

Gastrostomi Migrasyonuna Bağlı Multipl Segment İntestinal Perforasyon

35

Korhan TUNCER¹
Semra SALİMOĞLU²

GİRİŞ

Altta yatan benign veya malign hastalıkların neden olduğu yetersiz oral gıda alımı olan hastalarda yeterli enteral beslenmenin sağlanması önemli bir tıbbi hedeftir. Enteral beslenme gastrointestinal sistemin fonksiyonel olduğu durumlarda tercih edilebilir. Enteral beslenme; düşük maliyetli olması, intravenöz yol ile ilişkili risklerin olmaması, bakteriyel translokasyonu önlemesi ve bağırsak fonksiyonlarını koruyarak daha fizyolojik olması nedeniyle parenteral nütrisyona göre daha avantajlı bir yoldur. Nazoenterik tüpler etkili bir enteral beslenme seçeneği olsa da genellikle kısa süreli beslenme için kullanılırlar. Gastrostomi tüpü ise oral alımı tolere edemeyen hastalarda uzun süreli enteral beslenme sağlamak için tercih edilen yaygın bir yöntemdir. Rutin uygulamalarda güvenli bir prosedürdür, ancak çeşitli komplikasyonları mevcuttur.

Blomberg ve ark. yaptığı prospektif bir çalışmada 484 hastaya PEG yerleştirildikten sonra 60 günlük mortalite oranı %18, 2. haftadaki ve 2. aydaki komplikasyon oranları ise sırasıyla %39 ve %27 olarak tespit edilmiştir (1). İlk 2 hafta içindeki en sık görülen komplikasyonlar karın ağrısı (%13), peristomal enfeksiyon (%11), diyare (%11) ve sızıntı (%10) iken 2. aydaki en sık görülen komplikasyonlar diyare (%10), sızıntı (%8) ve peristomal enfeksiyon (%6) olarak bildirilmiş (1). PEG yerleşimi sırasında mide, kolon, ince bağırsak ve karaciğer gibi iç organ yaralanmaları olabilir. Bu komplikasyonlar çok nadirdir ve vakalar genellikle tek olgu sunumu olarak yayınlanmıştır. İç organlarda yaralanma, kanama belirtileri veya peritonit ile akut olarak ortaya çıkabilir. Ayrıca kronik bir kolo-kutanöz veya enterokutanöz fistül ile daha geç de ortaya çıkabilmektedir (2).

Bu olgu sunumunda ise Alzheimer tanısı nedeniyle yutma güçlüğü olan hastaya takılan gastrostomi sonrasında gastrostomi migrasyonuna bağlı olarak meydana gelen duodenum ve çoklu ince bağırsak perforasyonlarının olduğu bir hastaya klinik olarak yaklaşımımızı anlatıyoruz.

¹ Genel Cerrahi, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, korhantuncer19@gmail.com

² Genel Cerrahi, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, semrasalimoglu@yahoo.co.uk

tomisi çekildi.

TARTIŞMA

1980 yılında Gaudier ve ark. perkütan endoskopik gastrostomiye (PEG) çocuklarda laparotomiyle yapılan gastrostomiye alternatif bir yöntem olarak bulmuştur (3). Günümüzde de uzun süreli enteral beslenmeyi sağlamak için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Gastrostomi tüpleri perkütan, radyolojik, laparoskopik veya açık olarak yerleştirilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda yöntemler arasında fark bulunmuş olsa da bu yöntemlerin birbirine karşı bir üstünlüğünün bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (4). Perkütan ve radyolojik gastrostomi tüpü yerleştirilmesi arasında da maliyet dışında komplikasyon oranında bir fark saptanmamış olup ikisinin de güvenli bir yöntem olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (5, 6). Bu nedenle hastanın komorbiditeleri ve altta yatan hastalığa bağlı olarak en az invaziv yöntemin seçilmesi gerektiğine inanmaktayız.

Enteral beslenmeye ihtiyaç duyan hastaların çoğunda çeşitli komorbiditeler mevcut olup bunlar PEG sonrası morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Zopf ve ark. ileri yaş, düşük vücut kitle indeksi ve diyabet varlığını PEG sonrası mortalite için risk faktörü olarak belirlemiştir (7). Blomberg ve ark. ise nörolojik hastalığı olan grupta malignite hastalarına göre mortalitenin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (1).

