

İleri Yaş Hastada Dev Safra Taşına Bağlı İntestinal Obstrüksiyon: Olgu Sunumu

İntestinal Obstruction Due to Giant Gall Stone In A Advanced Age
Patient: Report of A Case
Genel Cerrahi

Başvuru: 28.03.2014
Kabul: 19.05.2014
Yayın: 26.06.2014

Kubilay Dalcı¹, Abdullah Ülkü², Ahmet Rencüzoğulları², İsmail Cem Eray², Orçun Yalav²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balacalı Hastanesi
² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

Özet

Safra taşı ileusu, ince barsak obstrüksiyonunun nadir bir nedenidir. 85 yaşında bayan hasta, bulantı-kusma, karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ultrasonografi (USG)'de saptanan pnömobiliasafra taşı ileusunu düşündürdü. Safra taşı ileusu tanısı konularak operasyona alındı ve enterolitotomi uygulandı. Bu olgu sunumunda, cerrahi girişimimiz ve literatürdeki tedavi yöntemleriyle ilgili bilgi verilip, intestinal obstrüksiyonlarda safra taşı ileusunun hatırlanmasına dikkat çekildi.

Anahtar kelimeler: *İntestinal obstrüksiyon, Safra taşı Pnömobilia Enterolitotomi*

Abstract

Gallstone ileus is a rare cause of small bowel obstruction. A 85 year-old female patient was admitted with the complaints of nausea, vomiting and abdominal pain. Pneumobilia detected on the ultrasonography, thought gallstone ileus. She was operated with the diagnosis of gallstone ileus and enterolithotomy performed. In this case report, information was given about our surgical approach and treatment methods with respect to the literature, and also care taken to gallstone ileus should be remembered as a cause of bowel obstruction.

Keywords: *Intestinal obstruction, Gallstone pneumobilia Enterolithotomy*

Giriş

Safra taşı ileusu, ilk kez 1654 yılında Dr. Erasmus Bartholin tarafından tanımlanmıştır¹. İnce barsak obstrüksiyonuyla hastaneye başvuranların %1-4'ünde safra taşı ileusu saptanırken, 65 yaş üstü hasta grubunda strangüle olmayan ince barsak obstrüksiyonlarının %25'inden fazlasında safra taşı ileusu saptanmıştır².

Safra taşı ileusu, akut kolesistit atakları sonrasında safra kesesi/safra yolları ile intestinal sistem arasında meydana gelen fistüle bağlı olarak, safra taşlarının intestinal sisteme geçmesi sonucu oluşur³.

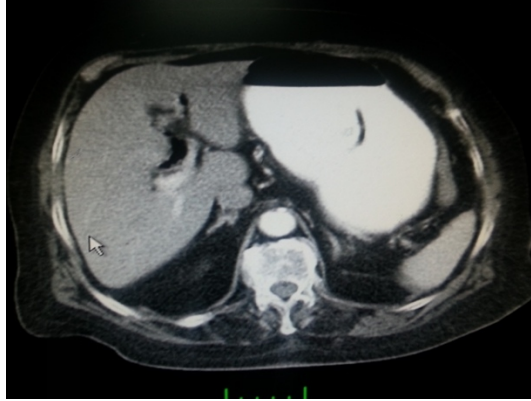
Tanıma konvansiyonel grafiler, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), gastroskopi ve üst gastrointestinal sistemin kontrastlı inceleme yöntemleri kullanılır³. Bu olgu sunumunda USG'de tespit edilen pnömobiliadan yola çıkılarak pre-operatif tanı koyduğumuz safra taşı ileusunun, intestinal obstrüksiyonlarda unutulmaması gereğine dikkat çekildi.

Olgu Sunumu

Seksen beş yaşında bayan hasta acil servise 3 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı-kusma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve astımı olan hastanın, geçirilmiş operasyonu yoktu. Fizik muayenede sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet vardı. Laboratuvar değerlerinde, lökosit sayısı: 8,3 bin, glukoz: 150 mg/dL, AST: 110 IU, ALT: 125 IU, kreatinin: 1,1 mg/dL, Na: 134 mmol/L, K: 3.9 mmol/L, amilaz: 25 U/L

idi. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyesi yoktu.

USG'de pnömobilite, safra kesesi lümeninde hava ekojenitesi ve bilio-enterik fistül şüphesi saptandı. Safra taşı ileusu şüphesiyle kontrastlı BT çekildi. Pnömobilite, kolesisto-duodenal fistül, distal jejunum düzeyinde yaklaşık 4,7cm. çapında lamellar taş, duodenum ve proksimal jejunumda dilatasyon tespit edildi (Şekil 1-2). Safra taşı ileusu tanısı konuldu. Eksplorasyonda, treitzin yaklaşık 40cm. distalinde jejunumu tamamen tıkayan 5x3cm.'lik taş saptandı.

