

Olgu Sunumu

Safra Taşı İleusu: Olgu Sunumu

Gallstone Ileus: Case Presentation

Dr. Metin ESER* Dr. Ahmet GÜRER* Dr. İbrahim KILINÇ* Dr. Gülten KIYAK* Dr. Gürkan DUMLU* Dr. Bülent DEMİRBAŞ*

*Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Özet

Safra taşı ileusu ince bağırsak obstrüksiyonlarının nadir bir nedenidir. Kliniğimize karın ağrısı, bulantı ve gaz-gaita çıkaramama şikayeti ile başvuran 66 ve 64 yaşlarında iki hasta akut batın öntanısı ile operasyona alındı. Her iki olguda da intraoperatif safra taşı ileusu tespit edilip enterolitotomi ile taş çıkarıldı. Hastalar postoperatif bakımlarını takiben taburcu edildi. Olguların yapılan takiplerinde litotomi ile yetinilip ek bir cerrahi girişim düşünülmedi. Bu sunumda, yaptığımız cerrahi tedavi ve literatürdeki tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verildi.

Anahtar kelimeler: Safra taşı ileusu, ince bağırsak obstrüksiyonu, enterolitotomi

Abstract

Gallstone ileus is a rare cause of small bowel obstruction. Two patients aged 64 and 66 presented with abdominal pain, nausea and constipation applied to our hospital and were taken to operation with acute abdomen prediagnosis. In both cases, gallstone ileus was detected intraoperatively and the stone was removed by enterolithotomy. The patients were discharged from the hospital after postoperative care. Finding that lithotomy was enough, any new surgical treatment was not considered during postoperative monitoring. In this case report, we presented the surgical treatment and other treatment choices of gallstone ileus in two patients and discussed the cases with respect to the literature

Keywords: Gallstone ileus, small bowel obstruction, enterolithotomy

Giriş

Safra taşı ileusu, safra kesesi taşının bir komplikasyonu olup, ilk olarak 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır^{1,2}. Safra kesesi veya safra yolları ile duodenum, mide ya da kolon arasında meydana gelen fistüle bağlı olarak safra taşlarının intestinal sisteme geçmesi ve obstrüksiyona neden olması ile oluşur^{3,4}. Obstrüksiyon genellikle terminal ileumda (%70), daha az sıklıkla proksimal ileum, jejunum, kolon ve duodenumda meydana gelmektedir⁵.

Tüm intestinal obstrüksiyonların sadece %1-4'ünde rastlanırken, 65 yaş üzeri hasta grubunda ince bağırsakta nonstranğüle obstrüksiyonların %25'ini oluşturur^{1,6,7}. Görülme sıklığına göre fistül lokalizasyonları kolesistoduodenal (%76), kolesistokolik (%11), kolesistogastrik (%6), koledokoduodenal (%4), kolesistokoledokal (%3)'dir. Safra taşı ileusu tüm kolelitiazis olgularının %0,3- 0,5'inde görülür^{3,8}. İleri yaş, yandaş hastalıklar, sıvı ve elektrolit dengesizliği ve tanıda gecikme nedeniyle, %12- 18 gibi bir oranla oldukça mortal seyreder^{1,6}. Ka-

dınlarda safra taşlarının daha sık görülmesi nedeniyle, safra taşı ileusu izlenme oranı daha yüksektir^{4,9,10}. Kadın erkek oranı 1-1.9:1'dir⁴. İntestinal obstrüksiyon, taş 2,5 cm ve üzerinde ise izlenir^{2,11}. Bilioenterik fistül nedeni ile intestinal sisteme geçen safra taşlarının %80'i sorun oluşturmadan dışarı atılır⁴. Tanıda konvansiyonel düz grafiler, ultrasonografi, tomografi, gastroskopi ve kontrastlı üst gastrointestinal inceleme yöntemleri kullanılır⁹. Bu çalışmada, intraoperatif safra taşı ileusu tanısı koyduğumuz olguya tedavi yaklaşımımız ve literatür bilgileri irdelenmiştir.

Olgu 1

Altmışaltı yaşında bayan hasta son beş gündür olan karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz -gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servise başvurdu. Öncesinde benzer şikayetleri ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın hipertansiyon ve diyabet hastalığı mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu orta olan hastanın abdominal distansiyonu mevcut olup, bağırsak sesleri hiperaktif idi. Tüm kadranda hassasiyet defans ve rebaund mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde ayakta direk karın grafisinde, ince bağırsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Beyaz küre 8400 ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Hasta ileus tanısı ile laparotomi kararı alındı. Ameliyatta batın içi 500 cc ince bağırsak içeriği aspire edildi. Treitz ligamanından 120 cm distalde lümene impakte olmuş 3*4 cm taş olduğu ve incebağırsak içeriğinin geçişine izin vermediği görüldü. Enterotomi kararı alındı. Enterotomi ile taş çıkarılıp bağırsak primer olarak tamir edildi. Hastanın genel durumu uygun olmadığı, aynı zamanda dokular ödemli ve frajil olduğu için, kolesistoduodenal fistüle ve safra kesesine müdahale edilmeme kararı alındı. Postoperatif komplikasyonu olmayan hastaya intravenöz mayi + antibiyoterapi başlandı. Postoperatif 5. gün rejim başlanan hasta 9. gün ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Bir yıllık takiplerinde şikayeti olmayan hastaya yaşı ve ek hastalıkları göz önünde bulundurularak fistülotomi ve kolesistektomi planlanmadı.

