

Nadir Bir Olgu Bouveret Sendromu ***A Rare Case: Bouveret Syndrome***

Bartu Badak, Enver İhtiyar

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Öz: Bouveret sendromu, mide çıkışı veya proksimal duodenumun safra taşları tarafından tıkanması sonucu oluşan mide çıkımı tıkanıklığı olarak tanımlanır. Safra taşlarının neden olduğu nadir bir komplikasyondur. Safra kesesi taşları, ileus, mide neoplazileri, safra yolları patolojileri ve duodenal kitleler gibi birçok nedenle karışabildiği için erken tanı koymak oldukça zordur. Bu yazıda 63 yaşında bayan hastanın tanı ve tedavi sürecini ve bu nadir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: bouveret sendromu, safra taşları, tanı

Badak B. İhtiyar E. (2018). Nadir Bir Olgu Bouveret Sendromu, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 40(3):96-101
Doi: 10.20515/otd.340163

Abstract: Bouveret syndrome is a gastric outlet obstruction produced by gallstones in the distal stomach or proximal duodenum. It is a rare complication that caused by gallstones. It is quite hard to diagnose early because of it may be confused with several reasons as gallstones, ileus, stomach neoplasms, biliary tract pathologies and duodenal masses. In this writing we aimed to present a 63 year old female patient with the process of diagnosis and treatment and this rare case.

Keywords: bouveret syndrome, gallstones, diagnosis

Badak B. İhtiyar E. (2018). A Rare Case: Bouveret Syndrome, *Osmangazi Journal of Medicine*, 40(3):96-101
Doi: 10.20515/otd.340163

1. Giriş

Bilioenterik fistüller spontan ve iyatrojenik olabilmekte genellikle kolesistoduodenal (%70), kolesistokolik (%10-20) olarak görülürken kolesistogastrik fistüller bu sınıflamada daha nadir görülürler (%5) (1). Bouveret sendromu; safra taşlarına bağlı mide distalinin veya duodenum proksimalinin tıkanması sonucu oluşan gastrik outlet sendromunu tanımlar (2). Safra taşlarının doğrudan mideye migrasyonu nadir olarak görülürken safra kesesinden sindirim sistemine doğru olan bu göç genelde duodenuma doğru olmaktadır (3).

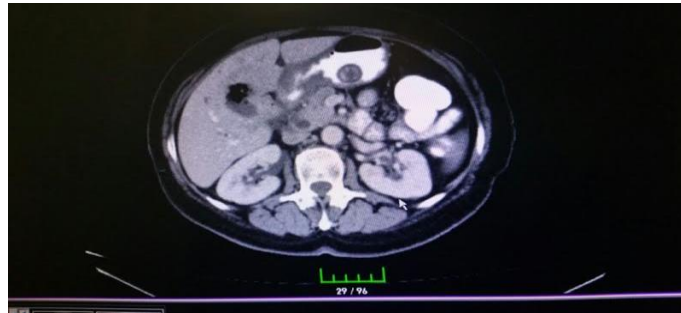
Bu yazımızda biz sıklıkla kusma, karın ağrısı ve ishal şikayetleri yaşayan ve yapılan tetkikler sonucu geniş bir ayırıcı tanı tablosunda zaman harcanmış 63 yaşında bir bayan hastayı kliniğimize gelişinden tedavi sonuna kadar tetkikleriyle sunmayı amaçladık.

2. Olgu

Kusma, karın ağrısı ve ishal şikayetleriyle dış merkez başvuran hastaya etyolojiye yönelik yapılan tüm karın ultrasonografisinde 'safra kesesi fundusunda 30 mm çapında taş ile uyumlu hiperekojen görünüm ve keseyi çevreleyen 100×50 mm boyutlarında heterojen-hipoekoik solid komponenti olan (dopplerde kanlanması olan) hipoekoik alan (kolanjiyosellüler ca?, safra kesesi ca?, periampuller ca?)' bulguları saptanması üzerine ileri tetkik amaçlı tüm karın bilgisayarlı tomografi çekilen hastada 'safra kesesi komşuluğunda karaciğer hilusundan inferiora doğru yerleşim gösteren yaklaşık 91×50 mm boyutlarında içerisinde hava dansiteleri izlenen, duvar yapısı gözlenen ve inferior kesimde solid komponenti bulunan kistik lezyon alanı (abse?, malign lezyonlar?), mide duvarı kalınlık artışı ve koledok 12mm izlenmesi üzerine etyoloji hakkında bir karara varılmayıp MRCP (manyetik rezonans kolanjiopankreatografi) ile araştırma devamına karar verilmiş (Şekil 1-2-3-4).



