

Safra Taşı İleusu; Nadir Görülen Lokalizasyonda Obstrüksiyon (Bulbusta Tıkanıklık) Bouveret Sendromu

6

Ayşe Burcu YAVUZARSLAN¹
Akın Fırat KOCAAY²

GİRİŞ

Safra kesesinde taş oluşumu en sık karşılaştığımız cerrahi hastalıklardandır ancak otopsi serilerinde sıklığı %10-15 olarak raporlanmakla beraber çoğunlukla asemptomatiktir. En sık semptom, safra kesesindeki taşın safra kanalını tıkamasıyla ortaya çıkan bilier kolik-sağ üst kadranda ağrısıdır ama zaman içinde akut kolesistit, koledokolithiazis, kolanjit, pankreatit, safra taşı ileusu gibi komplikasyonlarla da karşımıza çıkabilir.

Safra taşı ileusu, safra taşlarının en nadir komplikasyonlarından ve büyük bir safra taşının biliyoenterik fistül traktından bağırsağa ulaşım tıkanıklığına yol açmasıyla ortaya çıkar. Bu taşların pilor veya duodenum proksimalini tıkayarak mide çıkış obstrüksiyonuna yol açması Bouveret Sendromu olarak adlandırılır. İleus nedenleri arasında safra taşı ileusu %1 ile oldukça nadirdir ve tıkanık-

lık seviyesine göre hastalar karın ağrısı, bulantı, kusma, obstipasyon gibi nonspesifik semptomlarla gelirler. Tanıda direk batın grafisi ve ultrasonografi (USG) abdominal gaz nedeniyle çok yardımcı olamayabilir ancak bilgisayarlı tomografi (BT) lokalizasyonu gösterir, yüksek sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Tedavisinde taşın büyüklük ve lokalizasyonuna göre endoskopik, laparoskopik ya da açık operasyon yöntemleri tercih edilebilir (1).

VAKA

80 yaşında erkek hasta kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı nedeniyle kardiyoloji yoğun bakımda yatarak takip ve tedavi altındayken ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, obstipasyon şikayetleri nedeniyle genel cerrahi kliniğine konsulte edildi. Yapılan fiziki muayenede karında distansiyon mevcuttu. Palpasyonda özellikle sağ üst kadranda hassasiyeti vardı ve rektal tuşede ampullası boş olarak tespit edildi. Bağırsak sesleri yoktu. Hastaya yapılan nazogastrik drenajda bol miktarda mide içeriği gözlemlendi.

Muayene sonrası intestinal obstrüksiyon ön tanısıyla hastaya yapılan abdomen-pelvik BT'de;

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, burcuyavuzarslan@gmail.com

² Genel Cerrahi Uzmanı - Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, firatkocaay@gmail.com

onarımı yapılmadan operasyonun sonlandırılabilceğini önerenler vardır. Bununla birlikte, tek başına enterolitotomi uygulanan hastaların %5'inin safra taşı ile ilgili şikayetlerinin devam ettiği ve %10'unda elektif bir operasyon daha gerektiği bildirilmiştir. Bu nedenle hemodinamik olarak stabil olan hastalara eş zamanlı kolesistektomi ve fistül onarımı yapılabileceği de göz önünde bulundurularak operasyon planlanması uygun olacaktır. Laparoskopi destekli yöntemlerin kullanılması, dilate bağırsak anslarının müsaade ettiği ölçüde mümkün olabilmektedir (2,3).

Çoğu cerrah, ilişkili morbidite ve mortaliteden kaçınmak için kolesistoenterik fistülün yönetimini ertelese de bu, kalan safra taşları ile ileusun tekrarlama oranının artmasına neden olabilir. Yayınlanmış çalışmalarda tekrarlayan safra taşı ileusu insidansının %5 ile %20 arasında olduğu bildirilmiştir (6).

Safra taşı ileusu olan vakada ameliyat öncesinde bağırsak ve safra kesesinin kapsamlı bir radyolojik incelemesinin yapılması ve operasyondan önce abdominal BT taramasında kolesistolitiazis gözlenen hastaların operasyonlarına mümkün olduğunca kolesistektominin eklenmesi, safra kesesinde kalan taşların büyüklüğü dikkate alınarak geciktirilmiş kolesistektomi tercih edilecek hastaların dikkatli bir şekilde seçilmesi, yüksek riskli hastalarda safra taşı ileusu nüksünü azaltmak için önerilen yöntemdir (7,8).

