

# Aortobifemoral Bypass Sonrası Tekrarlayan Aortoenterik Fistül: Olgu Sunumu

## Recurrent Aortoenteric Fistula After Aortobifemoral Bypass Surgery: A Case Report

Zülfü Bayhan<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Ekici<sup>2</sup>, Sezgin Zeren<sup>1</sup>, Çağrı Tiryaki<sup>3</sup>, Ahmet Aksoy<sup>4</sup>,  
Mustafa Cem Algın<sup>1</sup>, Şükrü Aydın Düzgün<sup>1</sup>

1Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kütahya, Türkiye  
2Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya, Türkiye  
3Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli, Türkiye  
4Çorlu Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

### ÖZET

Aortoenterik fistül(AEF) aort rekonstrüksiyon cerrahisi sonrası nadir görülen bir durum olup ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilir. AEF beklenmedik ölümle sonuçlanan ani ve masif kanamaya neden olabilir. AEF hastalarına multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. Çoğunlukla kanamaya bağlı ani ölüm görülmesine rağmen ender durumlarda septik komplikasyonlarla da hasta kaybedilebilir. Bu makalede 72 yaşında erkek hastada aortobifemoral bypass sonrası iki kez aortaenterik fistül gelişen ve akabinde cerrahi geçiren olguya multidisipliner yaklaşım literatür eşliğinde sunulmuştur..

**Anahtar kelimeler:** Aortoenterik fistül, greft, sepsis

### ABSTRACT

Aortoenteric fistula (AEF) is a rare disease which may be secondary to aortic reconstructive surgery and conclude with serious complications. AEF, may cause sudden and massive bleeding which may cause sudden death. Although sudden death can be seen often due to hemorrhage, rarely patients can be lost with septic complications. Multisiciplinary approach to AEF patients is very important. In this article, we present multisiciplinary approach in a case of a 72 years old man who underwent surgical treatment twice, because of two aortoenteric fistula following an aortobifemoral bypass operation along with literature

**Keywords:** Aortoenteric fistula, graft, sepsis

### İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Çağrı Tiryaki  
Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli, Türkiye  
Tel: 05369418778 / E-Mail: drcagritiryaki@hotmail.com

## GİRİŞ

Aortoenterik fistüller greft enfeksiyonlarının önemli ve fatal seyredabilen komplikasyonudur(1). Erken tanı ve tedavi prognozda önemli yer tutar. Aort anevrizması veya aorta iliak problemler nedeni ile uygulanan greft ameliyatları sonrası iskemik kolit, mekanik ileus, aortaduodenal fistüller postoperatif dönemde %16-67 oranında görülürler(2). Daha sık rastlanan aortoduodenal fistüller genelde mortal seyreder, aortokolonik fistüller ise nadirdir(3). Yetmiş iki yaşında koroner by pass hikayesi olan hastanın aortoiliak tıkaçıcı damar hastalığı nedeni ile aorto-bifemoral bypass ameliyatı sonrası 4 ay arayla önce sağ sonra sol grefte bağlı aortoenterik fistül olgusunu sunmayı amaçladık.

## OLGU

72 yaşında erkek hastanın 50 yıldır ağır sigara içicisi ve 15 yıldır hipertansiyon nedeni ile düzensiz ilaç kullandığı bilinmektedir. 2012 yılında koroner by pass ameliyatı geçiren hastanın ameliyatının üzerinden 3 ay sonra kalp damar cerrahisi polikliniğine sağ alt ekstremitede operasyon bölgesinde yara ayrışması nedeni ile başvurdu. Kişisel hijyeni düşük, medikal tedaviye uyumu olmayan hastaya yara debridmanı yapıldı. Hasta 5 ay sonra yara yerinde devam eden akıntı ile başvurduğunda alt ekstremitte doppler ultrasonografi(usg) de femoral arter lümeninde trombus ile oklüde olduğu tespit edilmiş. Hastaya dakron greft ile aortobifemoral bypass ve bilateral femoro-popliteal by pass uygulanmış. Hasta postoperatif 15 günde problemsiz olarak taburcu edildi.

Hasta bu ameliyattan 8 ay sonra sağ bacakta morarma ve şişlik şikayeti ile kalp damar cerrahisi bölümüne yatırıldı. Sağ alt ekstremitede distal nabız alınamadı, takiben doppler ultrason inceleme esnasında sağ femoro-popliteal greftte total oklüzyon tespit edildi. Sağ bacakta iskemiye bağlı nekroz nedeni ile ortopedi ve kalp damar cerrahisi tarafından sağ diz altı amputasyon ve femoro-popliteal enfekte greftin çıkartılması işlemi uygulandı. Postoperatif 6. günde sağ amputasyon bölgesindeki yara yerinden kötü kokulu akıntı sonrası barsak içeriği gelmesi üzerine ameliyata alınmış, amputasyon bölgesinde barsak içeriği tespit edilmesi üzerine genel cerrahi ekibimiz ameliyata dahil oldu. Batın orta hat insizyonla karna girildiğinde ileumun sağ alt kadrandan batın ön duvarına yapıştığı ve fistülüze olduğu görüldü.

