

Safra Taşı İleusu Bilgisayarlı Tomografi Bulguları

75

Zülküf AKDEMİR¹
İskan ÇALLI²

GİRİŞ

Safra taşı ileusları, safra taşının ender bir komplikasyonu olup nadiren intestinal obstrüksiyonlara sebep olmaktadır. Sıklıkla geç bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm intestinal obstrüksiyonlarının yaklaşık %1-4'nü oluşturmaktadır ve özellikle ileri yaştaki hastalarda görülmektedir (1). Hastalar genellikle ileus semptom ve bulgularıyla başvururlar. Bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda en etkili radyolojik görüntülemedir. 3 aylık periyotta sık sık karın ağrısı ve ileus semptomları ile acile başvuran, BT ile tanı konulduktan sonra laparotomi ile enterolitotomi yapılan olguyu literatür bilgileri eşliğinde sunmayı çalıştık.

VAKA

61 yaşında erkek hasta üç aydır devam eden sağ üst kadranda ağrısı, bulantı, kusma atakları ve son bir kaç günde gaz gaita çıkışının olmaması

nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın bilinen ek bir hastalığı yoktu. Vital bulguları stabildi. Önceden karın cerrahisi öyküsü yoktu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet, karında distansiyon mevcuttu. Rutin kan tetkikleri normal sınırlardaydı. Kontrastlı batın BT incelemede sağ alt kadranda ileal anslarda yaklaşık 3-4 cm ebatlarında hiperdens imaj izlenmekteydi. İntestinal anslar distandü görünümdeydi (Şekil 1). Distansiyon hiperdens imajdan sonra sonlanmaktaydı. Spine radyografide pelvis sağ yarımında hafif radyopak imaj mevcuttu (Şekil 2). Safra kesesi konturları düzensiz ve kontrakte görünümdeydi. Kolesistoduodenal fistülü düşündürülen düzensiz safra kesesi cidarı komşuluğunda hava değerleri mevcuttu. İntrahepatik safra yollarında hafif dilatasyon ve hava saptandı (Şekil 3). Manyetik rezonans kolanjiopankreatografide (MRCP) ileal lümende BT'de tarif edilen alanda sinyal void kalkül mevcuttu (Şekil 4). Hastanın Bağırsak anslarındaki mevcut görüntü yabancı cisim lehine yorumlanmış olup tarafımıza danışıldı. Yapılan detaylı incelemede hiperdens imajın dansitesi ve konfigürasyonu nedeniyle safra taşı olabileceği düşünüldü. 16 ay önce çekilen kontrastlı batın BT ile yapılan karşılaştırmada safra taşının yerinde izlenmemesi nedeniyle ileal anastaki imaj kese taşı olarak yorumlandı (Şekil 5). Safra

¹ Uzm. Dr. Sağlık bilimleri Üniversitesi Van Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği za.radyoloji@hotmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D. doktoriskan@gmail.com

tomi (iki aşamalı işlem) tercihleri bulunmaktadır. Enterolitotomi en yaygın uygulanan prosedürdür (34,35,36). Enterolitotomide sadece taş çıkarılır, safra kesesine ve fistüle yönelik işlem yapılmaz. Bu yöntemin sık tercih edilmesinin nedeni hastayı uzun ve komplike cerrahi işlem maruziyetinden uzak tutması ve primer tedavi amacını sağlamış olmasıdır (3,37,38). Reisner ve arkadaşlarının çok geniş bir safra taşı ileus çalışmasında enterolitotomide ölüm oranının tek aşamalı işleme göre daha az bulunmuştur. Enterolitotomi; komorbid hastalıklar, instabil hemodinami ve yüksek riskli cerrahi gruplarda öncelikle tercih edilmelidir. 1922'de Pybus ileumda tıkanıklığa yol açan safra taşını alıp duodenal fistülü kapattı. 1957'de Welch tekrarlayan safra taşı tıkanıklığı olan hastaya tek aşamalı işlemi uygulamıştır. 1965'te Berliner ve arkadaşları yeterli hidrasyon ile birlikte serum elektrolitleri düzeltilmiş kişilerde tek aşamalı işlemi önermiştir (39). Warshaw ve arkadaşları 20 hastalık seri çalışma sonucunda tek aşamalı işlemi önermişlerdir (40). Doko ve arkadaşlarının 30 vakalık seri çalışmasında sadece enterolitotomi yapılanlarda morbidite %27, mortalite % 9, tek aşamalı işlem yapılanlarda morbidite %61, mortalite %10,5 bulunmuştur (41). Tan ve arkadaşlarının retrospektif yaptığı çalışmada sadece enterolitotomi ile tek aşamalı işlem arasında morbidite ve mortalite açısından fark bulunmamıştır (42). Riaz ve arkadaşları retrospektif çalışmalarında uygulanacak cerrahi işlemin hastanın klinik durumuna göre seçilmesini önermişlerdir (43). Safra taşı ileusu olan hastaların bir çoğu ileri yaşıdır. Sıklıkla eşlik eden hastalıklar, genel durum bozukluğu mevcut olup geç tanı almaktadırlar. Bu da dehidratasyona, şok, sepsis ve peritonite yol açar. Basit enterotomi ile tıkanıklığın giderilmesi bu tür hastalarda en güvenilir işlemdir (4,44). Pavlidis ve arkadaşları retrospektif 9 vakalık seri çalışmada mümkün olan durumlarda tek aşamalı işlemin, unstabil ve zor vakalarda enterolitotomiye önermişlerdir (45). Laparotomide tüm bağırsakların, safra kesesinin ve ekstrahepatik safra yollarının muayenesi ve dikkatli palpasyonu önerilmektedir. Buradaki amaç safra taşlarını, safra kaçağını, abse ve olası nekrozları

