

Perkütan Endoskopik Gastro-jejünostomi

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROJEJUNOSTOMY

Doç.Dr.Ali GÖREN, Dr.K.Bahri ATEŞ, Dr. Fatih HİLMİOĞLU, Dr.Tülin ŞAHİN, Dr.İlker GÖKÇE,
Dr.İ.Kemal ÖZDEMİR, Dr.Haldun GÜNDOĞDU, Doç.Dr.Burhan ŞAHİN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji ve Gastroenterolojik Cerrahi Klinikleri, ANKARA

ÖZET

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ve jejunostomi (PEJ) bir çok ülkede cerrahi girişime gerek kalmadan yapılabilmektedir. Uzun süreli enteral beslenmesi gereken hastalarda ince barsaklar hazım ve emilim için fonksiyone ise ağız, boğaz veya özofagus-taki engel nedeniyle verilemeyen beslenme solüsyonu PEG yoluyla verilebilir. Ancak mideden özofagusa reflüks, aspirasyon gibi komplikasyonlar veya mide atonisi, duodenum tümörü gibi sebeplerle geçiş engeli varsa beslenme solüsyonlarının daha distüle edilebilmesi için PEJ yöntemi tercih edilmelidir.

Özofagus kanseri nedeniyle PEG uyguladığımız bir hastada şiddetli reflux ve regurgitasyon oluşmasından sonra PEJ uyguladık. Bu yöntemin uygulanışı ve konuyla ilgili literatürü takdim etlik.

Anahtar Kelimeler: PEG, PEJ, Reflüks, Gastrik atoni

T Klin Gastroenterohepatoloji, 1991, 2: 28-30

Uzun süreli beslenme problemi olan hastalarda çalışır durumda bulunan barsakların devreye konulması amacıyla yeni yöntemler geliştirilmekte ve uygulanmaktadır (1,2).

Gelişmiş ülkelerde yaygın olarak uygulanan perkütan endoskopik gastrostominin (PEG) ortaya çıkan regurgitasyon bulantı kusma gibi komplikasyonları veya gastrik atoni, pilor kanalı tıkanıklığı, duodenum tümörü gibi sebeplerle

Geliş Tarihi: 25.11.1990

Kabul Tarihi: 15.12.1990

Yazışma Adresi: Doç.Dr.Ali GÖREN
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği ANKARA

SUMMARY

Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) and jejunostomy (PEJ) have supplanted their surgical counterparts in many countries. PEG and PEJ were introduced into clinical practice to provide longterm nutrition in patients with functioning digestive tracts. Comperative data have suggested that PEJ may be superior to PEG in preventing gastroesophageal reflux, gastroparesis and gastric outlet obstruction.

In this report we describe a patient with oezophageal cancer undergone to PEG and following PEJ because of reflux and regurgitation.

Key Words: PEG, PEJ, Reflux, Gastric atony

Turk J Gastroenterohepatol, 1991,2: 28-30

pasajın engellenmesi durumlarında perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ) yapılmaktadır (3,4). PEG'den geçirilen bir kateterin endoskop yardımı ile jejunuma uzatılması yöntemiyle veya doğrudan duodenum veya jejunuma perkütan girişlerle gerçekleştirilmektedir (3,4,5). Son yıllarda sıkça başvurulan bu yöntemi bir hastamızda uyguladık. Ülkemizde ilk vak'a olması nedeniyle yayınladık.

VAKA

Yutma, güçlüğü ve ileri derecede kilo kaybı nedeniyle başvuran 63 yaşında kadın hasta yatırıldı. On ay önce katı gıdalara karşı başlayan yutma güçlüğü giderek artmış. Son 3 haftadır sıvı gıdaları da alamaz duruma gelmiş. On ayda 25 kg

