

Bacakta Masif Apse Formasyonu ile Bulgu Veren Geç Sekonder Aortoenterik Fistül

Secondary Late Aortoenteric Fistula Associated with Massive Lower Extremity Abscess Formation: Case Report

Cüneyt ERİŞ,^a
Arif GÜCÜ,^a
Gündüz YÜMÜN,^a
Faruk TOKTAŞ,^a
Derih AY,^a
Burak ERDOLU,^a
Engin AKGÜL,^a
Şenol YAVUZ^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Bursa

Geliş Tarihi/Received: 18.12.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 25.04.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Cüneyt ERİŞ
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa,
TÜRKİYE/TURKEY
dr_ceris@hotmail.com

ÖZET Aortoenterik fistüller, primer ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılır. Primer aortoenterik fistüller, nativ aorta ile gastrointestinal sistem arasında aterosklerotik veya mikotik aortik anevrizmanın barsak lümenini aşındırmasına bağlı oluşan fistülleri içerir. Sekonder aortoenterik fistüller ise açık cerrahi girişimler veya endovasküler aortik tedaviler sonrasında greft ile gastrointestinal sistem arasındaki fistüllerdir ve aortik girişimlerden sonra %0,4-4 oranında bildirilmiştir. Klinik öykü ve muayene bulgularının nonspesifik olmasından dolayı, aortoenterik fistüllerin preoperatif tanıları oldukça zordur. Aortoenterik fistüller klinikte karşımıza çoğunlukla gastrointestinal kanamayla ortaya çıkarlar. Tanı konulmasında karşılaşılan güçlüklerin yanı sıra, cerrahi olarak üstesinden gelinmesi zor, mortalite ve morbiditesi yüksek komplikasyonlardır. Bu sunuda 4 yıl önce geçirilmiş aortobifemoral bypass operasyonunun komplikasyonu olarak gelişen aortoenterik fistüle bağlı alt ekstremitede yaygın apse formasyonu ile kliniğimize başvurmuş olan sekonder aortoenterik fistüllü 65 yaşındaki erkek olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Aortobifemoral bypass; sekonder aortoenterik fistül; apse oluşumu

ABSTRACT Aortoenteric fistulae are classified as primary or secondary. Primary aortoenteric fistulae arise between the native aorta and the gastrointestinal tract and are due to an atherosclerotic or mycotic aortic aneurysms eroding into the bowel lumen. Secondary aortoenteric fistulas arise between a graft and the gastrointestinal tract, after open surgical or endovascular aortic treatment, and have been reported in 0.4 to 4% of all aortic interventions. Because of the nonspecific nature of the clinical history and physical findings, diagnosis of aortoenteric fistulae is difficult to make preoperatively. The most common clinical manifestation of the aortoenteric fistula is gastrointestinal bleeding. In addition to difficulties in diagnosing these complications, significant mortality and morbidity despite of advanced treatment modalities are still challenging for surgeons. In this presentation, we report a case of a 65-year-old man who underwent surgical treatment because of massive lower extremity abscess formation, which was related to an aortoenteric fistula due to aortobifemoral bypass grafting.

Key Words: Aortobifemoral bypass grafting; secondary aortoenteric fistulae; abscess formation

Damar Cer Derg 2013;22(2):238-41

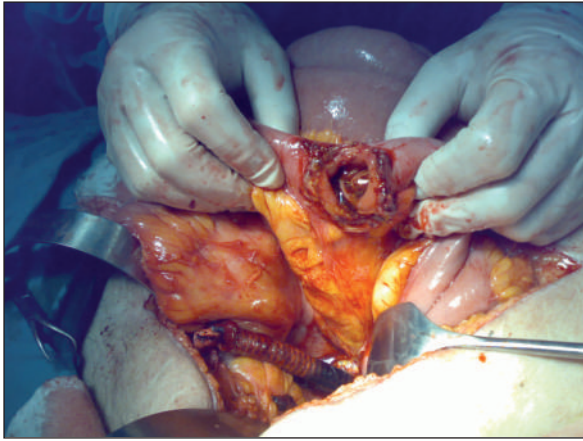
Abdominal aortanın okluzif hastalığı ya da anevrizmalarında aortoiliak veya aortofemoral bypass cerrahisi, oldukça yaygın uygulanan bir cerrahi tedavi seçeneğidir. Graft oklüzyonu, psödoanevrizma gelişimi, aortoenterik fistül (AEF) ve perigraft enfeksiyonu, aortik greft cerrahisinin geç komplikasyonlarını oluşturmaktadır. Aortoenterik fistül nadir görülür fakat yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle önemli bir komplikasyondur. Birçok seride AEF oranı %0,4-4 oranında bildirilmiş-