Olgu 2

Altmışdört yaşında erkek hasta kliniğimize son 2 gündür karın ağrısı bulantı, kusma ve gaz-gaita çıkaramama şikayeti ile başvurdu. Tıbbi özgeçmişinde benzer şikayetleri ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastada diyabet hastalığı mevcut olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu orta olan hastanın, bağırsak sesleri hipoaktif idi. Tüm kadranda özellikle de batın sağ alt kadranda hassasiyet defans ve rebaund mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde ayakta direk karın grafisinde ince bağırsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Beyaz küre 10.9 K/uL ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Hasta akut batın (akut apendisit) öntanısı ile laparotomi kararı alındı. Ameliyatta Mc-Burney insizyonla batına girildi. Eksplorasyonda apendikte patoloji görülmedi. İnce bağırsakların eks-

plorasyonunda treitz ligamanından itibaren yaklaşık 100 cm'lik segmentte 3*4 cm boyutlarında taş ile uyumlu olabilecek kitle saptandı ve enterotomi kararı alındı. Enterolitotomide yaklaşık safra kesesi kaynaklı olduğu düşünülen taş çıkarıldı (Resim 1). Hastanın genel durumu ve yaşı göz önünde bulundurularak operasyona son verildi. Postoperatif komplikasyonu olmayan hastaya intravenöz mayi + antibiyoterapi başlandı. Postoperatif 4. gün rejim başlanan hasta 7. gün ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Bir yıllık takiplerinde şikayeti olmayan hastaya yaşı ve ek hastalıkları göz önünde bulundurularak fistülotomi ve kolesistektomi planlanmadı.

Tartışma

Safra taşına bağlı mekanik intestinal obstrüksiyonlar nadir görülmekte olup tüm mekanik intestinal obstrüksiyonların %2'sini oluşturur. Daha çok ileri yaştaki hastalarda görülmektedir^{12,13}. Obstrüksiyona neden olan diğer etmenlerin öncelikle düşünülmesi, ayrıca spesifik klinik ve laboratuvar bulguları olmadığından, ameliyat öncesi tanı konması güçtür^{4,9}. Hastaların yarısından fazlasında kardiyak hastalık, diyabet veya obezite gibi yandaş hastalıklar eşlik ettiği için mortalite ve morbiditesi yüksektir^{3,12}. Safra taşı ileusunda radyolojik olarak ince bağırsaklarda obstrüksiyon ile uyumlu hava sıvı seviyeleri gözlenir ancak pnömobilite ve ektopik yerleşimli safra taşı gibi etyolojik nedene yönelik bulgular genellikle bulunmaz¹⁴. Pnömobilite'ye radyolojik bulgularda %30-40 oranında rastlanır^{2,11}. Genellikle konvansiyonel ve radyolojik yöntemlerle kolesistoduodenal fistül bulgularına rastlanmaz¹⁴. 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 yayınlamıştır¹⁵. Fistülün lokalizasyonu %68 ile en sık kolesistoduodenal olurken, %5 kolosistokolonik ve %5 kolesistoduodenal yerleşimlidir⁹.

Bizim olgumuzda ise, incebağırsak obstrüksiyonunun nedenine yönlendirecek bir bulgu yoktu. Ultrasonografi safra taşı varlığını göstermiyordu. Ayakta direk batın grafisinde incebağırsak obstrüksiyonunu düşündürecek bulgular dışında pnömobilite ve safra taşı yoktu. Laparatomide safra kesesi taşının, kolesistoduodenal fistülden bağırsağa geçmiş ve treitz ligamanının 120 cm distalinde obstrüksiyon yapmış olduğu tespit edildi.

