

## Safra Taşına Bağlı “ İleus” ve “Bağırsak Perforasyonu” Olgusu

### “İleus” and Intestinal Perforation due to Biliary Stone

Muhammed Semih GEDİK<sup>1</sup>, Hakan HAKKOYMAZ<sup>2</sup>, Erdem AKSAY<sup>3</sup>, Yılmaz SAFİ<sup>1</sup>

#### ÖZET

Safra taşı ileusu nadir görülen bir hastalıktır. Mekanik obstruksiyon gelişmiş hastaların yaklaşık %1-4'ünü oluşturur. Safra taşı ileusu, kolelitiazisin nadir görülen bir komplikasyonu olarak kabul edilir. Teşhiste gecikmeden dolayı mortalite ve morbiditesi yüksektir. 56 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulantı-kusma, şişkinlik yakınmasıyla başvurdu. Hastada pre-op safra taşı ileusu, kolesistorektal fistül ve bağırsak perforasyonu olduğu saptandı. Safra taşı ileusu ve bağırsak perforasyonu vakasını sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Safra taşı, ileus, bağırsak perforasyonu, acil servis

#### ABSTRACT:

Gallstone ileus is a rare disease, which is responsible for about %1-4 of all cases of mechanical obstruction. Gallstone ileus is rare complication of cholelithiasis. The morbidity and mortality rate remain very high, mainly because of delayed diagnosis. 56 years old male patient presented to ER with complaints of stomachache, nausea-vomiting and swelling. Pre-op gallstone ileus, cholecystorectal fistula and colon perforation have been identified in the patient. We report a case of gallstone ileus and colon perforation.

**Keywords:** Gallstone, ileus, colon perforation, emergency service

Gönderim: 31 Mayıs 2019

Kabul: 27 Haziran 2019

<sup>1</sup> Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>2</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>3</sup> Toros Devlet Hastanesi, Acil Tıp, Mersin, Türkiye

**Sorumlu Yazar:** Muhammed Semih Gedik, MD **İletişim:** Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye **Tel:** +905394284137 **E-mail:** [semihgedik86@hotmail.com](mailto:semihgedik86@hotmail.com)

**Atıf için/Cited as:** Gedik MS, Hakkoymaz H, Aksay E, Safi Y. Safra Taşına Bağlı "İleus" ve "Bağırsak Perforasyonu" olgusu. Anatolian J Emerg Med 2019;2(3); 21-23.

**Giriş:**

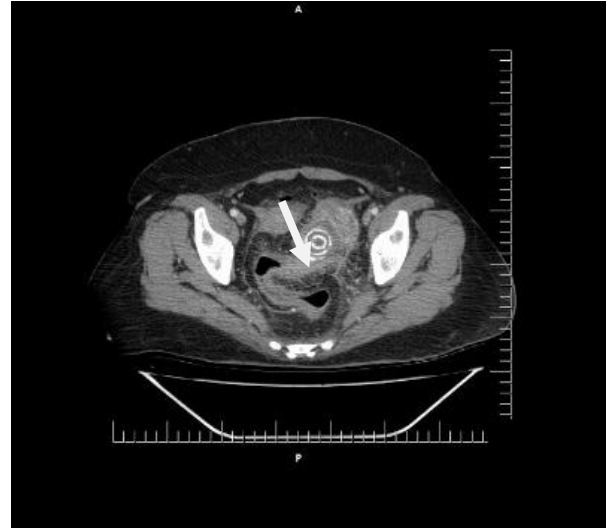
Safra taşı ileusu, safra kesesi taşının bir komplikasyonu olup, ilk olarak 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır (1,2). Mekanik ince barsak tıkanıklığı (ileus) nedenleri arasında yapışıklıklar, yabancı cisimler, tümörler, konjenital anomaliler ve volvulus sayılabilir. Safra kesesi taşı nedeni ile oluşmuş ileus daha seyrek olarak görülmektedir. Tüm intestinal obstrüksiyonların sadece %1-4'ünde rastlanırken, 65 yaş üzeri hasta grubunda ince bağırsakta nonstrangüle obstrüksiyonların %25'ini oluşturur (1,3,4). Safra taşı ileusu bir veya birden fazla safra kesesi taşının gastrointestinal sistemde (GİS) mide ile rektum arasında herhangi bir lokalizasyonda impakte olup tıkanıklık oluşturmasıdır. Safra taşı ileusu tüm kolelitiazis olgularının %0,3-0,5'inde görülür (3,4). İntestinal obstrüksiyon, taş 2,5 cm ve üzerinde ise izlenir. Kadınlarda, safra taşı oluşumu erkeklere oranla daha fazla olduğu için daha sık izlenir (5). Safra kesesi taşı ileusu, GİS'e rekküren kolesistit nedeniyle oluşan biliyer-enterik fistül sonucu oluşur, en sık kolesistoduodenal (%76) fistül görülür ve obstrüksiyon en sık terminal ileumda görülür (%80), daha az sıklıkla proksimal ileum, jejunum, kolon ve duodenumda görülür (6,7,8). Bilioenterik fistül nedeni ile intestinal sisteme geçen safra taşlarının

