Ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго: ходоодны хорт хавдрын ховор тохиолдох хүндрэл

Б.Ган-Эрдэнэ[1], Б.Хонгор[1], Б.Онон[1], Н.Алтанчимэг[1], Н.Цэцэгдэлгэр[2]

[1]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг, Мэс заслын тасаг
[2]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг, Эмгэг судлалын тасаг
Цахим хаяг: Dr.pambiga@gmail.com, Утас:88029051

Түлхүүр үгс:

Ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго
Ходоодны хорт хавдар

Товч утга: Ходоод болон бүдүүн гэдэсний хорт хавдрын улмаас үүссэн ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго маш ховор тохиолдох бөгөөд үүссэн нийт тохиолдлын 30%-д нь шинж тэмдэг илэрдэг. Үүнд: суулгалт, баас шиг үнэртэй зүйлээр огиж хэхрүүлэх эсвэл бөөлжих, зарим өвчтөнүүд боловсроогүй идсэн зүйлээрээ бөөлжих, турах гэх мэт зовиур түгээмэл. Лабораторийн шинжилгээнд эрдсийн алдагдал болон хүнд зэргийн тэжээлийн дутагдал илэрч зарим өвчтөнд үүнээс үүдэн хэт туранхай (cachexia) үүссэн байдаг. Оношилгооны найдвартай арга нь тодотгогч бодис (бари)-оор бургуй тавьж рентгенд харах, ходоод дурандах, бүдүүн гэдэс дурандах аргууд болно. Үйлчлүүлэгч дээрх зовиууудын улмаас 2020 оны 9 сард ходоод дурандуулах үед ходоодонд хавдар төст үүсгэвэр байснаас эдийн шинжилгээ авч шинжилгээний үр дүнд ходоодны “Poorly differentiated adenocarcinoma” оношлогдсон байна. Мөн хэвлийн хөндийн тодосгогчтой компьютер томографи шинжилгээнд ходоодны хавдар төст бүтэц оношлогдож уг үүсгэвэр бүдүүн гэдэсний хооронд цорго үүссэн байгаа нь тогтоогдов.

Үндэслэл: Хорт хавдрын улмаас хоол боловсруулах замын эрхтнүүдийн хооронд цорго үүсэх нь маш ховор тохиолддог.[1] 1755 онд анх Холлер нь Ходоод-бүдүүн гэдэсний цоргын тухай дүрслэн бичсэн байна.[2] Анхны тохиолдлыг 1920 онд Дуглас Ферт англий библиографи сэтгүүлд нийтэлсэн.[3] Ходоод-бүдүүн гэдэсний хооронд цорго үүсэх нь уг эрхтнүүдийн аль ч /хортой болон хоргүй/ хавдрын үед үүсэж болдог. Сүүлийн 20 жилийн туршид ходоодны шүүрэл дарангуйлах proton pump inhibitor эмүүдийг хэрэглэх болсонтой холбоотойгоор ходоодны шархнаас үүдэлтэй ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго үүсэх нь эрс багасч[3,4], харин хоол боловсруулах замын хорт хавдруудын улмаас ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго үүсэх нь нэмэгдсэн ба голдуу ходоод, бүдүүн гэдэсний хэсэг газрын байрлалтай нэвчсэн хорт хавдраас үүсдэг[5]. Ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго үүсэхдээ хавдрын нэвчдэс тухайн хэсгийн серозон бүрхүүлээс зэргэлдээх эрхтэний серозон бүрхүүлд нэвчин уг хэсэгт үхжил үүсэж ходоодны хөндий болон бүдүүн гэдэсний хөндий нэвт холбогдсоноор үүсдэг.[6] Үүнээс үүдэн ходоодны агуулагдахуун шууд бүдүүн гэдэсрүү орон хоол боловсруулах хэвийн үйл явц алдагдаж эхэлдэг. Уг цоргоор бүдүүн гэдэснээс ходоод руу чиглэсэн сөөргөө үүсэх бөгөөд бүдүүн гэдэсний агуулагдахуун ходоод руу цоргоор дамжин шууд орно. Үүсэж буй уг нөхцөл нь өвчтөний биеийн байдалд маш их сөргөөр нөлөөлдөг.

