

## Safra taşı ileusu: Olgu sunumu

Gallstone ileus: Case report

Behlül BAYDAR<sup>1</sup>, Selda YILDIZ<sup>2</sup>, İlter ÖZER<sup>1</sup>, Aslı ONAY<sup>2</sup>, Cüneyt KAYAALP<sup>1</sup>, Canbek SEVEN<sup>1</sup>

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği<sup>1</sup>, Radyodiagnostik Bölümü<sup>2</sup>, Ankara

Safra taşı ileusu, safra taşının nadir ve alışılmadık bir komplikasyonudur. Yetmiş yaşında erkek hasta kliniğimize karın ağrısı, şişkinlik ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Anemnez ve tetkiklerinde safra taşı ileusu tespit edilen hastaya enterolitotomi yapıldı. Bu sunumda, girişimimiz ile literatürdeki uygun cerrahi işlemler ile ilgili bilgi verildi.

**Anahtar sözcükler:** Kolesistoenterik fistül, safra taşı ileusu, kolelitiazis, barsak obstrüksiyonu

Gallstone ileus is a rare and peculiar complication of biliary stone. A 70-year-old male patient admitted to our clinic with abdominal pain, distension and vomiting. Gallstone ileus was diagnosed based on the history and laboratory analysis, and enterolithotomy was applied. In this report, our approach and appropriate surgical procedures in the literature are discussed.

**Key words:** Cholecystoenteric fistula, gallstone ileus, cholelithiasis, intestinal obstruction

### GİRİŞ

Safra taşı ileusu, ilk olarak 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır ve ince barsak obstrüksiyonlarının nadir bir sebebidir (1-3). Kolelitiazisin bir komplikasyonudur (4). Tüm intestinal obstrüksiyonların sadece %1-4'ünde rastlanırken, 65 yaş üzeri hasta grubunda ince barsakta non-strangüle obstrüksiyonların %25'ini oluşturur (1, 5, 6). İleri yaş, yandaş hastalıklar, sıvı ve elektrolit dengesizliği ve tanıda gecikme nedeniyle, %12-18 gibi bir oranla oldukça mortal seyreder (1, 2, 5). Kadınlarda, safra taşlarının daha sık görülmesi nedeniyle, safra taşı ileusu izlenme oranı daha yüksektir (7-9). Kadın erkek oranı 1-1.9:1'dir (7). İntestinal obstrüksiyon, taş 2.5 cm ve üzerinde ise izlenir (4, 10).

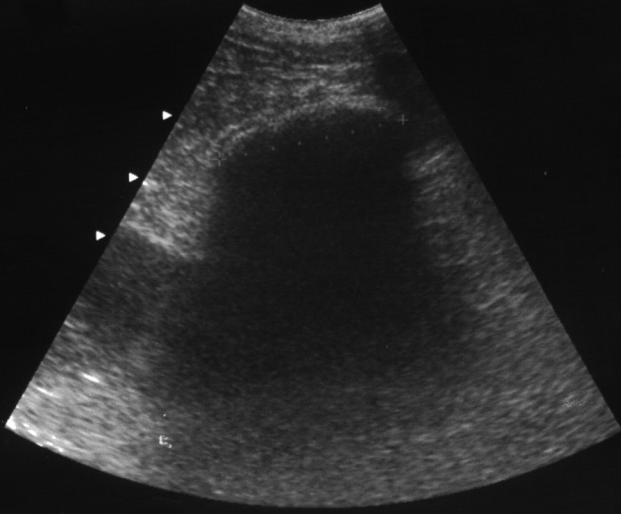
Bu sunumda, safra taşı ileusu ile karşılaştığımız bir hastaya yaklaşımımız ve son literatür bilgileri irdelenmiştir.

### OLGU

Yetmiş yaşında erkek hasta Haziran 2003 tarihinde şiddetli sağ üst kadranda ağrısı nedeni ile başka bir merkezde yatırılarak, yapılan incelemelerinde safra kesesinde taş olduğu söylenmiş ve medikal tedavi verilmiş. Hasta, 6 gün hastanede kaldıktan sonra ameliyat olmayı reddederek kendi isteğiyle taburcu edilmiş. Ocak 2004 tarihinde aniden

karın bölgesinde kuşak tarzı bir ağrısı olmuş, 5-6 gün sürmüş ve kendiliğinden geçmiştir. İki gün sonra başlayan karın ağrısı, 6 gün boyunca kusma ile birlikte devam etmiş. Şubat 2004 sonunda karında şişkinlik, bulantı ve ağrı şikayetiyle hastanemize başvurdu ve ileus ön tanısı ile yatırılarak incelemeye alındı.

