

# Yaşlı Hastalarda Nadir Rastlanılan Bağırsak Tıkanıklığı Nedeni: Safra Taşı İleusu

## *A rare Intestinal Obstruction Reason in Elderly Patients: Gallstone Ileus*

BORA KOÇ, FIRAT TUTAL, SERVET RÜŞTÜ KARAHAN, GÖKHAN ADAŞ, UFUK ARSLAN  
Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul - Türkiye

### ÖZET

Safra taşı ileusu nadir görülen bir hastalık olup tüm mekanik bağırsak obstruksiyonu nedenlerinin %1-4'ünü oluşturmaktadır. Kadınlarda daha sık olmak üzere genellikle yaşlılarda karşılaşılan bu durum yüksek mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Safra taşı ileusu tanısı güçlükle konulmasına rağmen erken tanı ile mortalite ve morbidite azaltılabilir. Biz bu yazımızda safra taşı ileusu tanısı preoperatif olarak konan, 78 yaşında 3 gündür devam eden kusması ve karın ağrısı ile başvuran vakayı sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Safra taşı ileusu, Pnömobilia, Kolesistoduodenal fistül

### ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare disease and accounts for 1%-4% of all mechanical intestinal obstruction causes. It usually occurs in the elderly population with a female predominance and may result in a high mortality rate. Even though its diagnosis is difficult, early diagnosis may reduce the mortality and morbidity. We report a case where a 78 years old female patient who had abdominal pain and vomiting for 3 days had a preoperative diagnosis of gallstone ileus.

**Key words:** Gallstone ileus, Pneumobilia, Cholecystoduodenal fistula

Başvuru Tarihi: 02.05.2012, Kabul Tarihi: 20.01.2013

Dr. Fırat Tatal  
19 Mayıs mah Fulya bayırı Altınışık Apt.  
No:2 D:3 Şişli 34360 İstanbul-Türkiye  
Tel: 0532.4549592  
e-mail: drfirat@gmail.com

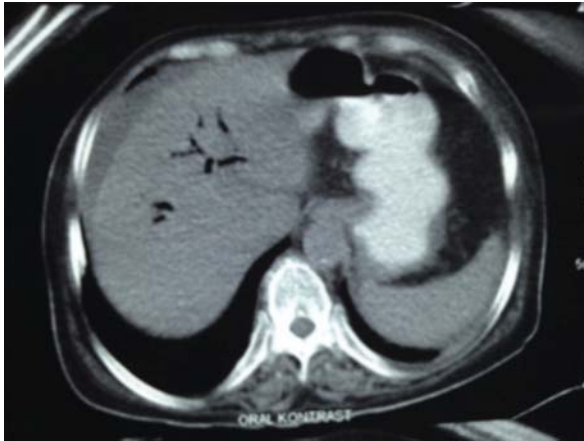
Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:55-58

### Giriş

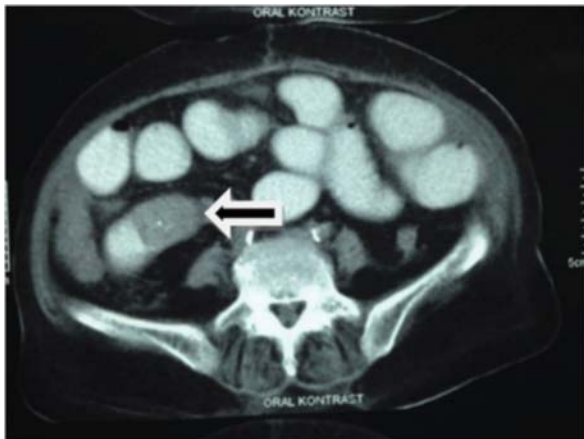
İnce bağırsak mekanik tıkanıklığı nedenleri arasında safra taşları, yabancı cisimler, bezoarlar, tümörler, yapışıklıklar, konjenital anomaliler, intussepsiyon ve volvulus sayılabilir.<sup>1</sup> Safra taşının neden olduğu mekanik intestinal obstruksiyona “safra taşı ileusu” denmektedir. Safra taşı ileusu kolelityazisin nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur.<sup>2</sup> Mekanik bağırsak tıkanıklığı vakalarının %1-4’ünü oluşturan bu hastalık %25 olarak 65 yaş üzerinde görülür ve kadın/erkek oranı 3,5/6’dır.<sup>3-6</sup> Tanının atlanması veya geç tanı konması nedeniyle morbidite ve mortalite artmaktadır.<sup>7</sup> Bu yazımızda tanısı preoperatif olarak konan bir safra taşı ileusu olgusunu sunuyoruz.