Анхдагчаар хавдар аль эрхтнээс үүссэнийг тогтооход хүндрэлтэй байгаа үед иммуногистохимийн аргаар будаж харан тогтоох ба ингэснээр хагалгааны дараах эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой юм. Радикал мэс засал эмчилгээ нь ходоод-бүдүүн гэдэсний цоргын үе дэх хамгийн сайн эмчилгээний арга гэж үзэж байна. Өмнөх үеийн туршлагаас үзэхэд колостоми гарган 2-оос 3 үе шаттай мэс засал хийх нь өвчтөний тэжээлийн алдагдлыг багасгаж нас баралтыг бууруулдаг нь тогтоогдсон.[9-12] Гэсэн хэдий ч энтераль болон парентераль эмчилгээ, эрчимт эмчилгээний чанар хүртээмж сайжирснаар 1 үе шаттай мэс заслыг хийх боломж нэмэгдэн нас баралт ч мөн буураад байна.[13-14]

Хэрэглэгдэхүүн, арга аргачлал:

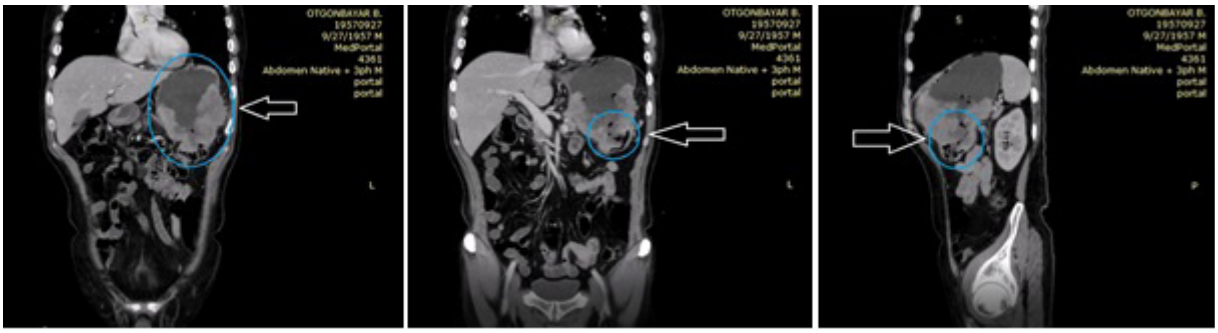
Тохиолдлын танилцуулга: 63 настай, 167см өндөртэй, 55кг жинтэй эрэгтэй, 2020 оны 10 сард аюулхай орчим цанхайж базалж өвдөнө, хоолонд муу, хоол идсэнээс 1-2 цагийн дараа хар ногоон зүйлээр бөөлжинө, өтгөн хар ногоон гарна, өмхий үнэртэй зүйлээр огиж хэхрүүлнэ гэсэн зовиуртай яаралтай тусламжийн тасагт ирж үзүүлсэн. Үйлчлүүлэгч ядарч сульдана, турна, сүүлийн

10 хоног хэвлийн зүүн дээд талаар эвгүй оргиж өвдөх болсон гэсэн зовуурьтай асуумжид анх 1 жилийн өмнөөс хоолонд муудаж хаяа аюулхай орчим эвгүй оргиж эхэлсэн ч тухайн үед эмнэлэгт үзүүлэхгүй явсаар 2020 оны 4 сараас баас хар хүрэн гарч эхлэн 9 сараас өвдөлт нэмэгдэж, юм идсэний дараа бөөлжиж, хоолонд муудан турж эцэж сүүлийн үед аюулхайд өвдөхөөс гадна хэвлийн зүүн дээд талаар өвдөх болсон.

