

TANINMASI ZOR BİR AORTOENTERİK FİSTÜL OLGUSU

*S. Akın TURAN¹, İlker ÖZ², Elif COŞKUN¹

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

***İletişim / Correspondence:** Dr S.Akın TURAN, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Esenköy, Kozlu, Zonguldak-TÜRKİYE

ÖZET:

Primeraortoenterik fistül, gastrointestinal kanamanın nadir bir nedenidir. Tedavi olmadan hayatta kalma oranı ilk 6 saatte % 70'dir ve 24 saat sonra bu oran % 50'dir. Klasik triadı karın ağrısı, gastrointestinal kanama ve pulsatilabdominal kitledir. Bilgisayarlı tomografi, primeraortoenterik fistül tanısı için seçilecek ilk yöntemdir. Ölüm cerrahi müdahale olmadan % 100'dür. Acil cerrahi tedavi, bu hastalarda sağ kalım için en iyi ve tek şanstır. Cerrahi mortalite oranı %30-40 dolayındadır. Biz bu yazıda klasik triadın dışında yakınmaları olan 76 yaşında erkek hastada jejunum ile abdominal aorta arasında oluşmuş aortaenterik fistül olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Aortoenterik fistül – Gastrointestinal kanama – Açık cerrahi tedavi – Endovasküler onarım.

ABSTRACT:

An aortoenteric fistula (AEF) is a communication between the aorta and an adjacent loop of the bowel. Abdominal computed tomographic examinations with intravenous contrast substance, esophago-gastro-duodenoscopy and arteriography are the most important diagnostic modalities for detecting this complication. Direct signs in CT are ectopic gas adjacent to or within the aorta and presence of vascular contrast within the gastrointestinal

trac. The treatment of AEFs has improved in recent years, but despite the multiple surgical techniques reported, many of the patients do not survive or are left debilitated after treatment.

Keywords: Aortoenteric fistula – Gastrointestinal bleeding – Open surgical repair – Endovascular repair.

GİRİŞ:

Primer aortoenterik fistül, gastrointestinal kanamanın son derece nadir görülen fakat ölümcül nedenlerinden birisidir ve insidansı %0.1-0.8 arasındadır (1, 2). Karın ağrısı, gastrointestinal kanama ve pulsatil abdominal kitle olarak bilinen klasik triadı, olguların yalnızca %10-23'ünde gözlenmektedir(1, 3, 4). Bu nedenle üst gastrointestinal kanama ile başvuran yaşlı bir hastada eşlik eden bir abdominal aort anevrizması varsa akılda tutulmalıdır(3).

Biz bu yazıda klasik triadın dışında yakınmaları olan, bilinen abdominal aort anevrizması ve üst gastrointestinal kanama öyküsü olmayan 76 yaşındaki erkek hastada jejunum ile abdominal aorta arasında oluşmuş aortaenterik fistül olgusunu sunduk. Bu olgu aortaenterik fistül için, masif üst gastrointestinal kanama bulguları olmaksızın, non-spesifik şikayetlerle başvuran yaşlı hastada tanı koyma ve cerrahi deneyimimizin sunumudur.

OLGU SUNUMU:

76 yaşındaki erkek hastanın boyun ve sırt ağrısı, mide bulantısı yakınmalarıyla hastanemiz acil servisine başvurdu. Tıbbi geçmişinde KOAH, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve mesane taşları nedeniyle 3 yıl önce operasyon öyküsü mevcuttu. İlk muayenede genel durum kötü, bilinci konfü, hipotansif ve taşikardikti. (TA:80/50mmHg Nabız:110/dk). Dinlemekle expiryum uzundu ve bilateral krepitan raller duyuluyordu. Karın alt bölgede geçirdiği

operasyon skarı mevcuttu. Palpasyonda karnı yumuşaktı ve barsak sesleri azalmıştı. Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde; Hgb:8,5g/dl, WBC:13,900/µl saptandı. Diğer laboratuvar normaldi. Rektal tuşede gayta bulaşı olmaması ancak takılan nazogastrik sondada hematemez şüphesi olması üzerine hastaya bilgisayarlı tomografi ve endoskopi yapıldı.

Yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde infrarenal düzeyden iliyak arter bifurkasyonuna dek yaklaşık 9cm'lik bir segment teaortayı çevreleyen en kalın yerinde 26mm ölçülen, içerisinde yaygın hava imajı içeren, proksimalinde duodenum 3.kısmı ile yer yer net sınır ayırımı yapılamayan, hipodens düzgün sınırlı batın içi apse oluşumu ile uyumlu alan izlendi (Resim 1). Batın içine kontrast madde extravazasyonu izlenmedi. Abdominal aorta da ana iliyak arterlere uzanan, bifurkasyon proksimalinde 4cm çapa ulaşan anevrizmatik dilatasyon izlendi. Anevrizma ile ilişkili extravazasyon izlenmedi. Üst gastrointestinal endoskopide mide lümeninde koagule kan gözlendi ancak kanama odağı ve taze kan saptanamadı. Pilor, pilor kanalı, bulbus ve duodenumun ikinci kısmında ampullanın 3-4cm distalinde üzerinde pıhtı olan zemininde lümenine hafif protüze kitlesel lezyon (dıştan kitle invazyonu? Vasküler penetrasyon?) gözlendi. Preoperatif hazırlıklar sırasında hastanın solunumunun yüzeyelleşmesi ve metabolik asidoz gelişmesi üzerine hasta entübe edildi. Klinik ve hemodinamik durumun düzelmesi üzerine hasta operasyona alındı

İntra-operatif abdominal aortanın çok kalın fibrine olmuş organize hematomla sarılı olduğu ve ileri derecede sağa deviye olduğu görüldü. Duodenum 3.kısmı hematom kesesinin içinde ve renalvene doğru itilmiş olarak izlendi (Resim 2).Abdominal aortanın eksplorasyonu sırasında kesenin duodenum ile birleştiği düzeyden bir gıda parçası (erik çekirdeği) dışarı doğru fırladı ve abondan kanama başladı. Kanama kontrol yapıldıktan sonra duodenumda 4cm'lik

perforasyon izlendi. İnfrarenal aorta ve bilateraliliyak arterler arasına 16/8 mm PTFE bifirkasyonlu greft interpoze edilerek abdominal aorta devamlılığı sağlandı (Resim 3). Hasta entübe şekilde ve pozitif inotrop desteğinde yoğun bakım ünitesine alındı. Metabolik asidoz tablosu operasyon sırasında ve sonrasında artarak devam etti ve hasta postoperatif birinci günde kardiyak arrest sonucunda kaybedildi.

TARTIŞMA:

Primer aortoenterik fistülün en sık nedeni aterosklerotik aort anevrizmasıdır (1). Tüberküloz, frengi gibi enfeksiyonların yanı sıra kanser, radyasyon hasarı, peptik ülser, safra taşı, divertikül ve yabancı cisimler diğer nadir nedenlerdir. Duodenumun retroperitoneal olan üçüncü bölümü abdominal aorta ile olan yakınlığı nedeniyle en sık etkilenen bağırsak segmentidir (4, 5).Fistül oluşum mekanizması büyük olasılıkla aorta ve barsak duvarlarında oluşan iskemiye bağlıdır. Komşu aort anevrizmasının pulsatil hareketleri nedeniyle barsak duvarı hasarlanır ve sonuç olarak bunu barsak duvarının nekrozu takip eder(5). Tedavi edilmez ya da fark edilmezse aorta ile barsak arasında fistül bağlantısı oluşumu ve hızlı kan kaybına veya genişleyen aortanın rüptürüne neden olur(6).

Primer aortoenterik fistül bir “haberci” veya “uyarıcı” kanama ile karakterizedir (5). Bununla birlikte ilk kanama atağından sonra tedavi olmadan hayatta kalma oranı ilk 6 saatte % 70’dir ve 24 saat sonra bu oran % 50’ye düşmektedir (7). Bu nedenle hastalarda yoğun bir tanısal çalışma ve erken tedavinin gereklidir.

Bu hastalarda aort ve mide-bağırsak lümeni arasında geçişe rağmen, sepsisemi ve ateş nadiren gözlenmektedir(2). Sıklıkla ‘haberci kanama’ genellikle kendini sınırlayan küçük bir sızdırma

şeklinde. Bununla birlikte, çoğu durumda, sızdırma kanamasından sonra birkaç saatten bir aya kadar olan zaman zarfı içinde (olguların 1/3'ü 6 saat içinde) masif kanama olmaktadır(4).