doi: 10.9739/uvcd.2012-33184

Copyright © 2013 by
Ulusal Vasküler Cerrahi Derneği



RESİM 2: Abdominal bilgisayarlı tomografisinde barsak anslarında subileus düşündüren hava-sıvı seviyeleri ve sol jejunum bölgesinde şüpheli kapsüle bölge görülmektedir.



RESİM 3: Jejunumun greftin sol iliak bacağına ileri derecede yapıştığı ve o bölgeyi erode ettiği görülmektedir.

ratif 21. günde hasta taburcu edildi. Postoperatif iki yıllık takibinde hastada enfeksiyon bulgusu saptanmadı.

TARTIŞMA

AEF'nin teşhisi oldukça zordur. Pipinos ve ark. yaptıkları bir çalışmada, hastaların sadece %19'unda hastaneye başvurularından sonraki 9 gün içinde doğru teşhisin konabildiğini bildirmişlerdir.⁹

İlk operasyonla AEF'nin semptomlarının ortaya çıkışı arasındaki süre oldukça değişkenlik göstermektedir. Semptomlar 2 hafta gibi kısa ya da 15 yıl (ortalama 2,8 yıl) gibi uzun bir süreçte ortaya

çıkabilmektedir.^{10,11} Bizim olgumuzda AEF semptomları 4 yıl sonra ortaya çıkmıştır.

AEF'nin bulguları oldukça değişkendir. Sıklıkla gastrointestinal sistem kanaması ve anemi ile karşımıza çıkabildiği gibi, karın ya da kasık bölgesinde akıntılı yara görüntüsü, karın ağrısı, ateş, sepsis gibi enfeksiyon bulguları da kanamaya eşlik edebilir. Nadir olarak alt ekstremitte apselerine neden olabilen septik emboli, septik artrit, multisentrik osteomyelit ve hipertrofik osteoartropati olguları bildirilmiştir.¹²⁻¹⁴

Bizim olgumuzun başvurusunda sadece sol uyluk bölgesinde ağrı, lokal hassasiyet, subfebril ateş gibi müphem şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenesinde distal nabızları elle ve Doppler ultrasonografisinde pozitif idi. Yüzeysel ultrasonografi ile sol alt ekstremitesinde yaygın apse formasyonu tespit edildi. Apse drenajı sonrası kültüründe ve kan kültüründe ESBL(+) *E. coli* üremesi oldu ve daha önce geçirdiği ABF bypass operasyonu da göz önüne alındığında, AEF olabileceği sonucuna varıldı. Antibiyogramına göre agresif antibiyotik tedavisi uygulanmasına rağmen tablo hızla ilerlediğinden, acil operasyona karar verildi.

Yüksek mortalite oranları yüzünden bu komplikasyonun agresif tedavisi gerekmektedir. Ciddi vasküler greft enfeksiyonu olan hastada öncelik, hastanın hayatını kurtarmak ve sepsis ilerleyişini önlemektir.^{15,16} Birçok yazar eğer greft enfeksiyonu lehine bulgu varsa total greft eksizyonundan önce alt ekstremitenin ekstra-anatomik bypass ile kanlandırılmasını tavsiye etmektedir.¹⁷ Enfeksiyonun sınırlı kaldığı ve sadece anastomoz hattını ilgilendiren aortoenterik fistül olgularında ise, başarılı lokal onarımlar ya da greft replasmanları bildirilmiştir.¹⁸ Bizim olgumuzda da tanı konur konmaz kısa sürede tedavi başlanmasına rağmen sepsis bulgularının hızlı ilerlemesinin önüne geçilememiş, hastanın hayatını kurtarabilmek için sol alt ekstremitte amputasyonu yapılmak zorunda kalınmıştır.