Safra kesesi hastalıklarında ilk tercih olarak laparoskopik kolesistektomi yaygın olarak kullanılmaktadır. Kolesistoenterik fistül safra kesesi hastalığının nadir bir komplikasyonudur ve genellikle laparoskopiden açık kolesistektomiye dönüşün nedenlerinden biridir. Açık kolesistektomiye dönmeden laparoskopik yaklaşımla Endo-GIA kullanılarak başarılı bir şekilde yönetilen dört kolesistoenterik fistül vakasının bildirildiği bir raporda ameliyat öncesi doğru tanı ve cerrahın tecrübesinin en önemli faktör olduğu vurgulanmaktadır (9).

Safra taşının en sık komplikasyonlarından olan akut kolesistit sonrası perikolesistik inflamasyonun yanı sıra safra taşının safra duvarına uyguladığı basınca bağlı nekrozun biliyoenterik fistül

oluşumuna yol açabileceği düşünülmektedir. Fistül oluşumu, kolesistit atağı geçirmiş kolesistolitiazisli olguların %2-3'ünde görülür. Bu nedenle akut kolesistit geçiren kolesistolitiazisi olan hastalarda erken veya geç kolesistektomi yapılması safra taşı ileusunu önleme açısından önemlidir. Akut kolesistitli hastalarda erken ve gecikmiş laparoskopiyi karşılaştıran serilerde erken ve geç laparoskopik kolesistektomi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiş, ameliyat sonrası hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu görülmüştür. Dolayısıyla laparoskopik kolesistektomi, akut kolesistitte acil durumda uygulanabilecek yararlı ve güvenli bir yaklaşımdır ancak safra taşı ileusunun operasyon yöntemlerini karşılaştıran büyük bir seriyel literatürde rastlanamamıştır (10-12).

KAYNAKLAR

1. Brunicaudi FC, et al. Schwartz's principles of surgery (11th ed.) New York, NY: Mc Graw Hill, 2019.
2. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surgical Clinics of North America*, 2019;99(2):231-244. doi: 10.1016/j.suc.2018.12.006.
3. Dai XZ, Li GQ, Zhang F, Wang XH, Zhang CY. Gallstone ileus: Case report and literature review. *World Journal of Gastroenterology*, 2013;19(33): 5586-5589. doi: 10.3748/wjg.v19.i33.5586.
4. Brandariz-Gil L, Fernández-de-Miguel T, Perea J. Rigler triad in gallstone ileus. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2016 ;108(9):581-2
5. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol*, 2018;25(2):189-196. doi: 10.1007/s10140-017-1568-5
6. Rabie MA, Sokker A. Cholecystolithotomy, a new approach to reduce recurrent gallstone ileus. *Acute Medicine & Surgery*, 2019, 6(2):95-100 doi: 10.1002/ams2.404
7. Aslam J, Patel P, Odogwu S. A Case of Recurrent Gallstone Ileus: The Fate of the Residual Gallstone Remains Unknown. *BMJ Case Reports*, 2014;bcr2013203345. doi: 10.1136/bcr-2013-203345
8. Jiang H, Jin C, Mo JG, Wang LZ, Ma L, Wang KP. Rare recurrent gallstone ileus: A case report. *World Journal of Clinical Cases*, 2020;26;8(10):2023-2027. doi: 10.12998/wjcc.v8.i10.2023
9. Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula. *World Journal of Gastroenterology*, 2006;12(5):772-5. doi: 10.3748/wjg.v12.i5.772
10. Giese A, Zieren J, Winnekendonk G, Henning BF. Development of a duodenal gallstone ileus with gastric outlet obstruction (Bouveret syndrome) four months after successful treatment of symptomatic gallstone disease with cholecystitis and cholangitis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2010, 4:376 doi: 10.1186/1752-1947-4-376
11. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for People With Acute Cholecystitis. *Cochrane Library*. 2013; 30(6):CD005440. doi:10.1002/14651858.CD005440.pub3
12. Inukai K. Predictive Factors for a Long Postoperative Stay after Emergency Laparoscopic Cholecystectomy Using the 2013 Tokyo Guidelines: A Retrospective Study. *Minimally Invasive Surgery*, 2019;3942584. doi: 10.1155/2019/3942584.