Bilgisayarlı tomografi (BT) aortogram primer aortoenterik fistül tanısı için ilk tetkik olarak önerilmektedir (8). Aortoenterik fistülün BT bulguları, aorta ve gastrointestinal sistem arasında yağ planlarının kaybı, enterik lümen içine aortadaki kontrast maddenin ekstravazasyonu, aorta etrafında ve bağırsak duvarında ödem ve aort etrafında hava kabarcıkları gözlenmesidir (9). Yine üst gastrointestinal sistem endoskopisiyi ilk tanı muayenesi (genel duyarlılık % 50 kadar olabilir) ve iv kontrastlı BT ile takibini öneren yayınlar da vardır. Bağırsak içindeki kontrast algılama kesin patognomonik işaretidir, ancak diğer daha ince anormallikler BT tespitinde daha iyi tarif edilmiştir (8).

Bu olguda izlendiği gibi eşlik eden “uyarıcı” kanamanın olmaması, uzun süreli ve non-spesifik şikayetler, görüntüleme bulgularının patognomonik olmaması ve eşlik eden çok sayıda komorbid durumun bulunması bu hastalarda tanının ve tedavinin komplike hale gelmesine neden olabilmektedir. Olgumuzda bu bulgulara paralel olarak ateş, sepsisemi yoktu ve intraoperatif olarak kanamanın kendini sınırlamış olduğu görüldü.

Ölüm cerrahi müdahale olmadan% 100'dür. Güçlü şüphe varlığında ya da tanı netse en kısa sürede acil cerrahi yapılmalıdır (1). Primeraortoenterik fistül için cerrahi mortalite oranı %30 ila % 40 dolayındadır (4). Distal dolaşım için, genellikle aort rekonstrüksiyonu veya ekstra-anatomik bypass seçilir.

SONUÇ:

Aortaenterik fistülün tanı ve tedavisi zordur. Acil cerrahi tedavi, bu hastalarda sağ kalım için en iyi ve tek şanstır. Bu nedenle, beklenenin aksine ateş ve sepsisemi yokluğu ile klasik triadın

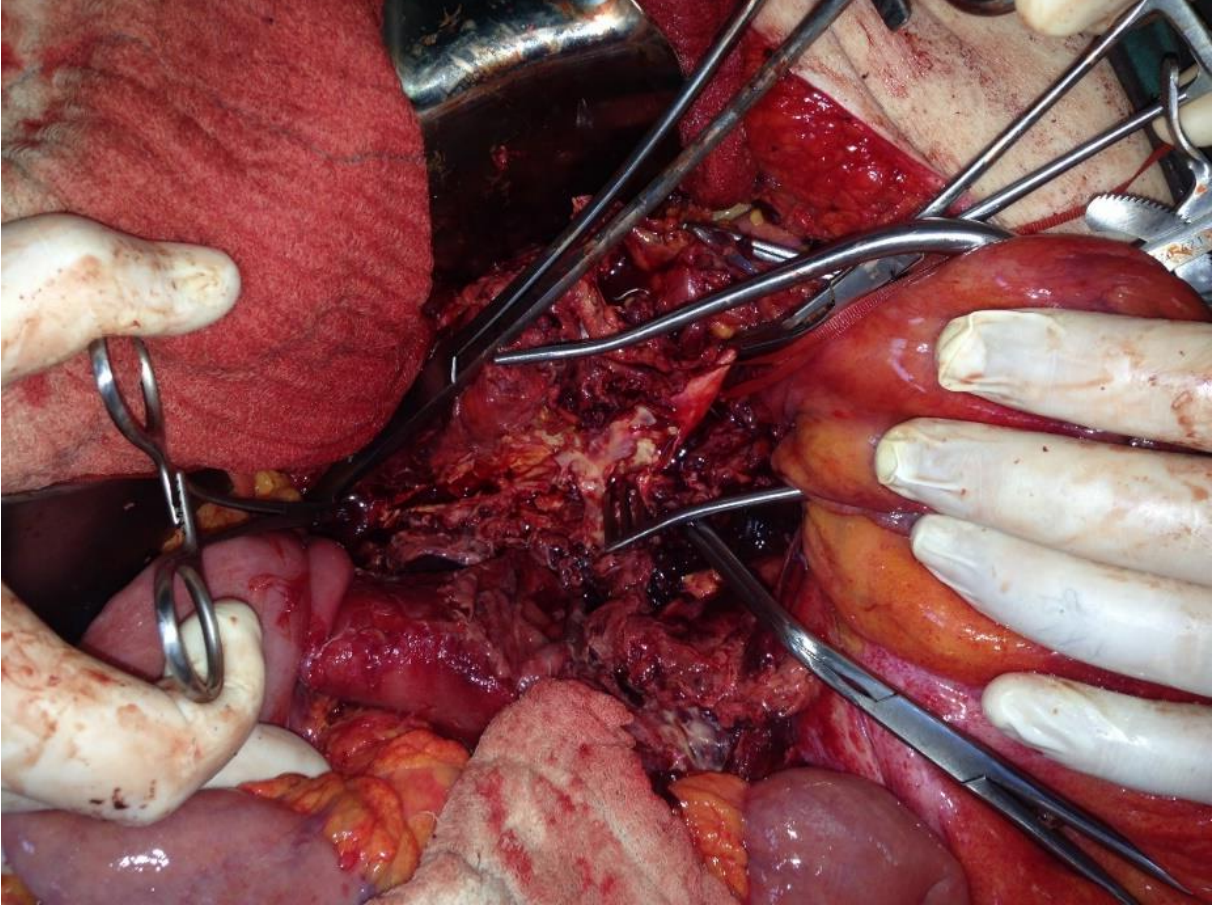
çoğu olguda bulunmaması sebebiyle hızlı tanı için BT ve endoskopisinin birlikte değerlendirilmesinin aortoenterik fistül tanısında en güvenilir yöntem olduğuna inanıyoruz.

