

Aorto-enterik fistüle bağlı gastrointestinal kanama: Olgu sunumu

Gastrointestinal bleeding due to aorto-enteric fistulae: Case report

Dr. Yusuf KARAASLAN¹, Dr. Selim Giray NAK¹, Dr. Selim GÜREL¹, Dr. Enver DOLAR¹,
Dr. Abdullah ZORLUOĞLU², Dr. Hayati ÖZKAN³, Dr. Macit GÜLTEN¹, Dr. Faruk MEMİK¹

*Uludağ Üniversitesi Tip Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı¹, Genel Cerrahi Anabilim Dalı²,
Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı³, Bursa*

ÖZET: Tekrarlayan gastrointestinal kanama ile kliniğimize başvurup greft-enterik fistül saptanan, Leriche sendromu nedeniyle aorto-bifemoral by-pass greftli iki olgu sunuldu. İlk olgu 3 ay içinde 3 kez hematemez ve melena tanımlanıyordu. Yapılan acil üst gastrointestinal endoskopide duodenum üçüncü kısmında hemorajî saptanması üzerine acil operasyona alındı. Yalancı anevrizma ile duodenum üçüncü kısmı arasında fistül saptandı. İkinci olgu ise ilk kez hematemez ve melena şikayetleriyle kliniğimize başvurduğunda pilorda ülser saptanması üzerine kanamanın buradan olduğu düşünündü. Daha sonra hematemez ve melena şeklinde gastrointestinal kanamanın tekrar etmesi üzerine eksploratif laparotomi yapıldı. Bu olguda da proksimal anastomoz ile duodenum üçüncü kısmı arasında fistül saptandı. Bilinen aort anevrizması veya aortik grefti olan olgularda GIS kanama, aksi kanıtlanmadıkça arterio-enterik fistül olarak kabul edilmeli dir. Üst GIS endoskopi, diğer nedenlerin ekarte edilmesi ve fistülün görülmesi ile tanıda yardımcıdır. Ciddi aktif kanama durumunda erken cerrahi girişim hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: GIS kanama, aort anevrizması, aortik greft

SUMMARY: Two cases with aorto-bifemoral by-pass graft associated Leriche Syndrome with recurrent gastrointestinal (GI) bleeding were presented. The first case was complaint about hematemesis and melena three times within the last three months. Upper GI endoscopy was urgently performed. The patient was immediately taken to the operation due to bleeding, seen at the third part of duodenum. In the laparotomy, a fistula was found between the pseudoaneurysm and the third part of the duodenum. The second case also had hematemesis and melena. Since pyloric ulcer was determined in the upper GI endoscopy during his initial hospitalization, bleeding was considered as from the ulcer. Because hematemesis and melena continued, laparotomy was performed. The fistula was found between the proximale suture line and the third part of duodenum. Unless otherwise proved, GI bleeding in patient with an abdominal aortic aneurysm or aortic graft should be considered as arterioenteric fistula. Upper GI endoscopy is helpful in detection of fistula and in differential diagnosis as well. Early explorative laparotomy may be life saving in severe active bleeding.

Key words: GIS bleeding, aortic aneurysm, aortic graft

Aorto-enterik fistül (AEF), gastrointestinal sistem (GIS) kanamalarının nadir sebeplerinden biridir. Günümüzde daha çok aort grefti uygulanan hastalarda greft ile barsaklar arasında oluşmaktadır. Primer olarak çoğunlukla (% 70) abdominal aort anevrizması, nadiren ülser penetrasyonu, divertikülit, tümör invazyonu, travma ve radyasyon tedavisi sonucu gelişebilir (1, 2). Greft-enterik fistül (GEF) ilk kez 1953 yılında Lord Bruck tarafından bildirilmiştir (3). Fistülün greft enfeksiyonu ya da mekanik etkiyleoluştugu sanılmaktadır (1). Erken tanı ve cerrahi girişim hayat kurtarıcı olduğundan, bilinen aort anevrizması veya

aort grefti olan hastalarda GIS kanama durumunda aorto-enterik fistül olabileceği düşünülmelidir.

