

## Nadir Bir Sol Üst Kadran Ağrısı: Situs İnversus Totalis Olgusunda Akut Kolesistit

An Unusual Cause of Acute Left Upper Quadrant Pain: Acute Cholecystitis With Situs Inversus Totalis  
Genel Cerrahi

Başvuru: 25.06.2014  
Kabul: 23.07.2014  
Yayın: 14.08.2014

Yavuz Savaş Koca<sup>1</sup>, İhsan Yıldız<sup>1</sup>, Mustafa Uğur<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
<sup>2</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

Situs inversus totalis ile birlikte akut kolesistit seyrek karşılaşılan bir durumdur. Günümüzde laparoskopik kolesistektomi, kolelitiyazis tedavisinde en çok tercih edilen yöntemdir. Cerrah, organların sağ-sol yer değişikliği ve olası anomaliler nedeniyle diseksiyonda dikkatli olmalıdır. Bu yazıda akut kolesistitle birlikte situs inversus totalis tanısı konularak tedavisi yapılan bir hasta sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** *Situs inversus, Akut kolesistit Laparoskopik kolesistektomi*

### Abstract

Situs inversus totalis is a condition that rarely seen with acute cholecystitis. Laparoscopic cholecystectomy is the most commonly used procedure in the treatment of cholelithiasis. Surgeon should be proceed with the dissection carefully, because left-right displacement of organs and possible abnormalities. In this article, diagnosis of acute cholecystitis with situs inversus totalis and treatment, were presented.

**Keywords:** *Situs inversus, Acute cholecystitis Laparoscopic cholecystectomy*

### Giriş

Situs inversus totalis (SİT) otozomal resesif geçişli, batin içi ve torakal organların ayna görüntüsü şeklinde simetrik yerleşim gösterdiği konjenital bir durumdur. 1/5000-1/10000 sıklıkta görülür. Bu hastalarda birçok anomaliye yatkınlık olsa da kolelitiyazise yatkınlık yoktur<sup>1</sup>. Kolelitiyazis ve akut kolesistitte laparoskopik kolesistektomi tercih edilen tedavi yöntemidir. Bu hastaların operasyonu sırasında sol taraflı yerleşim nedeni ile teknik zorluklar yaşanmaktadır<sup>2</sup>.

Bu yazıda, akut kolesistit tanısı konulan ve situs inversus totalis tespit edilen elli altı yaşındaki erkek hastada laparoskopik kolesistektomi ameliyatının uygulanma tekniği ve karşılaşılan güçlükler literatür eşliğinde sunulmuştur.

### Olgu Sunumu

Elli altı yaşındaki erkek hasta yaklaşık 3 gündür bulantı ve kusma, nefes alırken sol tarafında batma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Öyküsünden 6 aydır yemeklerden sonra epigastrik ve sol üst kadran ağrısı olduğu öğrenildi. Fizik incelemesinde sol üst kadranda murphy bulgusu pozitif, oskültasyonda kalp tepe atımı sağ meme başı altında alındı. Tam kan tetkikinde beyaz küre sayısı 16.200/mm<sup>3</sup> saptandı. Biyokimya değerlerinden AST 150 U/L ve ALT 235 U/L ölçüldü. Diğer parametreler normaldi. Acil serviste çekilen PA akciğer grafisinde arkus aorta, kalp gölgesi ve mide fundus gazı sağda görüldü (Şekil 1).



**Şekil 1** : Posterioranterior akciğer grafisinde sağ yerleşimli kalp

Abdominal ultrasonografide situs inversus totalis tespit edildi (Şekil 2A).



**Şekil 2A** : Ultrasonografide sol yerleşimli karaciğer ve safra kesesi

Safra kesesi duvar kalınlığı 1,7 mm, koledok çapı ise 4,1 mm ölçüldü. Kese lümeni tamamı ekojen taş ile dolu izlendi (Şekil 2B).



**Şekil 2B** : Ultrasonografide kolelitiyazis

Medikal tedaviye başlandı. 6 hafta sonra çağırılıp laparoskopik kolesistektomi yapılmak üzere operasyona alındı.

Laparoskopik kolesistektomi Amerikan tekniğine göre, 4-trokar tekniği ile yapıldı. Hastaya litotomi pozisyonu verildi. Ameliyat ekibi hastanın sağ yanına, laparoskopi monitörü ise hastanın sol yanına yerleştirildi. Cerrah hastanın ayak ucunda yer aldı. Umblikusdan veress iğne sokulması ile CO2 gazı verilerek 12 mmHg'lik bir basınçta pneumoperitoneum oluşturuldu. İlk olarak umbilikusdan 10 mm'lik trokar yerleştirildi. Ardından epigastriyuma 10 mm'lik bir trokar, sol midklavikular hat ve ön aksiller çizgi hizasında sol üst kadrana 5 mm'lik 2 adet trokar yerleştirildi. Eksplorasyonda sol yerleşimli karaciğer ve safra kesesi izlendi (Şekil 3).



