

AORTOENTERİK FİSTÜLLERDE CERRAHİ YAKLAŞIM: İKİ OLGU SUNUMU

SURGICAL APPROACH TO AORTAENTERIC FISTULAS: TWO CASE REPORT

Dr. Öner GÜLCAN*, **Dr. Hasan Berat CİHAN****, **Dr. Rıza TÜRKÖZ***

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi

**İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

Özet

Yaygın enfeksiyon ve ciddi hemodinamik etkileri nedeni ile aortoenterik yüksek mortalite ve morbiditeleri ile seyretmektedir. Primer ve sekonder aortoenterik fistülü olan iki hasta durumlarının stabil olmaması nedeni ile acil ameliyata alındı. Sekonder aortoenterik fistülü olan hastada cerrahi yaklaşım olarak duodenal tamir, greft rezeksiyonu ve ekstraanatomik bypass (aksillofemoral, femorofemoral) tercih edildi ve hasta postoperatif beşinci gün taburcu edildi. Primer aortoenterik fistülü olan diğer hastada ise duodenum tamiri, anevrizma rezeksiyonu, geniş debridman ve insitu greft replasmanı (aortobiliak) uygulandı. Ancak hasta postoperatif 22. gün multisistem organ yetmezliği ve sepsis nedeni ile kaybedildi. Aortoenterik fistüllerde insitu greft konulması ile greftin enfeksiyon riski bulunduğundan, insitu greft uygulamasına daha iyi alternatif olarak ekstra anatomik bypass uygulanabilir. (Damar Cer Derg 2003; 12(1): 35-37)

Anahtar kelimeler: Aortoenterik fistül, aorta anevrizması

Summary

Aortoenteric fistulas, causing diffuse infection and hemodynamic instability, still have high mortality and morbidity although different surgical approaches were applied.

Two patients having primary and secondary aortoenteric fistulas underwent emergent surgery due to their clinical instability. Duodenal repair, graft resection and extraanatomic bypass (axillofemoral-femorofemoral) procedures were preferred as the surgical approach for the patient having secondary aortoenteric fistula, who was discharged on the fifth postoperative day. We applied duodenal repair, aneurysm resection, wide debridment and in situ graft replacement (aortobiliac) on the patient having primary aortoenteric fistula; however, the patient died on twentysecond postoperative day due to sepsis and multisystem organ failure.

Since there is a risk of infection for aortoenteric fistulas, instead of performing in situ graft replacement, extraanatomic bypass procedure can be applied as an even better alternative. (Turkish J Vasc Surg 2003; 12(1): 35-37)

Key words: aortoenteric fistula, aortic aneurysm

Aortoenterik fistül aorta ve intestinal yapılar arasında gelişen, tanımlanmış ve genellikle ameliyatsız olarak tedavi edilebilen ve mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Fistül direkt olarak aorta ile olabildiği gibi (primer aortoenterik fistül) daha önceden aortaya konmuş greft ile intestinal sistem arasında da (sekonder aortoenterik fistül) olabilmektedir. Primer aortoenterik fistüllerin çoğu abdominal aort anevrizmalarının konmuş intestinal yapılarla, özellikle duodenumun üçüncü veya dördüncü kısmına açılması sonucu gelişir⁽¹⁾. Sekonder

aortoenterik fistül de abdominal aort cerrahisinin komplikasyonu olarak (%0,5-1) ve daha çok proksimal suture hattı ile bu kısma konmuş intestinal yapılar arasında karşılıklı olarak yüksek mortalitesi yüksek olan bir durumdur^(2,3).

Primer ve sekonder aortoenterik fistüller oldukça nadir görülmesine rağmen tanıdaki veya tedavideki gecikmeler fatal seyre yol açmaktadır. Bu olgu sebebiyle aortoenterik fistülü olan hastalardaki seçilecek cerrahi yaklaşım tartışılır.

OLGU 1:

67 yaşında erkek hasta acil servise melena tarzında alt gastrointestinal sistem kanaması ile başvurdu. Hasta 14 ay önce rüptüre abdominal aort anevrizması nedeni ile operasyona alındı. Anevrizma rezeksiyonunu takiben 10x20 mm pantolon greft sol aortofemoral ve sağ aortoiliak implante edilmiş ve greft üzerine anevrizma kesesi kapatılmış (wrapping). Hastanın fizik muayenesinde hipotansif (70/50 mmHg) ve taşikardik (118/dk) olduğu saptandı. Yapılan endoskopide kanama odağına ulaşılamadı. Hasta hemodinamisinin bozulması üzerine aortoenterik fistül şüphesi ile operasyona alındı ve duodenum dördüncü kısmı ile greft arasında fistül tespit edildi. Appendiks anevrizma kesesine yapıldı. Hastanın duodenumu primer tamir edildi, appendektomi uygulandı. Abdominal aortadaki greft eksize edildi ve aorta ve iliak arterler güdük şeklinde kapatıldı. Abdomen kapatıldıktan sonra hasta steril olarak boyandıktan sonra tekrar örtülerek 8 mm ringli PTFE greft ile sağ aksillofemoral ve femoro-femoral bypass iflemi uygulandı. Hasta postoperatif 5. gün antibiyotik+warfarin+aspirin tedavisi ile taburcu edildi. 24 ay sonra başka bir merkezde warfarin kullanımının kesmesi sonucu gelişen greft trombozu nedeni ile trombektomi uygulanmıştır. 38 aylık takibinde hastada başka bir problem saptanmadı.

