

Safra Taşı İleusu: Düz Radyografi ve Bilgisayarlı Tomografi Bulguları

Hasan Yerli¹, Tuğbahan Yılmaz², Ali Er³, Arzu Kobak⁴

¹Başkent Üniversitesi, Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

²Başkent Üniversitesi, Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Bölümü, İzmir, Türkiye

³Ödemiş Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

⁴Başkent Üniversitesi, Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bölümü, İzmir, Türkiye

ÖZET

Safra taşı ileusu kolelitiazisin nadir karşılaşılan bir komplikasyonudur. Bu olgu sunumunda kolesistoduodenal fistül sonrasında safra taşına bağlı ileus gelişen bir olgunun direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi bulguları sunulmuştur. Direkt grafide pnömobilite ve ince bağırsaklarda dilatasyon saptandı. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde safra kesesinde, intrahepatik safra yollarında ve koledokta gaz, ileumda 5x3 cm. boyutlarında taş, taşın proksimalindeki ince bağırsak segmentlerinde dilatasyon ve kolesistoduodenal fistül saptandı. Yapılan enterotomi ile taş çıkarıldı. İnce barsak ve fistül onarıldı, kolesistektomi gerçekleştirildi. Bu olgu sunumu, safra taşı ileusunda, biliyer-enterik fistül düzeyi ile taş düzeyinin saptanmasında bilgisayarlı tomografinin tanısallığını vurgulamaktadır.

Anahtar sözcükler: safra taşı ileusu, pnömobilite, kolesistoenterik fistül, bağırsak obstrüksiyonu

GALLSTONE ILEUS: PLAIN X-RAY AND CT FINDINGS

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis. We report a case of gallstone ileus due to cholecystoduodenal fistula with the corresponding plain x-rays and computerized tomography findings. The plain x-ray film showed pneumobilia and small bowel dilatation. Computerized tomography demonstrated pneumobilia involving the common hepatic and common bile ducts, cholecystoduodenal fistula, a 5x3 cm calcified stone in the ileum and small bowel dilatation. At operation, a stone obstructing the ileum was found and it was removed via an enterotomy. Furthermore a cholecystoduodenal fistula was detected and it was primarily repaired after performance of a cholecystectomy. The aim of this report is to accentuate the sensitivity of computerized tomography examination in the determination of the location of the biliointerferic fistula and the stone in gallstone ileus

Key words: gallstone ileus, pneumobilia, cholecystoenteric fistula, intestinal obstruction

Giriş

Mekanik ince bağırsak tıkanıklığı oluşturan yaygın nedenler arasında yapışıklıklar, yabancı cisimler, tümörler, konjenital anomaliler ve volvulus sayılabilir. Safra kesesi taşı nedeniyle oluşmuş intestinal tıkanıklık daha seyrek olarak görülmektedir. Safra taşı ileusu, bir veya daha fazla sayıda safra kesesi taşının gastrointestinal (GİS) sistemde mide ile rektum arasında herhangi bir lokalizasyona impakte olup tıkanıklık oluşturmasıdır. Safra kesesi taşı GİS'e genellikle rekürren kolesistit sonucu gelişen biliyer-enterik fistül yoluyla geçiş gösterir. Tanıda gecikme olduğunda mortalite oranı artmaktadır (1-3). Bu olgu sunumunda akut kolesistit nedeniyle takip edilen, ardından stabil şartlarda laparoskopik cerrahisi yapılan ancak sonuç alınamayan ve bir süre sonra görünümlerle yöntemleriyle safra taşı ileus tanısı konulup cerrahi olarak tedavi edilen olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

82 yaşındaki bayan hasta, şiddeti giderek artan sağ üst kadranda ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık yakınmaları ile başvurmuştur. Hasta öyküsünde 10 yıldır safra kesesi taşı olduğunu belirtmiştir. Hastanın fizik muayenesinde Murphy işareti pozitif bulunmuştur. Yapılan laboratuvar testlerinde beyaz küre 12.800 olarak belirlenmiştir. Karaciğer fonksiyon testlerinde değerler normal sınırlar içinde bulunmuştur. Ultrasonografide (US) safra kesesinin 9x4.5 cm boyutlarında ve hidropik görünümde olduğu, duvar kalınlığında diffüz artış olduğu (ortalama 10 mm), kese lümeni boyun kesimi düzeyinde kümelenmiş en büyüğünün boyutu 2.5 cm ölçülen birkaç adet taş olduğu belirtilmiştir. İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon gözlenmemiştir. Hasta akut kolesistit tanısı ile servise yatırılmış ve tedavisine başlanmıştır. Tedavi sonrası hasta elektif şartlarda opere edilmek üzere taburcu edilmiştir. İki ay sonra hasta operasyon için başvurmuş ve yapılan değerlendirmede hastanın bulgularının laparoskopik operasyona uygun olmadığı gö-



Şekil 1a. Düz batın grafisinde pnömobilite (oklar) ve dilate bağırsak ansları görülmektedir.