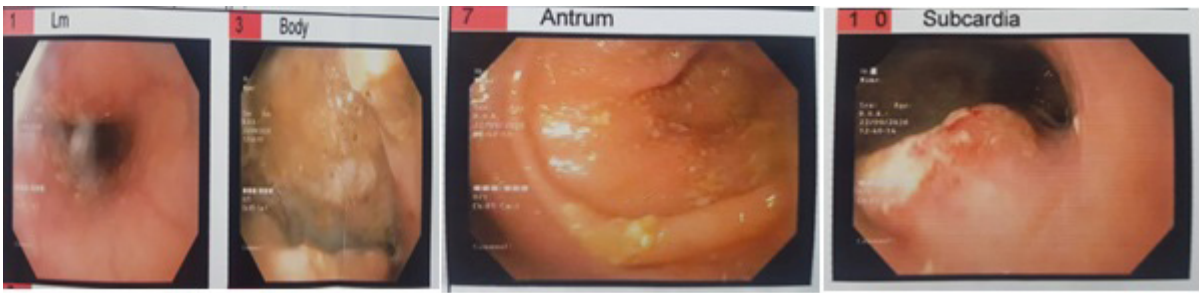
Үйлчлүүлэгч дээрх зовиуруудын улмаас 2020 оны 9 сард ходоод дурандуулах үед ходоодонд хавдар төст үүсгэвэр байснаас эдийн шинжилгээ авч шинжилгээний үр дүнд ходоодны “Poorly differentiated adenocarcinoma” оношлогдсон байна. Үүний дараа хэвлийн тодосгогчтой компьютер томографи болон бүдүүн гэдэсний дурангийн оношилгоонд орсон. Бүдүүн гэдэс дурандах ажилбарын үед бүдүүн гэдсэн дэх хий ходоод бүдүүн гэдэсний цоргоор шууд дамжиж өмхий үнэртэй зүйлээр хэхрүүлж байсан. Хэвлийн хөндийн тодосгогчтой компьютер томографи шинжилгээнд ходоодны хавдар төст бүтэц оношлогдож уг үүсгэвэр бүдүүн гэдэсний хооронд цорго үүссэн байгаа нь тогтоогдов.

Дээрхи оношилгоог хийлгэсний дараа үйлчлүүлэгч өөр эмнэлэгт мэс засал хийлгэхээр төлөвлөсөн байсан ч уг хугацаанаас өмнө зовиур нэмэгдэн, биеийн байдал огцом муудсан тул яаралтай журмаар ирж үзүүлсэн. Үйлчлүүлэгч тамхи их татдаг ба өдөрт 1 хайрцаг татдаг, архи хэрэглэдэггүй, удмын өвчин үгүйсгэгдсэн, элэгний В болон С вирусээр өвчлөөгүй.

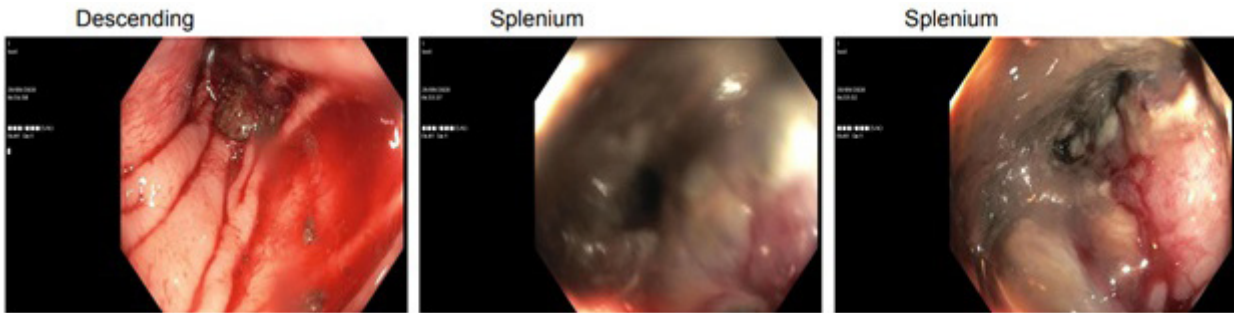
Бодит үзлэгт өвчтөний арьс салст цонхигор цагаан, мөчдийн үзүүрүүд хүйтэн, өвчтөнд ойртох үед өвчтөний амнаас өмхий үнэр үнэртсэн байдалтай, артерийн даралт 85/51мм.муб, судасны цохилтын тоо 1 минутад-121 удаа, амьсгалын тоо-19, захын цусны хүчилтөрөгчийн хангамж – 93%, хэвлий тэмтрэлтээр аюулхай болон хэвлийн зүүн талаар эмзэглэлтэй, булчингийн чангаралгүй, гялтангын цочролын шинж илрээгүй.