### Vaka

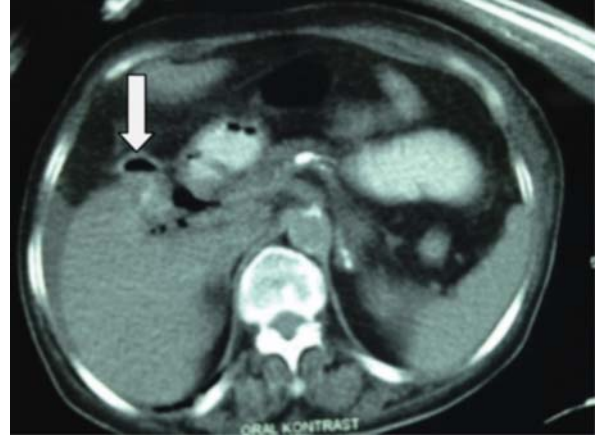
78 yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayetiyle acil başvurdu. Tıbbi geçmişinde



Şekil 1. Pneumobilya ve peri hepatic mayi.



Şekil 2. İleum lümenini tıkayan taş.



Şekil 3. Safra Kesesinde hava varlığı.



Şekil 4. İleusa neden olan safra taşı.

hipertansiyon, tip 2 diabet ve kolelityazis öyküsü mevcuttu. Daha önce geçirilmiş ameliyat öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayene sonucunda batın her kadranda yaygın hassasiyet mevcuttu, defans ve reboundu bulunmuyordu. Hastanın yapılan tetkiklerinde WBC: 17000 / $\mu$ L, AST: 45 U/L, ALT:38 U/L, ALP: 160 U/L, GGT: 86 U/L, T.Bilirubin: 0,60mg/dL, CRP: 19 mg/L bulundu. Diğer biyokimyasal parametrelerinde patoloji saptanmadı. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde ince barsak tipi hava sıvı seviyeleri dikkat çekmekteydi. Oral ve İ.V. kontrast madde verilerek çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde safra kesesi içinde ve intrahepatik safra yollarında hava varlığı, perihepatik mayi ve batın sağ alt kadranda ince bağırsak

lümeninde lümeni tıkayan kitle görünümü dikkat çekmekteydi (Şekil 1,2,3). Öyküsünde safra kesesi taşı olan hasta safra taşı ileusu ön tanısıyla ameliyata alındı. Yapılan laparotominin ardından eksplorasyonda kolesistoduedonal fistül ve ileoçekal valfin 60 cm proksimalinde lümeni tıkayan sert kitle tespit edildi. Kitlenin 5 cm proksimalinden yapılan enterotomi ile yaklaşık 5 cm'ye 3 cm boyutundaki taş dışarı çıkartıldı (Şekil 4). Enterotomi yapılan alan primer kapatıldı. Post-op 3. günde oral alımı açıldı. Hasta post-op 4.günde sorunsuz taburcu edildi.

### Tartışma

Safra taşı ileusu, safra taşının safra kesesi duvarında oluşturduğu erozyon ve perforasyon sonucu oluşan kolosistoenterik fistüle sekonder olarak ortaya çıkan bir durumdur. Taşın çoğunlukla duodenumu erode etmesine karşın mide ve kolon duvarında da erozyona neden olabilir. Safra taşının neden olduğu mide çıkışı tıkanıklığı Bourvet sendromu olarak bilinmektedir.<sup>8,9</sup> Bizim hastamızda kolesistoduodenal fistül mevcuttu.

