

SAFRA TAŞI İLEUSUNDA RADYOLOJİK BULGULAR

RADIOLOGICAL FINDINGS OF GALLSTONE ILEUS

Elif Evrim ÖNER¹
Mehmet BOZKURT¹

Koray ÖNER²
Selamet YILMAZ²

Zehra Hilal ADIBELLİ¹

Müge GÜRÇINAR¹

¹ssk İzmir Eğitim Hastanesi Radyoloji Bölümü

²ssk İzmir Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği

Anahtar Sözcükler: Safra taşı ileusu, bilioenterik fistül.

Key Words: Gallstone ileus, Bilioenteric fistula.

ÖZET

Safra taşları intestinal obstruksiyonun nadir bir sebebi olup tüm ince barsak tıkanmalarının %1'ni oluşturur. Hastalar çoğunlukla yaşlıdır. Semptomlar safra taşının lokalizasyonuna bağlıdır ve en sık görülen lokalizasyon terminal ileumdur. Bu çalışmada Ayakta Direkt Batın Grafisi (ADBG), Ultrasonografi (USG) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) bulguları eşliğinde safra taşı ileusu olan iki hastayı sunuyoruz.

SUMMARY

Intestinal obstruction by gallstones is rare and responsible for about %1 of all cases of small bowel obstruction. Patients are usually old. Symptoms are depend upon the site of impaction of the gallstone, the most common site being the terminal ileum. In this study we present two patients with gallstone ileus whom diagnosed by plain radiography, ultrasonography and Computed Tomography(CT).

GİRİŞ

Akut kolesistit safra kesesinin iltihabı olup %95'i kolelitiazis ile birlikte bulunur. Akut kolesistitin komplikasyonları perikolesistik apse (en sık), serbest perforasyon ve bilioenterik fistüllerdir. Komplikasyonlar yaşlılarda ve diabetiklerde daha sık görülür. Bilier fistüller sık karşılaşılmayan fistüller olup iki gruba ayrılır. İlki spontan fistüller, ikincisi ise iatrojenik veya postoperatif veya post-travmatik fistüllerdir. Kimi zaman da fistülün çıkış yerine göre internal ve eksternal fistüller olarak da gruplanabilirler (1). Spontan fistüllerin çoğu safra kesesi taşlarının bir komplikasyonu olarak tedavide gecikme veya yetersiz tedavi sonucunda meydana gelirler.

Spontan olarak en sık GIS e fistülüle olurlar. GIS te de en sık duodenuma açılırlar ve buradan ince barsağa ulaşan bir taş nedeni ile ileus tablosu ile karşılaşmak olasıdır. Safra taşı ileusu nadir bir intestinal obstruksiyon nedenidir (1). Duodenuma fistülüle olmuş safra taşı eğer gastrik çıkışın tıkanmasına neden olursa bu duruma Bouveret Sendromu denilmektedir(1).

İleus tablosu ile başvuran hastalarda akut kolesistitin komplikasyonlarından biri olan safra taşı ileusu ayırıcı tanıda yer almalıdır(2). Acil servisimize ileus tablosu ile başvuran iki hastanın USG ve BT bulguları eşliğinde; safra taşı ileusunda radyolojinin yeri ve katkılarını sunuyoruz.

MATERYAL VE METOD

Acil servisimize ileus tablosu ile başvuran 2 hasta radyolojik yönden ayakta direkt batin grafisi (ADBG), batin ultrasonografisi (USG) ve Batin Bilgisayarlı Tomografisi (BT) ile değerlendirildi.