Kırkbeş yıl boyunca 2 günde bir, ortalama 1 paket sigara hikayesi mevcut. Fizik muayenesinde genel durumu orta olan hastanın dinlemekle barsak sesleri hiperaktif ve dilate izlenimi vermekte. Ayrıca batında distansiyonu da bulunan hastanın yapılan tetkiklerinde, ayakta direkt karın grafisinde ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyeleri tespit edildi. Hasta yatırıldığında üre değeri 127 mg/dL ve idrar çıkışı azdı ve 2 gün boyunca da hidrasyona rağmen üre değeri artmaya devam ederek 205 mg/dL'ye, potasyum değeri 5.9 mmol/L'ye yükseldi. Glukoz imbalansı da gelişen hastada lökosit değeri 11.000 /mm<sup>3</sup> olarak tespit edildi. Yapılan abdominal ultrasonografide intrahepatik safra yolları havalıydı, koledok net olarak izlenemedi. Safra kesesi izlenemedi, ancak bu lokalizasyonda yaklaşık 3x2 cm boyutunda heterojen ekojenite ve 1 cm boyutlu taş ekosu alındı. Mide, duodenum ve proksimal ince barsaklar dilate, distal jejunum, proksimal ileum hizasında geniş barsak segmenti içinde gölge veren 4.5



**Resim 1.** Dilate barsak içinde taş ekosu

cm'lik taş ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1). Daha önce safra kesesinde taş varlığı ve safra yollarında hava bulunması nedeniyle, hastada bili-oenterik fistül ve safra taşı ileusu düşünüldü. Hastaya suda eriyen opak madde ile ince barsak pasaj grafisi çekildi. Rapora göre, midenin ileri derecede dilate olduğu, intrahepatik safra yollarında hava ve safra kesesi lokalizasyonuna uyan kesimde 4x2 cm boyutunda düzensiz konturlu opasite bulunduğu izlendi (Resim 2). Proksimal ve

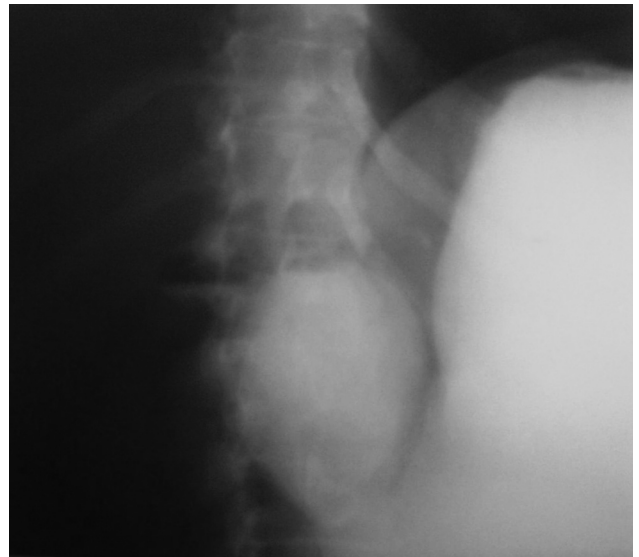


**Resim 2.** Ayakta direkt batın grafisinde intrahepatik safra yollarında hava ve safra kesesi lokalizasyonunda 4x2 cm boyutunda opasite

orta kesim jejenum anslarının en geniş yerinin 4.5 cm olmak üzere geniş olduğu, ve jejenum orta kesiminde yaklaşık olarak 6.5x4 cm boyutlarına, düzgün konturlu dolma defekti oluşturan lezyon bulunduğu (Resim 3), ayrıca duodenum I.



**Resim 3.** Kontrastlı ince barsak grafisinde taş gölgesi

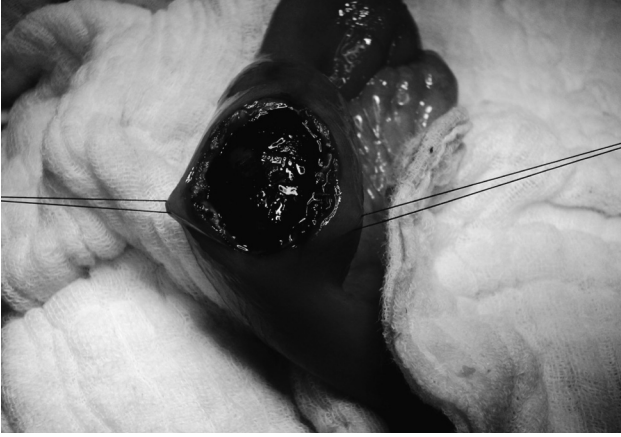


**Resim 4.** İçinde hava sıvı seviyesi bulunan kolesistoduodenal fistül ile uyumlu bulunan görünüm

kısından sağ laterale uzanım gösteren, içinde hava-sıvı seviyesinin izlendiği yaklaşık olarak 4x2 cm uzunluğunda, boynu dar dolma fazlalığı rapor edildi (Resim 4). Hasta safra taşı ileusu tanısı ile ameliyata alındı. Ameliyatta Treitz ligamanından itibaren ince barsakların 150 cm distale kadar dilate ve ödemli olduğu ve bu seviyede barsak lümeninde yaklaşık 6 cm büyüklüğünde, yumurta şeklinde taş olduğu izlendi (Resim 5).



