat eden hastada 29.4.1980 tarihinde yapılan laparotomide pankreas başında yaralanma tesbit edildi ve reperasyon yapıldı. Operasyondan yedi gün sonra pankreas fistülü gelişti. Bunun üzerine fistül içine Foley sonda konarak devamlı aspirasyon yapıldı. 45 gün sonra fistül kapandı ve hasta şifa ile taburcu edildi.

#### **Olgu III:**

İ.A., 24 yaşında erkek hasta, protokol no: 193246: Hasta 14.6.1980 tarihinde ateşli silah yaralanması neticesi acilen ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda pankreas başında yaralanma tesbit edildi ve primer olarak repare edildi. Operasyondan altı gün sonra gelişen fistüle Foley sonda konarak devamlı aspirasyon yapıldı. 22 gün sonra fistül kapandı ve hasta şifa ile taburcu edildi.

#### **Olgu IV:**

F.E. 29 yaşında bayan hasta, protokol no: 196083: Operasyondan bir ay evvel akut pankreatit geçirmiş olan hasta 21.7.1980 tarihinde pankreas psödokisti nedeniyle ameliyata alındı. Ameliyatta parsiyel kistektomi ve kistojejunostomi yapıldı. Post operatif 10'uncü gün pankreas fistülü gelişti ve 14'üncü gün hasta öldü.

#### **Olgu V:**

Ş.M. 75 yaşında erkek hasta, protokol no: 207942: Hasta 18.9.1980 tarihinde pilor obstrüksiyonu ön tanısı ile ameliyata alındı. Operasyonda pankreas gövdesinin bir hörgüç şeklinde antruma bası yaptığı tesbit edildi. Bu arada pankreas yaralandı. Bu yaralanan kısım repare edilerek batın kapatıldı. Postoperatif beşinci gün fistül gelişti. Hastada pilor obstrüksiyonu bulguları devam ettiği için ilk ameliyattan onbeş gün sonra ikinci bir operasyon ile gastro-jejunostomi yapıldı. Pankreas fistülünün bir Foley sonda vasıtasıyla devamlı drenajı sağlanarak, hasta taburcu edildi. Zaman zaman kontrole çağrılan hastada beş ay sonra fistül spontan olarak kapandı.

## **TARTIŞMA**

Pankreas ekzokrin salgısını duktus pankreatikus major ve minör ile duodenuma akıtır. Duktus pankreatikus minör olguların çoğunda duktus pankreatikus major ile birleşmekte ve bu kanal da % 70 olguda duktus koledokus ile birleşerek müşterek bir kanal halinde Ampula Vateri'den duodenuma açılmaktadır<sup>1.2</sup>. Pankreatik kanalların herhangi bir neden ile kısmen veya tamamen tıkanması ve bunun gerisinde pankreas dokusunun zedelenmesi akut pankreatit, psödokist ve pankreas fistülü oluşmasına sebep olabilmektedir<sup>1.3.4</sup>.

Pankreas fistüllerinin etyopatogenezinde psödokistlerin drenajı, pankreas penetran veya künt travmaları, pankreatik kanalda yer alan taş, splenektomi esnasında



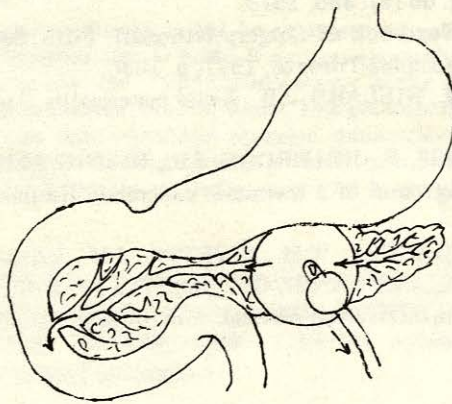
pankreas kuyruğunun yaralanması, pankreatiko-duodenostomi ve pankreas biopsisi gibi nedenler yer almaktadır <sup>1-3</sup>. Bu faktörlerin başında genellikle akut pankreatitlerden sonra ortaya çıkan pankreas psödokistlerinin drenajı ilk sırayı alır <sup>1.5.6</sup> ve onu travmatik pankreas yaralanmaları izler <sup>2.5</sup>. Bizim olgularımızdan üçünde travma, birinde psödokist yaralanma, birinde de operasyon sırasında pankreasın yaralanması etyolojik faktör olarak yer almıştır.

İç pankreas fistülleri metabolik önemli bir problem yaratmadığı halde, dış pankreas fistüllerinde kaybolan pankreas salgısının miktarıyla orantılı olarak bikarbonat, sıvı ve elektrolitler kaybedilmektedir. Ayrıca idrar ile nitrojen atılımı ve sindirimi aksadığı için sindirim sisteminden olan protein kaybı artmaktadır. Bu da organizmada negatif protein balansının gelişmesine neden olmaktadır <sup>7.8</sup>. Proteinlerden başka karbonhidrat ve yağların sindirimi de aksamakta ve dışkı ile bu maddelerin atılımı da artmaktadır <sup>7</sup>.

