



Aortobronşial Fistüle Bağlı Gelişen Hemoptizi ve Endovasküler Tedavisi

Anıl SARIOĞLU¹
Ahmet Deniz KAYA²
İbrahim UYAR³

GİRİŞ

Aorta bronşial fistüller (ABF) torasik aorta ile trekeobronşial sistem arasındaki anormal bağlantılardır. Bu bağlantılar ölümcül sonuçlar doğurabilir(1). Ana semptom hemoptizidir (2). Etiyolojisi ise ateroskleroz, enfeksiyonlar özellikle tüberküloz, travma, geçirilmiş aort cerrahisi,ve özofagektomidir(3). ABF'ler herhangi bir torasik aort lezyonu veya bu lezyonlara yönelik cerrahi girişimler sonrasında ortaya çıkabilir. ABF'nin mekanizmaları esas olarak aortun anevrizmasının genişlemesi ve erozyon yoluyla oluşan dış basıdır. Komşu lezyonlar (aort anevrizması veya psödoanevrizma, cerrahi dikişler, aortik stent grefti, ciddi akciğer enfeksiyonu ve patent duktus arteriyozus) tarafından aortun sürekli olarak uyarılması ve kompresyonu, enflamasyona ve skar oluşumuna yol açabilir ve sonunda ABF gelişir. Cerrahi girişim veya thoracic endovascular aneurysm repair yani TEVAR sonrası ABF insidansı %1,5-1,9 dur(4).

Aklımıza ABF getirecek ilk bulgu hemoptizidir, hemoptizi hastalarında ABF'nin klinik şüphesi ABF'nin hızlı ve doğru tanısı için önem arz etmektedir. Torasik aort lezyonu olan veya toraks travması, açık aort onarımı, TEVAR veya bronşial stent implantasyonu öyküsü olan hastalarda hemoptizi varsa, ABF'den

¹ Dr, Tepecik EAH Kalp ve Damar Cerrahisi AD, anilsarioğlu.96@gmail.com,
ORCID iD: 0009-0003-3058-1272

² Op. Dr., Ağrı EAH Kalp ve Damar Cerrahisi AD., drahmetdenizkaya@gmail.com,
ORCID iD: 0000-0002-7495-6721

³ Doç.Dr., Tepecik EAH Kalp ve Damar Cerrahisi AD, druyar@yahoo.com,
ORCID iD: 0000-0002-7373-8378

Konvansiyonel açık cerrahi tedavi torakotomi ile yapılır. Desendan aortanın akciğer dokusundan ayrılıp prostetik veya homogreft ile rekonstrüksiyonu yapılır. Bu tedavi şeklinin yüksek mortalite derecesi mevcuttur (%16-24) (3). Ameliyat edilmeyen hastalarda ise hastane içi ölüm oranının %50 olduğu belgelendi.

TEVAR daha düşük mortalite oranıyla açık cerrahiye iyi bir alternatif olmuştur(4). ABF tedavisinde TEVAR açık cerrahiye göre daha az invazivdir(8). TEVAR işlemi için seçilecek greftin uygun büyüklükte ve az travmatik olmasına dikkat edilmedir(11). ABF'nin açık onarımının solunum yetmezliği, felç, akut böbrek yetmezliği, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, kanama, ikincil greft enfeksiyonu olduğu bildirildi.

Günümüzde TEVAR, açık onarımla karşılaştırıldığında potansiyel olarak daha az morbidite ve mortaliteye sahip ABF için operatif bir yaklaşımı temsil etmektedir . Bununla birlikte, uygun büyüklükte, daha az travmatik bir stent seçilmelidir .

SONUÇ

ABF'ler herhangi bir torasik aort lezyonu veya bu lezyonlara yönelik manevralar sonrasında ortaya çıkabilir. ABF'nin tedavisi cerrahi veya TEVAR onarımı olabilir. TEVAR tedavisi ABF'lerin tedavisi için güvenli ve daha az invaziv bir prosedür olabilir. Ancak ABF'ler TEVAR'dan sonra diğer etiyojilere göre çok daha kısa sürede ortaya çıkabilir. ABF'li hastaların prognozu yüksek morbidite ve mortalite ile kötüdür. Uygun bir endovasküler greftin seçimi ve girişim sonrası komplikasyonların önlenmesi, ABF'lerin ortaya çıkmasını etkili bir şekilde önleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Aortobronchial fistula Shi-Min Yuan1 Received: 9 September 2019 / Accepted: 4 December 2019 © The Japanese Association for Thoracic Surgery 2020
2. The Cause of Massive Hemoptysis After Thoracic Endovascular Aortic Repair May Not Always Be an Aortobronchial Fistula: Report of a Case Natsuya Ishikawa, Aina Hirofuji, Naohiro Wakabayashi, Sentaro Nakanishi and Hiroyuki Kamiya Department of Cardiac Surgery, Asahikawa Medical University, Asahikawa, Japan.
3. Thoracic endovascular aortic repair for aortobronchial fistula: a case series CASE SERIES Other Rajesh Vijayvergiya1*, Ganesh Kasinadhuni1, Pruthvi C. Revaiah1, Anupam Lal 2, Ashish Sharma 3, and Rupesh Kumar 4 Received 29 March 2020; first decision 14 April 2020; accepted 16 July 2020; online publish-ahead-of-print 19 October 2020
4. Bailey CJ, Force S, Milner R, Kasirajan K, Veeraswamy RK. Thoracic endovascular repair as a safe management strategy for aortobronchial fistulas. J Vasc Surg. 2011;53:1202–9.

5. 2 GIRARDET A. Doppelte perforation eines tuberkelknotens in die aorta und die bifurcation der trachea. *Dtsch Med Wochenschr* 1914;40:1425e1428.
6. Endovascular Treatment of Acute Haemoptysis Secondary to Aortobronchial Fistula S. Pirrelli,* A. Bozzani, V. Arici and A. Odero *Eur J Vasc Endovasc Surg* 32, 366e368 (2006) doi:10.1016/j.ejvs.2006.04.017
7. Quevedo HC, Santiago-Trinidad R, Castellanos J, Atianzar K, Anwar A, Rafeh NA. Systematic review of interventions to repair ascending aortic pseudoaneurysms. *Ochsner J* 2014;14:576–585.
8. Kpodonu J, Rodriguez-Lopez JA, Ramaiah VG, Diethrich EB. Endoluminal graft therapy for the treatment of an aorto-bronchial fistula: mid-term follow-up. *J Card Surg.* 2008;23:530–2.
9. Bailey CJ, Force S, Milner R, Kasirajan K, Veeraswamy RK. Thoracic endovascular repair as a safe management strategy for aortobronchial fistulas. *J Vasc Surg.* 2011;53:1202–9.
10. Hui DS, Stoeckel DA, Kaufman EE, Jacobs DL. Massive hemoptysis from an aortobronchial fistula secondary to BCG-related mycotic thoracic aortic aneurysm. *Ann Thorac Surg.* 2016;101:350–2.
11. Abdul-Ghani A, Pisipati S, McWilliams R, Page RD. Aorto-bronchial fistula following aortic and bronchial stenting of a thoracic aneurysm. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006;29:419–21.