%80'i sorun oluşturmadan dışarı atılır. Tanıda düz grafi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi yöntemleri kullanılır (5). Safra taşı ileusunun komplikasyonları ve mortalitesi oldukça fazladır. Mortalite oranı %15'tir (9). Bu sunumda safra taşına bağlı gelişen ileus ve barsak perforasyonu olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:**

Karın ağrısı, bulantı, kusma ve kabızlık şikayetiyle acil servise başvuran 56 yaş erkek hastanın özgeçmişinde safra kesesinde taş mevcuttu. Hastanın kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 76/dk, solunum sayısı 17/dk, vücut ısısı 37.6 °C saptandı. Hastanın fizik muayenesinde batın distandü ve tüm kadrantlarda hassasiyet saptandı. Kan tetkiklerinde lökosit değerleri 17580 saptandı. Bilirubin 1mg/dl, AST 22 U/L, ALT 15 U/L, amilaz 50 U/L saptandı. Hastanın Batın bilgisayarlı tomografisinde ise safra kesesi kontrakte, safra kesesi duvar kalınlığı artmış, safra kesesinde-intrahepatik safra yollarında ve koledokta hava dansiteleri izlendi ve safra kesesinde taş saptandı. Safra kesesi ile komşu kolon arasında fistül ile uyumlu görünüm saptandı. Rektosigmoid bölgede rektum ve sigmoid barsak duvarı kalın-ödemli, barsak ansları etrafında serbest sıvı ve yağlı dokuda kirlilik saptandı. Rektum kesiminde 24x24 mm boyutunda fistül traktından barsak ansına ilerleyen taş saptandı (Şekil 1). Bu alana komşu kesimde 46x37 mm boyutunda apse görüntüsü izlendi. Karaciğer komşuluklarında ve batında serbest hava izlendi (Şekil 2). Kolon anslarında dilatasyon ve distansiyon izlendi (Şekil 3). Hastamıza yapılan muayene ve ileri tetkik

görüntülemeler sonrası safra taşına bağlı ileus ve barsak perforasyonu tanısı konuldu. Hasta genel cerrahi yoğun bakıma yatırıldı ve ameliyata alındı.



Şekil 1: BT'de Fistül Traktından barsak ansına ilerleyen taş

**Tartışma:**

Safra taşına bağlı mekanik intestinal obstrüksiyonlar nadir görülmekte olup tüm mekanik intestinal obstrüksiyonların %1-4'ünü oluşturur. Daha çok ileri yaşta hastalarda görülmektedir. Bizim hastamız 56 yaşındadır.