Ayrıca fistülüze olan ileum segmentinin posteriorda grefte yapıştığı ve greftin perfore barsak içeriği ile temasta olduğu görüldü. Fistülüze barsak segmenti rezeke edilip anostomoz yapıldı. Kalp damar cerrahisi ekibi tarafından aortoiliak anostomoz bölgesinden greft eksize edildi. Yoğun bakımda entübe takip edilen hastaya sepsis tablosu nedeni ile geniş spektrum antibiyotik tedavisi verildi. 4 gün sonra sağ bacakta beslenme bozukluğuna bağlı nekroz gelişti bunun üzerine ortopedi ekibi sağ baktaki demarkasyon hattını değerlendirilip diz üstü amputasyon ameliyatını gerçekleştirdi. Tüm septik tabloya ve yandaş problemlere rağmen genel durumu düzelen hasta postoperatif 1. ayda taburcu edildi.

Bu ameliyattan 4 ay sonra aynı hasta kalp damar cerrahisi polikliniğine sol bacakta dolaşım bozukluğu ön tanısı ile başvurmuş. Uyluk insizyonunda eritem, endurasyon tespit edilen hastaya kalp damar cerrahisi tarafından enfekte oklude femoropopliteal greft nedeni ile acil ameliyata alınmış. Femoro-popliteal greftin eksplorasyonu esnasında oklüde olan greftten kötü kokulu, barsak içeriği, gıda artıkları görülmesi üzerine genel cerrahi ekibi ameliyata davet edildi. Batın orta hat insizyonla tekrar batın açıldı. Sigmoid kolonun aortofemoral grefte yapıştığı ve arka yüzden perfore olduğu ve greftin etrafında ve içerisinde kolon içeriği bulunduğu görüldü. Perfore alan eksize edilip Hartman kolostomi açıldı. Aortofemoral greft aort anostomozu seviyesinden bağlanıp çıkartıldı. Postoperatif yoğun bakıma alınan sepsis tablosundaki hastaya geniş spektrum antibiyotik başlandı. Postoperatif 3. gün hastaya sol diz üstü amputasyon yapıldı. Hasta postoperatif 24. günde şifa ile taburcu edildi.

Hastanın kolostomisi bu ameliyattan 5 ay sonra kapatıldı. Postoperatif 1 günde drenden barsak içeriği gelmesi üzerine tekrar ameliyata alınan hastanın anostomoz hattının salim olduğu ancak ileumda 3 cm açıklık olduğu tespit edildi. Defekt primer onarıldı. Hasta 10 gün sonra taburcu edildi. Bu ameliyattan 6 ay sonra sol uyluk amputasyon bölgesinden gaz ve barsak içeriği gelmesi şikayeti ile başvuran hastanın kolonoskopisinde anostomoz hattı doğaldı. Fistül, perforasyon görülmedi. Oral alımı kesilen hastanın kontrastlı tomografisinde infrarenal düzeyde paraaortik düzeyde 5 cm ulaşan yumuşak nekrotik görünümlü doku dansitesi ve kaudalinde hava dansitesi, lezyonun aort duvarına invazyonu tespit edildi. Sol iliak arter lokalizasyonundan cilde uzanan hava dansiteleri, ve

o bölgede mezenterik kirlilik tespit edildi (resim 1-2). Genel durumu bozuk, prerenal azotemisi, elektrolit imbalansı, hiperkoagulapatisi bulunan hasta genel cerrahi yoğun bakım servisine alındı. Enterokutaneöz fistül tanısı netleşmeden kardiyak arrest sonucu ex oldu.



Resim 1-2: Sol iliak arter lokalizasyonundan cilde uzanan hava dansiteleri ve o bölgede mezenterik kirlilik

## TARTIŞMA

Prostetik greft kullanımı ile aortoiliak-aortofemoral by pass abdominal aort anevrizma ve aortoiliak oklüzyon tablosunda sık uygulanan ameliyatlardır(5). Dakron ve polytetrafluoroethylene (PTFE) materyaller tercih edilirler. Femoropopliteal greftlemede PTFE nin dakron grefte üstün olduğu kabul edilir. Ancak aortobifemoral greftlemede görüş birliği yoktur(6). Yapılan çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da dakron greftlerde komplikasyon oranı daha yüksek bulunmuştur(7). Greft için seçilen materyal yabancı cisim reaksiyonu gelişimini

minimalize eden, doku-sıvıları ile etkileşimi daha az olan, dokuya adeziv olmayan alerjik-hipersensitiviteye yol açmayan materyallerden seçilmelidir(6). Bu olguda da iki taraflı dakron greft uygulaması mevcuttur.