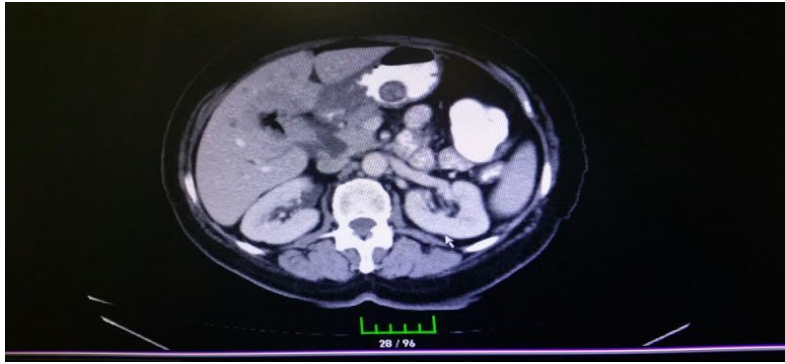
Şekil 1. Karaciğer hilusundaki yoğunluk artımı (bilgisayarlı tomografi görüntüsü)



Şekil 2. Mide içerisi kontrast maddenin safra yolları ve karaciğer hilusuna doğru meyili (bilgisayarlı tomografi görüntüsü)



Şekil 3. Kontrast geçişi ve mide içi kitlesel oluşum, mide duvar kalınlık artışı (bilgisayarlı tomografi görüntüsü)



Şekil 4. Mide içi yer kaplayan oluşum (bilgisayarlı tomografi görüntüsü)

Çekilen MRCP sonucu ‘safra kesesi loju, karaciğer hilusu ve mide antrum bölgesinde yoğunluk artışı, intra ve ekstrahepatik kanallarda genişleme (1,5cm)’ tespit edilen hastada malignite, enflamatuvar süreç ayrımı yapılamaması, kontrastlı ve dinamik görüntüleme yöntemlerinden destek istenmesi üzerine hastanın şikayetlerinde de bir gerileme olmaması sebebiyle hasta merkezimize refere edilmiş.

Merkezimizde tetkikleri detaylıca incelenen hasta öncelikle bahsedilen bu yoğunluk artışından doku örnekleme yapılabilme ihtimali nedeniyle girişimsel radyoloji bölümü ile konsulte edildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet dışında önemli bir bulgusu yoktu. Akut batın hali saptanmadı. Beyaz küre değerlerinde

minimal yükselme (wbc:11600) dışında tümör markerları da dahil olmak üzere bozuk laboratuvar değeri bulunmamaktaydı. Özgeçmişinde anlamlı ek bir hastalığı yoktu.

Bu bölüm tarafından taşlı kolesistit, amfizematöz kolesistit, kapalı perforasyon, mide duvarı- safra kesesi penetrasyonu, abse? öntanları düşünülen hastaya kliniğimizde bu patolojilerden önce mide rahatsızlıklarını ekarte etmek amaçlı üst gastrointestinal sistem endoskopi planlandı. Endoskopi sonucu midede lümen içi bir patoloji görülmeyen hastada antrumda yaklaşık 2cm’lik safra taşı saptanması üzerine taş aynı seansta eksize edilip (Şekil 5) hasta kolesistoenterik-gastrik fistül araştırılması için eksplorasyon kararı alınıp operasyona hazırlandı.



Şekil 5. Endoskopi sonucu antrumdan çıkarılan safra taşı

Elektif şartlarda operasyona alınan hastanın eksplorasyonunda; safra kesesinin ampiyem kese şeklinde olduğu, karaciğer yatağına bakan 3 ayrı yerinden ve hartman poşundan bir yerinden perfore olmuş olduğu ve kendini omentum, mide ve duodenumun oluşturduğu unblok doku ile sınırladığı görüldü. Fundus

bölgesinden başlanarak rezeke edilen safra kesesi; hartman poşuna kadar dokunun ileri derecede frajil olması sebebiyle parça parça çıkarılmaya çalışıldı. Kesenin içerisinden yaklaşık 4 cm'lik bir taş eksize edildi. (Şekil 6-7)



Şekil 6-7. Safra kesesi içerisinden çıkarılan taş.

Sistik kanalı zorlukla bulunup bağlanan hastada kanalın hemen yanında yaklaşık 4mm çapında mideye doğru 1,5-2cm uzanım gösteren tubuler bir oluşum daha gözlemlendi.