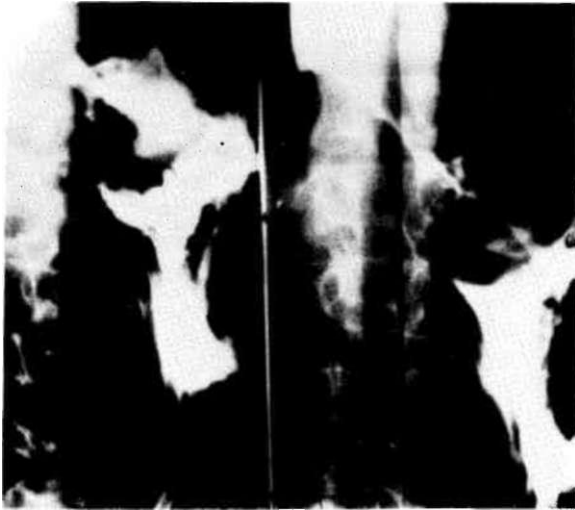
zayıflamış. Epigastrik bölgeden, göğsüne yayılan, sürekli ağrı varmış. Buşvurusunda yapılan fizik muayenede genel durumu iyi değil, yatak içerisinde oturamayacak kadar halsiz, ileri derecede kaşektik, dehidrate, turgor, tonus bozuk, dil kuru, göz küreleri çökük, düşünce akımı yavaşlamıştı. Nabız 84/dk, TA: 100/65 mHg, S: 20/dk, A:36.4°C. Karın çökük, hemen ksifoid altında. 8x10 cm. büyüklükte sert irregüler kitle palpe ediliyordu. Karaciğer arkus kostayı 2 cm geçiyordu. Diğer sistem bulguları normaldi. Hb 8.9 gr/dl. BK: 10400/mm³, serum albumin 18 gr/dl globulin 32 gr/dl, diğer biyokimya tetkikleri normal sınırlardaydı. Abdominal ultrasonografide korpus üst düzeyi ve kardiada mide duvarı ve özofagus alt ucu kalın görüldü. Özofagus Mide grafisinde özofagus alt ucu dar ve düzensiz görüldü (Şekil 1). Özofagogastroduodenoskopik incelemede özofagusta 32.cm'den başlayarak lümeni ileri derecede daraltan, kardiayı çepeçevre tutan, fundus ve küçük kurvatura doğru uzanan ülserovejetan kitle görüldü. Alınan biopsiler adenokarsinom olarak rapor edildi. Nazogastrik beslenme tüpü takılarak 2400 kcal/gün düzeyinde enteral beslenme solüsyonları ve parenteral sıvı tedavisi uygulandı. İki hafta sonunda genel durumu düzelen hastaya perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) yapıldı. Bozulmuş peristaltizm nedeniyle verilen beslenme solüsyonları özofagustan regürjite oldu. Bunun üzerine perkütan olarak gastrostomi tübünden sokulan ince bir tüp, endoskopik yardımla duodenumun alt segmentlerinden ileriye yerleştiril-

di (Şekil 2). Bundan sonra hastanın enteral beslenmesine bu yolla devam edildi. Reflüks ve vegürgitasyonu azalıp beslenmesi düzeldi. Ancak bir süre sonra epigastrik bölgede gastrostomi tüp giriş yerinde peritona sızma oldu. Gelişen peritonit nedeniyle laparotomi yapılan hastanın özofagusuna beslenme tüpü yerleştirildi. Genel durumu düzelen hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

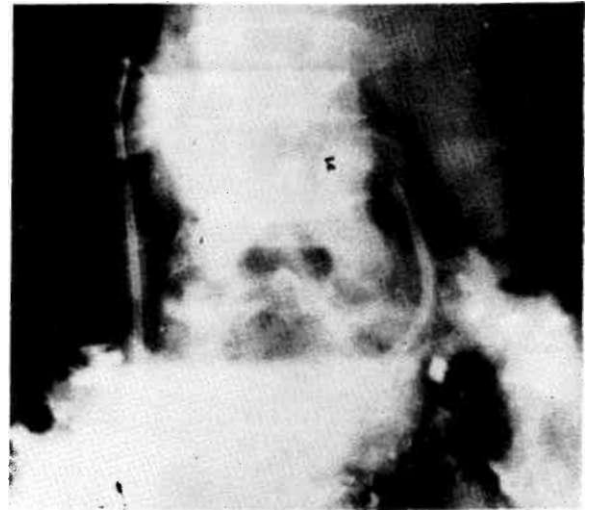
TARTIŞMA

Nutrisyon yönünden problemi olan ve çözüm aranan hastalar değerlendirilirken dikkat edilecek en önemli husus hastanın barsaklarının fonksiyone olup olmadığıdır. Eğer hastanın sindirim ve emilim için yeterli barsağı varsa beslenmesi kesinlikle enteral yöntemle sağlanmalıdır (6,7). Sağlam kısımlara ulaşılamıyorsa yani ağız, özofagus, mide veya duodenumda engeller varsa çeşitli yöntemler devreye konularak engeller aşılmalı ve besinler barsağa ulaştırılmalıdır (2).

Midenin fonksiyone olduğu durumlarda üst GIS'de mevcut olan mekanik, nörolojik veya tümöral engeller nedeniyle mideye ulaşılamıyorsa PEG yapılması yeterlidir (2,7). Ancak besinlerin mideye ulaştırılmasına rağmen reflüks, regurgitasyon, bulantı kusma ve aspirasyon olması, veya mide atonisi, pilor obstrüksiyonu, duodenal tümör gibi nedenlerle besinler jejunuma ulaşamıyorsa PEG'den uzatılan kateterin jejunuma ulaştırılması hastanın beslenmesi için çok büyük kolaylıklar sağlamakta ve iyi sonuç alınmaktadır (8,9).



