

# Aortoøsofageal fistelblødning

Reservelæge Lars Nebrich

Næstved Sygehus, Anæstesiologisk Afdeling

## Resume

Der rapporteres om et tilfælde af fatal aortoøsofageal fistelblødning (AEF) som følge af et torakalt aortaaneurisme os en 69-årig kvinde, der blev indlagt med hæmatemese og rygsmerter. Den kliniske fremtræden var atypisk, kompliceret af en ledsagende blødende perforeret ventrikelulcus. AEF er en sjælden årsag til øvre gastrointestinal blødning, og symptomerne er uspecifikke, men med et typisk mønster (Chiaris triade). Man skal være opmærksom på AEF hos patienter, der har øvre gastrointestinal blødning, midt-torakale smerter og dysfagi, og hvor der er typiske fund ved øsofagoskopi.

Aortoøsofageal fistel er en sjælden differentialdiagnose ved hæmatemese med uspecifikke symptomer, men karakteriseret af et typisk mønster.

## Sygehistorie

En 69-årig kvinde blev indlagt grundet hæmatemese med frisk blod. Hun klagede over rygsmerter. Initialt var hun cirkulatorisk stabil. Ved akut gastroskopi fandtes et fastsiddende koagel i øsofagus ca. 25 cm fra tandrækken og tre koageldækkede elementer i ventriklen, som blev skleroseret.

Grundet abdominale smerter og pulsstigning foretog man regastroskopi næste dag. Igen fandt man et koageldækket område i øsofagus ca. 25 cm fra tandrækken. Man fik mistanken om, at der i ventriklen var perforeret ventrikelulcus til den lille sæk. Mistanken blev bekræftet ved eksplorativ laparotomi, og der foretages resektion. På fjerdedagen fik hun pludselig massiv pulserende arteriel blødning ud af næse og mund,

hvorfor der blev foretaget akut eksplorativ laparotomi, hvor man fik mistanke om aortoøsofageal fistelblødning. Det lykkedes at stabilisere patienten efter anlæggelse af en Sengstakensonde, og der blev foretaget venstresidig anterior torakotomi. Makroskopisk fandt man tegn på øsofaguskarinom med perforation til aorta. Under indgrebet foretog man en venstresidig pneumonektomi grundet blødning fra truncus pulmonalis. Aorta blev rekonstrueret med en *haemoshiold*-protese. Tangen blev kortvarigt taget af aorta, men påsat igen grundet blodtryksfald, som ikke rettede sig efter massiv volumenindgift, adrenalin og manuel hjertemassage, hvorefter patienten blev erklæret død.

Den patologiske undersøgelse af operationsresektatet viste forandringer, som formentlig skyldtes et aortaaneurisme med udtalte inflammatoriske forandringer og gennembrud dels til pleurahulen og dels til øsofagus uden tegn på malignitet.

## Diskussion

Aortoøsofageal fistel er en sjælden, men ofte katastrofal årsag til hæmatemese, som første gang blev beskrevet af *Dubruel* i 1818 [1]. *Sloop & Thompson* fandt i 1967 i et litteratur-review, der dækkede 144 år, 81 tilfælde af aortoøsofageal fistel, mortaliteten var 100%. Den første succesfulde behandling blev beskrevet i 1980 af *Ctercteko*.

Den klassiske kliniske fremtræden er Chiaris triade fra 1914: midt-torakale smerter, sentinel arteriel blødning og final ekssangvination efter et symptomfri interval fra timer til måneder [2]. *Hollander* fandt i et review over en 30-årig periode midt-torakale smerter hos 59% og sentinel arteriel blødning hos 65% af patienterne [3].

De hyppigste årsager til aortoøsofageal fistel er torakalt aortaaneurisme fulgt af øsofagus cancer og fremmedlegemer (f.eks. fiskeben) i øsofagus [3]. Sjældne årsager er postoperativ fistulering efter aortagraftkirurgi, øsofagoskopi, intubation og

Tabel 1. Sygehistorie.

	2-4 uger før	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Symptomer	Hoste, rygsmerter	Hæmatemese × 2	Hæmatemese		Massiv arteriel hæmatemese
Undersøgelser		Gastroskopi	Gastroskopi Oversigt over abdomen Eksplorativ laparotomi		Eksplorativ laparotomi og torakotomi
Fund		Sår i øsofagus og tre sår i ventriklen	Sår i øsofagus og perforeret ventrikelulcus		Aortoøsofageal fistel
Behandling	NSAID Penicillin	Sklerosering Syrepumpehæmmere Tranexamsyre Blodtransfusion	Ventrikelresektion Syrepumpehæmmere Tranexamsyre Blodtransfusion Bredspektrede antibiotika Respiratorbehandling	Syrepumpehæmmere Bredspektrede antibiotika Respiratorbehandling	Sengstakensonde Pneumoektomi sin. Resektion og rekonstruktion af aorta descendens. Massiv blodtransfusion Mors

anlæggelse af ventrikelsonde, især ved anatomiske variationer af aortabuen [4].