**Resim 5.** İleusa neden olan lümeninde taş görüntüsü



**Resim 6.** İnce barsak lümenini tamamen tıkayan safra taşı

Taş elle ezilmeye ve ilerletilmeye çalışıldı, ancak çok sert ve büyük olması nedeniyle ilerletilemedi, enterotomiye karar verildi. Yapılan enterotomiden taş çıkarılarak, ince barsak primer olarak onarıldı (Resim 6 ve 7). İntraoperatif değerlendirmede barsaklarda başka bir intraluminal taş tespit edilmedi. Kolesistektomi ve fistül trakti eksizyonu yapıldı. Ameliyat sonrasında nazogastrik yerinde bırakılarak dekompresyon sağlandı.



**Resim 7.** Safra taşının makroskobik görüntüsü

Hasta hidrate edildi, üre değerleri normale yaklaştı, potasyum seviyesi normale döndü, gaz ve gayta dışarı oldu ve hasta ameliyat sonrası 6. günde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Taburcu sonrası yapılan kontrolünde, yara bölgesinden minimal seröz akıntı tespit edilen hastaya, sadece yara bakımı yapıldı. Bir aylık takibinde, hastada tekrarlayan şikayetlere rastlanmadı.

## TARTIŞMA

Safra taşına bağlı barsak obstrüksiyonu, tanıda klinik bir antitedir. Diğer patolojik antiteler daha önce düşünüldüğünden eldeki çalışmaların tanı değeri düşüktür. Anemnez, klinik bulgular ve laboratuvar spesifik değildir (7, 8). Semptomların ortaya çıkmasında geçen ortalama süre 2.3-7.2 gündür (2, 7, 8, 11) ve daha sonraki ortalama 2.5-4.5 günde de cerrahi tedavi yapılır (7, 8).

Olguda anemnez, safra taşı varlığını gösteriyordu. Hastanın daha önceden geçirmiş olduğu şiddetli kolesistit atağı nedeniyle operasyon önerilmesi, ancak kabul etmemesi, daha sonra da ileus şikayetiyle başvurması safra taşı ileusunu düşündürmektedir. Ayrıca radyolojik olarak yapılan tetkiklerinde, suda erir opakla çekilen ince barsak grafisinde de taşa ait görüntü izlenebilmiştir. Batın ultrasonografisi ise ileus yapan kitleyi tanımlamış, fistülün yerini gösterememiş, ancak fistül varlığını bildiren safra yollarında hava bulgusunu tanımlamıştır.

Safra taşı ileusuna benzer bir sorun, barsak taşları veya bezoarların oluşturduğu barsak tıkanmalarıdır. Bezoarlar barsak lümeni içinde şekillenirler, oysa barsak taşları genellikle divertiküller içinde özellikle duodenum veya nadiren jejunumda oluşurlar (12).

Safra taşı ileusunda radyolojik olarak ince barsakta ileus, pnömobilite ve ektopik safra taşı izlenebilir (13). Pnömobilite'ye radyolojik bulgulara %30-40 oranında rastlanır (4, 10). Genellikle konvansiyonel ve radyolojik metodlarla kolesistoduodenal fistül bulgularına rastlanmaz (13).

Way, 1950 ve 1985 yılları arasında yayınlanmış, toplam 1061 olgudan oluşan, 67 makalenin taranması sonucunda, safra taşının yerleşim yerini 913 olguda tanımlamış ve bu oranları %64 terminal ileumda, %23 proksimal ileum ve jejunumda, %4 kolonda, %1 midede olarak yayınlamıştır (14). Bu çalışmadaki yüzdeler benzer oranlar başka çalışmalarda da bildirilmiştir (8, 9). Yüzde 16 olguda, birden fazla taş bulunmuştur. Yüzde 68 ile kolesistoduodenal fistül en sık rastlanan olurken, kolosistokolonik fistüle %5, kolesistoduodenokolik fistüle %5 oranında rastlanmıştır (8).

