

Greft-Enterik Fistül (Olgu)

Serdar ENER, Kadir SAĞDIÇ, Abdullah ZORLUOĞLU, Mete CENGİZ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları, Bursa

ÖZET

Masif kan transfüzyonu ile yapılan konservatif tedaviyi takiben tekrarlayan gastrointestinal kanama ile hastanemize başvuran aortobifemoral by-pass greftli olgunun gastroduodenoskopi incelemesi normal mide ve duodenum mukozası bulgularıyla aktif kanamanın başladığını gösterdi. Acil operasyona alınarak yalancı anevrizma tamiri ile greft replasmanı yapıldı.

Gastroduodenoskopik inceleme fistülün görülmesi veya diğer gastrointestinal sistem (GİS) kanama nedenlerinin e-karte edilmesiyle greft-enterik fistül tanısında yardımcı olur. Erken tanı ve cerrahi girişim hayat kurtarıcı olabileceğinden, abdominal aort operasyonu sonrasında GİS kanaması olan olgularda greft-enterik fistül her zaman hatırlanmalıdır.

SUMMARY

Graft-Enteric Fistulae

Gastroduodenoscopic examination revealed normal mucosal finding and active bleeding in a case with aortobifemoral by-pass graft who admitted our hospital following repeated gastrointestinal bleeding and conservative therapy along with the massive transfusion. False aneurysm repair and aortic graft replacement were performed on an urgent operation.

Gastroduodenoscopic examination helps on diagnosis of graft-enteric fistulae whether showing fistulae excluding other causes of gastrointestinal bleeding. A graft-enteric fistulae should always be remembered in cases with gastrointestinal system bleeding following abdominal aortic surgery, because early diagnosis and surgical intervention is life saving.

GİRİŞ

İlk defa greft-enterik fistül olgusu Burock (1) tarafından yayınlanmış, sonraki yıllarda elde edilen deneyimler çoğu kez tanının ve tedavinin geciktiğini ortaya çıkarmıştır (2). Abdominal damar protezi bulunan olgularda GİS kanaması durumunda tüm nedenlerin dikkatle ve hızla gözden geçirilmesi, greft-enterik fistül olasılığının gerekirse eksploratif laparotomi ile araştırılması gereklidir.

OLGU

Beş ay önce "Leriche Sendromu" sendromu nedeniye dakron bifurkasyon grefti ile aortobifemoral by-pass ameliyatı yapılan 51 yaşındaki erkek hasta halsizlik yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hematemez ve melena

ile bir sağlık merkezine başvuran hastanın gastrointestinal kanama nedeniyle yatırılarak tedavi edildiği, son 3 ayda 3 kez toplam 15 ünite kan transfüzyonu yapıldığı belirlendi. Anemik görünümlü ve düşkün durumdaki olgunun hemen kan örnekleri alınarak laboratuvara gönderildi ve acil olarak gastroduodenoskopi uygulandı. Mide ve duodenumun 1. ve 2. kısımlarında normal mukoza gözlendi. Kullanılan gastroduodenoskop yandan görüşlüydü ve duodenumun 3. kısmı değerlendirilirken manüplasyon sırasında aktif kanama başladığı gözlendi. Greft-enterik fistül ön tanısı ile acil ameliyata alındı. Median laparotomi ile karın içine girildi. Yapışıklıklar disseke edilerek omentum minus açıldı ve diyafragma krusları aralanarak supraçöliak bölgede aorta serbestleştirildi. Duodenumun mezosu ve