OLGULAR

1.Hasta: 50 yaşında kadın hasta bulantı-kusma, yaygın karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. ADBG'de ince barsak anslarında dilatasyon, yaygın hava-sıvı seviyeleri görüldü. Kolon ansları olağandı. USG'de safra kesesi kontrakte olup lümeninde posterior akustik gölgesi olan multipl hiperekojen taşlar izlendi. BT'de safra kesesi lümeninde taşa ait hiperdens yapılar var olup; intra ve ekstrahepatik safra yolları olağandı. Terminal ileum lümeninde 30 x 35 mm. boyutunda hiperdens taş ve taşın proksimalindeki ince barsak anslarında ılımlı dilatasyon mevcuttu (Resim 1). Pelviste barsak ansları arasında serbest sıvı izlendi. Ameliyata alınan hastada safra taşı ileusu ve kolesistoduodenal fistül saptandı (Resim 2).



Resim 1. İliak kemikler düzeyinden geçen BT kesitinde terminal ileum lümeninde 30 x 35 mm. boyutlarında hiperdens taşa ait görünüm ve pelviste barsak ansları arasında serbest sıvı izlenmektedir.



Resim 2. Operasyon sonucunda 5,5 x 3 cm. boyutlarında terminal ileumdan çıkartılmış safra taşı.

2.Hasta: 64 yaşında erkek hasta bulantı-kusma, abdominal distansiyon ile gelmiş olup ADBG'de ince barsak anslarında dilatasyon ve yer yer hava-sıvı seviyeleri izlendi (Resim 3). USG'de batin yoğun gaz distansiyonu nedeni ile suboptimal değerlendirilebilmiştir. Safra kesesi duvar kalınlığı 4mm, lümeninde 2 adet 25 ve 30 mm. çaplı taşlar saptandı. İntrahepatik safra yollarında hava izlenmedi. BT'de USG bulgularına ek olarak terminal ileumda 40 mm. çaplı hiperdens taş izlenmiştir. Radyolojik olarak safra taşı ileusu tanısı konuldu ve operasyon ile doğrulandı.



Resim 3. ADBG'de ince barsak anslarında dilatasyon, hava-sıvı seviyeleri izlenmektedir.

TARTIŞMA

Akut kolesistitlerde %1-2 oranında komşu organa fistülizasyon görülebilir. Kolesistoenterik fistüller iltihaplı safra kesesinin gastrointestinal sistemin bir bölgesine yapışması ve oraya perforasyonu sonucu oluşur. Glenn ve arkadaşlarının teorisine göre safra kesesinde oluşan taş sistik kanalı tıkar ve akut inflamasyona neden olur ,safra kesesi ve komşu organ arasında oluşan inflamatuar yapışıklıklar meydana geldikten sonra tekrarlayan enfeksiyonlar nedeni ile organ ve safra kesesi duvarlarında gangren oluşarak fistül meydana gelir. Diğer bir teori de mekanik bası ile basıncın erozyon ve nekroza neden olduğundan bahseden mekanizmadır (1).

Enterik fistüllerin sıklıkları şöyledir:

1. Kolesistoduodenal % 72-80
2. Kolesistokolik % 8-12
3. Eşit sıklıkta Kolesistogastrik/ Koledokoduodenal % 3-5

4. Diğerleri kombinedir; Kolesistogastroduodenal/ Kolesistoduodenokolik % 2-3 (1).

Bilioenterik fistül hastalarının % 13'ünde safra taşı ileusu görülür. Sadece büyük safra taşları obstruksiyona neden olur. Safra taşı ileusu en sık terminal ileumda, nadiren de duodenum ve kolonda görülür (3). Safra taşı ileusu, ince barsak obstruksiyonlarının %1'in den sorumludur.

İntestinal anslara geçen safra taşı obstruksiyona neden olmuyorsa hastada belirgin bir semptomatoloji saptanmaz. Ancak safra taşı büyük ise ince barsaklarda mekanik obstruksiyona neden olabilir. Klinik belirti ve bulgular tanıda fazla yardımcı değildir. Sağ üst kadranda ağrısı, hassasiyet, sarılık ve sağ üst kadranda dolgunluk hissi görülebilir. Diğer bulgular ateş, titreme, bulantı-kusma, sırt ağrısı, yağlı yiyeceklere intolerans veya güçsüzlük olabilir. Bilioenterik fistüllü hastalarda safra yolu karsinomlarında artış gözlenmektedir. Operasyonda safra kesesi çıkarılmazsa ilk ay içerisinde %5-10 insidansla safra taşı obstruksiyonu görülebilir (4).