Olguda tek safra taşı, kolesistoduodenal fistülden barsağa geçmiş ve proksimal ileumda obstrüksiyon yapmıştı. İnce barsakların ödemli ve frajil olması nedeniyle taşın ezilmesi genellikle pek mümkün olmadığından ve daha küçük boyuttaki taşların da ince barsak lümeni boyunca ilerletilerek çıkarılmaya çalışılması ileoçekal valvde takılmaya neden olacağından, bu şekilde bir tedavi literatürde olsa da bu yöntem önerilmemektedir. Bu şekilde uygulama, frajil barsak duvarında da travmaya neden olmaktadır (8).

Tedavi seçenekleri arasında enterolitotomi, tek evreli cerrahi (taş çıkarımı, kolesistektomi, fistül traktı eksizyonu) ve iki evreli cerrahi (enterolitotomi ve biliyer trakt cerrahisi) sayılabilir (8, 11). Ayrıca laparoskopik tanı ve tedavi de uygulanabilir bir yöntemdir (2, 5, 8).

Safra taşı ileusunda obstrüksiyonun giderilmesi tedavinin esasını oluşturur, acil tedavide tek ve iki evreli cerrahi stratejiyi karşılaştıran çalışmalar her iki işlemin de sıfır mortaliteyle güvenli yapılabileceğini belirtmektedir (11). Ancak genel anlamda literatüre bakıldığında, tek evreli tedavide mortalite bazı çalışmalarda %19'a kadar çıkabilirken, iki evreli operasyonlarda mortalite hiç izlenemeyebilmektedir (7, 8). İleri yaşta sık rastlanan bir patoloji olması nedeniyle bazı yazarlar iki evreli operasyonlarda da mortalite oranları bildirmişler ve sadece enterolitotomi yapılarak sorunun giderilmesinin de uygun bir tedavi olabileceğini belirtmişlerdir (1, 3, 5, 8, 11).

Safra taşı ileusu nüks oranı %5-9 arasında değişir. Semptomatik safra yolları hastalığı olan ve tedavi edilmemiş hastalarda akut kolesistit, kolanjit ve olası safra kesesi kanseri gelişebilir. Kolesistointerik fistüllü hastaların %15'inde safra kesesi kanseri geliştiği bildirilmiştir (12). Safra kesesi karsinomu, obstrüksiyon yapan taş çıkarıldıktan 5-16 yıl sonra gelişebilir (13).

Hastaların yaklaşık üçte birinde muhtemelen taş çıkarmak için tıkalı barsağın açılmasına bağlı olarak yara yeri enfeksiyonu gelişir (12).

Biz tedavi seçeneği olarak, hastaların yaşı, yandaş hastalıkları ve tanıda gecikmeleri nedeniyle enterolitotomi tercih ettik. Ancak düşük riskli hastalarda ve tekrarlayan semptomlar varlığında, yine elektif şartlar altında, fistül onarımı ve kolesistektomi önerilebilir.

Sonuç olarak, safra taşı ileusunun, morbidite ve mortalite açısından oldukça yüksek seyredebilmesi nedeniyle, ileusun tanınması antiteleri içinde bulunması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Doko M, Zovak M, Kopljar M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27: 400-4.
2. Allen JW, McCurry T, Rivas H, Cacchione RN. Totally laparoscopic management of gallstone ileus. *Surg Endosc* 2003; 17: 352.
3. Sapula R, Skibinski W. Gallstone ileus as a complication of cholelithiasis. *Surg Endosc* 2002; 16: 360.
4. Way LW. *Surgical diagnosis and treatment. Biliary tract. Current. 10th edition; Appleton and Lange* 1994: 553-4.
5. Agresta F, Bedin N. Gallstone ileus as a complication of acute cholecystitis. *Laparoscopic diagnosis and treatment. Surg Endosc* 2002; 16: 1637.
6. Rodriguez-San Juan JC, Casado F, Fernandez MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1997; 84: 634.
7. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, et al. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am J Surg*. 1980; 140: 437-40.
8. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg*. 1990; 77: 737-42.
9. Elamyal R, Kapala A, Zegarski W. Case Report Obstruction of the Small Intestine by a Large Gallstone. *Kuwait Medical Journal* 2002, 34: 306-307.
10. Yamada T, Alpers DH, Owyang C, et al. *Textbook of gastroenterology. Diseases of the biliary tree-Biliary fistula. JB Lippincott Company; 1991: 2013.*
11. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J*. 2004; 45: 69-72.
12. Nahrwold DL. Gallstone ileus. In: Cameron JL, ed. *Cameron. 6th ed. Baltimore: Mosby; 1998: 438-40.*

BAYDAR ve ark.

13. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, et al. Principles of surgery. Gallbladder and extrahepatic system. McGraw Hill; 1999: 1450-2.
14. Way LW, Pellegrini CA. Gallstone ileus. In: Way LW, ed. Surgery of gallbladder and bile duct. Philadelphia: WB saunders Co.; 1987: 275-82.