greft yapışıklıkları ayrılarak greftin üzeri disseke edildi. Greftin yan ve arka duvarı serbestleştirilirken yalancı anevrizmaya girildi ve masif kanama oluştu. Aorta supraçölyak bölgede kleplendi. Greft vertikal olarak açıldı. Frajil yapıdaki aort duvarı ile greft arasındaki proksimal anastomozun posterior yüzünden yalancı anevrizma geliştiği saptandı. Foley sonda aort içine yerleştirilerek balonu şişirildi ve oklüzyon sağlandı. Aorta klemp açıldı. Greft proksimal anastomoz hattı ile birlikte, distalde ise bifurkasyon hizasında kesilerek çıkarıldı. Dakron tüp greft (20 mm) proksimalde renal artere yakın, aort duvarının sağlam bölgesine, distalde ise greft bifurkasyonuna interpoze edildi. Duodenum 3. ve 4. bölge mobilize edilerek fistül ağzı arandı. İnce vasküler yapılar dışında bariz büyüklükte direkt ilişki veya duodenum duvarında tam kat erozyon görülmedi. Nazogastrik sonda ile metilen mavisi verildi, sızıntı olmadığı görüldü. Duodenal bulbotomi ile bir ve ikinci kısım lümeni kontrol edildi. Ülser ya da başka kanama odağı olmadığı görüldü. Greft çevresindeki yalancı anevrizma duvarına yapışık duodenumun 3. bölümü arasında ince bir fistül yapısı olduğu düşünüldü. Aorta ve duodenum arasına omentum uzantısı yerleştirilerek periton kapatıldı. Postoperatif komplikasyon olmadı ve hasta dokuzuncu gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Greft-enterik fistül gelişmesi çeşitli yayınlarda % 0.4 ile % 2.4 arasında değişmektedir (3-5). GIS kanaması ilk semptom olup abdominal aortaya damar protezi uygulanmasından 2 gün sonra görülebileceği gibi 15 yıl sonra da ortaya çıkabilir (5, 6). Hematemez, melena ve hematokezi gibi belirtiler önceleri gelip geçici şekilde görülebilir ve bu dönemde tanı konulamaz cerrahi tedavi uygulanmazsa masif kanama ile hastanın yaşamı sona erer. Bu tür olgularda gastrointestinal kanama yapan diğer nedenlerin hızla gözden geçirilmesi, özellikle gastroduodenoskopi ile diğer nedenle-

rin ekarte edilmesi greft enterik fistül tanısının hızlı konularak tedavinin sağlanması ve hayatın kurtarılmasına yardım eder. Aortografi ile enterik fistül nadiren görülebilir (5, 6). Yalancı anevrizma oluşumunun, greft damar devamlılığının aydınlatılması cerrahi tedaviye yardımcı olur (5, 6). Ancak sunduğumuz olgudaki gibi hastanın durumu stabil değilse, aktif kanama devam ediyorsa vakit geçirilmeden hasta ameliyata alınmalıdır. Kontrastlı kompüterize tomografi ile intra abdominal periprostatik kitle imajının belirlenmesi, greft çevresinde sıvı hava gölgelerinin görülmesi veya aortik protezin komşu barsak segmenti ile yakın ilişkisi aortoenterik fistül veya erozyon tanısını güçlendirir (5). Kompüterize tomografinin negatif olması, spesifik bulgu görülmemesi aortoenterik fistül bulunmadığını göstermez (5). Baryumlu grafi ile de; duodenum un 4. bölümü veya jejunumda mukozal defektin gösterilmesi çok seyrek olarak mümkündür, barsakta kontrast madde kalıntısı diğer tanı yöntemlerinin kullanımında karışmalara neden olduğundan özellikle öncelikli olarak uygulanmamalıdır (5, 7). Endoskopik inceleme ile fistül ağzının gösterilmesi en kuvvetli tanı yöntemi olmakla birlikte, başka GIS kanama nedenlerinin belirlenmesi veya ekarte edilmesi tanı ve tedaviyi yönlendirir (3, 5, 11).

Tanı ve tedavinin hızla gerçekleştirilmesi önemli olmakla birlikte ilk operasyonda bu komplikasyonların gelişmesini engellemeye yönelik tedbirlerin alınması esastır. Proksimal anastomoz göz önüne alınarak duodenumun 4. bölümü mobilize edilmeli, greftle kontak halinde sürekli pulsasyona maruz kalması engellenmelidir (8). Greftin aorta duvarı ve periton ile tamamının kapatılmasının mümkün olmadığı durumlarda, omentum ile kapatılması önerilmektedir (9). Dikkatli cerrahi teknik ve uygun antibiyotik kullanımı ile greft enfeksiyonu oluşması engellenmelidir.