Vakaların çoğunda taşlar tıkanıklık oluşturmadan dışkı ile atılmaktadır. Ancak taş boyutu bazen impaksiyon oluşturacak kadar büyük olduğunda tıkanıklığa neden olmaktadır.<sup>2,5</sup> Safra kesesi taşının gastrointestinal sistemde 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.<sup>3,4</sup> 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.<sup>5</sup> Bizim hastamızda da taş distal ileal segmentte lokalizeydi.

İleumda impakte taş mevcut ise proksimal bağırsak segmentlerinde ilave taşlar olabileceği unutulmamalıdır.<sup>6</sup> Vakaların %3-40'ında multipl taşlar bildirilmiştir.<sup>4</sup>

Safra kesesi ileusunda klinik değişken ve genellikle tıkanıklığın olduğu bölüm ile ilgilidir. Akut başlangıçlı olabileceği gibi kronik ve aralıklı bir seyir de gösterebilir.<sup>9</sup> En sık semptomu bulantı, kusma ve epigastrik ağrıdır. Bundan başka daha ender olarak duodenal erozyona

sekonder hematemez ile de başvurabilirler. Yukarıdaki vakada da belirtildiği gibi safra taşı ileusu birkaç gün süren, kusma ve karın ağrısı ile baş gösteren olan bir durumdur. Semptomların ortaya çıkma süresi 2.3-7.2 gün arasındadır.<sup>10,11,12</sup>

Safra kesesi ileusu tanısını koymak zordur, genellikle radyolojik incelemeler sonucunda tanı konulur. Vakaların %50'sinde ameliyatta tanı konur.<sup>5</sup> Klasik olarak Rigler'in triadı mekanik bağırsak obstrüksiyonu, pneumobilya ve bağırsak lümeninde safra kesesi taşının radyolojik varlığı olarak tanımlanır. Safra kesesinde hava saptanması da yine sık rastlanılan bir radyolojik bulgudur.<sup>13</sup> Genellikle düz karın grafileri tanıda yardımcı olamaz çünkü safra taşlarının sadece %10'u radyoopaktırlar. Batın ultrasonografisi kolelityazis ve fistülü göstermede yararlı olabilir.<sup>14</sup> Batın bilgisayarlı tomografisi ile tanı daha iyi konulabilir. *Lassandro ve ark.*<sup>15</sup> Yaptıkları Safra taşı ileusu tanın alan 27 hastayı kapsayan çalışmalarında batın bilgisayarlı tomografisi, batın ultrasonografisi ve düz karın grafisinin klinik değerlerini araştırmışlar ve düz karın grafisinde %14.81, batın usg'de %11.11 ve batın Bt 'de %77.78 oranında Rigler'in triadını saptamışlardır. *Yu ve ark.*<sup>16</sup> Yaptığı bir çalışma sonucunda ise batın bilgisayarlı tomografisinin sadece tanı koymakta yararı olmadığı aynı zamanda tedavi stratejisinin belirlenmesinde de faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Safra kesesi ileusu acil ameliyat gerektiren bir durumdur. Bağırsakta iskemi veya perforasyon olduğunda rezeksiyon gerekebilir.<sup>18</sup> Enterolitotomi en sık tercih edilen tedavi yöntemi olsa da enterolitotomi, kolesistektomi ve mevcut fistülün tamirini içeren tek basamaklı cerrahi de bazen tercih edilebilir.<sup>19</sup> *Tan ve ark.*<sup>20</sup> sadece enterolitotomi yapılan ve enterolitotomi ile birlikte kolesistektomi yapılan vakaları karşılatmışlar ve her iki prosedürün de düşük mortalite ile güvenle yapılabileceğini fakat tek başına yapılan enterolitotominin daha iyi bir seçenek olduğunu belirtmişlerdir. Biz vakamızda hastanın genel durumunu düşünerek sadece enterolitotomi yaptık. Bu tedaviler dışında endoskopik olarak taşın dışarı alınması ve şok litotripsi de taşın lokalizasyonuna bağlı olarak tercih edilebilecek cerrahi olmayan tedavi yöntemleri arasındadır.<sup>21,22</sup>