Safra taşı ileusunda laparotomide saptanan safra taşının naderde olsa distale doğru hareket edebileceği ve bu yolla anüsten çıkarılabileceği bildirilmiştir⁶. Genellikle ince bağırsakların ödemli ve frajil olması nedeniyle taşın ezilmesi pek mümkün olmadığından ve taşların da ince bağırsak lümeni boyunca ilerletilerek çıkarılmaya çalışılması ileçekal valvde takılmaya neden olacağından, bu tedavi önerilmemektedir. Bu şekilde

uygulama, fragil bağırsak duvarında da travmaya neden olmaktadır⁹. Tedavi seçenekleri arasında tek evrede enterolitotomi, kolesistektomi, fistül traktı eksizyonu yapılabileceği gibi, bunlardan kolesistektomi ve fistül traktı eksizyonunun ayrı bir evreye bırakılarak tamamlanması şeklinde olan iki evreli cerrahi tedavi uygulamaları vardır^{9,17}. Ayrıca laparoskopik tanı ve tedavi de uygulanabilir bir yöntemdir^{6,9}. Safra taşı ileusunda obstrüksiyonun giderilmesi tedavinin esas amacını oluşturur, acil tedavide tek ve iki evreli cerrahi stratejiyi karşılaştıran çalışmalar her iki işlemin de sıfır mortaliteyle güvenli yapılabileceğini belirtmektedir¹⁷. Ancak genel anlamda literatüre bakıldığında, tek evreli tedavide mortalite bazı çalışmalarda %19'a kadar çıkabilirken, iki evreli operasyonlarda mortalite hiç izlenemebilmektedir^{4,9}. Ancak hastaların genellikle ileri yaşta ve ek hastalıkları olması nedeniyle bazı yazarlar iki evreli operasyonlarda da mortalite oranları bildirmişler ve sadece enterolitotomi yapılarak sorunun giderilmesinin de uygun bir tedavi olabileceğini belirtmişlerdir^{1,6,9,17}. Biz de olgumuzda hastanın yaşını, ek hastalıklarını, klinik durumunu göz önünde bulundurarak sadece enterolitotomi yaptık. Takiplerinde şikayeti olmayan hastaya kolesistektomi ve fistül traktı eksizyonu planlamadık. Ancak düşük riskli ve semptomatik hastalarda elektif şartlarda fistül onarımı ve kolesistektomi önerilebilir.

Sonuç

İncebağırsak obstrüksiyon bulguları ile başvuran ve geçirilmiş batin ameliyatı olmayan ileri yaştaki hastalarda safra taşı ileusu da öntanıda akılda bulundurulmalıdır. Bu olguların tedavisinde tek veya iki cerrahi seansta enterolitotomi, fistül onarımı ve kolesistektomi yapılabileceği gibi ileri yaşta ve yandaş hastalığı olan hastalarda enterolitotomi yeterli olabilir.



Resim-1. Enterolitotomi esnasında taşın görünümü

1. Doko M, Zovak M, Kopljar M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27(4): 400-404.
2. Way LW. Surgical diagnosis and treatment. Biliary tract. Current. 10th edition; Appleton and Lange 1994: 553-554.
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60(6): 441-446.
4. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, et al. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the japans literature. *Am J Surg* 1980; 140(3):437-440
5. Khaira HS, Thomas DR. Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula. *Br J Surg* 1994; 81(5): 723.
6. Agresta F, Bedin N. Gallstone ileus as a complication of acute cholecystitis. Laparoscopic diagnosis and treatment. *Surg Endosc* 2002; 16(11): 1637-1641.
7. 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(5): 634-637.
8. Cooper SG, Sherman SB, Steinhardt JE, Wilson JM, Richman AH. Bouveret's syndrome : Diagnostic considerations. *JAMA* 1987; 258(2): 226-228
9. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77(7): 737-742.
10. Elamyal R, Kapala A, Zegarski W. Case Report Obstruction of the Small Intestine by a Large Gallstone. *Kuwait Medical Journal* 2002, 34(4): 306-307.
11. Yamada T, Alpers DH, Owyang C, et al. Textbook of gastroenterology. Diseases of the biliary tree-Biliary fistula. JB Lippincott Company; 1991: 2013.
12. Nakamoto Y, Saga T, Fjishiro S, et al. Gallstone ileus with impaction at the neck of a Meckel's diverticulum. *Br J Radiol* 1998; 71:1320-1322.
13. Gaiani S, Serra C, Cervellera M, et al. Gallstone ileus in Caroli's disease. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(12): 3642-3643.
14. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Principles of surgery. Gallbladder and extrahepatic system. McGraw Hill; 1999: 1450-1452.
15. Way LW, Pellegrini CA. Gallstone ileus. In: Way LW, ed. Surgery of gallbladder and bile duct. Philadelphia: WB saunders Co.; 1987: 275-282.
16. Gümüş M, Gümüş H, Çelebi F, Safra Taşı İleusu, *AÜTD* 2002, 34:47-49
17. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J*. 2004; 45(2): 69-72.

Yazışma Adresi / Correspondence:

İbrahim KILINÇ

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Genel Cerrahi Kliniği Bilkent /Ankara

Tel: 03122912525

e-posta: dr.ikilinc@gmail.com

Kaynaklar