



# A Rare Cause of Ileus: Gallstone

## Nadir Bir İleus Nedeni: Safra Taşı

Bülent Gürbüz, Fatih Büyüker, Tuba Atak, Sinan Aslan, Haydar Yalman, Rafet Yiğitbaşı

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

### ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of biliary stone. A 89-year-old female patient admitted to our emergency department with abdominal pain, distension and vomiting. Laparotomy was performed by reason of mechanic intestinal obstruction. In this report we present a case with gallstone ileus diagnosed preoperatively and treated by drawing the gallstone through the intestine to the anus without enterotomy.

**Keywords:** Gallstone, ileus, treatment  
**Received:** 05.04.2011 **Accepted:** 13.05.2011

### ÖZET

Safra taşı ileusu, safra taşının nadir görülen bir komplikasyonudur. Seksen dokuz yaşında kadın hasta karın ağrısı, kusma, şişkinlik şikayetleri ile acil birimimize başvurdu ve hastaya mekanik intestinal obstruksiyon nedeni ile laparotomi uygulandı. Bu yazıda, preoperatif olarak tanısı konulan ve enterotomiye gerek kalmadan taşın distale doğru itilerek çıkarıldığı bir safra taşı ileusu olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Safra taşı, ileus, tedavi  
**Geliş Tarihi:** 05.04.2011 **Kabul Tarihi:** 13.05.2011

### Giriş

Safra taşı ileusu, safra kesesi veya safra yolları ile duodenum, mide ya da kolon arasında meydana gelen fistüle bağlı olarak safra taşlarının intestinal sisteme geçerek obstruksiyona neden olması ile meydana gelmektedir (1, 2). Safra taşı ileusu tüm intestinal obstruksiyonların sadece %1-3'ünü oluşturmaktadır (3). Tüm kolelitiazis olgularının %0.3-0.5'inde görülmektedir ve kadın erkek oranı 1-1.6:1'dir (3, 4). Bilioenterik fistül nedeni ile intestinal sisteme geçen safra taşlarının %80'i sorun oluşturmadan dışarı atılmaktadır (4). Tanıda düz karın grafisi, tüm batin ultrasonografisi, bilgisayarlı batin tomografisi, gastroskopi ve kontrastlı üst gastrointestinal inceleme yöntemleri kullanılmaktadır (5). Tedavi seçenekleri arasında enterolitotomi, tek evreli cerrahi (taş çıkarımı, kolesistektomi, fistül trakt eksizyonu) veya iki evreli cerrahi (enterolitotomi ve biliyer trakt cerrahisi) sayılmaktadır (5, 6). Bu sunumda operasyon öncesinde tanısı konulan ve enterotomiye gerek kalmadan taşın distale doğru itilerek transanal olarak çıkarıldığı bir safra taşı ileusu olgusu sunulmaktadır.

### Olgu Sunumu

Seksen dokuz yaşında kadın hasta yaklaşık 5 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma, gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servisimize başvurması üzerine kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede batin distandü ve palpasyonda yaygın hassasiyet saptandı. Oskültasyonda batin dört kadranda da barsak sesleri alınamadı, perküsyonda batin dört kadranda timpanizm tespit edildi. Rektal tuşede ampulla boş idi ve palpabl bir kitle saptanmadı. Özgeçmişinde hipertansiyon ve 3 yıl önce geçirilmiş koroner anjiyografi hikayesi vardı. Ayakta direkt batin grafisinde opak görünüm ve hava sıvı seviyelenmeleri mevcuttu (Resim 1). Tüm batin ultrasonografisinde safra kesesinde safra kumu ile perihepatik, perikolesistik ve barsak ansları arasında minimal serbest mayi olduğu tespit edildi. Kontrastlı batin tomografisinde safra kesesi içerisinde hava imajları olan tübüler yapılar tespit edildi. İntrahepatik

### Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Bülent Gürbüz, Şenlikköy Mah. Florya Cad. Sedef Apt. No: 14-16 B blok D: 7 Bakırköy, İstanbul, Türkiye  
Phone: +90 533 344 15 88 E-mail: drbulent\_gurbuz@hotmail.com

©Copyright 2012 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.jaemcr.com  
©Telif Hakkı 2012 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.jaemcr.com web sayfasından ulaşılabilir.

safrayollarında belirginleşme ve hava izlendi. İnce barsak anslarının dilate olduğu ve sağ alt kadranda crista iliaca superior kranial komşuluğunda ileal ans içerisinde yaklaşık 2 cm çapında dens imaj kalkül olarak değerlendirildi. Bu bulgular eşliğinde hastada ilk planda bilier bir patolojiye bağlı mekanik intestinal obstrüksiyon düşünüldü ve akut batın kliniği gelişmesi üzerine operasyon kararı alındı. Laparotomide ince barsak anslarının dilate olduğu, sağ üst kadranda safra kesesi, duodenumun ve omentumun bir gato şeklinde birbiri ile birleştiği, sigmoid kolonda intraluminal yerleşimli yaklaşık 3x2 cm çapında, mobil, sert, parmak ile yapılan manüplasyonlarla yer değiştirebilen kitle saptandı (Resim 2). Bu kitlenin safra taşı olabileceğine karar verildi ve mobil olmasından dolayı distale doğru el yardımı ile nazikçe ilerletilerek transanal yolla dışarı çıkarıldı (Resim 3A, B). Enflamasyon görünümünde olan ve bir kolesistoduodenal fistül ile uyumlu görünen sağ üst kadrandaki gato yapmış dokulara hastanın yaşı ve komorbid faktörleri düşünülerek herhangi bir girişim uygulanmadı. Postoperatif dönemde 5. gün problemi olmayan hasta taburcu edildi.



