

病例討論

原發性主動脈空腸瘻管 合併大量腸胃道先兆出血

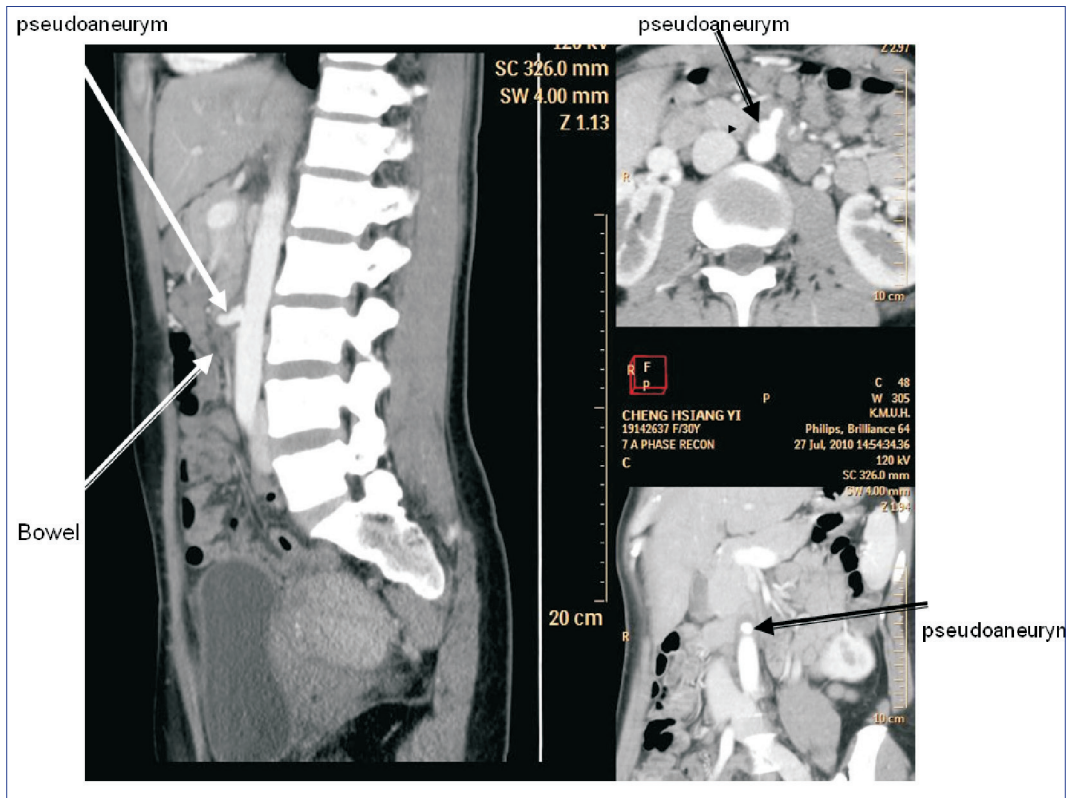
高雄醫學大學附設醫院 胃腸及一般外科 王照元醫師

簡介:

原發性主動脈腸道瘻管 (aortoenteric fistula) 為一種罕見但容易因為大量且威脅生命之腸胃道出血而致死的疾患。典型的主動脈腸道瘻管包含三合一症狀：腹痛、腸胃道出血（吐血、血便或解黑便）與腹部可觸摸到具有脈搏的腫塊。由於此疾病之臨床徵候常因非具特異性且並不常出現（約只有23%病人才有典型症狀或徵候），因而增加了正確診斷之困難性。胃十二指腸鏡與腹部電腦斷層血管攝影檢查是主動脈腸道瘻管緊急狀況下得主要診斷工具，但要正確地診斷出此疾病的存在仍有其相當之困難性。在此，我們報告一位31歲女性病患，病患過去無醫療病史，主要呈現出間歇性大量先兆（herald bleeding）腸胃道出血，經診斷為原發性主動脈空腸瘻管，經由外科手術重建主動脈瘻管處之罕見病例報告。吾人藉由此病例報告與文獻回顧，對於原發性主動脈空腸瘻管臨床表現、診斷、處置與預後做一簡短介紹。

病例報告:

李XX，31歲女性，到本院急診部主訴最近4周來因為間歇性大量血便曾到區域醫院住院，住院期間醫師曾懷疑是上消化道出血，但因為無法確定病因在一次大量血便後轉診至本院急診求診。在本院急診部經由初步檢查發現病人血壓正常（120/76 mmHg）但有心跳加速（86下/每分鐘）情形，上腹部壓痛感，實驗室檢查發現血色素為10.6 mg/dL，病人因而住院進一步檢查與治療。病人於住院期間後續發生三次的間歇性大量先兆腸胃道出血，而胃十二指腸鏡、雙氣囊小腸鏡（double balloon enteroscopy）與大腸鏡檢查只發現胃竇部有潰瘍，迴腸血管異常增生（angiodysplasia）與大量血塊位於大腸部位外，並未發現有明顯出血病灶。在最後一次大量腸胃道出血後，接受腹部電腦斷層血管攝影檢查。腹部電腦斷層血管攝影檢查發現有噴射狀血管內顯影劑由下腸繫膜動脈上方之降主動脈滲出與1公分大小的假性動脈瘤（pseudoaneurysm）存在（圖一）。