Şekil 2: BT'de abse ve serbest hava imajı

Safra taşı ileusu, safra kesesi taşının nadir bir komplikasyonudur. Hastaların yarısından fazlasında kardiyak hastalık, diyabet veya obezite gibi yandaş hastalıklar eşlik ettiği için mortalite ve morbiditesi yüksektir. 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 oluşur (4). Oluşan bu fistüller arasında en çok kolesistoduodenal fistül görülmektedir. Fistülün lokalizasyonu %68 ile en sık kolesistoduodenal olurken, %5 kolosistokolonik ve %5 kolesistoduodenokolik yerleşimlidir. Hastamızda ise nadir

görülen, safra kesesi ile komşu kolon arasında fistül saptandı. (10). Way, 1950 ve 1985 yılları arasında yayınlanmış toplam 1061 olgudan oluşan 67 makalenin taranması sonucunda, safra taşının yerleşim yerini 913 olguda tanımlamış ve bu oranları %64 terminal ileumda, %23 proksimal ileum ve jejunumda, %4 kolonda, %1 midede olarak yayınlamıştır (2). Hastamızda ise nadir yerleşimli olarak kolon rektum kesiminde 24x24 mm boyutunda fistül traktından barsak ansına ilerleyen safra taşı saptandı. Bu alana komşu kesimde 46x37 mm boyutunda apse görüntüsü izlendi. Ayırıcı tanıda safra taşı ileusundan şüpheleniliyorsa ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden yararlanılabilir. (5).



Şekil 3. Kolon anslarında dilatasyon ve distansiyon

Hastamıza kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile tanı koyduk. Preoperatif kesin tanıda en önemli nokta klinik şüphedir (7). Safra taşı ileusunda bulgular non-spesifik olduğundan kesin tanı sıklıkla operasyon esnasında konmaktadır (8). Safra taşı ileusunda intestinal tıkanıklığı gidermek için acil cerrahi girişim yapılır. Bizim olgumuzda ise hastada yapılan muayene ve ileri tetkik görüntülemeler sonrası intestinal sisteme geçen safra taşına bağlı ileus ve barsak perforasyonu saptandı. Hasta genel cerrahi yoğun bakıma yatırıldı ve ameliyata alındı.

#### Sonuç:

Safra taşı ileusu, mekanik obstrüksiyonların nadir bir sebebi olmakla beraber yüksek mortalite ve morbidite nedenidir. Acil servise ileus bulguları ile başvuran hastaların anamnezinde safra kesesi patolojileri mutlaka sorgulanmalıdır. Safra taşına bağlı, ileus ve barsak perforasyonu da ön tanıda akılda bulundurulmalıdır.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek Beyanı:** Yazarlar finansal destek bildirmemiştir.

#### Kaynaklar:

1. Doko M, Zovak M, Kopljarić M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27(4): 400-404.
2. Way LW. Surgical diagnosis and treatment. Biliary tract. Current. 10th edition; Appleton and Lange 1994: 553-554
3. Rodriguez JC, Casado F., Fernandez MJ., Morales DJ, Nranjo A., A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus *Br J Surg* 1997; 84:634.
4. Agresta F, Bedin n., Gallstone ileus as a complication of an acute cholecystitis. Laparoscopic diagnosis and treatment. *Surg Endosc* 2002 ; 16:1637.
5. Kshara Y., Umumera H., Shiraha S., Kuyuma T., Sakata K., Kubota H., Gallstone ileus. Review of 112 patient in the japans literature .*Am J Surg* 1980 : 140:437.
6. Cooper SG., Sherman SB., Steinhardt JE., Wilson JM., Richman AH., Bouveret's syndrom :Diagnostic considerations. *JAMA*1987;286:226.
7. Reisner RM., Cohen JR., Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases.*Am Surg* 1994; B 60:441
8. Khaira HS., Thomas DR. , Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula.*Br J Surg* 1994; 81: 723
9. Kurtz RJ., Helmann TM., Kurtz AB. : Gallstone ileus: A diagnostic problem *The American Journal of Surgery* 146:314-317, 1983.
10. Martínez Ramos, D., Daroca Jose, J. M., Escrig Sos, J., Paiva Coronel, G., Alcalde Sanchez, M., & Salvador Sanchis, J. L. (2009). Gallstone ileus: management options and results on a series of 40 patients. *Revista española de enfermedades digestivas*, 101(2), 117-124.