Resim 1. Hava sıvı seviyeleri ve opak lezyon



Resim 2. Sigmoid kolonda yaklaşık 2\*3 cm'lik sert kitle

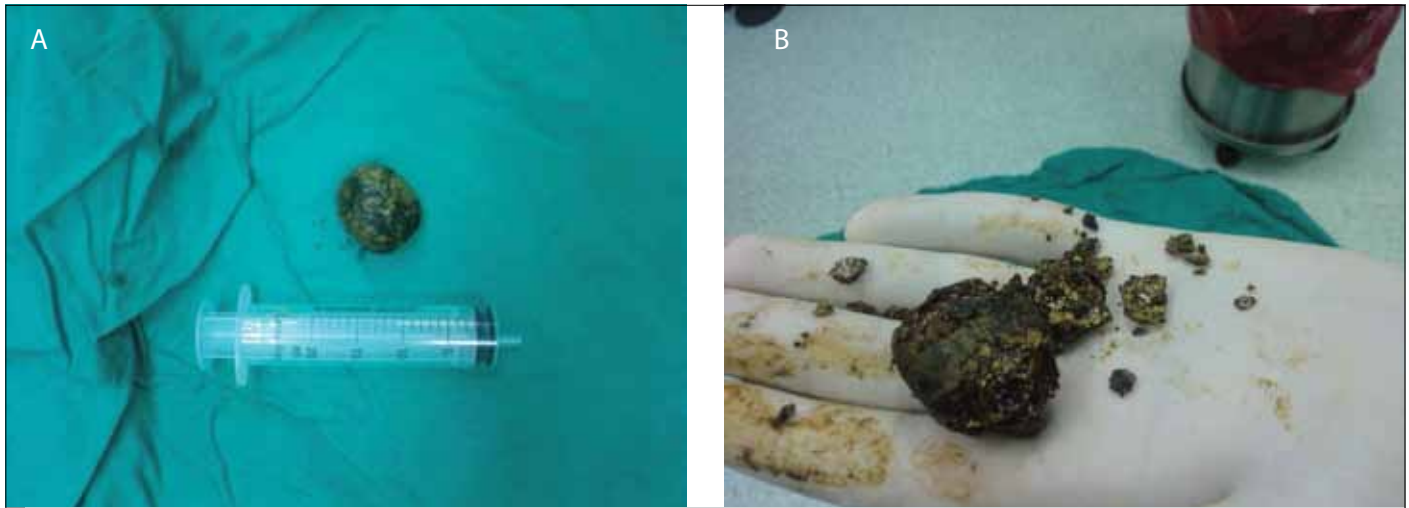
## Tartışma

Safra taşı ileusu, 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 meydana gelmektedir (1, 2). Oluşan bu fistüller içerisinde en sık kolesistoduodenal fistül görülmektedir (Tablo 1). Safra taşına bağlı mekanik intestinal obstrüksiyonlar tüm intestinal obstrüksiyonların sadece %1-3'ünü oluşturmaktadır (3). Genellikle ileri yaşlarda görülmektedir (7). Ayakta direkt karın grafisi mekanik intestinal obstrüksiyonu göstermede ilk adım tetkiktir. Komplet olmayan obstrüksiyonların ayırıcı tanısında ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden faydalanılır (7, 8). Safra taşı ileusundan şüphe ediliyorsa fistülü göstermede kontrastlı gastrointestinal grafiler çekilebilmektedir (4). Safra taşı ileusunda klinik belirti ve bulgular nonspesifik olduğundan kesin tanı sıklıkla operasyon esnasında konmakta olup yayınlanan serilerin %43'ünde tanı preoperatif konabilmiştir. Obstrüksiyon en sık terminal ileumda (%70) daha az sıklıkla proximal ileum, jejunum, kolon ve duodenumda meydana gelmektedir (9). Çapı 2.5 cm'yi geçen taşlarda obstrüksiyon oluşturma şansı yüksektir (4).