SONUÇ

Sekonder AEF'ler nadir görülen fakat birçok yönden prostetik aortik rekonstrüksiyonların ölümcül

komplikasyonlarından biridir. Erken ya da geç postoperatif dönemde herhangi bir zamanda gelişebilir. Tanı konması oldukça zor bir durum olmakla birlikte, klinik tecrübe ve cerrahın komplikasyondan şüphelenmesi, tanıdaki en önemli araçlardır. AEF, aorta rekonstrüksiyonlarından sonra görülen hemoglobin düşüklüğünün nedeni olarak her zaman akılda tutulmalıdır. Cerrahi teknikler fistül oluşumu insidansını azaltmada yardımcıdır. Retroperiton bölgesinin, greft ile gastrointestinal sistem

organlarının direkt temasını önleyecek şekilde komple kapatılması ya da komple kapatılmasının mümkün olmadığı olgularda omental flep kullanılarak sentetik greft ile batin içi organlarının temasının engellenmesi, bu komplikasyonun oluşumunu büyük oranda önleyecektir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Chang MW, Chan YL, Hsieh HC, Chang SS. Secondary aortoduodenal fistula. *Chang Gung Med J* 2002;25(9):626-30.
2. Zhou JC, Xu QP, Shen LG, Pan KH, Mou YP. Aortoduodenal fistula following aortic reconstruction of pseudoaneurysm caused by stab wound 12 years ago. *J Zhejiang Univ Sci B* 2009;10(5):400-3.
3. Mohammadzade MA, Hossain Akbar M. Secondary aortoenteric fistula. *MedGenMed* 2007;9(3):25.
4. Ekiz F, Duman M, Taş Ş, Atıcı A.E, Ulaş M, Bostancı E, Akoğlu M. Sekonder aortoenterik fistül: Olgu sunumu. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2010;32(2):230-4.
5. Güvener M, Yılmaz M, Özkan M, Yorgancı K, Uçar İ, Paşaoğlu İ. Secondary aortoenteric fistula without per graft infection following a reoperation. *Ankara Tıp Fak Derg* 2002;24(3):149-54.
6. Castelli P, Caronno R, Ferrarese S, Mantovani V, Piffaretti G, Tozzi M, et al. New trends in prosthesis infection in cardiovascular surgery. *Surg Infect (Larchmt)*. 2006;7 Suppl 2:S45-7.
7. Ghansah N, Murphy T. Complications of major aortic and lower extremity vascular surgery. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth* 2004;8(4):335-61.
8. Nelken N: Aortoenteric Fistula. In: Callow AD, Ernst CB, eds. *Vascular Surgery: Theory and Practice*. Stamford: Appleton And Lange; 1995. p.1311.
9. Pipinos II, Carr JA, Haithcock BE, Anagnostopoulos PV, Dossa CD, Reddy DJ. Secondary aortoenteric fistula. *Ann Vasc Surg* 2000;14(6):688-96.
10. Salo JA, Verkkala K, Ketonen P, Harjola PT. Graft-enteric fistulas and erosions. complications of synthetic aortic grafting. *Vasc Surg* 1986;20(2):88-93.
11. O'Mara CS, Williams GM, Ernst CB. Secondary aortoenteric fistula: A 20 year experience. *Am J Surg* 2012;204(2):203-9.
12. Montgomery RS, Wilson SE. The surgical management of aortoenteric fistulas. *Surg Clin North Am* 1996;76(5):1147-57.
13. Berry SM, Fischer JE. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *Surg Clin North Am* 1996;76(5):1009-18.
14. Dachs RJ, Berman J. Aortoenteric fistula. *Am Fam Physician* 1992;45(6):2610-6.
15. Mirzaie M, Schmitto JD, Tirilomis T, Fatehpur S, Liakopoulos OJ, Teucher N, et al. Surgical management of vascular graft infection in severely ill patients by partial resection of the infected prosthesis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;33(5):610-3.
16. Schutte WP, Hemler SD, Salazar L, Smith JL. Surgical treatment of infected prosthetic dialysis arteriovenous grafts: total versus partial graft excision. *Am J Surg* 2007;193(3):385-8.
17. Higgins RS, Steed DL, Julian TB, Makaroun MS, Peitzman AB, Webster MW. The management of aortoenteric and paraprosthesis fistulae. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1990;31(1):81-6.
18. Batt M, Jean-Baptiste E, O'Connor S, Saint-Lebes B, Feugier P, Patra P, et al. Early and late results of contemporary management of 37 secondary aortoenteric fistulae. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41(6):748-57.