

SAFRA TAŞI İLEUSU

Ragıp ÇAM *

Ertuğrul KARAHÜSEYİNOĞLU *

Nusret ARAS *

Safra taşı ileusu çok nadir görülen bir tablodur. Amacımız, ameliyat ettiğimiz bir safra taşı ileusu vakasından esinlenerek bu hastalıkla ilgili tanı ve tedavi sorunlarını tartışmaktır.

Safra taşı ileusu ilk kez 1654 yılında Bartholin tarafından otopsi yaptığı bir hastada saptanmıştır (6,11). Bu konuda toplanan 131 vakayı içeren ilk yayın 1890 yılında Courvoisier tarafından yapılmıştır (6,16). 1970 lerden sonra yapılan literatür taramaları 1000 i aşan sayıda safra taşı ileusu vakası ortaya koymuştur.

Hastalık temelde safra kesesi ve safra kanallarında meydana gelen taşların bir komplikasyonudur. Hastaların büyük bir çoğunluğu 60-80 yaşlar arasında saptanmıştır (2,9,11,14,16). Kolesistopatilerdeki kadın/erkek oranı, bu hastalığa yansımakta olup 6/1 - 8/1 olarak bildirilmiştir (11, 14, 16).

Safra taşına bağlı ileusların insidansı ortalama olarak % 1 - 2 görülmesine karşın (3, 6, 9, 11, 13), bir seride 70 yaş üzerindeki strangülyasyon olmayan vakaların % 23.7 inde ileus nedeninin safra taşı olduğu belirtilmiştir (3,9).

İleusa neden olan safra taşları, çoğunlukla 3 cm den büyük çapta olmasına karşılık (3, 14, 16), 17.5 cm çapa ulaşan ve 5 kg ağırlığı olan taşlarda bildirilmiştir (7). Ancak küçük taşlarında bir çekirdek oluşturarak etrafına feçes birikmesi ile (ENTEROLİT) akut tıkanma yapabileceği gösterilmiştir (3).

(*) A. Ü. T. F. Genel Şirürji ve T.T.D. Kliniği Uzman Asistanları.

İleusa neden olan safra taşı büyük bir olasılıkla safra kesesi ve safra yolları ile diğer organlar arasında oluşan fistül yoluyla barsağa geçmektedir. Fistülün meydana geliş mekanizmasını şöyle özetleyebiliriz:

- 1) Taş ampullada sistik arterin keseye girdiği ve dağıldığı bölgede yerleşmiş ve kesenin bu kısmının yetersiz kanlanmasına yol açmıştır.
- 2) Baskı nedeniyle lenfatik ve venöz drenaj da bozulacağından, beslenme bozukluğu daha da artmıştır.
- 3) Kesenin konsantrasyon yeteneği azaldığından, kapsamı artmıştır.
- 4) Böylece kese içi basıncı arttığında, kese duvarında artan ödemin etkisiyle kanlanma ileri derecede bozulmuştur.
- 5) Giderek iskemi ve gangren gelişirken, iltihabi olay komşu organ duvarına da geçer, çok incelmış duvarlar artan basınçla kolayca delinerek kese kapsamı komşu organ içine boşalır.

Fistüllerin büyük çoğunluğu safra kesesi ile duodenum arasındadır. Bundan başka karaciğer, plevra boşluğu, mide, ince barsaklar, kolon, gebe uterus, portal ven, vagina, vena kava inferior ve overlere de fistül olabileceği ve karın ön duvarı ile safra kesesi arasında sinüs meydana gelebileceği de bildirilmiştir (11, 12, 14).

Safra taşlarının serbest periton boşluğuna düşerek çevrelerinde yangi, yapışıklık ve barsak kangalları arasında çekilme-bükülmeler ile barsak dışı safra taşı ileusuna da neden olabilecekleri gösterilmiştir (6,11).

Gastrointestinal kanala geçen taşların hiçbir patolojiye neden olmadan feçes veya kusmukla atılabildiği bildirilmiştir (3, 6, 8, 10, 15).

KLİNİK BULGULAR ve TANI

Hastalığa özgü bir klinik tablo yoktur. Bu nedenle ve kolaylıkla da düşünülmediğinden tanı oldukça gecikmiş olarak veya ameliyat sırasında konulmaktadır.

Kramp şeklindeki ağrılar, kusma ve orta derecedeki distansiyon semptomatik triadı ousturur. Semptomlar intermitant karakterde olup, pasaj tam tıkanmaya uğrayıncaya kadar bu özelliğini korur. Semptomların başlaması ile tanı arasında geçen süre ortalama 2-7 gün olmak üzere çok daha uzun süreler bildirilmiştir (3, 14, 15, 16).