圖一：血管顯影腹部電腦斷層攝影發現噴射狀血管內顯影劑由降主動脈滲出與1公分大小的假性動脈瘤（箭頭處）。

病人因此接受剖腹探查手術，於施行剖腹探查手術前經由病人左股動脈（left femoral artery）放置CODA®氣囊以暫時止住主動脈出血。於手術中，吾人發現空腸與主動脈發生沾黏處，心臟血管外科醫師將沾黏處的近端與遠端主動脈分離後以血管夾夾住後，找出主動脈與空腸瘻管處，分離出主動脈穿孔處（圖二）。經由Dacron graft進行主動脈穿孔處原位縫合（圖三），並在後腹腔進行清創與使用生理食鹽水沖洗以減少graft感染之可能性。除了輕微發燒外，病人術後恢復狀況良

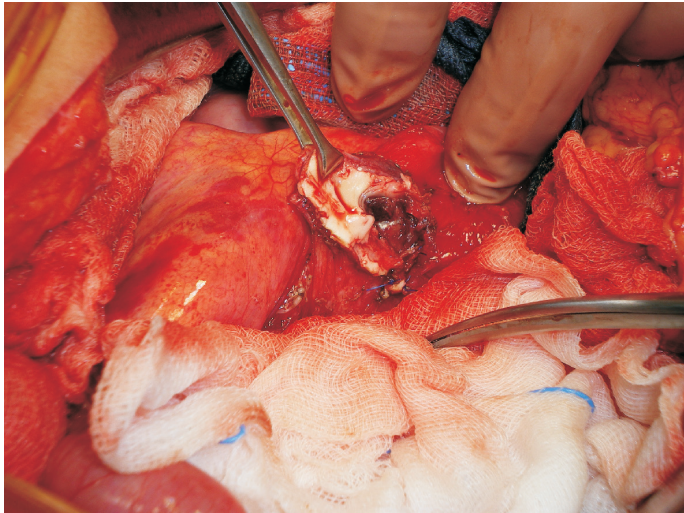
好，於術後十二天順利出院，病患於術後3個月接受腹部電腦斷層血管攝影追蹤檢查，證實主動脈手術處呈現正常形態（圖四）。

討論：

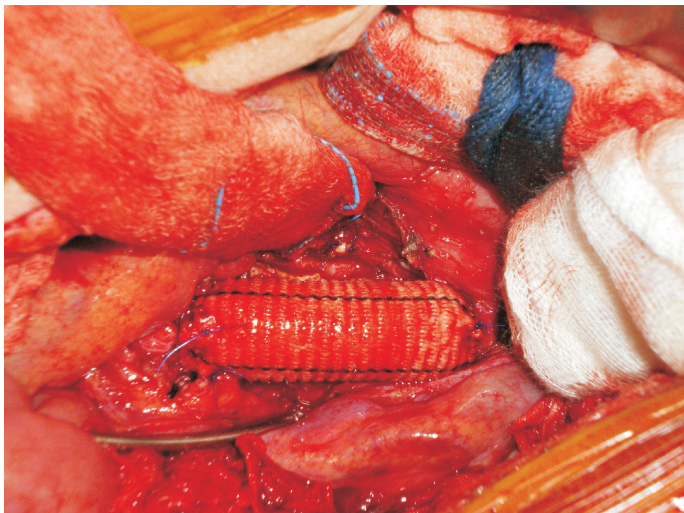
主動脈腸道瘻管是相當少見但致命的疾病。此疾患之病因不明，一般分為原發性與次發性，未經治療的腹部主動脈瘤常是併發此疾患的原因。次發性主動脈腸道瘻管常源自於先前主動脈重建手術的晚期合併症。最常發生瘻管的位置在

十二指腸第三部位，然而胃、空腸、回腸與結腸都是可能產生瘻管的位置。急診部的醫師通常是最常先接觸到此類病患的醫師，因此若遇到病患有三合一徵候與症狀包括腹痛、腸胃道出血與腹部可觸摸具有脈搏的腫塊時應特別留意，但由於三合一徵候與症狀的非特異性與約僅23%病人呈現三合一徵候，更增加診斷之困難度。胃十二指腸鏡是診斷上消化道出血最重要的工具，因此當病人懷疑有此疾患時，應即早施行胃十二指腸鏡。另外，由於主動脈腸道瘻管最常發生於十二指腸第三部位，因此儘可能將胃十二指腸鏡伸到最深處將較有機會可以正確診斷主動脈腸道瘻管。

