

İleusun Nadir Bir Sebebi: Safra Taşı İleusu

Bartu Badak, Serdar Erkasap, Mustafa Salis
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
*email: drbartu@gmail.com

Makale gönderimi: 11 Nisan 2016; Kabul: 17 Mayıs 2016
Online: 17 Mayıs 2016

ÖZET: Safra taşı ileusu ince barsak obstrüksiyonlarının nadir görülen bir sebebidir. Mekanik obstrüksiyonların %1-4'ünü oluşturur. Kolelithiazisin nadir görülen bir komplikasyonu olarak kabul edilir. Teşhiste gecikmeden dolayı mortalite ve morbiditesi yüksektir. Bu olgu sunumunda safra taşına bağlı ileus gelişen bir olgunun bilgisayarlı tomografi bulguları ve operasyon süreci sunulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Safra taşı ileusu, kolelithiazis

A RARE CAUSE OF ILEUS: GALLSTONE ILEUS

ABSTRACT: Gallstone ileus is a rare cause of intestinal obstruction. It's responsible for about %1-4 of mechanic ileus .Gallstone ileus is rare complication of cholelithiasis. The mortality and morbidity rate remains high because of delayed diagnosis. In this case we report a case of ileus due to gallstone with computerized tomography findings and operation process.

KEYWORDS: Gallstone ileus, cholelithiasis

1. Giriş

Mekanik ince barsak tıkanıklığı oluşturan yaygın nedenler arasında yapışıklıklar, yabancı cisimler, tümörler, konjenital anomaliler ve volvulus sayılabilir. Safra kesesi taşı nedeni ile oluşmuş ileus daha seyrek olarak görülmektedir. Safra taşı ileusu bir veya birden fazla safra kesesi taşının gastrointestinal sistemde mide ile rektum arasında herhangi bir lokalizasyonda impakte olup tıkanıklık oluşturmasıdır. Genellikle rekürren kolesistit sonucu gelişen biliyo-enterik fistül yoluyla geçiş gösterir. (1-3)

Safra taşı ileusu ilk olarak 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır. (4) Genellikle ileri yaşlarda ve kadınlarda daha sık görülür. Kadınlarda safra taşı izlenme sıklığının daha fazla olmasına bağlanmaktadır. Obstrüksiyon genellikle terminal ileumda , daha az sıklıkla proksimal ileum, jejunum, kolon ve duodenumda

meydana gelmektedir. (5)Görülme sıklığına göre fistül lokalizasyonları kolesistoduodenal (%76), kolesistokolik (%11), kolesistogastrik (%6), koledokoduodenal (%4), kolesistokoledokal (%3) olarak sıralanmaktadır. (6) Safra taşı ileusu tüm kolelithiazis olgularının %0,3-0,5'inde görülür. (6) İntestinal obstrüksiyon genellikle taş 2,5 cm'nin üzerindeyse görülür. (7) İleri yaş, yandaş hastalıklar ve tanıda gecikme sebepli yaklaşık %15 gibi bir oranla mortal seyredir. (7) Bu sunumda dış merkezde kolelithiazis nedeni takip edilmiş ve ileus bulguları gelişip kliniğimize refere edilen bir hasta bilgisayarlı tomografi ve operasyon süreci ile birlikte sunulmaktadır.

2. Olgu

Yetmiş üç yaşında bayan hasta karın ağrısı nedeni başvurduğu dış merkezde kolelithiazis tanısı nedeni yaklaşık 15 gün medikal tedavi almış olup, takiplerinde son dönemde karın

ağrısında artma, bulantı kusma gelişmesi ve gaz gayta çıkaramama şikayetleri oluşması sebebi ile ileus öntanısı ile kliniğimize refere edilmiştir. Hastanın özgeçmişinde safra kesesi taşı ile ilgili bir hikaye bulunmamakla beraber karın ağrısı nedeni başvurduğu dış merkezde yapılan tüm abdomen ultrasonografi sonucunda kolelithiazis tanısı konulmuştur. Yaklaşık 15 gün medikal tedavi alan hasta

karın ağrısında artma olması, bulantı kusma olması ve gaz gayta çıkaramama şikayetlerinin olması üzerine ileus öntanısı ile kliniğimize kabul edilmiştir. Önceden diyabet hastası olduğu öğrenilen bayan hastada distansiyonun artmış görülmesi üzerine çekilen bilgisayarlı tomografide ileus tablosunun olduğu ve kolesistoduodenal fistül traktının izlendiği görülmüştür.