OLGU 1

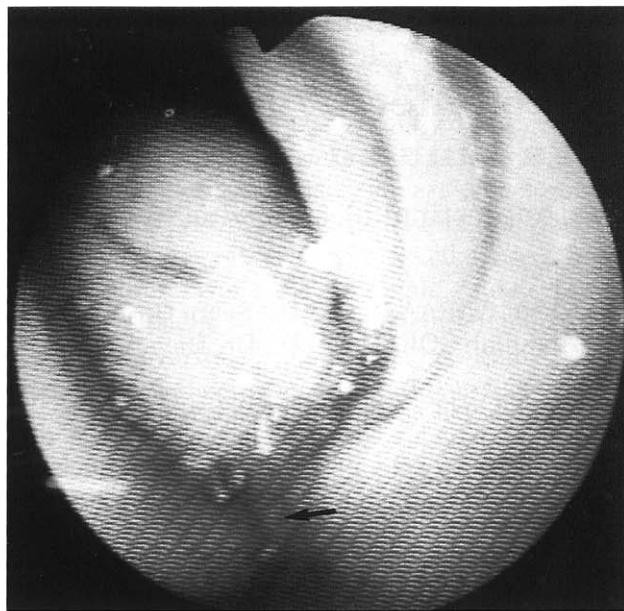
Halsızlık ve dışkısının siyah olması şikayetleriyle polikliniğimize başvuran 51 yaşındaki hastaya 5 ay önce Leriche Sendromu nedeniyle bifurkasyon grefti ile aorto-bifemoral by-pass yapıldığı belirlendi. Üç ay önce hematemez, melena ve baş dönmesi şikayetleriyle bir sağlık merkezine başvuran hastanın üst GIS kanama tanısıyla yatırılarak tedavi edildiği, bu şikayetlerinin üç ay içinde üç kez tekrarladığı ve toplam 15 ünite kan transfüzyonu yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede solukluk ve rektal tuşede melena dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya acil gastroduodenoskopi uygulandı. Özofagus, mide, duodenu-

mun birinci ve ikinci kısımları normaldi. Duodenum üçüncü kısmında manipülasyon sırasında aktif kanama başladığı görüldü. Graft-enterik fistül düşünülen olgu Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği tarafından konsülte edilerek acil ameliyata alındı. Proksimal anastomozun arka yüzünde frajil yapıdaki aort duvarı ile graft arasında yalancı-anevrizma geliştiği görüldü. Yalancı-anevrizmaya yapışık duodenum üçüncü bölümü ile ince bir fistül yapısı mevcuttu. Graft değiştirildi, aort ve duodenum arasına omentum uzantısı yerleştirilerek periton kapatıldı. Postoperatif komplikasyon olmadı ve hasta şifa ile taburcu edildi. Takiplerde melena tekrarlamadı.

OLGU 2

Altı ay önce halsizlik ve siyah dışkılama şikayetleriyle kliniğimize başvuran 64 yaşındaki erkek hastanın yapılan sorgulamasında 1971 yılında Leriche Sendromu tanısıyla aorto-bifemoral bypass yapıldığı, 1980 yılında sağ ve 1981 yılında sol graft ayağında anevrizma gelişmesi nedeniyle anevrizmektomi ve graft interpozisyonu, 1994 yılında ise tekrar sol femoral pseudoanevrizma nedeniyle anevrizmektomi ve graft interpozisyonu yapıldığı belirlendi. Hasta 1994 yılından beri günde 100 mg Aspirin kullanmaktadır. Fizik muayenede soluk ve bitkin görünümde idi. Rektal tuşede melena mevcuttu. Yapılan acil üst GIS endoskopisinde pilor ağzında lineer tarzda 5 mm uzunluğunda bir ülser görüldü. Üst abdominal ultrasonografide bir patoloji saptanmadı. Toplam 3 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Anti-ülser tedavi ile melenası kaybolan hasta eksterne edildi. Dört ay sonra tekrar halsizlik ve siyah dışkılama şikayetleriyle kliniğimize başvuran hasta ayrıca 2 ay önce birkaç gün süren melena tanımlıyordu. Tekrarlanan acil üst GIS endoskopisinde mide lümeninde sindirimli kan pihtıları mevcuttu. Ancak kanamaya neden olabilecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Hemoglobin 6 g/dL ve hematokritin % 20 olması üzerine 3 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Hastanın genel durumunun iyi olması nedeniyle etyolojinin aydınlatılması için ileri testlerin yapılması planlandı.