PEG sonrası görülen en yaygın komplikasyonlardan biri ise gastrostomi tüpünün yerinden çıkmasıdır. Rosenberger ve ark. yaptığı çalışmada ilk 7 gündeki tüp çıkma oranının %4.1, uzun dönem tüp çıkma oranı %12.8 ve 30 günlük mortalite oranı ise %7.8 olarak bildirmiştir (8). Aynı zamanda da ileri yaş ve nörolojik hastalığı olanlarda daha sık tüpün çıktığını gözlemlemiştir (8). Erken dönemde tüpün çıkması ciddi morbidite ve mortaliteye neden olurken geç dönemde gastrokutanöz fistül traktı oluştuktan sonra tüpün çıkması genellikle daha hafife alınmaktadır. Geç dönemde gastrokutanöz yolun kapanmasını önlemek için en kısa sürede aynı tipte bir tüp yerleştirmek gerek-

lidir. Ancak beslenme tüpü genellikle o an hazırda bulunmadığı için bulunması daha kolay olan Foley katater kullanılmaktadır. Daha önceki çalışmalarda bu yöntemin iyi bir alternatif olduğu gösterilmiş olsa da Foley kataterin daha sık migrasyona uğradığı ve bunun da çeşitli komplikasyonlara neden olduğunu gösteren vakalar mevcuttur (9, 10, 11, 12). Literatürde gastrostomi tüp migrasyonu na bağlı duodenum perforasyonu (11) ve tüpün özellikle de şişirilmiş balonun migrasyon sonrası intestinal mukozada nekroza yol açtığını (13) gösteren vakalar bildirilmiştir.

Bizim olgu sunumumuzda da retrospektif olarak ameliyat notu incelendiğinde hastaya Stamm gastrostomi yöntemiyle bir beslenme tüpü yerleştirildiği, daha sonrasında ise Foley kateter ile değiştirildiği gözlemlenmiştir. İleri yaş ve Alzheimer hastalığının olması da risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Foley kateterin geçici bir alternatif yöntem olarak kullanılabileceğini ancak komplikasyonların izlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca Foley kateter balonunun nekroza yol açabileceğinin unutulmaması, kateterin emilmeyen bir suture ile tespit edilmesi, aralıklı olarak da bunun kontrol edilmesinin komplikasyon oranını azaltabileceğini öngörmekteyiz. Duodenumda perforasyon yaratması durumunda ise yaralanmanın durumuna göre yapılacak onarım değişebilmektedir. Bizim hastamızda tüp duodenostomi ile kontrol sağlanabilmişken hasarın az olduğu olgularda primer onarım uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Blomberg J, Lagergren J, Martin L et al. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy in a prospective study. *Scand J Gastroenterol* 2012;47:737-42.
2. Hucl T, SpicakbT. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2016 Oct;30(5):769-781.
3. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant Jr RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980;15:872-5.
4. Bravo JGP, Ide E, Kondo A et al. Percutaneous endoscopic versus surgical gastrostomy in patients with benign and malignant diseases: a systematic review and meta-analysis. *Clinics (Sao Paulo)*. 2016 Mar; 71(3): 169-178.
5. Clayton S, DeClue C, Lewis T et al. Radiologic versus endoscopic placement of gastrostomy tube: comparison of indications and outcomes at a tertiary referral center. *South Med J*. 2019 Jan;112(1):39-44.
6. Yuan Y, Zhao Y, Xie T et al. Percutaneous endoscopic gastro-

- tomy versus percutaneous radiological gastrostomy for swallowing disturbances. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 3;2:CD009198.
7. Zopf Y, Maiss J, Konturek P et al. Predictive factors of mortality after PEG insertion. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2011 Jan;35(1):50-5.
 8. Rosenberger LH, Newhook T, Schirmer B et al. Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an underestimated burden on patients and the health care system. *Surg Endosc*. 2011 Oct;25(10):3307-11.
 9. Metussin A, Sia R, Bakar S et al. Foley catheters as temporary gastrostomy tubes: experience of a nurse-led service. *Gastroenterol Nurs*. Jul-Aug 2016;39(4):273-7.
 10. Fonseca J, Nunes G, Patita M et al. Catheter traction and gastric outlet obstruction: a repeated complication of using a Foley catheter for gastrostomy tube replacement. *Nutr Hosp*. 2017 Mar 30;34(2):499-501.
 11. Rossidis AC, Raper SE, Dumon KR. Duodenal perforation as a complication of gastrostomy tube migration. *JRSM Open*. 2017 Apr 3;8(4):2054270417692709.
 12. Cmorej P, Barbat S, Sugawa C. Complication of dislodged gastrostomy Foley catheter: antegrade migration into small bowel. *BMJ Case Rep*. 2018 Dec 18;11(1):e227551.
 13. Moriwaki Y, Arata S, Tahara Y et al. Duodenal perforation due to compression necrosis by the tip of percutaneous endoscopic gastrostomy tube. *Nutrition*. 2011 Sep;27(9):979-81.