

OLGU SUNUMU

BEKLENMEYEN LOKALİZASYONDA SAFRA TAŞI İLEUSU: OLGU SUNUMU

GALLSTONE ILEUS IN UNEXPECTED LOCALIZATION: A CASE REPORT

Abdullah Şenlikci¹, Eyüp Yeldan¹, Ahmet Mücteba Öztürk¹, Emrah Dadalı¹, Uğur Gökçelli¹, İbrahim Atasoy², Enver İlhan¹

¹İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

ÖZET

Safrataşı ileusu, safra taşının safra kesesinden barsaklara yer değiştirmesiyle oluşan mekanik intestinal obstruksiyondur. Kolelithiazisin nadir komplikasyonlarından biridir. 68 yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede batında her kadranda yaygın hassasiyet mevcuttu, defans ve rebaund yoktu. Beyaz küre sayısı 13100/mm³ idi. Ayakta direk batın grafisinde ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Batın US' de ince barsak anslarında dilatasyon tesbit edildi. Batın BT'de ise safra taşı ileusu ve periduodenal bölgede inflamatuvar değişiklikler rapor edildi. Üst batın MR ve MRCP'de safra taşı ileusu, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon, safra kesesi perforasyonu ile uyumlu bulgular rapor edildi. Yapılan eksplorasyonda Treitz'dan itibaren 170 cm distalde jejunum düzeyinde lümeni tıkayan sert kitle tespit edildi. Enterotomi sonrasında yaklaşık 3x3cm boyutlarında taş çıkarıldı. Hastada komplikasyon gelişmedi ve operasyon sonrası 7. günde taburcu edildi. Sonuç olarak, safra taşı ileusu mekanik barsak obstrüksiyonlarının nadir sebeplerinden biridir. Obstrüksiyon genellikle ileoçekal valv ya da terminal ileumda görülmesine rağmen bizim olgumuzdaki gibi nadir de olsa jejunum düzeyinde de obstrüksiyon oluşabilir. Düşük riskli hastada tek aşamalı cerrahi, diğer hastalarda ise enterolitotomi uygulanması gereken cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler:

Kolelithiazis, İntestinal obstrüksiyon, Safra taşı ileusu

Yazışma adresi

Eyüp Yeldan
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR
Tel: 0 505 581 20 06
e-mail: eyupyeldan@gmail.com

ABSTRACT

Gallstone ileus is a mechanical intestinal obstruction caused by migration of gallstone from gallbladder to intestine. It is one of the rare complication of cholelithiasis. 68 years old female patient admitted to emergency department complaining of abdominal pain and vomiting which started 3 days ago. There was abdominal rigidity on each quadrant and there wasn't defence and rebound on physical examination. White blood cell count was 13,100/mm³. Directly abdominal radiography showed small bowel air-fluid levels. Abdominal ultrasound showed small bowel dilatation. Abdominal CT revealed gallstone ileus and inflammatory changes in periduodenal region. MRI and MRCP revealed gallstone ileus, dilatation of intrahepatic and extrahepatic bile ducts and gallbladder perforation. Solid mass which obstructed the lumen of the jejunum 170 cm distal from Treitz was detected on exploration. Approximately 3X3 cm in size stone was removed from distal part of mass by enterotomy. Any complication no occurred on postoperative period. The patient was discharged 7th day after operation. In conclusion; gallstone ileus is one of the rare complication of mechanical bowel obstruction. Although obstruction is usually in terminal ileum or ileocecal valve, obstruction can be rarely occur at the level of jejunum as in our case. The single stage surgery should be performed in patients who have no additional risk factor. Enterolithotomy should be performed in others.

Key words: Cholelithiasis, Intestinal obstruction, Gallstone ileus

GİRİŞ

Safra taşı ileusu safra taşının safra kesesinden spontan biliyoenterik fistül yoluyla barsaklara yer değiştirmesi ve obstrüksiyon yaratmasıyla meydana gelir. İntestinal obstrüksiyonların yaklaşık %1-3'ünü oluşturur. İnsidansı 65 yaş üzerindeki hastalarda %25'e kadar yükselir (1). Kadınlarda erkeklerden 3,5-6 kat daha sık gözlenir (2). İlk olarak 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır (3). Spontan biliyoenterik fistül birçok probleme sebep olabilecek nadir bir komplikasyondur. Sıklıkla fistül kolesistoduodenaldır. Kolesistokolonik, koledokoduodenal, kolesistogastrik ve duodeno-sol hepatik kanal fistülleri de gözlenme ihtimali olan fistüllerdir (4). Morbidite ve mortalite oranı yüksektir. Bunun sebepleri de hastaların ileri yaşta olması, ek hastalıklar, hastaneye geç başvurma ve tedavinin geç yapılmasıdır (5).

