



**Rycina 8.5** Obraz zespolenia krezkowo-czczeo penetrującego do światła dwunastnicy u pacjenta z nawracającymi epizodami ostrego krwawieniem z GOPP, 27 lat po zabiegu operacyjnym z powodu nadciśnienia wrotnego.

le częstsze są wtórne przetoki aortalno-dwunastnicze. Z kolei pierwotne przetoki aortalno-dwunastnicze najczęściej wywoływane są tętniakami aorty brzusznej występującymi poniżej poziomu odejścia tętnic nerkowych. Istnieją też doniesienia o innych przyczynach, takich jak nowotwory pierwotne lub przerzuty, połknięte ciała obce perforujące do światła przylegających dużych naczyń krwionośnych, radioterapia, zapalenie uchyłków jelita grubego lub perforacja wrzodu trawiennego [42]. Ok. 3/4 wszystkich przetok pomiędzy aortą a przewodem pokarmowym dotyczy dwunastnicy, zwłaszcza jej części horyzontalnej. W niektórych sytuacjach może dojść do powstania przetoki dwunastniczo-czczej, w tym wskutek połknięcia ości ryby i jako powikłanie pooperacyjne; dotychczas opisano w literaturze ok. 40 takich przypadków [43]. Krwawienie z przewodu pokarmowego mogą także wywołać przetoki do by-passów lub protez naczyniowych, na przykład do zespolenia krezkowo-czczeo (ryc. 8.5). W przypadku podejrzenia przetoki naczyniowo-jelitowej wskazane jest wczesne wykonanie tomografii komputerowej z kontrastem raczej niż badania endoskopowego, które charakteryzuje się gorszą wykrywalnością tego typu zmian. Mimo to endoskopia jest istotna w wykluczeniu innych przyczyn ostrego krwawienia z przewodu pokarmowego [44]. Bez interwencji chirurgicznej ogólna śmiertelność w krwawieniu z przetoki naczyniowo-jelitowej sięga prawie 100%. Metodą z wyboru u większości pacjentów jest laparotomia. Wewnątrznaczyniowe leczenie tętniaków aorty (EVAR, *endovascular aortic repair*) stanowi alternatywę dla pacjentów z obciążeniami i może być stosowane jako etap przejściowy przed ostatecznym zabiegiem [42, 45, 46].