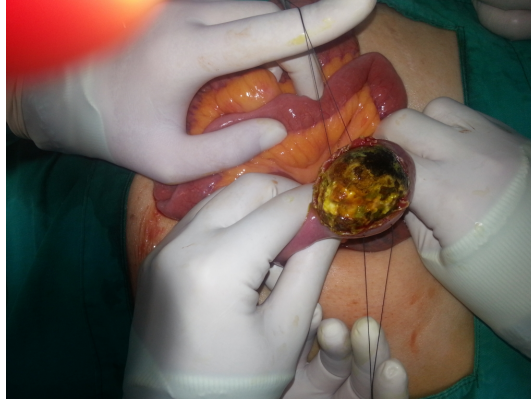


Şekil 1 : Kontrastlı Bilgisayarlı Tomografide intrahepatik safra yollarındaki hava

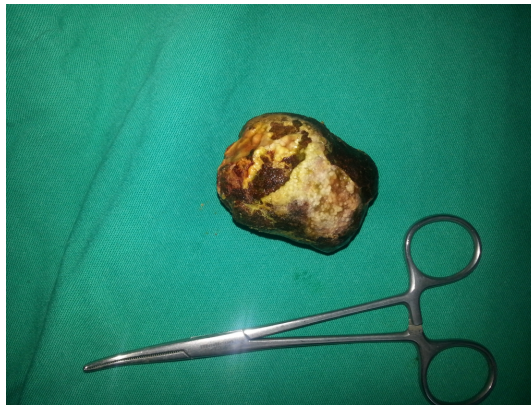


Şekil 2 : Kontrastlı Bilgisayarlı Tomografide distal jejunumda safra taşı ve proksimal jejunumda dilatasyon

Obstrüksiyonun olduğu bölgede bağırsağın beslenmesi iyiydi. Enterolitotomi yapılarak taş çıkartıldı (Şekil 3-4). Hastanın yaşı ve genel durumu göz önüne alınarak, safra kesesi ve kolesisto-duodenal fistüle ek müdahale düşünülmedi. Hasta postoperatif 8. gün ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.



Şekil 3 : Enterolitotomi ile jejunumdan safra taşının çıkarılması



Şekil 4 : Safra taşının görüntüsü

Tartışma ve Sonuç

Safra taşı ileusu, kolelitiiazisli tüm hastaların % 0.3-0.5'inde görülür³. Semptomlar non-spesifiktir⁴. Safra taşı ileusunda , safra kesesi taşı fistülü aracılığı ile intestinal sisteme geçer. Fistülün lokalizasyonu % 68 ile en sık kolesistoduodenal olurken, % 5 kolesistokolonik ve % 2,5 kolesistoduodenokolik yerleşimlidir^{2,3}. Safra taşı ileusunda obstrüksiyon, % 60,5 ileum, % 16,1 jejunum, % 14,2 mide, % 4,1 kolon ve % 3,5 duodenumda oluşur⁵. Biz olgumuzda kolesistoduodenal fistül yoluyla, distal jejunumda obstrüksiyona neden olmuş yaklaşık 5x3cm.'lik taş saptadık.

İnce barsaklarda hava-sıvı seviyesi, pnömobilite ve ektopik safra taşı, safra taşı ileusunda görülen radyolojik bulgulardır ve Rigler triadı olarak adlandırılır⁶. Safra taşı ileusunda tanıda direkt karın grafisinin sensitivitesi %40-70 oranında değişmektedir. USG ile birleştirildiğinde tanıdaki sensitivite % 74'e çıkmaktadır⁷. BT'de ise ileusa neden olan taşın lokalizasyonu, sayısı gösterilebilir⁸ ve pre-operatif tanı %93 sensitivite ile konulabilir⁹. Çoğu hastanın tanısı laparotomi ile konulurken, sadece %43 hastaya pre-operatif tanı konulmaktadır⁵. Direkt karın grafisi ile değerlendirdiğimiz, hastamızda intestinal obstrüksiyon bulgusu saptanmadı. USG'de safra kesesi ve safra yollarında hava saptanması üzerine (hikayede geçirilmiş cerrahi veya endoskopik işlem yoktu) kolesisto-enterik fistül ve safra taşı ileusundan şüphelenildi. Kontrastlı BT'de, distal jejunumda obstrüksiyona neden olmuş safra taşı saptanarak pre-operatif safra taşı ileusu tanısı konuldu. Preoperatif tanı konulmasındaki en önemli ipucumuz USG'de saptanan pnömobilite oldu.