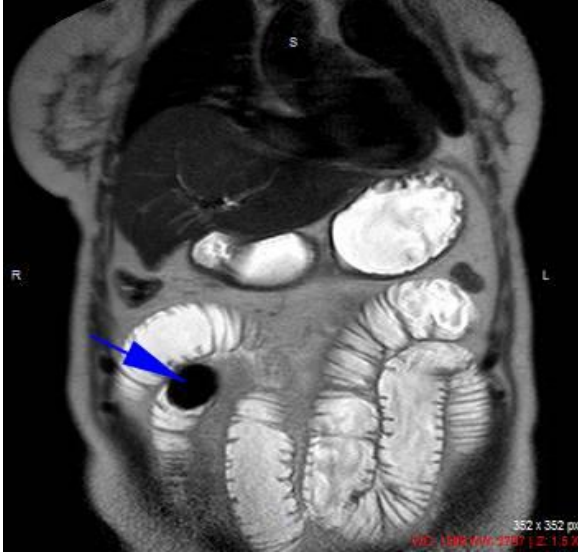
OLGU

Altmış sekiz yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede, batında her kadranda yaygın hassasiyet mevcuttu, defans ve

rebound yoktu. Beyaz küre sayısı 13100/mm³, aspartat aminotransferaz (AST) 13 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 5 U/L, total bilirubin 1,02 mg/dL idi. Ayakta direk batın grafisinde ince barsak düzeyinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Ultrasonografide (US), ince barsak anslarında dilatasyon mevcuttu. Tomografide (BT), safra taşı ileusu ve periduodenal bölgede inflamatuvar değişiklikler rapor edildi (Resim 1).



Resim 1. BT'de Jejunal safra taşı. Proksimal anslarda dilatasyon ve ileus tablasu. Anslar çevresinde ve pelviste sıvanma tarzı sıvı.



Resim 2. MRI'da Jejunal safta taşı ve proksimal jejunumda dilatasyon.

Üst batin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve manyetik rezonans kolanjiyopanreatografi'de (MRCP) safra taşı ileusu ile uyumlu görünüm, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon, safra kesesi perforasyonu ile uyumlu görünüm rapor edildi (Resim 2). Operasyon öyküsü olmayan hastaya safra taşı ileusu ön tanısı ile acil operasyon planlandı.



Resim 3. İleusa neden olan safra taşının intraoperatif görünümü

Ameliyat öncesi uygun medikal tedavi ile ameliyata hazırlandı.Yapılan eksplorasyonda Treitz'dan 170 cm distalde lümeni tıkayan sert kitle tespit edildi. Yapılan enterotomide yaklaşık 3x3 cm boyutlarında taş çıkarıldı (Resim 3). Enterotomi yapılan alan primer sütüre edildi. Safra kesesi çevresinde yoğun enflame yapışıklıklar olması nedeniyle fistül traktı değerlendirilemedi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası 7. Günde taburcu edildi. Kontrollerinde herhangi bir problemi olmayan hasta halen takip altındadır.

TARTIŞMA

Kolelithiazis ABD ve Batı Avrupa'da %10 sıklıkta görülen yaygın bir hastalıktır. Olguların sadece %20-30'u semptomatiktir ve genellikle bilier kolik ile prezente olurlar. Kolelithiazisin en sık komplikasyonları akut kolesistit, akut pankreatit, koledokolithiazis, kolanjit ve gangrenöz safra kesesidir. Diğer komplikasyonları ise Mirizzi sendromu, kolesistokoledokal fistül ve safra taşı ileusudur (1).

Tekrarlayan taşlı kolesistit oluşumu geniş bir inflamasyon oluşumuna ve safra kesesi ve gastrointestinal sistem arasında adhezyon oluşumuna sebep olur. Daha sonra safra taşı safra kesesi duvarında erozyon oluşturur, kolesistoenterik fistül oluşur ve safra taşının barsağa geçişi bu oluşan fistül yolu ile olur. En sık kolesistoduodenal fistül görülür. Fakat fistülizasyon mideye, kalın barsağa ve ince barsağa da olabilir. Safra taşı barsak lümenini tıkadığı zaman spontan geçiş nadirdir. Geçiş genellikle cerrahi işlem sonrasında sağlanabilir (3). Safra taşının obstrüksiyona sebep olması için en az 2-2,5 cm büyüklüğünde olmalıdır. Bizim olgumuzda yaklaşık 3 cm büyüklüğünde idi. Obstrüksiyon genellikle terminal ileum ve ileoçekal valv bölgesinde meydana gelir. Bunun sebebi buranın anatomik olarak daha dar olması ve daha az aktif peristaltizm gözlenmesidir. Nadiren de jejunum, duodenum, mide ve kolonda gözlenir (6).