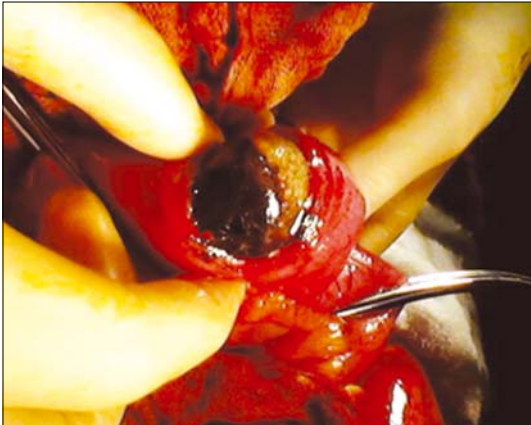
Şekil 1b. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde intrahepatik safra yollarında (ok) gaz görülmektedir.



Şekil 1c. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde kolesistoduodenal fistül düzeyi (ok) izlenmektedir.



Şekil 1d. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde ileal segmentler düzeyinde lümeni tamamen dolduran yuvarlak taş (ok) ve ince bağırsak segmentlerinde dilatasyon görülmektedir.



Şekil 1e. Eksplorasyon esnasında taşın makroskopik görüntüsü görülmektedir.

rülerek açık ameliyata geçilmiş, operasyon esnasında safra kesesi duvarının ileri derecede sert ve kalın olduğu, reaksiyonun kolon, karaciğer, batin duvarına invazyon gösterdiği, aynı şekilde koledokta da duvar kalınlığında artış ve sertlik olduğu görülmüştür. Batin duvarı ve karaciğerden biyopsiler alınarak ve loja dren yerleştirilerek ameliyata son verilmiştir. Patoloji sonucu granülomatöz reaksiyon olarak bildirilmiştir ve hasta takibe alınmıştır. İki aylık zaman dilimi içerisinde herhangi bir şikaye-

ti olmayan hasta bu süre sonunda hastanemize ileus bulguları ile başvurmuş, 3 günlük takibinde semptomlarında gerileme olmamıştır. Düz batın grafisinde pnömobilite ve dilate bağırsak ansları saptanmıştır (Şekil 1a). Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde safra kesesinde, intrahepatik safra yollarında (Şekil 1b) ve koledokta gaz, kolesistoduodenal fistül (Şekil 1c), ileal segmentler düzeyinde lümeni tamamen dolduran yaklaşık 5x3 cm. boyutlarında yuvarlak taş (Şekil 1d) ve taşın proksimalindeki ince bağırsak segmentlerinde dilatasyon saptandı.

Eksplorasyonda BT ile uyumlu şekilde distal ileal segmentte, lümeni tamamen tıkayan taş (Şekil 1e) enterotomi ile çıkartılarak primer onarım yapıldı. Taşın oluşan kolesistoduodenal fistüle bağlı olarak barsağa geçtiği anlaşıldı. Ayrıca fistül onarımı ve kolesistektomi yapılmıştır. Hasta operasyondan sonra 4 gün sorunsuz takip edilmiş ve postoperatif 5. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Tartışma

Safra kesesi taşının sık görülen komplikasyonları akut ve kronik kolesistit, akut pankreatit, koledokolitiazis ve gangrenöz safra kesesidir. Nadir komplikasyon olarak Mirizzi sendromu, kolesistoenterik fistül ve ileus görülebilir (4).

Safra kesesi taşı sıklıkla gangrenleşmiş safra kesesinde oluşan fistül aracılığıyla GİS'e geçer. Fistül yaklaşık en sık safra kesesi ile duodenum arasındadır. Daha az oranlarda ise, kolesistojejunal ve kolesistogastrik fistülün görüldüğü bildirilmiştir (5). Bizim hastamızda kolesistoduodenal fistül mevcuttu. Birçok vakada taşlar intestinal tıkanıklık oluşturmadan dışkı ile atılmaktadır. Ancak taş boyutu bazen impaksiyon oluşturacak kadar büyük olmakta ve tıkanıklığa neden olmaktadır (2,5). Bu nedenle taşın boyut ve morfolojisi önemli parametreler olarak belirtilmektedir. Safra kesesi taşının GİS'de impaksiyon ve ardından tıkanıklık oluşturması için en az 2-2,5 cm boyuta sahip olması gerektiği ve daha küçük boyutlardaki impakte taşların konservatif tedavi ile vücuttan atıldığı belirtilmektedir (3,4). Olgumuzdaki taşın en uzun iki boyutu 5 ve 3 cm. olarak ölçüldü.