Safra taşı ileusunda kararlaştırılmış altın standart cerrahi tedavi yoktur. Tedavinin amacı taşı çıkarmak ve intestinal obstrüksiyonu gidermektir. Enterolitotomi, tek evreli cerrahi, segmental rezeksiyon ve iki evreli cerrahi, cerrahi tedavi seçenekleridir. Enterolitotomi, ileri yaş ve ko-morbid hastalık varlığında basit ve hızlı uygulanabilir. Dezavantajı rekürrent safra taşı ileusu, akut kolesistit, rekürrent kolanjit ve safra kesesi kanseri riskinin devam etmesidir⁵. Segmental rezeksiyon, perforasyon veya ciddi iskemik değişiklik durumunda seçilecek cerrahidir. Tek evreli cerrahi ise düşük riske sahip hastalarda, akut kolesistit, gangrenöz kolesistit ve safra kesesinde residual taşları olanlarda önerilen mortalite ve morbidite oranı yüksek cerrahi yöntemdir¹⁰. İki evreli cerrahi, genç ve gelişecek bilier komplikasyonlar için yüksek risk içeren hastalarda uygulanmalıdır¹¹.

Safra taşı ileusu, mortalite ve morbiditesi çok yüksek seyreden klinik tablodur. İleri yaş, yandaş hastalıklar, tanı ve tedavideki gecikme, bu yüksekliğe neden olan faktörlerdir¹². Reisner ve Cohen'in 1001 vakalık en büyük serisinde mortalite enterolitotomide % 11,7, tek evreli cerrahide ise % 16,9 olarak bildirilmiştir⁵. Tek evreli cerrahide mortalite (% 33,3)¹² ve morbiditenin (% 61,1)⁴ yüksek olduğunu belirten başka çalışmalarda vardır. Bunun aksine Tan ve arkadaşları 2004 yılında enterolitotomi ve tek evreli cerrahi karşılaştırmışlar, operatif mortaliteyi sıfır, operatif morbiditeyi ise birbirine yakın bulmuşlardır¹³. Enterolitotomi ve tek evreli cerrahi karşılaştıran bu çalışmalarda rekürrent bilier hastalık sıklığında artış bildirilmemiştir. Safra taşı ileusunun ko-morbid hastalığı olanlarda sık görüldüğüne ve tek evreli cerrahinin operasyon süresini uzattığına dikkat çekilmiştir^{4,13}.

Tan ve arkadaşlarının¹³, enterolitotomi ve tek evreli cerrahi karşılaştırdığı, sıfır mortalite ve yakın morbidite sonuçları bildirdikleri çalışmalarına karşın, tek evreli cerrahinin yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip olduğunu bildiren çalışma sayısı daha fazladır. Biz de hastamızı yaşı ve ko-morbid hastalıklarıyla birlikte değerlendirerek, cerrahi yöntem olarak enterolitotomi uyguladık. Takiplerinde şikayeti olmayan hastaya ikinci evre cerrahi planlamadık.

Sonuç

Geçirilmiş ameliyat ve safra yollarına girişim öyküsü bulunmayan ileri yaştaki, ko-morbid hastalıkları olan ince barsak obstrüksiyon bulguları ile başvuran hastalarda pnömobilia saptanması bizi tanıya götürecektir tek ipucu olabilir. Hangi cerrahi yöntemin uygulanacağına hastanın yaşı, yandaş hastalıkları ve klinik durumuna göre karar verilmelidir.

Kaynaklar

1. Deckoff SL. Gallstone ileus: a report of 12 cases. *Ann Surg.* 1955; 142: 52–65.
2. Rodriguez-Sanjuan JC, et al. Cholecystectomy and fistula closure versus entero-lithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg.* 1997; 84: 634–7.
3. Kasahara Y, et al. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japans literature. *Am J Surg.* 1980; 140(3):437-440.
4. Masanat Y, Massanat Y, Shatnawel A. Gallstone ileus: a review. *Mt Sinai J Med.* 2006; 73: 1132–4.
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994; 60: 441–6.
6. Rigler LJ, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA.* 1941; 117: 1753–9.
7. Rippoles T, et al. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging.* 2001; 26: 401–5.
8. İnce V, et al. Treatment of gallstone ileus by single stage surgery of a patient with incidental Meckel diverticulum: A case report. *UCD.* 2012; 28(4): 222-4.
9. Yu CY, et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol.* 2005; 11: 2142–7.

10. Doko M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg.* 2003; 27: 400-4.
11. Sánchez AM, et al. Surgical management of gallstone ileus: fourteen-year experience. *Rev Gastroenterol. Mex.* 2005; 70: 18-23.
12. Rodríguez-Sanjuán JC, et al. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg.* 1997, 84: 634-7.
13. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J.* 2004, 45: 69-72.