Resim 1: Bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Resim 2: Bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre değeri 16800 olan hastanın biyokimyasal parametreleri normal olarak değerlendirilmiştir. Tüm kadranlarda hassasiyet, defansı mevcut olan hasta ileri derecede distansiyonu olması sebebiyle acil şartlarda operasyona alınmıştır. Yapılan eksplorasyonda ince barsaklarda ileri derecede distansiyon saptanan hastanın ileoçekal valve yaklaşık 150 cm mesafede tıkaçıcı tipte yaklaşık 8*5 cm boyutlarında safra taşı palpe edilmiştir. Ayrıca safra kesesinin duodenuma fistülize olduğu

görülmüştür. Tıkanan bölgeye enterotomi kararı alınan hastadan taş çıkarıldıktan sonra yaklaşık 1500 cc intestinal içerik aspire edilmiştir. Batın içi kirlenme saptanmayan hastanın enterotomi yapılan barsak anısı primer onarılmıştır. Dokuları ileri derecede ödemli ve frajil olan hastanın fistül traktına yönelik bir müdahale yapılmamış olup operasyon komplikasyonsuz şekilde tamamlanmıştır. Postoperatif antibiyoterapi ve mayi tedavisi verilen hastaya 1 hafta sonra enteral beslenme başlanıp operasyon sonrası 10. günde hasta şifa ile taburcu edilmiştir.



Resim 3: *Enterolitotomi*

3. Tartışma

Safra taşı ileusu, safra kesesi veya safra yolları ile duodenum, mide, koledok ya da kolon arasında meydana gelen fistüle bağlı olarak safra taşlarının intestinal sisteme geçmesi ve obstrüksiyona neden olması ile meydana gelmektedir(8). Oluşan bu fistüller arasında en çok kolesistoduodenal fistül görülmektedir. Safra taşına bağlı mekanik obstrüksiyonlar tüm intestinal obstrüksiyonların yaklaşık %1-4'ünü oluşturmaktadır(9). Ayırıcı tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden yararlanılabilir. İlk etapta safra taşı ileusundan şüpheleniliyorsa kontrastlı tetkiklerden fayda sağlanabilir(10). Safra taşı ileusunda bulgular

non-spesifik olduğundan kesin tanı sıklıkla operasyon esnasında konmaktadır. Obstrüksiyon en sıklıkla terminal ileumda gözlemlenmektedir (5).

Bizim olgumuzda hastanın dış merkezden kolesistiazis nedeniyle takip edilip ileus nedeniyle kliniğimize refere edilmesi ; hastada yapılan muayene ve ileri tetkik görüntülemeler sonrası preoperatif tanıda kesin sonuca ulaşmada ve operasyona belirli bir tanıda girmede oldukça yardımcı olmuştur.

Tedavi seçenekleri arasında enterolitotomi, tek evreli cerrahi veya iki evreli cerrahi (enterolitotomi ve biliyer trakt cerrahisi) sayılabilir(11).



Resim 4: Safrataşı

4. Sonuç

Safrataşı ileusu mekanik obstrüksiyonların nadir bir sebebi olmakla beraber yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle geçirilmiş batin ameliyatı olmayan, özellikle ileri yaş bayan hastalarda mutlaka akılda

bulundurulmalıdır. İleus hastalarının anamnezinde safrakesesi patolojileri mutlaka sorgulanmalıdır. İleri yaş ve yandaş hastalığı olan hastalarda enterolitotomi bizim vakamızda da olduğu gibi yeterli kabul edilebilmektedir.

KAYNAKLAR

- Richards, W. O., & Williams Jr, L. F. (1988). Obstruction of the large and small intestine. *The Surgical clinics of North America*, 68(2), 355-376.
- Abou-Saif, A., & Al-Kawas, F. H. (2002). Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *The American journal of gastroenterology*, 97(2), 249-254.
- Lobo, D. N., Jobling, J. C., & Balfour, T. W. (2000). Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes. *Journal of clinical gastroenterology*, 30(1), 72-76.
- Doko, M., Zovak, M., Kopljar, M., Glavan, E., Ljubicic, N., & Hochstädter, H. (2003). Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World journal of surgery*, 27(4), 400-404.
- Khaira, H. S., & Thomas, D. R. (1994). Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula. *British journal of surgery*, 81(5), 723-723.
- Reisner, R. M., & Cohen, J. R. (1994). Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *The American surgeon*, 60(6), 441-446.
- Yamada, T., Alpers, D. H., & Owyang, C. (2013). Textbook of gastroenterology. Diseases of the biliary tree-Biliary fistula.
- Rodriguez-Sanjuán, J. C., Casado, F., Fernandez, M. J., Morales, D. J., & Naranjo, A. (1997). Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *British journal of surgery*, 84(5), 634-637.
- 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 español de enfermedades digestivas*, 101(2), 117-124.
- Kasahara, Y., Umemura, H., Shiraha, S., Kuyama, T., Sakata, K., & Kubota, H. (1980). Gallstone ileus: review of 112 patients in the Japanese literature. *The American Journal of Surgery*, 140(3), 437-440.
- Clavien, P. A., Richon, J., Burgan, S., & Rohner, A. (1990). Gallstone ileus. *British Journal of Surgery*, 77(7), 737-742.