ekarte etmektir (46). Kolesistektomi ve fistül onarımı yeni girişimlerin ihtiyacını ve dirençli fistül ile ilişkili komplikasyon sıklığını azaltmaktadır. Fakat bu seçeneği özellikle genel durumu iyi, stabilize hastalarda tercih etmek gerekir (4,37,47). Sadece enterolitotomi yapmayı savunanlar, fistül kapanmasının hem zaman alıcı hem de teknik olarak zor olduğunu iddia etmektedirler. Diğer bir hipotezse safra kesesinde taş olmadığında ve sistik kanal sağlam kaldığında fistüller spontan kapanabilir (1,2,46). Tek aşamalı işlemi destekleyenler rekürrens ve safra kesesi kanser gelişim riskini azalttığı fikrini öne sürmektedirler (11,37). İki aşamalı işlem daha çok tekrarlayan safra taşı ileusu ve biliyer komplikasyonu olan genç hastalarda tercih edilmektedir (10,48). İki işlem arasındaki süre yaklaşık 4-6 hafta olmalıdır. Laparoskopik cerrahi yaklaşım ilk önce 1993 te Montgomery tarafından iki olgu şeklinde sunulmuştur (49). Sonrasında bu konuda çok başarılı sonuçların alındığı çalışmalar bildirilmiştir. Gastroduodenal ve kolonik tıkanıklığa yol açan safra taşları endoskopik olarak saptanıp çıkarılabilir. Yöntem daha çok yaşlı ve yüksek riskli hastalarda düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Clavien PA. Et al. Gallstone ileus. Br. J. Surg. 1990; 77, 737-742
2. Halabi WJ. Et al. Surgery of gallstone ileus. Ann. Surg. 2014; 259(2) 329-335
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994; 60: 441-6.
4. Rodriguez-Sanjuan JC. Et al. Cholecystectomy and fistula closure versus entero-lithotomy alone in gallstone ileus. Br J Surg 1997; 84: 634-7
5. Nakao A. Et al. The oldest patient with gallstone ileus: report of a case and review of 176 cases in Japan. Kurume Med J 2008; 55: 29-33 [PMID: 18981682 DOI: 10.2739/kurumemedj.55.29]
6. Dai XZ. Et al. Gallstone ileus: case report and literature review. World J. Gastroenterol. 19(33) 2013 5586-5589.
7. Fox PF. Planning the operation for cholecystoenteric fistula with gallstone ileus. Surg Clin North Am 1970; 50: 93-102 [PMID: 5412582]
8. VanLandingham SB, Broders CW. Gallstone ileus. Surg Clin North Am 1982; 62: 241-247 [PMID: 7071691]
9. Raiford TS. Intestinal obstruction due to gallstones. Ann Surg 1961; 153: 830-838 [PMID: 13739168 DOI: 10.1097/00000658-196106000-00003]
10. Beuran M. Et al. Gallstone ileus -clinical and therapeutic aspects. J Med Life. 2010; 3:365-371.
11. Williams NE. Et al. Disease spectrum and use of cholecystolithotomy in gallstone ileus. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2012; 11: 553-557.
12. Ploneda-Valencia CF. Et al. Gallstone ileus: an overview of the literature. Rev Gastroenterol Mex 2017; 82(3):248-254.