Şekil 3 : Eksplorasyonda sol yerleşimli karaciğer ve safra kesesi

Ameliyat sırasında omentum ve kolonun görüşü azaltacağı düşünülerek hasta baş yukarı ve hafif sağ yan olacak şekilde pozisyon verildi. Sağ el ile subkostal porttan Calot üçgeni disseksiyonu yapılırken sol el ile epigastrik porttan Hartman poşu kontrol edildi. Birinci asistan ise aksiller çizgi üzerindeki porttan fundusu hastanın sol omuzuna doğru traksiyon uyguladı. Operasyonda sol yerleşimden dolayı özellikle klips koyma esnasında zorlanıldı. Calot üçgeni disseksiyonu sırasında normal kolesistektominin aksine sistik kanal lateralden diseksiyon edildi. Operasyon komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. Hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Postoperatif 1. ayda kontrol muayenesinde komplikasyon saptamadı.

## Tartışma ve Sonuç

SİT embriyonik orta bağırsağın saat yönünün tersine 270 derece döneceği yerde, saat yönüne 270 derece dönmesi ile oluşmaktadır. Böylece tüm torasik ve abdominal visseral organlar normalde olmaları gereken lokalizasyonun orta hatta göre simetrik lokalizasyonuna yani ayna görüntüsüne yerleşmektedirler. Bizim olgumuzda da total olarak tüm organlar simetrik lokalizasyonda idi.

Campos, SİT'de ilk laparoskopiyi 1991'de bildirmiştir<sup>3</sup>. Han ve arkadaşları ise 2011 yılında ilk tek insizyon multiport vakasını bildirmişlerdir<sup>4</sup>.

SİT olgularında, genel laparoskopide uygulanan sistemin tam tersi olarak monitörün ve cerrahın yeri farklı olacaktır. Trokar giriş yerleri yeni konuma göre ayarlanmalıdır. Ancak bu olgularda sol elini kullanan cerrahların normal olgularda yaşadığı zorluklar, sağ elini kullanan cerrahlar için geçerli olacaktır. Kullanılan aletlere uyum sağlanmasında yaşanan sıkıntıdan dolayı çakışmalar, manipülasyonlarda zorluklar yaşanması söz konusudur. Situs inversuslu olgularda artan anomali görülme riskine eklenen manipülasyon zorlukları komplikasyon görülme sıklığını artırır. Bu sebeplerden dolayı operasyon ile ilgili değişik teknikler tariflenmiştir. Bunlardan Kumar ve arkadaşlarının tariflediği Lloyd-Davis pozisyonu kabul görmüş ve faydalı olduğu öne sürülmüştür<sup>5</sup>. Bu pozisyonda hasta baş aşağı olduğu için omentum ve kolonun görüşü azaltacağı düşünülerek; hasta operasyon

masasına litotomi pozisyonunda alınarak baş yukarı ve hafif sağ yan pozisyon verildi. Cerrah hastanın ayak ucunda yer aldı. Sol el kullanan cerrah için sağ el kullananlara göre disseksiyon daha kolay olacağı aşıkardır<sup>6</sup>. Cerrahın sağ el ile subkostal porttan Calot üçgeni disseksiyonu yaparken sol eli ile epigastrik porttan harman poşunu kontrol etmenin operasyonu kolaylaştırdığını düşünüyoruz. Birinci asistanın ise aksiler çizgi üzerindeki porttan fundusu hastanın sol omzuna doğru itmesi ile disseksiyonu kolaylaştırdığını gördük. Operasyonda sol yerleşimden dolayı özellikle klips koyma esnasında zorlanıldı.

Sonuç olarak SİT olgularında akut kolesistit tedavisinde laparoskopi güvenle tercih edilebilir bir yöntem olmasına karşın anatomik varyasyonların normal vakalardan daha sık olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Preoperatif hazırlık sırasında normal laparoskopik kolesistektomiden farklı bir hazırlık gerektirdiği için preoperatif tanının mutlaka konması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Takei HT, Maxwell JG, Clancy TV, Tinsley EA. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis. J Laparoendosc Surg. 1992; 2 (4): 171–6.
2. Aydın U, et al. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis. World J Gastroenterol. 2006;12(47):7717–9.
3. Campos L, Sipes E. Laparoscopic cholecystectomy in 39-year-old female with situs inversus. J Laparoendosc Surg. 1991;1:123–5.
4. Han HJ, et al. Single-incision multiport laparoscopic cholecystectomy for a patient with situs inversus totalis: report of a case. Surg Today. 2011;41:877–80.
5. Kumar S, Fusai G. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis with left-sided gall bladder. Ann R Coll Surg Engl. 2007;89:16–8.
6. Machado NO, Chopra P. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis: feasibility and technical difficulties. JSLS. 2006;10:386–91.