Şekil 1. Grafide özofagusun dar ve düzensiz görünümü



Şekil 2. PEI uygulandıktan sonra kateterin yerleşimi

Bazı merkezlerde PEG de uygulanan yöntemin benzeri bir yaklaşımla perkutan endoskopik duodenostomi veya PEJ uygulanmaktadır. Genellikle kaşektik olan bu hastalarda PEG veya PEJ uygulaması kolaylıkla yapılabilmektedir. 10 yıl öncesine kadar cerrahi yöntemle yapılan bu işlemlerin bugün endoskopi laboratuvarlarında hatta hastanın yatağı başında yapılabilmesi önemli gelişme olarak kabul edilmektedir (10,11). Her halükarda palyatif yöntemlere mahkum olan bu hastaların anestezi ve cerrahi travmadan korunabilmesi yöntemin ucuz, kolay ve emniyetli olması ilave üstünlükler olarak kabul edilmektedir.

PEJ sonrası tüp yerleşiminin doğruluğu opak madde verilerek elde edilen radyografilerle gösterilir. Tüpten hastanın beslenmesi solüsyonların bolus veya devamlı verilmesi yöntemlerinden biriyle sürdürülür. Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bu yöntemle beslenmesini sürdürebilmesi için dikkat edeceği hususlar öğretilir. Devamlı kontrol ve ilişki kurulmak üzere evine gönderilir.

PEJ yönteminde bazı kompükasyonlarda görülmektedir (12,13). Midenin rezervuar görevi devreden çıktığı için bolus yöntemiyle beslenmede ishal sık görülmektedir (12). Ayrıca PEG ve PEJ'nin giriş yerinde peritona asit veya solüsyon sızması veya hava kaçması olmaktadır (12,13). Nitekim bizim hastamızda 2 gün PEG ile beslenmesinden sonra regurgitasyon olduğu için yapılan PEJ yöntemiyle hasta gayet iyi beslenirken kullanılan PEJ tüpünün gevşemesi sonucu peritona hava ve asit kaçmasına bağlı peritonit gelişmiş olup laparotomi yapılmıştır. Hastaya cerrahi olarak özofagus tüpü konulmuş ve beslenmesine bu yöntemle devam edilmiştir.

Malnutrisyonu olan hastalardan barsakları sağlam olanların enteral beslenmelerinin sağlanmasına fırsat ve imkân vermesi, fizyolojiye uygun, ucuz, emniyetli ve kolay bir yöntem olması nedeniyle uygun hastalarda cerrahi gastrostomi veya jejunostomiye alternatif olarak PEG veya PEJ'ye öncelikle ve sıkça başvurulmalıdır. Uygun

hastaların palyatif tedavisinde bu seçenek ve yöntemlerin ülkemizde de girişimsel endoskopik tedavi metodları arasında yer almasının ve geliştirilmesinin önemini vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Ponsky JL, Gauderer MWE: Percutaneous endoscopic gastrostomy: A nonoperative technique for feeding gastrostomy. *Gastrointest Endosc*, 1981, 152:83-86.
2. Gören A, Crampton J, Greatorex R, Swain P: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: A novel approach to long term feeding. *TJ Research Med Sci*, 1989, 27:9-11.
3. Salky B, Kreef I, Gelerut I: Nonoperative conversion of tube gastrostomy to feeding jejunostomy. *Am J Surg*, 1982, 143:387-8.
4. Strodel WE, Eckhauser FE, Dent TE, Immer JQ: Gastrostomy to jejunostomy conversion. *Gastrointest Endosc*, 1984, 30:35-6.
5. Shike M, Schroy P, Ritchie MA, Lightdale CI, Morse R: Percutaneous endoscopic jejunostomy in cancer patients with previous gastric resection. *Gastrointest Endosc*, 1987, 33:372-3.
6. Gauderer MWL, Ponsky JL: A simplified technique for constructing a tube feeding gastrostomy. *Surg Gynecol Obstet*, 1981, 152:83-85.
7. Russel TR, Brotman M, Norris F: Percutaneous gastrostomy- A new simplified and cost-effective technique. *Am J Surg*, 1984, 148:132-6.
8. Ponsky JE, Aszodi A: Percutaneous endoscopic jejunostomy. *Am J Gastroenterol*. 1984, 79:113-6.
9. Ponsky JL: Percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy: endoscopic highlights. *Gastrointest Endosc*. 1984, 30:306-7.
10. Grant J: Comparison of percutaneous gastrostomy with Stamm gastrostomy. *Ann Surg*. 1988, 207:598-603.
11. Gören A, Özdemir İK, Boyacıoğlu S, Ateş KB, Şengör M, Acar Y, Halıcı II, Şahin B: Perkütan endoskopik gastrotomi. *T Klin Gastroenterohepatol*, 1990, 1:115-7.
12. Disario JA, Fouthch PG, Sanowski RA: Poor results with percutaneous endoscopic jejunostomy. *Gastrointest Endosc*, 1990, 36:257-260.
13. Wolfsen HC, Kozarek RA, Ball TJ, Patterson DJ, Botoman VA: Tube dysfunction following percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy. *Gastrointest Endosc*. 1990, 36:261-3.