Safra taşı ileusunun klinik bulguları intestinal obstrüksiyona bağlı oluşan bulgulardır. En sık gözlenen bulgular ise bulantı, kusma ve epigastrik ağrıdır (7). Bundan başka daha ender olarak duodenal erozyona ikincil gelişen hematemez ile de başvuru olabilirler (8).

Safra taşı ileusunun klasik radyolojik bulguları Rigler triadı olarak bilinmektedir ve intestinal obstrüksiyon, pnömobilite ve ektoptik safra taşı içerir. US ve abdominal grafiler tanıda karşılaştırıldığında pnömobilite ve ektoptik safra taşı tanısında US'nin daha başarılı olduğu görülmüştür. İntestinal obstrüksiyon tanısında ise abdominal grafilerin daha başarılı olduğu gözlenmiştir. Ripollés ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, US ve abdominal grafilerin birlikte kullanılmasının tanıda %96 sensitivite gösterdiği bildirilmiştir. BT, intestinal obstrüksiyon ve safra taşı ileusu tanısında kullanışlı bir yöntemdir fakat BT'nin daha pahalı olması ve yüksek dozda iyonize radyasyon içermesi US ve abdominal grafi kombinasyonunu daha ön plana çıkarmaktadır (9). Fakat BT obstrüksiyonun ve fistülün yeri hakkında daha iyi bilgi verir ve uygulanacak strateji hakkında karar vermemize yardımcı olur (2).

Safra taşı ileusunun cerrahi tedavisinde sadece enterolitotomi yapılması en sık uygulanan cerrahi prosedürdür. Enterotomi ve taşın çıkarılması intestinal obstrüksiyonu ortadan kaldıracaktır fakat safra kesesinde taş kalmışsa tekrar obstrüksiyon oluşabilir, inflame safra kesesinin kalması tekrarlayan semptomlara yol açabilir ve hastalarda safra kesesi kanseri riski artabilir. Bu yüzden enterolitotomi, kolesistektomi ve fistül onarımının yapıldığı tek aşamalı cerrahi prosedür alternatif tedavi seçeneğidir. Yapılan çalışmalar enterolitotominin tek başına bir çok hastada en iyi tedavi seçeneği olduğunu ve düşük riskli hastalarda tek aşamalı cerrahi uygulanması gerektiğini göstermektedir (10). Bizim olgumuz yüksek riskli olduğu ve safra kesesi çevresinde yoğun yapışık lıklar mevcut olduğu için olguya sadece enterolitotomi uygulandı.

Sonuç olarak, safra taşı ileusu mekanik barsak obstrüksiyonlarının nadir sebeplerinden biridir. Obstrüksiyon genellikle ileoçekal valvde ya da terminal ileumda

görülmesine rağmen bizim olgumuzdaki gibi nadir de olsa jejunum düzeyinde de obstrüksiyon oluşabilir. Tanıda batın US ve abdominal grafilerinin birlikte kullanılması preop tanı konmasına yardımcıdır. Düşük riskli hastada tek aşamalı cerrahi, diğer hastalarda enterolitotomi, uygulanması gereken cerrahi yöntemlerdir.

KAYNAKLAR

- 1) Yakan S, Engin Ö, Tekeli T, Çalık B, Deneçli AG, et al. Gallstone ileus as an unexpected complication of cholelithiasis: diagnostic difficulties and treatment. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 344-8.
- 2) Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY, et al. Gallstone ileus: Report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 1295-8.
- 3) Ayatunde AA, Agrawal A. Gallstone Ileus: Diagnosis and Management. *World J Surg* 2007; 31: 1292-7.
- 4) Pavlidis TE, Atmatzidis KS, Papaziogas BT, Papaziogas TB. Management of gallstone ileus. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10: 299-302
- 5) Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone Ileus - Clinical and therapeutic aspects. *Journal of Medicine and Life* 2010; 3: 365-371.
- 6) Gasparrini M, Liverani A, Catracchia V, Conte S, Leonardo G, Marino G, et al. Gallstone ileus: a case report and review of the literature. *Chirurgia Italiana* 2008; 60: 755-9.
- 7) Conzo G, Mauriello C, Gambardella C, Napolitano S, Cavallo F, Tartaglia E, et al. Gallstone Ileus: One-stage surgery in an elderly patient One-stage surgery in gallstone ileus. *International Journal of Surgery Case Reports* 2013; 4: 316-8.
- 8) Koç B, Tural F, Karahan SR, Adaş G, Arslan U. Yaşlı Hastalarda Nadir Rastlanılan Bağırsak Tıkanıklığı Nedeni: Safra Taşı İleusu. *Kolon Rektum Hast Derg* 2013; 23: 55-8.

9) Ripollés T, Miguel-Dasit A, Errando J, Morote V, Gomez-Abril SA, Richart J. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging* 2001; 26: 401-5

10) Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 279-81.

Yazının alım tarihi:04.08.2013
Kabül tarihi:10.10.2013
Online basım:11.11.2013