Anjiografide bir patoloji saptanmadı. İşaretli eritrosit sintigrafisinde umbilikus sağ lateralinde odak tarzında aktivite tutulumu izlendi. Graft-enterik fistül ön tanısıyla laparatomı yapılmasına karar verildi. Peroperatif endoskopide duodenum üçüncü kısmında küçük bir lezyondan sıvıntı



Resim 1. İkinci olguda endoskopide duodenum üçüncü kısmında sıvıntı şeklinde kanama

tarzında kanama olduğu görüldü (Resim 1). Nativ damar ile graft arasına ePTFE (politetrafluoroetilen) ile patchplasti yapıldı. Daha sonra duodenum onarıldı. Postoperatif komplikasyon olmadı ve hasta 12. gün şifa ile taburcu edildi. Takiplerde melena oluşmadığı saptandı.

TARTIŞMA

Büyük arterler veya vasküler graftler ile barsaklar arasında fistül olması, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye sebep olan, GIS kanamalarının nadir sebeplerinden biridir (5, 6). Günümüzde graft-enterik fistüller daha sık görülmektedir. Çeşitli yaynlarda aortik graft uygulanan hastaların % 0.4-2.4'ünde geliştiği bildirilmiştir (5-7). Fistül, çoğunlukla graft ile duodenumin üçüncü ve dördüncü kısmının arasında oluşmaktadır. Daha az oranda graft ile ince barsaklar, nadiren de mide, kolon ve appendiks arasında gelişmektedir (1, 4, 5, 8). Duodenumin fistülün en sık olusma yeri olmasının nedeni, duodenumin üçüncü kısmının aorta ile superior mezenterik arter ve ven arasında retroperitoneal olarak relativ fikse olmasıdır. Ayrıca, duodenumin üçüncü ve dördüncü kısmının proksimal graft anastomozu ile olan yakın ilişkisiyle de açıklanmaktadır (4).

Hematemez, melena ve hematokezya gibi gastrointestinal kanama bulguları ve tekrar eden ateş atakları klinik semptomları oluşturur. GIS kanaması başlangıçta gelip geçici olabilir. Bu dönemde tanı konulamazsa hasta masif kanamadan kaybedilebilir (1, 4, 6, 9). Her iki olgumuz da operasyondan önce birkaç kez kendiliğinden düzelen melena şeklinde GIS kanaması atakları geçirmiştir.

Tanının temelini aorto-enterik fistül olabileceğinden şüphelenmek oluşturur. Bilinen abdominal aort anevrizması veya aort grefti olan bir hastada GIS kanaması veya açıklanamayan sepsis atakları aorto-enterik fistülü düşündürmelidir. Bu olgularda başka patolojiler de kanama sebebi olabileceğinden, öncelikle üst GIS endoskopisi ile bu patolojiler ekarte edilmelidir. Yeager ve arkadaşları, aort grefti olan GIS kanamalı 19 hastanın sadece 5'inde aorto-enterik fistüle bağlı kanama olduğunu bildirmiştir (10).

Aorto-enterik fistülü olan hastada aynı zamanda peptik ülser de bulunabilir (6). Sunduğumuz ikinci olguda olduğu gibi, aorto-enterik fistül ile beraber ülser veya başka bir patolojinin saptanması tanıyı daha da güçleştirir. Bazı araştırmacılar az değerli bulmalarına karşın (9, 11), üst GIS endoskopisi diğer kanama nedenlerinin ekarte edilmesinde önemli olduğu gibi GEF tanısında da en yararlı tanı aracıdır (1, 5, 10). Tilanus ve arkadaşları (4) serilerinde 12 hastanın 8'inde, O'Donnell ve arkadaşları (12) ise 5 hastanın 3'tünde üst GIS endoskopisi ile tanı koyduklarını bildirmiştir. Ekstraenterik pulsatil kitle, noktasal ülserasyon, hemoraji ve hatta intraluminal greftin görülmesi endoskopik bulguları oluşturur (1, 12). Sunduğumuz ilk olguda duodenum üçüncü kısmında manipülasyonla hemoraji olduğu görüldü. İkinci olguda ise operasyondan önce yapılan endoskopide lezyona ulaşamamıştı. Ancak, peroperatuar endoskopide duodenum üçüncü kısmında küçük bir ülserasyon ve sizıntı

tarzında kanama olduğu görüldü (Resim 1).