Зураг 1. КТГ-д ходоод бүдүүн гэдэсний цорго үүссэн байдал



Зураг 2. Ходоодны дурангийн шинжилгээнд AGC, subcardia, upper body, type IV, T3, MP оношлогдсон байдал



Зураг 3. Бүдүүн гэдэсний дурангийн шинжилгээнд Colon was intubated up to splenic flexure. Colonic fistula of the splenic flexure /at 65 cm from AV/ оношлогдсон байдал

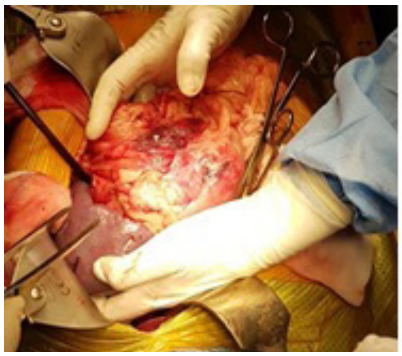
Үр дүн: *Эмнэлэгт хэвтэхээс өмнө хийгдсэн эдийн сорьцын шинжилгээний үр дүнд:* Өвчтөн ирэх үедээ хэвлийн хөндийн тодосгогчтой компьютер томографи болон ходоод, бүдүүн гэдэсний дуран хийлгэсэн эдийн шинжилгээ хийлгэж ходоодны “Poorly differentiated adenocarcinoma” батлагдсан оноштой ирсэн тул бид мэс

засалд бэлтгэхээр цусны ерөнхий, биохимийн болон цусны бүлэгнэлтийн шинжилгээг хийсэн.

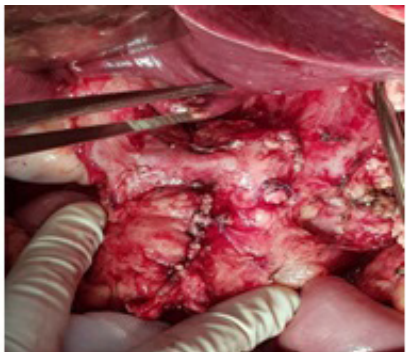
Цусны ерөнхий шинжилгээнд (2020 он 10 сар 2 өдөр): цагаан эс – 16,4^10^9/mL, гемоглобин - 5,7 g/dL, улаан эс – 2,41 10^12/mL, ялтас эс – 503 10^9/mL, *Биохимийн шинжилгээнд* (2020он 10 сар 02 өдөр): альбумин – 21 g/L лавлах хэмжээг бүх үзүүлэлтийн ард хаалтад бичнэ үү., кали – 3,45 mmol/L, С-урвалж уураг – 108,1 mg/L, натри – 134 mmol/L, сахар – 7,9 mmol/L, амилаза – 29,9 U/l, креатинин – 83,1 µmol/L, нийт билирубин – 5,5 µmol/L, элэгний В болон С вирус илрээгүй.

