

Safra Taşı İleusu: Nadir Bir İleus Nedeni

Gallstone Ileus: A Rare Ileus Cause
Genel Cerrahi

Başvuru: 10.09.2012
Kabul: 05.10.2012
Yayın: 05.10.2012

Ömer Topuz¹, Hasan Dirik¹, Halil Mert Bahadır¹, Tamer Ertan¹

¹ Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Özet

Safra taşı ileusu mekanik intestinal obstrüksiyonlarının akılda tutulması gereken nadir bir nedendir. 64 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulantı-kusma, şişkinlik yakınmasıyla başvurdu. İleus tanısıyla opere edilen hastada pre-op safra taşı ileusu, Kolesistoduodenal ve kolesistokolonik fistül olduğu saptandı. Enterotomi ile taş ekstraksiyonu ve kolesitektomi ve fistülektomi yapıldı. Kolon ve ince barsak primer onarıldı. Bu sunumda girişimimiz ile literatürdeki cerrahi işlemlerle ilgili bilgi verildi.

Anahtar kelimeler: safra taşı, ileus

Abstract

Gallstone Ileus is a notable rare cause of mechanical intestinal obstructions. 64 years old male patient presented to ER with complaints of stomachache, nausea-vomiting and swelling. Pre-op gallstone ileus, cholecystoduodenal and cholecystocolonic fistula have been identified in the patient who was operated with Ileus diagnosis. Stone extraction with enterotomy, cholecystectomy and fistulectomy have been performed. Colon and small intestine primer have been repaired. Information has been given on our approach in this presentation and surgical operations in literature.

Keywords: gallstone, ileus

Giriş

Yapışıklıklar, tümörler, yabancı cisimler, herniler ve volvulus mekanik intestinal obstrüksiyonların sık nedenleridir. Safra taşı ileusu, ince barsak obstrüksiyonlarının nadir bir sebebidir ve kolelitiazisin komplikasyonudur. Safra taşı ileusu, safra kesesi taşının GİS de mide ile rektum arasında herhangi bir lokalizasyonda impakte olup tıkanıklık oluşturmasıdır. Safra taşı ileusu tüm intestinal obstrüksiyonlarının %1-4'ünü oluşturur ancak 65 yaş üzerindeki non strangüle intestinal obstrüksiyonların %25' ini oluşturur (1, 2). Kadınlarda daha sık izlenir. Safra taşı çapı 2.5 cm'nin üzerinde ise gelişebilir.(3)

Safra kesesi taşı 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) (4, 5, 6), cerrahi olarak tedavi edilir. Safra taşı ileusunun komplikasyonları ve mortalitesi oldukça fazladır. Mortalite oranı %15, ameliyat sonrası komplikasyonlar %50'den fazladır (7). Bu olgu sunumunda ileus nedeniyle opere edilip per-op safra taşı ileusu tanısı alan hastaya tedavi yaklaşımımız irdelenmiştir.

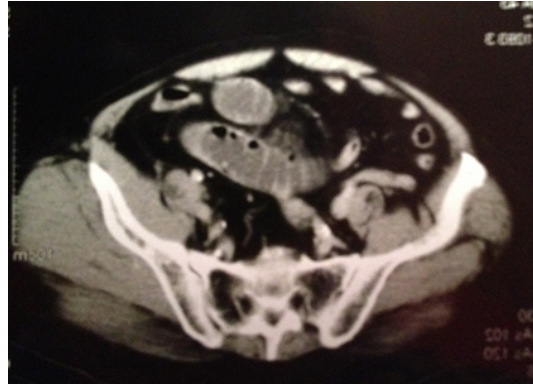
Olgu Sunumu

64 yaşında erkek hasta acil servise 2 günden beri devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz-gayta çıkaramama, şişkinlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. FM'de batın distandü idi, batında yaygın hassasiyet vardı. Rektal tuşede ampulla boştu. Hastanın biokimya tetkikinde glukoz 252, kreatinin 1.5, CBC tetkikinde WBC 23.000 idi. Çekilen ADBG de ince barsak tipi hava-sıvı seviyesi mevcuttu, yapılan NG dekompresyonda distal intestinal içerik saptandı. Yapılan USG de safra kesesinde en büyüğü 2.5 cm multipl taşlar