近年來，由於影像醫學的效益與進展，以血管顯影劑造影之腹部電腦斷層已經成為正確診斷主動脈腸道瘻管的重要工具，典型之影像學發現如下：1) 主動脈與身體臟器的不正常連結；2) 主動脈內或旁存有異位氣體 (ectopic gas)；3) 後腹腔或腸道或腸壁之相關血塊。血管顯影劑造影之腹部電腦斷層能夠辨別出主動脈之假性動脈瘤存在與相關



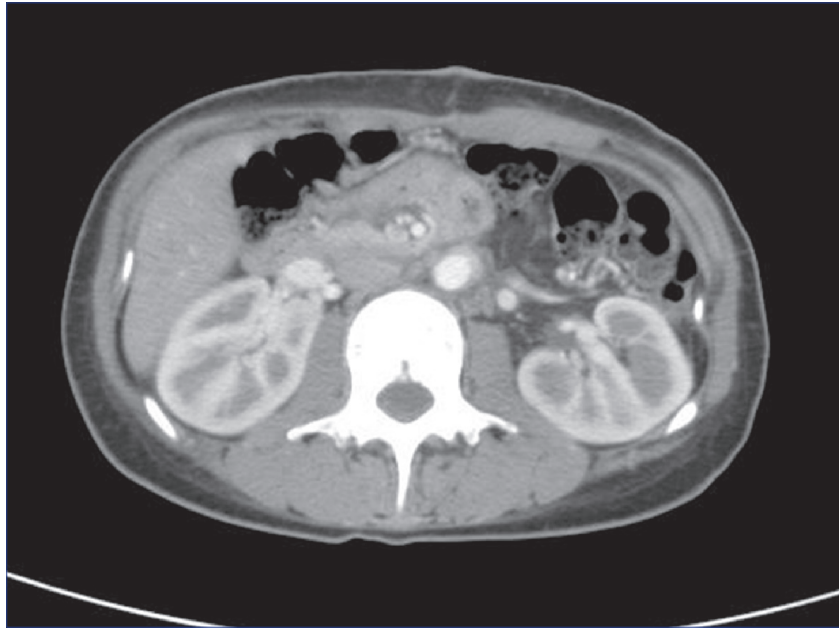
圖二：於手術當時將沾黏處的近端與遠端主動脈分離，找出主動脈穿孔處。



圖三：手術當時使用Dacron graft進行主動脈穿孔處原位縫合。

位置，並能發現主動脈內血管顯影劑滲出到腸腔之影像。一般而言，此疾病之常因診斷延遲而導致即使手術介入但成果不佳。我們的病患在所有之內視鏡檢查都無法證實病因，所幸及早經由影像醫學部醫師施行血管顯影腹部電腦斷層攝影而正確診斷此疾病，並在胃腸及一般外科與心臟血管外科醫師共同合作

下立即採取手術處置，而能盡快治癒此疾病，實為多科共同診治病人的最佳證明。而主動脈腸道瘻管主要仍需要依照手術當時的發現，真正病因與病人當時狀況做最佳之手術方式選擇。



總結，主動脈腸道瘻管

圖四：術後3個月追蹤，病患接受腹部電腦斷層血管攝影檢查，證實主動脈呈現正常形態。

是一個相當罕見且容易被忽略而導致無法適時正確診斷的疾病，病人之前若有主動脈瘤病史或曾接受過主動脈重建手術，就應該特別注意是否是主動脈腸道瘻管。當懷疑此疾患時，血管顯影腹部電腦斷層攝影應盡快安排，惟有早期正確診斷與儘速的外科手術治療才是臨床上治癒此疾患的最佳之道。

參考文獻：

1. Shree D, Jeppu S, Puneet P, et al. Computed tomography diagnosis of a primary aortoduodenal fistula in a patient with a partially thrombosed abdominal aortic aneurysm. *Jpn J Radiol* 2010;28:534-7
2. Kim JY, Kim YW, Kim CJ, et al. Successful surgical treatment of aortoenteric fistula. *J Korean Med Sci* 2007;22:846-50.

3. Champion MC, Sullivan SN, Coles JC, et al. Aortoenteric fistula. Incidence, presentation recognition, and management. *Ann Surg* 1982;195:314-7.
4. Elliot JP, Smith RF, Szilagyi DE. Aortoenteric and para-prosthetic-enteric fistulae. Problems of diagnosis and management. *Arch Surg* 1974;108:470-90.
5. Vu QD, Menias CO, Bhalla S, et al. Aortoenteric fistulas: CT features and potential mimics. *Radiographics*. 2009;29:197-209.
6. Roux JP, Koussa MA, Envain D, et al. Primary aorto-digestive fistulas. Four cases and review of the literature. *J Mal Vasc* 1993;18:119-25.
7. Lawlor DK, DeRose G, Harris KA, et al. Primary aorto/iliac-enteric fistula-report of 6 new cases. *Vasc Endovascular Surg* 2004;38:281-6.