Цусны ерөнхий шинжилгээг үзэхэд өвчтөн хүнд зэргийн архаг цус багадалттай байсан бөгөөд мэс заслаас өмнө тохирох бүлгийн цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэн мэс засалд бэлтгэсэн. Мөн мэс заслын өмнө уураг нөхөх зорилгоор 20% альбумин 100мл 3 удаа, эрдэс нөхөх эмчилгээнүүдийг хийн эмнэлэгт хэвтсэнээс 3 хоногийн дараа мэс засалд орсон.

Хэвлийг голын дээд дунд зүслэг хийж хэвлийг үечлэн нээж хэвлийг шалгахад ходоодны их бие их махиа дагасан 15*20*20 см бүдүүн гэдэсний хөндлөн хэсэг нойр булчирхайн их бие, сүүл хэсэгтэй нягт наалдаж салах боломжгүй болсон хавдар байв. Иймд ходоод бүтэн тайрах, бүдүүн гэдэсний хөндлөн хэсэг тайрах, нойр булчирхайн их бие, сүүл, дэлүүний хамт тайрах мэс засал хийв. Ходоодыг тайрч ROUX-N-Y залгалт хийн, тунгалгийн булчирхайнуудыг түүж авсны дараа өгсөх гэдсийг стом гаргасан. Мэс заслын үед авсан эд бүрээс эдийн сорьц авч шинжилгээнд илгээсэн.



Зураг 4. Мэс заслын үед



Зураг 5. Судас орчиын тунгалагийн булчирхайнууд түүсэн байдал



Зураг 6. Ходоодны хавдар гаднаас харагдах байдал



Зураг 7. Ходоодны хорт хавдрыг нээсэн байдал

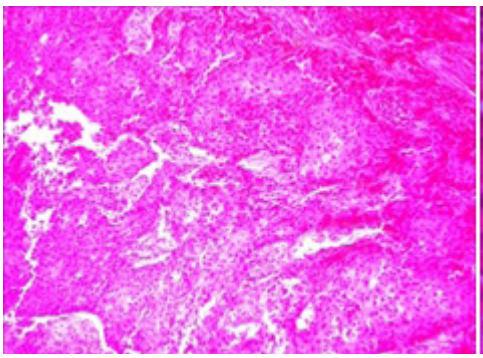


Зураг 8. Ходоод-бүдүүн гэдэсний цорго

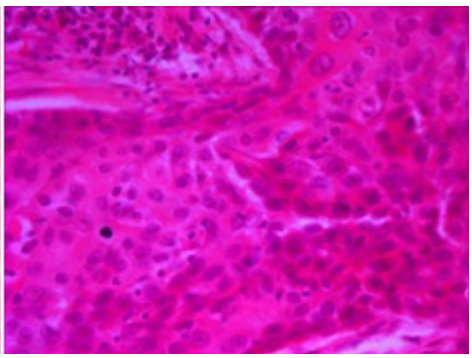


Зураг 9. Хавдар нойр булчирхай руу нэвчсэн байдал

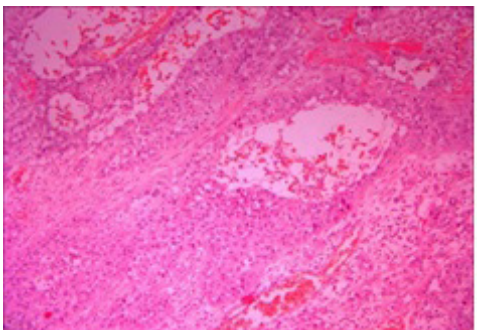
Мэс заслын дараах эдийн сорьцын шинжилгээгээр “Squamous cell carcinoma, invades pancreas and colon” stage: pT4b гарсан. Мэс заслын залгалтын ирмэгүүдэд хавдрын эс илрээгүй, түүгдсэн булчирхайнуудад үсэрхийлэлгүй гарсан. Үйлчлүүлэгчийг хагалгааны дараах 7 хоног эрчимт эмчилгээний тасагт эмчилгээг үргэлжлүүлэн түүний дараа мэс заслын тасагт шилжин ирсэн. Энэ хугацаанд мэс заслын дараах хүндрэл үгүй биеийн байдал тогтвортой байсаар мэс заслын дараах 11 дэх хоногт эмнэлгээс гарч цаашид хими эмчилгээг үргэлжлүүлэн хими эмчилгээ хийх боломж бүхий эмнэлэгт хийлгэхээр илгээж мөн мэс заслын дараах хяналтаа хийсэн.