Yaş arttıkça hastalığın prognozu kötüleşmektedir. Safra taşı ileusunun mortalitesi hastanın obezite, kardiyovasküler hastalık ve diyabet gibi ek hastalıklarının varlığına göre %7.5 ile %15 gibi geniş aralıkta

seyretmektedir.<sup>5,6</sup> Ameliyat sonrası nüks oranı %4.7'dir ve bu hastaların sadece %10 unda ikinci bir safra yolları cerrahisine gereksinim vardır.<sup>5,19</sup>

### Sonuç

Safra taşı ileusu mekanik bağırsak tıkanıklığının nadir bir nedenidir. Özellikle hikayesinde safra kesesi taşı olan

yaşlı bayan hastalarda mekanik bağırsak tıkanıklığı nedenleri arasında akılda tutulması gereken bir durumdur. Bilgisayarlı batın tomografisi hızlı tanı koyması ve tedavi stratejisinin belirlenmesindeki faydasından dolayı tercih edilecek görüntüleme yöntemi olmalıdır. Enterolitotomi veya tek basamaklı cerrahi girişim acilen uygulanmalıdır.

### Kaynaklar

- Richards WO, Williams LF Jr. Obstruction of the large and small intestine. *Surg Clin North Am* 1988;68:355-76.
- Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002;97:249-54.
- Kurtz RJ, Heimann TM, Kurtz AB. *et al.* Gallstone ileus: a diagnostic problem. *Am J Surg* 1983;146:314-17.
- Clavien PA, Richon J, Burgan S, *et al.* Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990;77:737-42.
- Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60:441-46.
- Rodriguez Hermosa JJ, Codina Cazador A, Girones Vila J, *et al.* Gallstone Ileus: results of analysis of a series of 40 patients. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24:489-94.
- Lobo DN, Jobling JC, Balfour TW. *et al.* Gallstone ileus: diagnostic Chou JW, Gallstone ileus pitfalls and therapeutic successes. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:72-76.
- Matur R, Yucel T, Gurdal SO, *et al.* Bouveret's syndrome: gastric outlet obstruction by a gallstone. *Travma Derg* 2002;8:179-82.
- Masannat YA, Caplin S, Brown T. *et al.* A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006;12:2620-1.
- Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, *et al.* Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980;140:437-40.
- Way LW. Surgical diagnosis and treatment. Biliary tract. Current. 10th edition; Appleton and Lange 1994:553-4.
- Yamada T, Alpers DH, Owyang C, *et al.* Textbook of gastroenterology. Diseases of the biliary tree-Biliary fistula. JB Lippincott Company; 1991:2013.
- Balthazar EJ, Schechter LS. Air in gallbladder: a frequent finding in gallstone ileus. *AJR Am J Roentgenol* 1978;131:219-22.
- Lasson A, Loren I, Nilsson A, *et al.* Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge. *Eur J Surg* 1995;161:259-63.
- Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, *et al.* Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004;50:23-29.
- Yu CY, Lin CC, Shyu RY, *et al.* Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol* 2005;11:2142-147.
- Syme RG. Management of gallstone ileus. *Can J Surg* 1989;32:61-64.
- Zuegel N, Hehl A, Lindemann F, *et al.* Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus. *Hepatogastroenterology* 1997;44:59-62.
- Van Hillo M, van der Vliet JA, Wiggers T, *et al.* Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of ten patients and a review of the literature. *Surgery* 1987;101:273-76.
- Tan YM, Wong WK, Ooi LL. *et al.* A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J* 2004;45:69-72.
- Dumoncau JM, Delhaye M, Deviere J, *et al.* Endoscopic treatment of gastric outlet obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome) after extracorporeal shock-wave lithotripsy. *Endoscopy* 1997;29:319-21.
- Meyenberger C, Michel C, Metzger U, *et al.* Gallstone ileus treated by extracorporeal shockwave lithotripsy. *Gastrointest Endosc* 1996;43:508-511.