Hastaların muayenesinde ileri derecede düşkünlük, distansiyon, timpanizm, hiperperistaltizm ve karında hassasiyet gibi genel ileus belirtileri bulunmaktadır. Karnın palpasyonu sırasında taşın palpe edildiğini bildirenler olmuştur (9).

Labratuvar incelemelerinde yine hemokonsantrasyon, idrar azalması, idrar dansitesinde artma, kan elektrolitlerinde düşme gibi ileuslardaki sonuçlar elde edilmektedir.

Radyolojik incelemeler, aşağıdaki bulgular toplu olarak değerlendirildiğinde tanıya götürücü değer taşımaktadır:

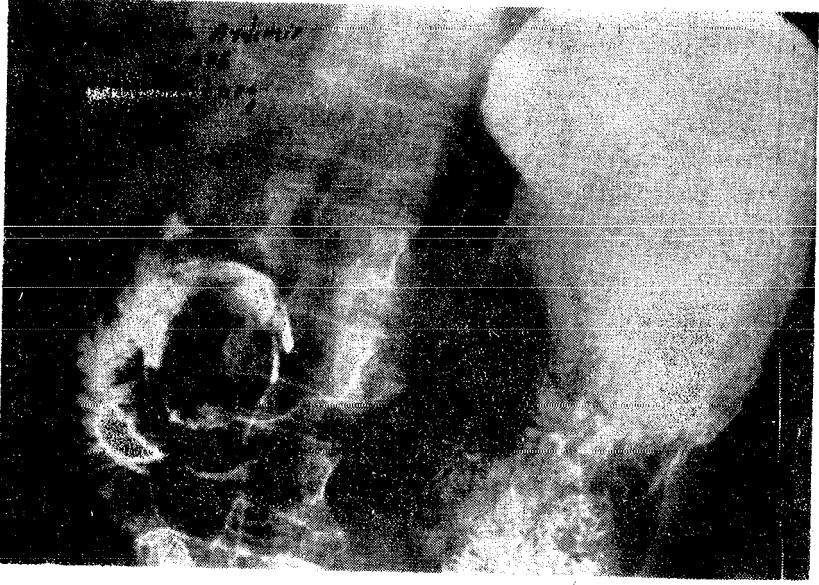
- 1) Bilier kanalda hava görülmesi.
- 2) İnce barsakta ilerleyici, genişlemiş segmentlerin görülmesi.
- 3) Safra kesesi dışında, barsak içinde taşın ait opasite saptanması.
- 4) Saptanan taşın yer değiştirmesi.

VAKA TAKDİMİ

Hastamız 70 yaşında kadın. 5-6 senedenberi göbek üstünde ve sağ-üst kadranda meydana gelen kramp şeklinde ağrılarla birlikte bulantı, kusma şikayetleri vardı. Şikayetleri aralıklı devam etmiş ve her defasında 1-2 saat sonra yatışmıştır. 10 gün önce başlayan aynı şekilde ağrı ve kusmaları halen devam etmekteydi.

Fizik muayenede, hasta şişman, düşkün, karnı kurbaga karnı görünümünde, karın palpasyonla ağrılı, turgor ve tonüs azalmış bulundu.

Labratuvar tetkiklerinde ise idrar dansitesi artmış, serum sodyum ve potasyumu azalmış, üre yükselmiş bulundu. Mideduodenum grafilерinde, pilor tıkanmasını belirliyen bulgular vardı (Resim 1).