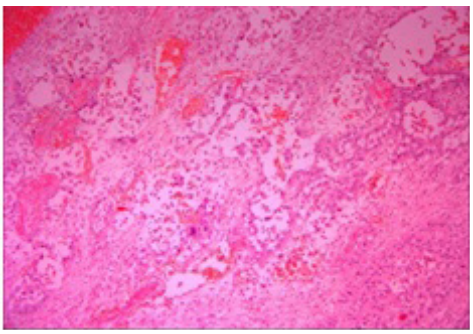
Зураг 10. Histological picture of Squamous cell carcinoma with x40 zoom



Зураг 11. Histological picture of Squamous cell carcinoma with x10 zoom



Зураг 12. Histological picture of Squamous cell carcinoma with x40 zoom



Зураг 13. Histological picture of Squamous cell carcinoma with x10 zoom

Хэлцэмж: Ходоод, бүдүүн гэдэсний хавдрын улмаас үүссэн ходоод бүдүүн гэдэсний цорго маш ховор 0.2% хүртэл тохиолддог эмгэг юм. Анхдагчаар хавдар аль эрхтнээс үүссэнийг тогтооход хүндрэлтэй байгаа үед иммуногистохимийн аргаар будаж харан тогтоох ба ингэснээр хагалгааны дараах эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой юм. Радикал мэс засал эмчилгээ нь ходоод-бүдүүн гэдэсний цоргын үе дэх хамгийн сайн эмчилгээний арга гэж үзэж байна. Уг эмгэгийн үед мэс засал болон хими эмчилгээг хийх ёстой. Бид мэс заслын эмчилгээний аргаас гадна хавдрын хими, туяа эмчилгээ шаардлагатай байна. Ингэснээр мэс заслын дараах өвчтөний хяналт эмчилгээ сайжирч, эмчилгээний үр дүн сайжрах юм.

Дүгнэлт: Өвчтөн ирэх үедээ хэвлийн хөндийн тодосгогчтой компьютер томографи болон ходоод, бүдүүн гэдэсний дуран хийлгэсэн эдийн шинжилгээ хийлгэж ходоодны "Poorly differentiated adenocarcinoma" батлагдсан оноштой ирсэн тул бид мэс засалд бэлтгэхээр цусны ерөнхий, биохимийн болон цусны бүлэгнэлтийн шинжилгээг хийсэн. Хэвлийг голын дээд дунд зүслэг хийж хэвлийг үечлэн нээж хэвлийг шалгахад ходоодны их бие их махиа дагасан 15*20*20 см бүдүүн гэдэсний хөндлөн хэсэг нойр булчирхайн их бие, сүүл хэсэгтэй нягт наалдаж салах боломжгүй болсон хавдар байв. Иймд ходоод бүтэн тайрах, бүдүүн гэдэсний хөндлөн хэсэг тайрах, нойр булчирхайн их бие, сүүл, дэлүүний хамт тайрах мэс засал хийв. Ходоодыг тайрч ROUX-N-Y залгалт хийн, тунгалгийн булчирхайнуудыг түүж авсны дараа өгсөх гэдсийг стом гаргасан. Мэс заслын үед авсан эд бүрээс эдийн сорьц авч шинжилгээнд илгээсэн.

Талархал: Уг судалгааны ажлыг хийж гүйцэтгэхэд гүн туслалцаа үзүүлсэн УХТЭ-ийн Мэс заслын тасаг болон Эмгэг судлалын тасгийн хамт олонд гүн талархал илэрхийлье.