ADBG'de vakaların %75'in de obstruksiyon bulguları saptanır. %30'un da safra yollarında hava, %30'dan daha azında sakrumun üzerinde veya ileumun pelvik luplarında safra taşı görülür. Bu üç bulguya RİGLER triadi denir ve sadece vakaların %10'nun da görülür (4,5). Ektopik safra taşının görülebilme oranının azlığı, ağırlıklı olarak kolesterol taşları olmasından kaynaklanmaktadır. Kontrast çalışmalar obstruksiyon düzeyini verir. Üst gastrointestinal çalışmalar fistülü gösterebilir (5).

Klasik USG ve BT bulguları safra ağacında hava görülmesidir. Safaie-Shirazi ve arkadaşlarının deneyimlerine göre bu fistüllerin sadece 1/3'ünde safra ağacında hava tesbit edilmektedir (1-6). Üstelik bu havanın nedeni amfizematöz kolesistit, malign fistül, operasyon sonrası izlenebilen hava gibi başka etiyolojik faktörlere de bağlı olabilir (3). BT bilier ağaçtaki havayı saptamada çok sensitif olup obstruksiyon seviyesini ve çoğunlukla taşı gösterir (7,8,9).

Bizim iki hastamızda da ADBG'de ince barsak obstruksiyonu bulguları saptandı. Direkt grafide ektopik taş izlenemedi. USG'de literatürde 1/3 oranında izlendiği söylenen safra yollarında hava hastalarımızda saptanmamıştır. Ancak her iki hastada da terminal ileumda BT ile taş gösterilebilmiştir. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

SONUÇ

Safra taşı ileusu, ince barsak obstruksiyonlarının %1'den sorumludur. Nadir saptanan bu durum özellikle akut kolesistit atakları geçirmiş, kolelitiazisli yaşlı hastalarda akılda tutulmalıdır (10). Geç tanı konulduğunda morbidite ve mortalitesi yüksek olan safra taşı ileusunda spesifik ADBG ve USG bulguları vakaların bir bölümünde izlenemeyebilmektedir. Ancak batın BT ile sıklıkla doğru ve erken tanı konulabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Shackelford's: Biliary tract. Surgery of the Alimentary tract 4th Edition (Ed: Jeremiah G. Turcotte) Volume 3 Philadelphia, WB Saunders Company, 1996 p. 236-37.
2. Sayek İ. Temel Cerrahi 2.Baskı Cilt 2. Güneş Kitabevi. 1996 p. 1269-1320
3. Sutton D. Textbook of Radiology and Imaging. Sixth Edition. Volume2. Churchill Livingstone. 1998 p. 925-26.
4. Clavien P, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. Br J Surg 1991; 77: 737-42
5. Reisner M, Cohen J. Gallstone Ileus: a review of 1000 reported cases. Am Surg 1994; 60: 441-6
6. Davies RJ, Sandrasagra FA, Joseph AE. Case report: ultrasound in the diagnosis of gallstone ileus. Clin Radiol. 1991; 43 (4): 282-4.
7. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O, Wallerand H, Kastler B. Gallstone ileus: CT findings. Eur Radiol. 2000; 10 (6): 938-40
8. Schima W, Steiner E. A cholecysto-enteric fistula with a gallstone ileus diagnosed by CT. Radiologe. 1992; 32 (3): 132-4.
9. Kosorok P. Bouveret's syndrome (gallstone ileus)--a minefield. Br J Clin Pract. 1996; 50 (1): 59-60.
10. Walter FA, Drockur M, Heger N. Sonographic diagnosis of gallstone ileus. Ultraschall Med. 1987; 8 (3): 131-3.