muvcuttu. Çekilen Üst-Alt Abdominal BT mide duodenum, jejunum, ileumun proksimal kesimlerinde intestinal çapların arttığı, distal ileum ve kolonun dekomprese olduğu, yer yer hava-sıvı seviyeleri izlendiği, batın orta hatta ve umblikus düzeyinde ileal ansların mezenter içerisinde transmezenterik herniye görünümde (internal herniasyon?) olduğu raporlandı. BT’ de başka patoloji tariflenmedi.



Şekil 1 : Ayakta direk karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri



Şekil 2 : Tüm Batın tomografisinde ileus ve şüpheli intestinal herniasyon görünümü

Hasta ileus tanısı ile acil ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda ileoçekal valvin yaklaşık 50 cm proksimalinde ileumun yaklaşık 3 cm lik sert bi cisim tarafından obstrükte edildiği, proksimalinin dilate distalinin ise dekomprese olduğu görüldü., Batında BT ‘de raporlandığı gibi internal herniasyon olmadığı., safra kesesinde en büyüğü 2.5 cm’lik multipl taşlar olduğu, safra kesesi ile kolon ve duodenum arasında fistül traktı olduğu saptandı. enterotomi ile safra taşı çıkarıldı ve ileum primer onarıldı. Safra kesesi duodenum ve kolondan fistülektomi yapacak şekilde ayrıldı ve kolesistektomi yapıldı. Duodenum ve kolon primer onarıldı. Post op takibi yoğun bakım ünitesinde yapılan hastanın post op 3. günü dreninden safralı mayi gelmesi üzerine hastaya perkütan biliyer drenaj yapıldı. Takibinde pnömonik infiltrasyon nedeniyle tedavi verildi. Postop 8. gün drenlerden gelen olmaması üzerine kateteri çekildi. Postop 10. gün de drenleri çekildi. Hasta post op 18. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi.



Şekil 3 : Safra taşının enterotomi ile çıkarılması sonrası görünümü

Tartışma ve Sonuç

Safra taşı ileusu mekanik intestinal obstrüksiyonlarının nadir bir sebebidir. Olguların çoğunluğu ileri yaşlarda ve DM gibi ek problemleri olan hastalardır(1,2,8). bu yüzden mortalite ve morbidite hala çok yüksektir. Bizim olgumuz da ileri yaşta ve diyabetli idi.

Safra taşı ileusunun preoperatif tanısı oldukça zordur. Daha önce ameliyat olmamış ve safra kesesinde taşları olan bir hastada ileus görüldüğünde safra taşı ileusu akla gelmelidir. Preoperatif kesin tanı en önemli nokta klinik süphedir(5). ADBG mekanik intestinal obstrüksiyonu göstermede yapılması gereken ilk tetkiktir. Non komplet olgularda ayırıcı tanıda USG ve BT yapılabilir. Klinik semptomları non spesifik olduğundan kesin tanı genellikle laparotomi sırasında konur. Bizim olgumuzda da ADBG çekildi.. ADBG de ince barsak tarzı hava-sıvı seviyelenmeleri görüldü. WBC 23000 olan hastaya ayırıcı tanı için BT yapıldı. Tomografisi ileus ve internal herniasyon? olarak raporlanan hasta opere edildi ve safra taşı ileusu tanısı per op konuldu.

Safra kesesi taşı safra kesesinde oluşan fistül aracılığı ile GİS'e geçer. Fistül en sık safrakesesi ve duodenum arasında daha az sıklıkta kolon ve safra kesesi arasındadır(4,5)Bizim olgumuzda kolesistodoudenal ve kolesistokolonik fistül vardı. GİS'e geçen safra taşının obstrüksiyon oluşturmasında taşın boyut ve morfolojisi önemli parametrelerdir. Safra kesesi taşının GİS 'te obstrüksiyon oluşturması için 2.5 cm'nin üzerinde olması gereklidir(3). Bizim olgumuzda çapı2.5 cm olan safra taşı terminal ileoçekal valve50 cm proksimalde tam obstrüksiyon yapmıştı.