Dış pankreas fistüllerinin tedavisinde üç önemli faktör gözönüne alınmalıdır:

I. Kayıpların yerine konulması ve kan kimyasının düzenlenmesi: Kayıplar parenteral olarak yerine konulmalı, bikarbonat açığı, sıvı, elektrolit ve enzim açığı telafi edilmelidir <sup>7</sup>. Aşırı kayıplarda ise parenteral olarak bu maddeler yerine konamıyor ise bir mide sondası aracılığıyla veya özel tabletler yapılarak fistülden direne edilen pankreas özsuğu yeniden hastaya verilmelidir <sup>1.2</sup>.

II. Cildin pankreas salgısının sindirici etkisinden korunması: Bunun için fistül trajesinden uygun bir Foley kateter konulmalı ve bu kateter sessiz bir aspiratöre bağlanarak pankreas salgısı emilmelidir. Bu işlem bir taraftan cildi pankreas salgısının şimik etkisinden koruyacak, bir taraftan da gereğinde hastaya tekrar verilmesi için biriktirilmiş olacaktır <sup>1.2</sup>. Ayrıca bu Foley kateter vasıtasıyla yapılacak fistülografi ile de fistül trajesi ve pankreatik kanalın radyolojik tetkiki mümkün olacaktır (Şekil 1).



Şekil 1 : Pankreas fistülünün Foley kateter ile drenajı <sup>1</sup>

Ayrıca cildi korumak için Foley kateterin etrafına sürülen vazelin, çinko oksit, kastor yağı, kaolin, alüminyumlu pomad, sıvı plastik boyalar, bronz tuzu, yağsız süt tozu vb. den faydalanılabilir <sup>1.2</sup>.



III. Pankreas sekresyon volümünün azaltılması: Bunun için her hastada atropin, belladon ve diğer antikolinergik ilaçlar kullanılmalı ve erken devrede oral beslenme yasaklanmalıdır <sup>1.7</sup>.

Olgularımızdan dördünde Foley kateter ile devamlı drenaj sağladık ve bununla beraber cildin korunması için çinko oksit ve yaldız soba boyasından faydalandık. Sonuç olarak bu olguların bu işlemde fayda gördüklerini tesbit etmiş olduk. Bir olgumuz erken devrede öldüğü için bu yöntemden faydalanma imkanımız olmadı. Beş olgumuzda da antikolinergik ilaçlar kullanıldı ve oral beslenme erken devrede yapılmadı.

Yapılan aktif tedaviye rağmen fistül uzun bir müddet devam ediyorsa, çekilen fistülografide pankreatik kanal veya Oddi'de taş, tümör veya striktür gibi bir patolojik proses tesbit edilmiş ise cerrahi tedaviye başvurulmalıdır <sup>1.2.5</sup>.

Cerrahi tedavide dış fistül ya tamamen çıkarılmalı veya iç fistül şekline çevrilmelidir. Pankreatik kanal veya Oddi'de tıkanma mevcut ise sebebe yönelik cerrahi işlem gerçekleştirilmelidir <sup>1.5</sup>.

### KAYNAKLAR

1. MAINGOT, R.: Abdominal Operations. Volume 1, Sixth Edition, Appleton-Century-Crofts Comp., New York, 1974, p. 789-792.
2. BUMİN, O.: Sindirim Sistemi Cerrahisi. 1. Cilt. Çağdaş Basımevi, Ankara, 1978, s. 498.
3. WINSHIP, D., BUTT, J., HENSTORF, H., IVEY, K., SMITH, N., TRENBETH, M., TURNER, F., WILHELM, K.: Pancreatitis: Pancreatic pseudocysts and their complications, Gastroenterology. 73(3): 597, 1977.
4. ORG, G.B., LAM, K.H., LIM, T.K., WONG, J.: Acute pancreatitis in Hong Kong, Br. J. Surg. 66 (6): 398, 1979.
5. HARDY, J.D.: Textbook of Surgery (Rhoads). Fifth Edition. J.B. Lippincott Comp., Philadelphia-Toronto, 1977, p. 1046.
6. MARSHALL, L.J., WILLARD, J.B.: Acute pancreatitis, Ann. of Surg., 185(1): 56, 1977.
7. LAL, S.K., GROSS, E., HOLBROOK, I.B., IRVING, M.H.: Metabolic problems in the management of a traumatic pancreatic fistulas. Injury. 9(4): 323, 1978.
8. JACOBS, M.L., DAGGET, W.M., CIVETTA, J.M., VASU, M.A., LAWSON, D.W., WARSHAN, A.L., NANDI, G.L., BARTLETT, M.K.: Acute pancreatitis: Analysis of factors influencing survival. Ann. of Surg., 185(1): 43, 1977.