Bu yapının kolesistogastrik fistül traktına ait olabileceği düşünüldü ve mideye kadar takip edildikten sonra kökü bağlanarak bu yapı da eksize edildi. (Şekil 8-9)



Şekil 8-9. Hartmann kenara çekildikten sonra kendini belli eden trakt

Traktın ve kesenin alınmasını takiben nazogastrik sondadan mideye yaklaşık 500cc metilen mavisi verilmesini takiben hastada herhangi bir kaçak saptanmadı ve operasyon komplikasyonsuz bir şekilde sonlandırıldı.

3. Tartışma

Kolesistoenterik fistüller en nadir safra taşı komplikasyonlarından bir tanesi olmakla beraber sıklığı %1'in bile altında olarak raporlanmaktadır. (4) Bu fistüllerin büyük bir çoğunluğu (%60) kolesistoenterik olmakla beraber; bunları sırasıyla kolesistokolik (%17), kolesistogastrik (%5), koledokoduodenal (%5) fistüller takip eder. (4) Tıkanıklığa sebep olan safra taşları genellikle terminal ileum (%60), proksimal ileum ve jejunum (%30) ve kolonda gözlemlenirken daha az sıklıkta bizim vakamızda da olduğu gibi duodenum ve midede eksplore edilirler. (4) Safra kesesi fistüllerinin yaklaşık %90'ında safra taşı eksplorasyon esnasında görülmüştür. (5) Bouveret sendromu; distal mide veya proksimal duodenumda oluşan tıkanıklığın etyolojisi safra taşına bağlı olan nadir ve özel bir formudur. (2) Bu sendrom ilk kez 1896 yılında üst karın ağrısı, ateş ve kusma şikayetleri olan yaşlı bir hastada 'Leon Bouveret' tarafından tanımlanmıştır. (6)

Klinik semptomlarını akut-kronik kolesistit, akut pankreatit ve peptik ülser rahatsızlıklarından ayırmanın oldukça zor olduğu bu sendromda başlıca şikayetler üst karın ağrısı, dispepsi, kusma ve ateştir. Fistül oluşumunda safra taşlarının boyutu, mevcudiyet süresi, ileri yaş, kadın cinsiyet ve sık kolesistit ataklarının varlığının

kolaylaştırıcı faktörler olduğu kabul edilmektedir. (4) Bizim olgumuzda da uzun süreçte tanı konulamayan bir bayan hastayı incelemiştik.

Direkt radyografiler, mide fluoroskopi ve tüm karın ultrasonografi ile vakaların yaklaşık yarısında tanı konulabilmekle beraber; semptomların birçok güncel hastalıkla karışması sebebiyle sıklıkla tüm karın bilgisayarlı tomografi, MRCP, ERCP gibi görüntüleme yöntemlerine ve endoskopik işlemlere de tanı ve tedavi esnasında sıklıkla başvurulabilmektedir. (5) Bizim olgumuzda da dış merkezden refere edilen hastada bu tetkiklerin neredeyse tamamına ihtiyaç duyulmuştur.

Açık cerrahi, endoskopik rezeksiyon ve laparoskopik işlemler tedavi seçenekleri arasında yer almakla beraber bu sendromda zor olan süreç bizim vakamızda da olduğu gibi tanı koyma sürecidir. (4) Tanı koyma sürecinde üst gastrointestinal görüntülemenin de yapıldığı olgumuzda görüntüleme yöntemlerinin bölgenin karışıklılığına yönelik yorumları sonrası biz olguda açık cerrahiye tercih ettik. Vaka esnası ve sonrasında komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif diyet aşamaları sonucu 8. günde şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu kronik şiddetli kolesistit olarak raporlandı.

4. Sonuç

Bouveret sendromu safra taşlarına bağlı nadir bir komplikasyon olmakla beraber, uzun süreçte dispeptik şikayetlere tanı konulamayan hastalarda akılda

bulundurulması gereken, erken tanının mortalite ve morbiditeyi dramatik bir şekilde azalttığı bir sendromdur.

KAYNAKLAR

1. Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula. *World J Gastroenterol* 2006; 12(5): 772-5.
2. Puri V, Lee RW, Amirlak BA, Lanspa SJ, Fitzgibbons RJ Jr. Bouveret syndrome and gallstone ileus. *Surg Laparoscop Endosc Percutan Tech* 2007; 17: 328-30.
3. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics* 2004; 24: 1171-5.
4. Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N, Todea-Iancu D, Bala O, Acalovschi I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointestin Liver Dis* 2008; 17: 87-90.
5. Harkin M, Boyd R, Stricoff R, Shaftan G, Saxe A. *Am Surg* 1997; 63: 472-4.
6. Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, Fisher AJ. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180: 1033-5.