Safra taşı ileusunda intestinal tıkanıklığı gidermek için acil cerrahi girişim yapılır. Safra taşı ileusunda henüz kararlaştırılmış altın standart tedavi yoktur. Tedavi seçenekleri arasında enterotomi, tek evreli cerrahi (taş çıkarımı kolesistektomi, fistül traktı eksizyonu) yada iki evreli cerrahi (enterolitotomi ve daha sonra elektif olarak kolesistektomi, fistül traktı eksizyonu), uygulanmaktadır.her iki cerrahi strateji de acil tedavide güvenle uygulanabilir (12). Ancak literatüre genel olarak bakıldığında, tek evreli tedavide mortalite %19 akadar çıkabildiği halde iki evreli operasyonda mortalite hiç izlenmeyebilmektedir. Bazı çalışmalarda taşın ortadan kaldırılması ile fistülün spontan kapanabileceği belirtilmektedir(9,10). Yapılan bir çalışmada 801 hastanın %

80'ine enterotomi+taşın çıkarılması ilave olarak kolesistektomi, kolesistostomi ve bilioenterik fistülün tedavisi yapılırken %5 'ine hiçbir tedavi uygulanmadığı rapor edilmiştir(5). Barsak rezeksiyonu ise yalnızca intestinal perforasyonlarda ve iskemi varlığında yapılmalıdır. Kesin tanısı preoperatif konulan olgularda endoskopik litotripsi alternatif olarak yapılabilir(10,11). Safra taşı ileusu nüks oranı %5-9 arasındadır. Bizim olgumuzda kolesistoduodenal fistül yanında kolesistokolonik fistül olduğundan ve safra kesesi içinde çapı 2cm nin üzerinde taşlar olduğundan kolesistektomi ve fistül onarımı yapıldı.

Sonuç olarak safra taşı ileusu nadir görülen bir ileus nedeni olmasına rağmen mortalite ve morbiditesinin yüksek seyredebilmesi nedeniyle ileusun ayrıncı tanısında özellikle yaşlı ve ek problemleri olan hastalarda dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. RodriguezJC, 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.
2. Agresta F, Bedin n., Gallstone ileus as a complication of a acute cholecystitis. Laparoscopic diagnosis and treatment. Surg Endosc 2002 ; 16:1637.
3. Kshahara 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.
4. Cooper SG., Sherman SB., Steinhardt JE., Wilson JM., Richman AH., Bouveret's syndrom :Diagnostic considerations. JAMA1987;286:226.
5. Reisner RM., Cohen JR., Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases.Am Surg 1994; B 60:441
6. Khaira HS., Thomas DR. , Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula.Br J Surg 1994; 81: 723
7. Kurtz RJ., Helmann TM.,Kurtz AB.,: Gallstone ileus: A diagnostic problem The American Journal of Srgery 146:314-317, 1983.
8. Nakamoto Y., Saga T., Fjishiro S., Washida M., Churiki M., Matsuda K. Gallstone ileus with impaction at the neck of Meckel's diverticulum . Br J Radiol 1998; 71:1320-22.
9. Clavien PA., Richon J., Burgan S., Rohner A., Gallstone ileus . Br J Surg 1990; 77:737-42.
10. Deitz DM., Standage BA., Pinson CW., McConnell DB., Krippaehne WW., Improving the outcome in gallstone ileus .Am J Surg 1986; 151:572-76.
11. Lobo DN., Jobling., JC., Balfour TW., Gallstone ileus: diagnostic pitfallsand therapeutic successes . J Clin Gastroenterol 2000; 30:72-6 12.Tan YM, Wong WK, A comprasion of Two Surgical Strategies for the emergency treatment of galls. Singapore Med J. 2004