

Sekonder aortoenterik fistül

Secunder aortoenteric fistula

Veysel Temizkan, Murat Uğur, İbrahim Alp, Alper Uçak, Ahmet Turan Yılmaz

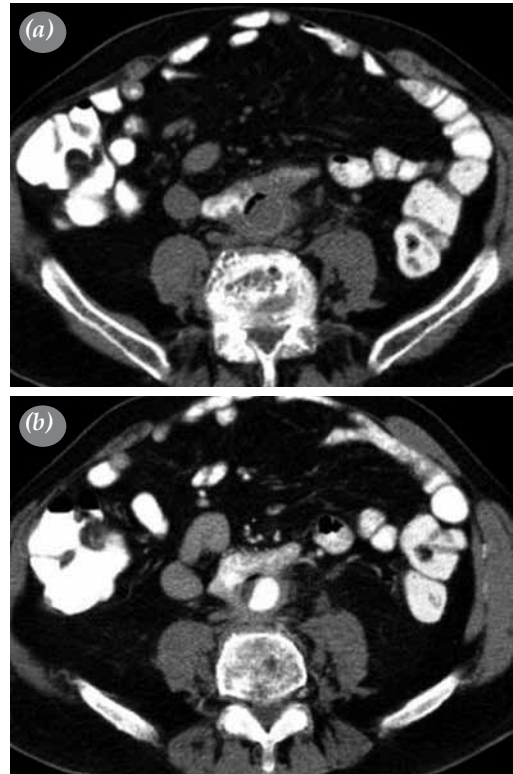
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sekonder aortoenterik fistül abdominal aortik cerrahisi sonrası %0.36-3 oranında görülen ve mortalitesi yüksek olan bir komplikasyondur.^[1,2] Sıklıkla aortik greftin proksimali ile duodenum arasında görülür ve primer cerrahiden 8-180 ay sonra ortaya çıkabilir.^[2,3] Aortoenterik fistül, prostetik greft materyalinin bağırsak dokusu tarafından erozyonu, greft dokusunda artmış pulsasyon ya da sessiz seyreden greft enfeksiyonundan kaynaklanan enflamasyon nedeni ile gelişebilir.^[3]

Başlangıç semptomları hastaların %80'den fazlasında hematemez, hematokezya, melena veya kronik anemi şeklinde görülen gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarıdır.^[1] Ven ve lenfatik kanallardan bakteri emilimi sonucu septisemi gelişebilir ve kasık bölgesinde pürülan akıntı, bacaklarda peteşiyal döküntüler ortaya çıkabilir. Erken dönemde spesifik bulgu vermemesi sonucu tanı gecikebilir ve hastaların üçte biri hipovolemi, hipotansiyon ve septik şok ile hastaneye başvurabilir. Şok ile başvuran hastalarda ameliyat sırası mortalite %21'dir.^[3] Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, anjiyografi, endoskopi ve sintigrafik incelemeler tanı koymada yardımcı olmakla birlikte, bu yöntemler klinik korelasyon olmadan yetersiz kalabilir.^[4] Yavaş gelişen kanamada bilgisayarlı tomografide ekstrasvazasyon bulgusu ortaya çıkmaz, fakat greft çevresinde ve lümen içinde gaz bulunması tanıyı destekler.^[2]

Aortoenterik fistülün tedavisinde greft eksizyonu ve bağırsak tamirini takiben in-situ baypas ya da ekstraanatomik baypas yapılabilirdiği gibi, başvuru anında genel durumu stabil olan hastalarda ilk aşamada ekstra-anatomik baypasın uygulandığı iki aşamalı tamir de uygulanabilir. Daha az invaziv olan endovasküler teknikler ile stent greft implantasyonu ya da oklüder/

plak ile fistül tıkanıklığı alternatif yöntemler olmakla birlikte, endovasküler teknikler enfekte frajil bağırsak dokusunda ve aortta hayati komplikasyonlara yol açabilir, enfekte greft eksize edilmediğinden greft materyali ya da oklüder kontamine olarak sepsis tablosunu



Şekil 1. (a) Kontrastsız tomografik incelemede aort içinde hava kisti. (b) Kontrastlı tomografik incelemede duodenum ile aort arasındaki sınırın belirginliğinin kaybolması.