Aort anevrizması ameliyatları sonrası aortoenterik fistüller daha çok duodenumda tespit edilirler(3). Nadir tespit edilen kolonik fistüllerde genelde sigmoid kolondan kaynaklanır(8). Pulsatil greft materyalinin barsak yüzeyi ile temasının zaman içinde geliştirdiği erozyon bu fatal komplikasyona yol açar. Duodenal fistüller masif kanama bulgusu ile başvurabilirler ve bu durum oldukça mortal seyirlidir(3). Kolonik fistüllerde kanamaya sık rastlanmaz, septik tablo, karın ağrısı, bacakta ağrı iskemisi, kilo kaybı şikayetleri gözlemlenebilir(9). Bizim hastamızda da kolonik fistül gelişmiş olup, sigmoid kolon düzeyinden fistülize olmuş ve çok ağır septik tabloya neden olmuştur. Cerrahi tedavi sonrası mortalite oranı erken dönemde %21, uzun dönemde %60 civarında bildiren çalışmalar vardır(4). Tedavi yaklaşımı ile ilgili farklı görüşler olsa da enterik fistül alanın ekizyonu, restorasyonu, enfekte greftin çıkartılması, aort güdüğünden bağlanıp ekstra-anatomik bifemoral by pass sık uygulanan tek basamak veya iki basamaklı prosedürdür. Endovasküler yöntemler yüksek riskli hastalarda definitif işlem öncesi zaman kazandırıcı olabilir(3,4).

Tüm bu uygulamalara rağmen aortokolonik fistül hastalarının ko-morbid sebeplerinde katkısı ile cerrahi yaşam süresi ortalama 8,4 (2-72 ay) ay olduğu bildirilmiştir(3). Ayrıca bu olgunun özgeçmişinde koroner bypass ve kontrolsüz hipertansiyon mevcuttur. Cerrahi olarak ne kadar da sonuna kadar gidilse de hastanın mevcut ek hastalığı ve önceki vasküler problemleri bizim yaşam süresini çok uzatamadığımızın temel sebeplerinden biridir.

Bu olgumuz da iki taraflı greft enfeksiyonu ve fistül tablosu gözlenmiş olup greftlerin çıkartılması sonrasında bile enterokutaneöz fistül gelişmiş ve mortalite ile sonlanmıştır.

AF tedavisi bizim olgumuzda ki gibi multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalı ve tedavide mümkün olduğunca erken davranılmalıdır. Aksi takdirde AF erken mortaliteye sebep olan ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Yandaş hastalığı olup, beraberinde greft uygulamalı vasküler operasyon geçiren hastalar yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmekte

olup, tedavisinin multidisipliner olarak yönetilmesi bu riskleri en aza indirgeyecektir.

#### KAYNAKLAR

1.Tsunekawa T, Ogino H, Minatoya K, Matsuda H, Sasaki H, Fukuchi K. Masked prosthetic graft to sigmoid colon fistula diagnosed by 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007 Feb;33:187-9.

2.Huddy SP, Joyce W, Pepper JR, Gastrointestinal complications in 4471 patients who underwent cardiopulmonary bypass surgery. Br J Surg 1191; 78: 293-96.

3.Leon LR, Mills JL, Psalms SB, Kasher J, Kim J, Ihnat DM. Aortic Paraprosthetic-colonic Fistulae: A review of the Literature. Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 34,682-692 .

4.Armstrong PA, Back MR, Wilson JS, Shames ML, Brad L Johnson BL, MD, Bandyk DF. Improved outcomes in the recent management of secondary aortoenteric fistula. J Vasc Surg 2005 Oct;42:660-6.

5. Türköz R, Deniz B, Kestelli M, Özbek C, Akçay A, Tonguç E et al. Aortobifemoral bypass olgularında Dakron ve polietrafloroetilen greftin karşılaştırılması. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1997;5:212-217.

6.Citgez, B, Yetkin G, Uludag M, Akgün İ, Ekici U, Kartal A. A rare complication of aortobifemoral bypass operation: internal herniation. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013; 19: 164-166.

7.Cintora I, Pearce DE, Cannon JA. A clinical survey of aortobifemoral bypass using two inherently different graft types. Ann Surg 1988; 208: 625-630.

8.Arrington ER, Eisenberg B, Hartshorne MF. Paraprosthetic cecal fistula: CT demonstration-a case report. Angiology 1990; 41:502-504

9.Busuttil SJ, Goldstone J. Diagnosis and management of aorto enteric fistulas. Semin Vasc Surg. 2001;14: 302-311.