Üst GIS endoskopinin yetersiz olduğu olgularda hastaların durumu stabil ise tanıya yardımcı diğer tetkikler yapılmalıdır. Tanının doğrulanması cerrahi planı ve uygun cerrahi girişim için önemlidir. Arteriografi ile enterik fistül nadiren görülebilir. Intermitten kanamalarda etkili değildir. Bununla birlikte, pseudoanevrizma, barsağın kontrast madde geçiği ve greft bölgesinde çıkış gibi kontrast görüntüsü tanıya yardımcı olabilir. Ayrıca yapılacak cerrahi girişim planı için faydalı olabilir (11-13). Kanama dakikada 1 mL'den fazla ise selektif splanknik arteriografi ile diğer kanama nedenleri ekarte edilebilir (14). Tilanus ve arkadaşları çalışmalarında arteriografi yapılan 7 hastanın 2'sinde pseudoanevrizma görüldüğünü ve hiçbir hastada barsağın kontrast madde geçiği olmadığını bildirmiştir (4). Tomografi ile greft etrafında gaz, sıvı veya pseudoanevrizma görülmesi aorto-enterik fistül tanısını güçlendirir (15). Baryumlu grafi ince barsaktaki lezyonu nadiren gösterebilir. Bununla birlikte, Gregson ve arkadaşları (13) aorto-enterik fistülü olan 5 hastada baryumlu grafi ile tanının doğrulandığını bildirmiştir. Ancak, barsaktaki kontrast madde kalıntısı diğer tanı yöntemlerinin kullanımını güçlendirdiğinden öncelikli yapılmalıdır. Galyum-67 ile işaretli eritrosit sintigrafisi tanıya yardımcı olabilir. İkinci olgumuzda işaretli eritrosit sintigrafisinde umbilikus sağ lateralinde aktivite tutulumu görülmüştür.

Tanının gecikmesi ile yüksek oranda mortalite gözlenir. Endoskopik ve radyolojik tetkikler greft-enterik fistülü göstermede çoğunlukla yetersiz oluklarından, aortik grefti olan akut üst GIS kanamalı hastalarda acil gastroduodenoskopie ile başka bir neden bulunamadıysa, zaman kaybetmeden eksploratif laparotomi hayat kurtarıcı olabilir.

KAYNAKLAR

- Umpleby HC, Turnbull AR. Arterioenteric fistulas. Br J Hosp Med 39: 488-96.
- Sweeney MS, Gadacz TR. Primary aorto-duodenal fistula: manifestation, diagnosis, and treatment. Surgery 1984; 96: 492-7.
- Brock RC. Aortic homografting: a report of six successful cases. Guy's Hosp Rep 1953; 102: 204-28.
- Tilanus HW, Terpstra OT, De Smit P, et al. Diagnosis and management of graft-enteric fistulae. Br J Surg 1988; 75: 915-6.
- Gozzetti G, Poggioli G, Spolaore R, et al. Aorto-enteric fistulae: spontaneous and after aorto-iliac operations. J Cardiovasc Surg 1984; 25: 420-6.
- Reilly LM, Ahman H, Lusby RJ, et al. Late results following in surgical management of vascular graft infection. Vascular surgery 1984; 18: 36-44.
- Kleinman LH, Towne JB, Bernhard UM. A diagnostic and therapeutic approach to aorto-enteric fistulas: Clinical experience with twenty patients. Surgery 1979; 86: 868-80.
- Bergqvist D, Bjorkman H, Bolin T, et al. Secondary aortoenteric fistulae: changes from 1973 to 1993. Eur J Vasc

- Endovasc Surg 1996; 11: 425-8.
- 9. Robbins JA, Ashmore JD. Aortoenteric fistula. Diagnosis and management. Dis Colon Rectum 1984; 27: 196-8.
 - 10. Yeager RA, Sasaki TM, McConnell DB, et al. Clinical spectrum of patients with infrarenal aortic grafts and gastrointestinal bleeding. Am J Surg 1987; 153: 459-61.
 - 11. Schuette HE. Angiographic signs of aortic graft-enteric fistulas. Clin Radiol 1987; 38: 503-8.
 - 12. O'Donnell TF, Scott G, Shepard A, et al. Improvements in the diagnosis and management of aortoenteric fistula. Am J Surg 1985; 149: 481-5.
 - 13. Gregson R, Craig O. Aorto-enteric fistulae: The role of radiology. Clin Radiol 1983; 34: 65-72.
 - 14. Steer ML, Silen W. Diagnostic procedures in gastrointestinal hemorrhage. N Engl J Med 1983; 309: 646-50.
 - 15. Mark AS, Moss AA, McCarthy S, McCowin M. CT of aortoenteric fistulas. Invest Radiol 1985; 20: 272-5.