Kesin tanısı preoperatif dönemde konulabilen safra taşı ileuslarında endoskopik litotripsi bir tedavi alternatifi oluşturmaktadır (10). Tedavi seçenekleri arasında enterotomi, tek evreli cerrahi (taş çıkarımı, kolesistektomi, fistül trakt eksizyonu) veya iki evreli cerrahi (enterotomi ve biliyer trakt cerrahisi) sayılmaktadır (5, 6). Ayrıca laparoskopik tanı ve tedavi de uygulanabilen bir yöntemdir (5, 11). Bazı yazarlar unstable hastalarda sadece enterotomi ile tek evreli cerrahi önerilerde çoğu yazar ilk seçenek olarak sadece enterotomi, sonra hastanın klinik takibinde hasta semptomatikse veya izlemde komplikasyon gelişmişse ikinci operasyonu savunmaktadırlar (3). Safra taşı ileusunda obstrüksiyonun giderilmesi tedavinin esasını oluşturmaktadır. Acil tedavide tek ve iki evreli cerrahi stratejileri karşılaştıran çalışmalar her iki işlemde sifira yakın mortaliteyle güvenli yapılabileceğini belirtmektedir (6). Genel anlamda literatüre bakıldığında, tek evreli tedavide mortalite bazı çalışmalarda %19'a kadar çıkabilirken, iki evreli operasyonlarda da mortalite hiç izlenemeyebilmektedir (4, 5). Reissner ve Cocher'in 1000 hastadan fazla olan serisinde tek evreli cerrahi prosedürünün mortalite oranını %16.9, sadece enterotomi yapılanın ise %11.7 olarak tespit etmişlerdir. Bununla birlikte sadece enterotomi yapılan hastaların %10'unda bilier sistem semptomları nedeniyle yeniden operasyona ihtiyaç duymuşlardır. Fistül tamiri yapılan hastalarda sadece enterotomi yapılan hastalara nazaran daha yüksek mortaliteye neden olduğu tespit edilmiştir. İleri yaş, yandaş hastalıklar, sıvı ve elektrolit dengesizliği ve tanıda gecikme nedeniyle %12-18 oranında mortalite görülebilmektedir (11, 12). Ayrıca aynı anda fistül

Tablo 1. Fistül lokalizasyonları ve görülme sıklığı

Fistül lokalizasyonu	Görülme sıklığı
Kolesistoduodenal	%76
Kolesistokolik	%11
Kolesistogastrik	%6
Koledokoduodenal	%4
Kolesistokoledokal	%3



Resim 3A, B. İleusa neden olan safra taşının görüntüsü

tamiri ve kolesistektomi yapılması yeniden operasyon, kolanjit, kolesistit, fistülün persiste etmesi ve ileus gibi komplikasyonları azaltsa da tek evreli cerrahi prosedür (enterotomi, fistül tamiri, kolesistektomi) daha yüksek mortaliteye neden olmaktadır. Bazı bireysel faktörlere (yaş, klinik stabilite gibi) göre her hastaya göre uygun tedavi seçeneği seçilmelidir (3). Bu olguda biz hastanın yaşını, genel durumunu, komorbid faktörlerini, operasyon esnasındaki bulgularını göz önünde bulundurduğumuzda ve taşın mobil olduğunun tespit edilmesi üzerine taşı anüsten çıkarmayı tercih ettik.

### Sonuç

Safra taşı ileusunun, morbidite ve mortalite açısından oldukça yüksek seyredebilmesi nedeniyle, ileusun tanısalları içinde bulunması gerekmektedir. Ayrıca safra taşı ileuslarında nadir de olsa taşın distale doğru hareket edebileceği akılda bulundurulmalıdır. Böylece enterotominin hastaya yükleyeceği morbidite ve mortalitenin önlenilebileceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

### Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Kaynaklar

- Rodriguez 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. [\[CrossRef\]](#)
- Matur R, Yucel T, Gurdal SO, Akpinar A. Bouveret's syndrome: gastric outlet obstruction by a gallstone. *Ulus Travma Derg* 2002; 8: 179-82.
- Martínez Ramos D, Daroca José JM, Escrig Sos J, Paiva Coronel G, Alcalde Sánchez M, Salvador Sanchís JL. Gallstone ileus: Management options and results on a series of 40 patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101: 117-20.
- Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, Kuyama T, Sakata K, Kubota H. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980; 140: 437-40. [\[CrossRef\]](#)
- Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 737-42. [\[CrossRef\]](#)
- 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.
- Gaiani S, Serra C, Cervellera M, Campione O, Bolondi L, Miglioli M. Gallstone ileus in Caroli's disease. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3642-3. [\[CrossRef\]](#)
- Scarpa FJ, Borges J, Mullen D. Gallstone ileus. *Am J Surg* 2000; 180: 99. [\[CrossRef\]](#)
- Khaira HS, Thomas DR. Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula. *Br J Surg* 1994; 81: 723. [\[CrossRef\]](#)
- Bourke MJ, Scheider DM, Haber GB. Electrohydraulic lithotripsy of gallstone causing gallstone ileus. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 521-3. [\[CrossRef\]](#)
- Allen JW, McCurry T, Rivas H, Cacchione RN. Totally laparoscopic management of gallstone ileus. *Surg Endosc* 2003; 17: 352. [\[CrossRef\]](#)
- Doko M, Zovak M, Kopljak M, Glavan E, Ljubovic N, Hochstädter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27: 400-4. [\[CrossRef\]](#)