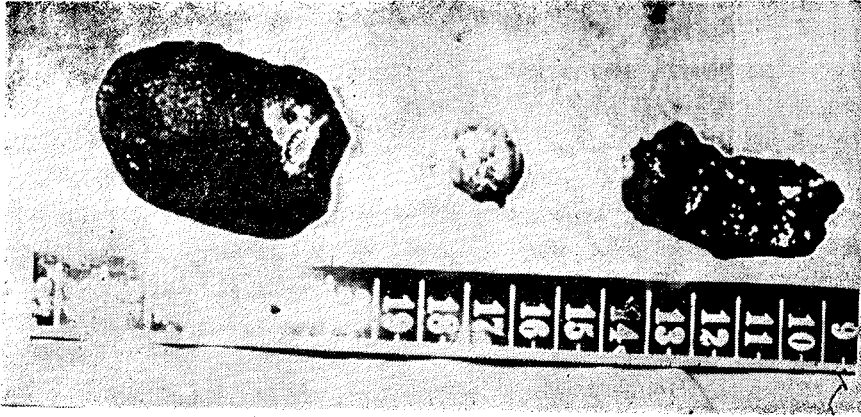


Resim - 1

Hasta 3 gün süren preoperatif replasman tedavisinden sonra pilor stenozu tanısı ile ameliyata alındı. Karın açıldığında, midenin ileri derecede genişlemiş olduğu, duodenum ile safra kesesinin yapışık olduğu saptandı. Yap ışıklık ayrıldığında, duodenum ön yüzünde 1,5 cm lik bir delik bulundu. Safra kesesi fibrotik ve içinde 2 cm çapında bir taş olduğu görüldü. Bu haliyle duodenum ülseri ve kapalı perforasyon düşünölüp, önce kolesistektomi yapıldı. Vagotomiden sonra, gastrojejunostomi yapılacaktken, jejunum anslarının normalden daha geniş olduğu görüldü. Artmış peristaltizm gözle izlenebiliyordu. Treitzdan itibaren 30 cm aşağıda jejunum içinde 6 cm uzunluğunda ve 3 cm genişliğinde bir kitle palpe edildi. Kitle üzerinden uzunluğuna bir entero-

tomi yapıldığında, kitlenin safra taşından ibaret olduğu anlaşıldı. Taş çıkartıldıktan sonra, barsak duvarının canlılığı bozulmamış olduğundan insizyon transvers olarak kapatıldı ve gastrojejunostomi ile duodenostomi yapıp, ameliyata son verildi.

Postoperatif 25. gün hasta duodenum fistülünden gelen minimal akıntı ile taburcu edildi.



Resim : 2

TARTIŞMA :

En önemli sorun tanının güç konulmasıdır. Genel durumu bozuk, yaşlı bir hastada semptomlar çoğu kez başka hastalıklarla karıştırılmaktadır. Hastaların yarısından daha azında safra sisteminde taş saptanabilmiştir (6, 9, 14). Gerçi hastaların yarısında safra taşı hikayesi alınabilmesine karşın, sorgu sırasında bu yönde dikkatli davranmak gerekmektedir.

Vakamızda taş jejunumun ilk kısmında bulunmasına karşılık, hastaların büyük bir kısmında distal ileumda tıkanıklığa neden olduğu bildirilmiştir (3, 11, 14). 179 vakalık bir seride, tıkanıklığın % 72 ileumda, % 17 jejunumda, kalan % 11 vakada ise mide, duodenum, kolon ve rektumda olduğu bildirilmiştir (2).

Tanı için öncelikle hastalığın akla gelmesi çok önemlidir. Bugün radyolojik inceleme yöntemlerinin gelişmesi ile daha önce sıraladığımız bulgular topluca değerlendirildiğinde doğru tanı olasılığı artacaktır.

Tedavide ilk adımı sıvı-elektrolit kaybının yerine konulması oluşturmaktadır. Diğer sistem hastalıkları için süratle inceleme yapıldıktan sonra hasta vakit geçirilmeden ameliyat edilmelidir.

Ameliyat planı konusunda iki önemli nokta vardır: 1) İleusa neden olan taşın çıkarılması. Çoğunlukla tavsiye edilen barsak canlılığını koruyorsa; taşın proksimale sıvazlanarak uzunluğuna enterotomi ile çıkarılıp, barsağın enine dikilmesi, barsak duvarında beslenme bozukluğu varsa; taşla birlikte barsağın segmenter rezeksiyonu, yani mutlaka taşın çıkarılmasıdır (1, 2, 7, 8, 11). Taşın barsak içinde parçalanması önerilen bir yöntem değildir (2, 6, 14). 2) Ana patolojiye yönelik girişimler: Kolesistektomi ya da fistülü düzeltmeye ilişkin girişimlerin tehlikeli olacağı öne sürülmüştür. (4, 6, 13). Kesede taş palpe ediliyorsa çoğunlukla kolesistostomi ile taşın çıkarılması savunulmuştur (2, 4). Böyle hastalar sonradan kolik tarzında ağrıdan şikayet ederlerse, kolesistektominin o zaman yapılması gerektiğini savunan Fjermers (7), 178 hastadan sadece 2 sinde buna gerek duyduğunu belirtmiştir.

Safra kesesi ile barsak arasındaki fistülün, ikinci ameliyatla düzeltilmesine gerek olmadığını savunan yazarlar, koledok normalse, fistülün kendiliğinden kapanabileceğini ileri sürmüşlerdir (2, 11, 13, 14, 16).