Bu olguda ilk operasyon sırasında, aortanın renal arterin 4 cm altında total tıkalı olduğu, kalsifik materyalin zorlukla çıkarıldığı ve

proksimal anastomoz bölgesinde aort duvarının bütünlüğünün endarterektomi ile bozulduğu bilinmektedir. Reoperasyon sırasında proksimal anastomozun posteriorunda sütür hattının bozulduğu ve yalancı anevrizmanın arka ve yan duvara doğru geliştiği görülmüştür. Olgumuzda fistül yalancı anevrizma duvarına komşu duodenum duvarında muhtemelen mekanik erozyon ile gelişmiştir. Klinik olarak enfeksiyon düşündürülen öykü, greft ve çevre dokuda enfekte görünüm yoktu. Alınan doku ve greft örneklerinin mikrobiyolojik kültüründe mikroorganizma üremedi. Eski greft türünde mikroorganizma üremedi. Eski greft ve aort duvarının fragil bölümü çıkarılarak, yeni proksimal anastomoz renal arter düzeyine çok yakın olarak ve aort duvarının sağlam kısmına uygulanmıştır. Proksimal anastomoz yapılırken aortanın diyafram altında klemplenmesi anastomoz hattının daha iyi görülerek suture edilmesini sağlar ve güvenilirliğini artırır. Intraluminal balon oklüder aynı amaçla kullanılabilir. Proksimal anastomoz 10-15 dakikada tamamlanabilir ve klemp kaldırılmadan önce 100 cc % 10'luk mannitol infüzyonu renal iskemik hasarın azalmasına yardımcı olur (10).

Greft enfekte ise yeni greft ile değiştirilmeli, masif enfeksiyon varsa greft çıkartılıp aorta kapatılmalı, ekstra anatomik by-pass yapılmalıdır (5, 11). Distal kanlanma kontrol edilerek yeterli kollateral dolaşım varsa ekstra anatomik by-passın ikinci seansta yapılması daha uygundur. Enfeksiyon görülmeyen greft-enterik fistüllerde yalancı anevrizmanın ya da fistülün primer onarımla kapatılabileceği bildirilmiştir (11).

Intraabdominal damar protezi var olan olgularda, GIS kanaması aksi kanıtlanıncaya

kadar greft-enterik fistül olarak kabul edilmeli, tanının yetersiz veya şüpheli olduğu durumlarda aktif kanama varsa en kısa sürede eksploratif laparotomi uygulanmalıdır. Erken cerrahi girişim hayat kurtarıcı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Brock RC: Aortic homografting: a report of six successful cases. Guy's Hosp Rep 102: 204-228, 1953.
2. Nevelsteen A, Vandermost M, Suy R, Oaenen W, Stalpaert G: The patient's perspective after aortofemoral grafting for occlusive disease. Int Angiol 4: 383-387, 1985.
3. Reilly LM, Altman H, Lusby RJ, Kursh RA, Ehrenfeld WIC, Staney RJ: Late results following in surgical management of vascular graft infection. Vascular Surgery 18: 36-44, 1984.
4. Elliot JP, Smith RF, Szilagyi DE: Aortoenteric and paraprostatic-enteric fistulas Arch Surg 108: 479-490, 1974.
5. Bernhard VM: Aortoenteric fistulas. Rutherford RB (Ed), Vascular Surgery, Philadelphia, WB Saunders Comp., 1989. pp: 528-535.
6. Haiamat DC, Callom MJ, Murie JA, Ruckey CV, Jenkins AM: Reoperation for late complications following abdominal aortic operation. Br J Surg 78: 204-206, 1991.
7. Pelz DM, Rankin RN: Alternatif bleeding sites in suspected graft-enteric fistulae. Am J Roent 1360 707-709. 1981.
8. Miller D: Prevention of aortoduodenal fistulae by duodenal reflexion. Am J Surg 138: 332-333, 1979.
9. Connelly JE, Kwaan JHM, McCort PM: Aorto-enteric fistulae. Ann Surg 194: 402-405, 1981.
10. Ernst CB: Renal artery reconstruction. Haimovici H (Ed), Haimovici's Vascular Surgery, USA, Appleton and Lange, 1989; pp: 763-80.
11. Titanus HW, Terpstra OT, De Smith P, Van Urk. H. Veen HF: Diagnosis and management of graft-enteric fistulae. Br J Surg 750 915-917, 1988.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doç. Dr. Serdar ENER
UÜ Tıp Fakültesi
GKDC Anabilim Dalı
Görekle, BURSA