KAYNAKLAR:

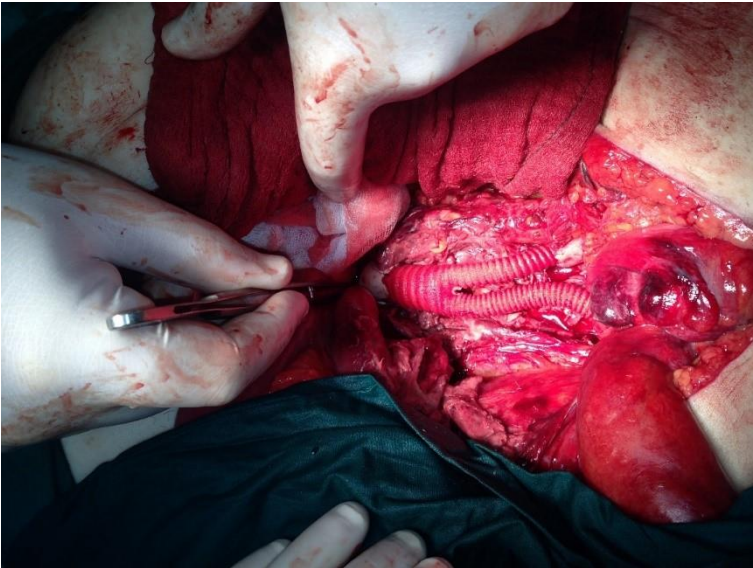
1. Voorhoeve R, Moll FL, de Letter JA, Bast TJ, Wester JP, Slee PH. Primary aortoenteric fistula: report of eight new cases and review of the literature. *Annals of vascular surgery*. 1996;10(1):40-8.
2. Tareen AH, Schroeder TV. Primary aortoenteric fistula: two new case reports and a review of 44 previously reported cases. *European journal of vascular and endovascular surgery*. 1996;12(1):5-10.
3. Bala M, Sosna J, Appelbaum L, Israeli E, Rivkind AI. Enigma of primary aortoduodenal fistula. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2009;15(25):3191-3.
4. Saers SJ, Scheltinga MR. Primary aortoenteric fistula. *The British journal of surgery*. 2005;92(2):143-52.
5. Philippakis GE, Moustardas M. Surgical treatment of primary aortojejunal fistula. *International journal of surgery case reports*. 2013;4(5):477-9.
6. Cumpa EA, Stevens R, Hodgson K, Castro F. Primary aortoenteric fistula. *Southern medical journal*. 2002;95(9):1071-3.
7. Dachs RJ, Berman J. Aortoenteric fistula. *American family physician*. 1992;45(6):2610-6.
8. Korkut AK, Arpinar E, Yasar T, Guney D. Primary aortoduodenal fistula complicated by abdominal aortic aneurysm. *The Journal of cardiovascular surgery*. 2000;41(1):113-5.



Resim 1: Kontrastlı abdomen BT incelemesinde abdominal aorta çevresinde içerisinde hava değerleri izlenene, düzgün sınırlı alan izlenmektedir.



Resim 2: Doudenumun 3. Kısmı ve anevrizma kesesi ile ilişkisi



Resim 3: Aorto bifemoral prostetik greftleme sonrası