OLGU 2:

68 yaşında erkek hasta acil servise alt ve üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvurdu. Hastanın acil servis tetkiklerinde hemoglobini 6,2 gr/dl, lökosit sayısı 20.800/mm³ bulundu. Fizik muayenede batında ele gelen pulsatil kitle nedeniyle yapılan abdominal ultrasonografisinde infrarenal 10x10 cm ebadında abdominal aort anevrizması saptandı. Hastanın genel durumunun bozulması üzerine acil operasyona alındı ve duodenum ile anevrizma arasında fistül tesbit edildi. Duodenum fistülize kısmı eksize edilip primer onarıldı. Anevrizma rezeksiyonundan sonra antiseptik solüsyonla retroperitoneal bölge yıkandıktan ve 20x10mm pantolon greft yerleştirildi. Postoperatif üçüncü gün hastanın ateşinin 38,5 0C olması ve lökositözünün olması üzerine yapılan kan kültüründe stafilococcus aureus üredi.

Yoğun antibiyotik tedavisine rağmen hasta hızla sepsis+multisistem organ yetmezliğine girdi ve postoperatif 22.gün kaybedildi.

TARTIŞMA

Aortoenterik fistüller gastrointestinal kanamanın nadir nedenlerindedir fakat yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. Aortointestinal fistüller nadiren abdominal aort anevrizma rezeksiyonu sonucu görülmekle birlikte daha sıklıkla infrarenal aort anevrizması tamirlerinden sonra görülürler ve cerrahiden aylar, yıllar sonra gelişebilirler. Hastalar gastrointestinal kanama veya sepsis bulgularında içerebilen greft enfeksiyonu tablosu ile hastaneye başvurabilirler. Tanı için endoskopi yapılabilsede duodenumun 3. ve 4. kısımların görüntülemek zordur ancak yinede proksimal gastrointestinal sistem kanaması olmadığı gösterilir. Genelde MR, BT, aortografi gibi radyolojik yöntemler kullanılabilsede bu hastaların sıklıkla stabil olmadığı düşünülürse kesin tanı için acil cerrahi ile konur.

Primer aortoenterik fistüllerde cerrahi yaklaşım enfeksiyonun sınırlı olduğu düşünülerek, iyi debritleme, duodenumun primer onarımı ve insitu aortik rekonstrüksiyonu içermektedir. Bu yaklaşımın uygulandığı serilerde başarı sonuçları ve takiplerde de enfeksiyon görülmemiştir^(4,5,6).

Sekonder aortoenterik fistüllerde tedavi yaklaşımı; enfekte dokuların debritleme, greftin çıkarılması, aortanın enfeksiyondan etkilenmeyen kısma kadar temizlenip renallerin altından kapatılması ve ekstra anatomik bypass içerir. Distal aortta saklamak için aksillofemoral-femorofemoral ekstraanatomik bypass tercih edilmektedir⁽¹⁾. Bazı serilerde saklamada öncelik ekstraanatomik bypassa verilmişse daha sonra greftin çıkarılması uygulanmıştır. Bu flekildeki yaklaşımla daha iyi hayatta kalım ve düşük amputasyon oranları bildirilmiştir^(7,8). Hemodinamisi bozuk ve aktif kanaması olan hastalarda öncelik greft çıkarılmasına verilmekte ve mortalite oranlarında bu grupta yüksek olduğu bildirilmektedir. Ancak bu durum iflem sırasında çok, hastaların genel durumlarının kötü olmasına bağlanmıştır^(7,8).