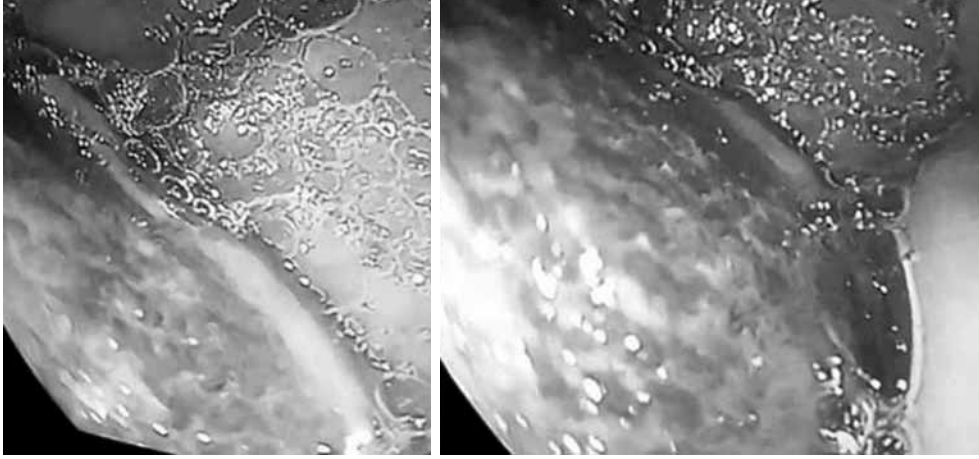


Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.8262
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 24 Ocak 2013 Kabul tarihi: 03 Nisan 2013

Yazışma adresi: Dr. Murat Uğur. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 34668 Üsküdar, İstanbul, Türkiye.

Tel: 0216 - 542 20 20 e-posta: drmugur@gmail.com



Şekil 2. Gastroduodenoskopide duodenum ile komşu greft materyalinin görüntümü.

ağırlaştırabilir.^[1,5] Endovasküler yöntemler hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda cerrahiye köprü olarak kullanılabilir.^[3,5]

Dokuz yıl önce aynı seansta koroner baypas ameliyatı, aortobifemoral baypas (Dacron greft 18/9 mm) ve sağ femoropopliteal baypas (safen ven) ameliyatı uygulanan 79 yaşında erkek hasta on gündür takip eden ateş, lökositoz, halsizlik ve ani başlayan hematemez yakınması ile acil servise başvurdu. İki yıl önce greftin sol bacağına enfeksiyon tespit edilmesi üzerine greft sol bacak eksizyonu ve kross-over baypas ameliyatı uygulanan hastanın, son altı aydır sol kasık bölgesinde aralıklı olarak akıntı yakınması bulunuyordu. Hastanın tomografik incelemesinde aort içinde serbest hava bulunduğundan aort ile duodenum komşuluğu net olarak ayırt edilemiyordu (Şekil 1). Akut hematemez nedeni ile yapılan gastroduodenoskopide duodenum seviyesinde greft ile uyumlu olabilecek görüntü saptanması üzerine aortoduodenal fistül tanısı kesinleştirilerek hasta ameliyata alındı (Şekil 2). Ameliyatta renal arterlerin distalinden abdominal aort ligate edildi. Duodenumun primer onarımı ve jejunostomi sonrası 10 mm Dacron tüp greft ile sağ aksillofemoral baypas ameliyatı uygulandı. Sepsis tablosu ile takip edilen hasta ameliyat sonrası 4. günde kaybedildi.

Aortoenterik fistülün tedavisinde amaç; kanamanın ve sepsisin kontrolü ve ekstremitenin kurtarılmasıdır.^[5] Geçirilmiş aortik cerrahi öyküsü bulunan hastalarda aortoenterik fistül geliştiğinde kanama ve sepsis tablosu oluşmadan erken dönemde tanı konulması ameliyat sırası düşük risk ile tedavi imkanı sağlar. Aort cerrahisi geçirmiş olgularda nedeni bilinmeyen ateş, peteşi, kasıktan pürülan akıntı ve GİS kanaması varlığında aortoenterik fistül ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken

bir patolojidir. Bu hastalarda oral ve intravenöz kontrast ile bilgisayarlı tomografi ya da gastroendoskopik inceleme tanı koymada faydalı olup şüpheli olgularda erken dönemde yapılacak incelemeler hayat kurtarıcı olabilir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Luo CY, Lai CH, Wen JS, Lin BW. Secondary aortocolic fistula: case report and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 2010;24:256.e5-12.
2. Senadhi V, Brown JC, Arora D, Shaffer R, Shetty D, Mackrell P. A Mysterious Cause of Gastrointestinal Bleeding Disguising Itself as Diverticulosis and Peptic Ulcer Disease: A Review of Diagnostic Modalities for Aortoenteric Fistula. *Case Rep Gastroenterol* 2010;4:510-517.
3. Armstrong PA, Back MR, Wilson JS, Shames ML, Johnson BL, Bandyk DF. Improved outcomes in the recent management of secondary aortoenteric fistula. *J Vasc Surg* 2005;42:660-6.
4. Akın M, Gokbayir H, Tezcaner T, Kılıç K, Ozdemir E, Ferahkose Z. Successful treatment of secondary aortoenteric fistula with a Valdoni-Strong's procedure. *Turk Gogus Kalp Dama* 2011;19:267-9.
5. Antoniou GA, Koutsias S, Antoniou SA, Georgiakakis A, Lazarides MK, Giannoukas AD. Outcome after endovascular stent graft repair of aortoenteric fistula: A systematic review. *J Vasc Surg* 2009;49:782-9.