Bunun yanında kolanjit, kolesistit, tekrarlayıcı safra taşı ileusu, fistüllerde yüksek kanser insidansı ve de malabsorbsiyon gibi komplikasyonlar olacağını belirten yazarlar, kolesistektomi ve fistül onarımının mutlak gerekli olduğunu savunmuşlardır (5, 9).

Mortalite yüksek olup, operatif mortalitenin % 20 üzerinde olduğu bildirilmiştir (3, 11, 14, 16).

Hastamızda ameliyat öncesinde kesinlikle safra taşı ileusu düşünülmemiştir. Ameliyat sırasında ise ilk bulgular kapalı perforasyonla komplike olmuş ve pilor stenozu yapmış duodenum ülserini belirliyordu. Birlikte duodenum ülseri olasılığı kesin olarak bertaraf edilmiş değildir. Başlangıçta olayın sadece duodenum ülseri olduğu düşünülmeseydi, safra taşı ileusu ameliyat başında farkedilseydi, hastayı riske eden girişimleri düşünmeye bilirdik.

Ö Z E T

Pilor stenozu ön tanısı ile ameliyat edilmiş olan bir safra taşı ileusu vakası sunulmuş ve bu vesileyle oldukça nadir olan bu hastalıkla ilgili problemler ve literatür gözden geçirilmiştir.

S U M R A Y

Gallstone İleus

Gallstone ileus is very uncommon disease. There will be some surgenos who cannot observe this disease trough their whole life. Diagnosis and treatment delay because there is no specific symptoms and signs and roentgenologic findings. Delayed treatment cause high mortality rate in old and poor risk patients.

It is important to remember disease for diagnosis. In a woman patient, over 60 years old, diabetic and obese and if there is an intermittent obstructive attacks and who had no abdominal operation, and there is no hernia we must think about gallstone ileus.

The treatment of gallst one ileus is absolutely surgical. First of all, we must plan the operation which vill remove the ileus and we must pay an attention for save the patient from the other big operations.

LİTERATÜR

1. Anderson, R. E., Woodward, N., Diffenbaugh, W. G., Strohl, E. L. — Gallstone obstruction of intestine. *Surg. Gynec. Obstet.*, 125: 540, 1976.
2. Brockis, J. G., Gilbert, M. C. — Intestinal obstruction by gallstones. *Brit. J. Surg.*, 44: 461, 1957.
3. Brown, D. B., Kerr, I. F., Livingstone, D. J. — Gallstone obstruction. *Brit. J. Surg.*, 53: 672, 1966.
4. Bueton, G. W., Glaubitz, J. P., Crampton, R. S. — Recurrent gallstone ileus. *Surgery*, 54: 716, 1963.
5. Cooperman, A. M., Dickson, R., Remine, W. H. — Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus. *Ann. Surg.* 167: 377, 1968.
6. Deckoff, S. L. — Gallstone ileus. *Ann. Surg.*, 142: 52, 1954.
7. Fjermers, H. — Gallstone ileus. *Acta Chir. Scan.*, 128: 186, 1964.
8. Glenn, F., Mannix, H. — Biliary enteric fistula. *Surg. Gynec. Obstet.*, 105: 693, 1957.
9. Kirkland, K. C. — Gallstone intestinal obstruction. *JAMA*, 13: 494, 1961.
10. McLaughlin, J., Reines, M. — Obstruction of the alimentary tract from gallstones. *Amer. J. Surg.*, 81: 424, 1951.
11. Raifor, T. S. — Intestinal obstruction caused by gallstone. *Amer. J. Surg.*, 104: 383, 1962.
12. Rogers, F. A., Carter, R. — Recurrent gallstone ileus. *Amer. J. Surg.*, 96: 379, 1958.
13. Stitt, R. B., Heslin, D. J., Currie, D. J. — Gallstone ileus. *Brit. J. Surg.* 54: 673, 1967.
14. Thomas, H. S., Cherry, J. K., Averbook, B. D. — Gallstone ileus. *JAMA* 179: 625, 1962.
15. Uzer, F., Yaycıoğlu, A., Gürpınar, S., Ceylan, İ. — 3 vaka münasebeti ile safra taşı ileuslarında tanı ve sorunları, *A.Ü. Tıp Fak. Mec.*, 23 (4): 15, 1970.
16. Warshaw, A. L., Bartlett, M. K. — Choice of operation for gallstone intestinal obstruction. *Ann. Surg.*, 1964: 1051, 1966.