Reisner ve Cohen safra kesesi taşının impaksiyonunun en sık görüldüğü yerleri terminal ileum ve ileoçekal valv olarak belirtmişler, nedenini ise bu lokalizasyonlarda çapın dar olması ve periltaltizmin az olması ile açıklamışlardır. Daha az sıklıkla görülen lokalizasyonlar ise jejunum, mide, duodenum ve kolon olarak belirtilmiştir (5). Bizim hastamızda da taş distal ileal segmentte lokalizedi. İleumda impakte taş mevcut ise proksimal bağırsak segmentlerinde ilave taşlar olabileceği unutulmamalıdır (6).

Safra taşı ileusunun klinik bulguları tıkanıklığın yerine göre değişiklik göstermektedir. Sıklıkla bulantı, kusma epigastrik ağrı gibi semptomlar görülür. Hastaların az bir kısmında ise duodenal erozyona bağlı hematemez görülebilir. Tanısal görüntüleme safra taşı ileusundan şüphelenilen hastalarda önemli bir role sahiptir (6). Düz abdominal radyografi, US ve BT'de tanı koydurucu bulgular görülebilmektedir.

Düz abdominal radyografide ince bağırsakta tıkanıklık, intestinal lümende taş ve biliyer sistemde hava (pnömobilite) bulguları izlenebilir. Bu bulgular Rigler triadı olarak bilinmektedir. Balthazar and Schechter ise bunlara ek olarak sağ üst kadranda iki adet sıvı

seviyesi ve safra kesesi ile duodenal bulbusta hava bulgularını da eklemiştir (7). Abdominal US sıklıkla safra kesesi taşlarını göstermekte kullanılır. Üst ve alt GİS baryumlu çalışmaları ile BT tıkanıklık veya fistülün yerini ortaya çıkarabilmektedir (Şekil 1c). Düz abdominal radyografi ve BT'yi acil olarak kullanıp karşılaştırmak hızlı ve spesifik tanı sağlayabilmektedir. BT ayrıca bağırsağa impakte taşın sayısı ve lokalizasyonu ile dilate ve kollabe bağırsak segmentlerinin geçiş noktasını saptamada kullanılır. Ayrıca rim şeklinde veya total olarak kalsifiye ektopik lokalizasyondaki safra kesesi taşını kontrastlı veya kontrastsız BT'de saptamanın çok daha kolay olduğu belirtilmektedir.

Safra taşı ileusunun tanı ve tedavisindeki gecikme elektrolit dengesizliği, iskemik lezyonlar, ince bağırsak ülserasyonları, apse formasyonları, perforasyon and peritonit gibi birtakım ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Ayrıca 65 yaş üzerindeki hastalarda eşlik eden hastalıklar operasyon riskini artırmaktadır (5). Bizim hastamızda postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Safra taşı ileusunda intestinal tıkanıklığı gidermek için genelde acil cerrahi gerekmektedir. Cerrahide enterotomi yapılmasının yanında kolesistektomi ve fistül onarımı yapılmaktadır. Bazı çalışmalarda taşın ortadan kalkması ile fistülün spontan olarak kapanabileceğini belirtilmektedir (8,9). Ancak hastanın klinik durumu uygun değilse kolesistektomi yakın bir zamana ertelenebilir. Bağırsak rezeksiyonu ise sadece intestinal perforasyon ve iskemi durumunda önerilmektedir (10).

Sonuç olarak safra taşı ileusu, intestinal tıkanıklıkların nadir sebeplerinden birisi olmasına rağmen intestinal tıkanıklık olan hastanın yaşı ileri ise, klinik hikayede safra kesesi taşı ve komplikasyonları ile ilgili bilgiler mevcutsa akılda tutulmalıdır. Bu olgu sunumunda, safra taşı ileusunda, biliyer-enterik fistül düzeyi ile taş düzeyinin saptanmasında BT'nin tanısal duyarlılığı vurgulanmaktadır.

Kaynaklar

1. Richards WO, Williams LF. Obstruction of the large and small intestine. Surg Clin North Am 1988; 68: 355-76.
2. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. Am J Gastroenterol 2002; 97: 249-54.
3. Lobo DN, Jobling JC, Balfour TW. Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes. J Clin Gastroenterol 2000; 30: 72-6.
4. Newman HF, Northup JD, Rosenblum M, Abrams H. Complications of cholelithiasis. Am J Gastroenterol 1968; 50: 476-96.
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994; 60: 441-46.
6. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, Rossi G, Valente T, Ferrara I, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR 2005; 185: 1159-65.
7. Balthazar EJ, Schechter LS. Air in Gallbladder: A Frequent Finding in Gallstone Ileus. Am J Roentgenol 1978; 131:219-22.
8. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. Br J Surg 1990; 77: 737-42.
9. Deitz DM, Standage BA, Pinson CW, McConnell DB, Krippaehne WW. Improving the outcome in gallstone ileus. Am J Surg 1986; 151: 572-76.
10. Syme RG. Management of gallstone ileus. Can J Surg 1989; 32: 61-4.