Ekstraanatomik bypass uygulanan hastalarda mortalitenin en sık nedeni aortik kapanma yerinden kanamadır. Bu oran literatürde %10-38 arasında değişmektedir⁽¹⁾. Walker ve ark., bu olasılığa ortadan kaldırmak için enfekte greftin insitu replasmanı uyguladıkları hasta serisinde %80'e varan sağ kalım bildirmişlerdir. Ancak hasta gruplarında mortalite nedeni olarak sepsis, multi sistem organ yetmezliği ve tekrarlayan pseudoanevrizma rüptürü görülmüştür⁽⁹⁾. Young ve ark. ekstranatomik bypass uygulanan hastaların takiplerinde %33 oranında amputasyon bildirmişlerdir buna karşılık in situ greft uyguladıkları hastalarda belyıllık takiplerde %100 ekstremité kurtarılması ve %22 enfeksiyonun tekrarlanması tesbit etmişlerdir⁽¹⁰⁾. Aynı hasta grubunda mortalite oranlarının ekstraanatomik bypass uygulananlara göre daha düşük olduğunu tesbit etmişlerdir (%8'e %20). Ancak greft enfeksiyonundaki bu yaklaşıma özellikle aorta enterik fistülü olan perigraft abse ve kontamine abdomen olan hastalarda önermemektedirler.

Son yıllarda aort enfeksiyonlarında aortik allogreftlerin kullanımı ile kısa ve orta dönem iyi sonuçlar bildirilmesi yanında⁽¹¹⁾, allogreft enfeksiyonu ve rüptürüne bağlı komplikasyonlarda bildirilmiştir⁽¹²⁾. Kullanımı ile ilgili bilgilerin yeterli sayı ve süre içermemesi ve bulunma zorluğu nedeni ile henüz yaygın klinik kullanım alanı bulunmamıştır.

Literatürde verilen serilerde hasta sayılarının düşük olması ve hastaların enfeksiyon yayılmalarıının farklılık göstermesi aortoenterik fistülü olan hastalarda en uygun tedavi yaklaşımı konusunda seçimi zorlaftırmaktadır. Aynı zamanda nadir görülmesi ve karşımıza bizim vakalarımızdaki gibi hemodinamik olarak hastaların stabil çökmemesi sebebi ile hızlı karar verilmesi gerekmektedir. Primer aortoenterik fistülü olan insitu greft konulan vakamızda enfekte doku kalmayana kadar geniş debridman yapılmışna ve antiseptik solüsyonla yıkanmasına rağmen erken sepsis görülmesi, bu olgularda da ekstraanatomik

girifimlerin daha iyi bir alternatif olduğunu düşündürmektedir. Sekonder aortoenterik fistülü olan ve ekstraanatomik bypass yapılan hastamızda ise takiplerinde enfeksiyon tekrar görülmedi.

Aortoenterik fistülü olan hastalarda perigraft enfeksiyonunda görülen enfeksiyondan farklı olarak daha yüksek oranda sistemik enfeksiyon, hatta sepsis görülebilmektedir. Her ne kadar ekteki deliller ve olgu sayıları yeterli olmamakla beraber, aortoenterik fistüllerde insitu greft uygulaması ekstra anatomik bypassa alternatif olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Montgomery RS, Wilson SE: The surgical management of aortoenteric fistulas. Surg Clin North Am 76:1147-1157, 1996.
2. Antinori CH, Andrew CT, Santaspirit JS, et al: The many faces of aortoenteric fistulas. Am Surg 62: 344-349, 1996.
3. O'Brien SP, Ernst CB: Aortoenteric fistulae: Rutherford (ed) Vascular Surgery, WB Saunders 2000, pp: 763-775.
4. Dosa CD, Pipinos II, Shepard AD, Ernst CB: Primary aortoenteric fistula: Part I. Ann Vasc Surg 8:113-120, 1994.
5. Sweeney MS, Gadacz TR: Primary aortoduodenal fistula: Manifestations, diagnosis and treatment. Surgery 96:492-497, 1984.
6. Taheri SA, Kulaylat MN, Grippi J, et al: Surgical treatment of primary aortoduodenal fistula. Ann Vasc Surg 5:265-270, 1991.
7. Kuestner LM, Reilly LM, Jicha DL, et al: Secondary aortoenteric fistula: contemporary outcome with use of extraanatomic bypass and infected graft excision. J Vasc Surg 21:184-196, 1995.
8. Peck JJ, Eidemiler LR: Aortoenteric fistulas. Arch Surg 127:1191-1194, 1992.
9. Walker WE, Cooley DA, Duncan JM, et al: The management of aortoduodenal fistula by in situ replacement of the infected abdominal aortic graft. Ann Surg 205:727-732, 1986.
10. Young RM, Cherry KJ, Davis M, et al: In situ prosthetic replacement for infected aortic graft. Am J Surg 178:136-140, 1999.
11. Vorgt PR, Brunner-LaRocca HP, Lachat M, et al: Technical details with the use of cryopreserved arterial allografts for aortic infection: influence on early and midterm mortality. J Vasc Surg 35(1):80-6, 2002.
12. Noel AA, Gloviczki P, Cherry KJ, Safi H, et al: Abdominal aortic reconstruction in infected fields: early results of the United States cryopreserved aortic allograft registry. J Vasc Surg 35(5):847-52, 2002.