Ном зүй:

1. *Cody JH, DiVincenti FC, Cowick DR, Mahanes JR. Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulae: report of twelve cases and review of the litera-ture. Ann Surg 1975; 181: 376-380.*
2. *A. Haller, Opuscula pathologica, 1755 , N. Voorheeve (Ed.), Die klinische und radiologische diagnose der fistula gastrocolica, Deutsch Arch Klein Med, vol. 106 (1912), pp. 294-308*
3. *D. Firth, A case of gastrocolic fistula, The Lancet, 195 (5046) (1920), p. 1061stula The Lancet, 195 (5046) (1920), p. 1061*
4. *Levine MS, Kelly MR, Laufer I, Rubesin SE, Herlinger H. Gastrocolic fistulas: the increasing role of aspirin. Radiology 1993; 187: 359-361.*
5. *Schneider A, Holtmann G, Rünzi M, Drochner K, Oldhafer KJ, Gerken G. Gastrocolic fistula – a rare cause of cachexia and polyneuropathy. Z Gastroenterol 2002; 40: 521-524.*
6. *Tavenor T, Smith S, Sullivan S. Gastrocolic fistula. A review of 15 cases and an update of the literature. J Clin Gastroenterol 1993; 16: 189-191.*
7. *Martinez LO, Manheimer LH, Casal GL, Lubin J. Malignant fistulae of the gastrointestinal tract. Am J Roentgenol 1978; 131: 215-218.*
8. *Chung DP, Li RS, Leong HT. Diagnosis and current management of gastrojejunocolic fistula. Hong Kong Med 2001; 7: 439-441.*
9. *Lowdon AG. Gastrojejunocolic fistula. Br J Surg 1953; 41: 113-128.*
10. *Thoeny RH, Hodgson JR, Scudamore HH. Theroentgenologic diagnosis of gastrocolic andgastrojejunocolic fistulas. AJR Am J Roentgenol1960; 83: 876-881.*
11. *Mathewson C. Preliminary colostomy in the management of gastrocolic andgastrojejuno-colic fistula. Ann Surg 1941; 114: 1004-1010.*

12. Pfeiffer DB. The surgical treatment of gastroje-junocolic fistula. Surg Gynecol Obstet 1941; 72: 282-289.
13. Subramaniasivam N, Ananthakrishnan N, Kate V, Smile SR, Jagdish S, Srinivasan K. Gastroje-junocolic fistula following surgery for peptic ulcer. Trop Gastroenterol 1997; 18:183-187.
14. Alhan E, Calik A, Cinel A, Kucuktulu U. Compli- cated marginal ulcers after surgery for duodenal ulcer. Acta Chir Hung 1995-1996; 35: 77-85.
15. Michael Stamatakosa, Ioannis Karaiskosb, Ioannis Paterasb, Ioannis Alexiouc, Charikleia Stefanakid, Konstantinos Kontzoglouc; Gastrocolic fistulae; From Haller till nowadays https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2012.02.011

Gastro-colic fistula: rare complication of gastric cancer

Gan-Erdene.B[1], Khongor.B[1], Tsetsegdelger.N[2], Onon.B[1], Altanchimeg.N[1]

[1]General Surgery Department, State Second Central Hospital of Mongolia
[2]Pathology department of State second central hospital, Mongolia
Email:Dr.pambiga@gmail.com, Tel: 976-88029051

Introduction: Gastrocolic fistula (GCF) is a rare complication of both benign and malignant tumors of the gastrointestinal tract. In the past 20 years, with the extensive use of proton pump inhibitors, GCFs are less frequently encountered as a complication of benign gastric ulcers, and the most common etiology of GCF is now malignant gastrointestinal disease, particularly locally invasive colonic and gastric carcinoma. In the Western Countries, the most common cause is the adenocarcinoma of the colon, while in Japan, adenocarcinoma of the stomach is the most frequent cause. It seldom appears, as a complication of a benign peptic ulcer, in Crohn's disease and as a result of significant intake of steroids or NSAIDs.

Key words: Gastro-colic fistula, GCF