Hvis patienten er stabil, er øsofagoskopi i thoraxkirurgisk operationsberedskab den mest sensitive og specifikke test for aortoøsofageal fistel [5]. Typisk findes der forandringer i øsofagus ca. 25-30 cm fra tandrækken. Forandringerne kan ligne pseudotumorer og kan være koageldækket eller pulserende. Biopsi er i to tilfælde beskrevet som udløsende blødningsårsag og er kontraindiceret.

Fistelen ses sjældent ved computertomografi (CT), men en CT anbefales dog for at diagnosticere mulige udløsende årsager [5].

Behandling af aortoøsofageal fistel kan inddeles i flere faser. Den tidlige mortalitet er forårsaget af blødning og peroperative komplikationer, den senere mortalitet af mediastinitis og graftinfektioner. Den initiale behandling består i cirkulatorisk stabilisering med hurtig stillingstagen til kirurgisk indgreb. Blødningen kan forsøges stabiliseret med en Sengstakensonde.

Den operative behandling består af to faser gennem en venstresidig torakotomi: 1) blødningskontrol og rekonstruktion af aorta:

Det anbefales at resekere fistelåbningen og rekonstruere aorta med en graft, fordi området er inficeret med stor fare for reperforation, hvis åbningen kun oversys [5], og 2) rekonstruktion af øsofagus: medmindre der er udbredt vægnekrose, har man i flere tilfælde valgt at lukke øsofagusåbningen primært, dækket med enten oment, aneurismevæg eller pleura. Grundet infektionsrisikoen anbefales proksimal og distal drænage med f.eks. cervikal lateral øsofago- og gastrotomi [5].

Bredspektret antibiotisk behandling bør påbegyndes allerede fra diagnosetidspunktet [5].

Hos vores patient fik man først sent mistanken om aortoøsofageal fistel, og der blev ved gastroskopi gjort andre akutte behandlingskrævende fund, der kunne forklare hæmatemese. Forandringer i øsofagus ved det typiske sted ca. 25 cm fra tandrækken og rygsmerter, som muligvis stammede fra aortaneurismen, var til stede. Aortoøsofageal fistel er en differentialdiagnose, som man bør overveje hos patienter med hæmatemese, midtthorakale smerter, dysfagi, typiske forandringer i øsofagus og fremmedlegemer.

## Summary

Lars Nebrich:

### A case of fatal aorto-oesophageal fistula bleeding

Ugeskr Læger 2008;170(24):2161

We report a case of fatal aorto-oesophageal fistula (AEF) bleeding secondary to a thoracic aneurysm in a 69-year-old woman presenting with hematemesis and back pain. The clinical presentation was unusual, complicated by the coincidence of a bleeding perforated gastric ulcer, which probably led to the late diagnosis of the AEF. Symptoms of AEF are

non-specific but with a typical pattern (Chiari's triad). AEF should be suspected in any patient with upper gastrointestinal haemorrhage, midthoracic pain, dysphagia, and typical findings at oesophagoscopy.

Korrespondance: *Lars Nebrich*, Sankt Nikolaj Vej 11, 2. tv., DK-1953 Frederiksberg C. E-mail: nebrich@mail.dk

Antaget: 8. februar 2006  
Interessekonflikt: Ingen

Taksigelser: *Karen Skjelsager*, Anæstesiologisk Afdeling, Næstved Sygehus og *Jan Skovdal*, Parenkymkirurgisk Afdeling, Næstved Sygehus, takkes for gennemlæsning af manuskriptet.

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

## Litteratur

1. Dubrueil H. Observation sur la perforation de l'oesophage et de l'aorte thoracique par une portion d'os avale. *J Univ Sci Med* 1818;9:357-65.
2. Chiari H. Über Fremdkörperverletzung des Ösophagus mit Aortenperforation. *Berlin Klin Wochenschr* 1914;51:7-9.
3. Hollander JE, Quick G. Aorto-esophageal fistula. *Am J Med* 1991;91:279-87.
4. Mc Bride KL, Pfeiffer EA, Wylam ME. Aorto-esophageal fistula in a 13-yr-old girl: complication after nasogastric tube placement in the setting of right-sided aortic arch. *Pediatr Crit Care Med* 2002;3:378-80.
5. Reardon MJ, Brewer RJ, LeMaire SA et al. Surgical management of primary aorto-esophageal fistula secondary to thoracic aneurysm. *Ann Thorac Surg* 2000;69:967-70.