13. Sahsamani G. Et al. Bowel obstruction and perforation due to a large gallstone. A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016; 26:193–196
14. Nuño-Guzmán CM. Et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg*. 2016; 8(1):65–76.
15. Salemans PB. Et al. Gallstone ileus of the colon: leave no stone unturned. *Case Rep Surg* 2013;359871–359875.
16. Bruni SG, Pickup M, Thorpe D. Bouveret's syndrome—a rare form of gallstone ileus causing death: appearance on postmortem CT and MRI. *BJR*. 2017 Case Rep 3(3).
17. Halleran DR, Halleran DR. Colonic perforation by a large gallstone: a rare case report. *Int J Surg* 2014. CaseRep 5(12):1295–1298
18. Cruz-Santiago J. Et al. Gallstone ileus presenting as obstructive-gangrenous appendicitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2017; 109(2):150–151
19. Voore N, Weisner L. Unusual cause of intussusception. *BMJ Case Rep* 2015;bcr2015212324.
20. Prasad RM. Et al. Gallstone ileus presenting as intussusception: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2017 30: 37–39.
21. Jackson PG, Raiji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician* 2011 83(2):159–165
22. Turner AR, Bhimji SS. Bouveret Syndrome. [Updated 2017 Oct 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2017 June.
23. Chuah PS. Et al. Pictorial review: the pearls and pitfalls of the radiological manifestations of gallstone ileus. *Abdom Radiol* 2017 (NY) 42(4):1169–1175
24. Bortoff GA. Et al. Gallbladder stones: imaging and intervention. *Radiographics* 2000; 20(3): 751–766.
25. Calvo MM. Et al. Magnetic resonance cholangiography versus ultrasound in the evaluation of the gallbladder. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34(3):233–236.
26. Buljevac M, Busic Z, Cabrijan Z. Sonographic diagnosis of gallstone ileus. *J Ultrasound Med* 2004; 23(10):1395–1398.
27. Ripollés T. Et al. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging* 2001; 26(4):401–405.
28. Martín-Pérez J. Et al. Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment. *Cir Esp* 2013; 91(8):485–489
29. CY Y, Lin CC, Shyu RY. Et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol* 2005; 11(14):2142–2147
30. O'Brien JW. Et al. Gallstone ileus caused by cholecystocolonic fistula and gallstone impaction in the sigmoid colon: review of the literature and novel surgical treatment with trephine loop colostomy. *Case Rep Gastroenterol* 2017; 11(1):95–102.
31. Liang X. Et al. Comparative analysis of MDCT and MRI in diagnosing chronic gallstone perforation and ileus. *Eur J Radiol* 2015 ;84(10):1835–1842
32. Peng Liu, Xian-zheng Tan. Dual-Energy CT of Gallstone Ileus. *Radiology* 2020. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020192421>
33. Pickhardt PJ. Et al. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180: 1033–1035
34. Kurtz RJ. Et al. Patterns of treatment of gallstone ileus over a 45-year period. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 95–98 [PMID: 3970007]
35. Clavien PA. Et al. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 737–742
36. Deckoff SL. Gallstone ileus; a report of 12 cases. *Ann Surg* 1955;142: 52–65
37. Nuno-Guzmán CM. Et al. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. *World J Gastrointest Surg*. 2010;2:172–176.
38. Shioi Y. Et al. A case of gallstone ileus displaying spontaneous closure of cholecystoduodenal fistula after enterolithotomy. *Int J Surg Case Rep*. 2012;3:12–15
39. Berliner SD, Burson LC. One-stage repair for cholecyst-duodenal fistula and gallstone ileus. *Arch Surg* 1965; 90: 313–316
40. Warshaw AL, Bartlett MK. Choice of operation for gallstone intestinal obstruction. *Ann Surg* 1966; 164: 1051–1055
41. Doko M. Et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27: 400–404
42. 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
43. Riaz N, Khan MR, Tayeb M. Gallstone ileus: retrospective review of a single centre's experience using two surgical procedures. *Singapore Med J* 2008; 49: 624–626
44. Rodríguez Hermosa JI. Et al. Gallstone Ileus: results of analysis of a series of 40 patients. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 489–494
45. Pavlidis T.E. Et al. Management of gallstone ileus. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* (2003) 10:299–302
46. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 249–254
47. Martínez Ramos D. Et al. Gallstone ileus: management options and results on a series of 40 patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101: 117–120, 121–124
48. Hayes N, Saha S. Recurrent gallstone ileus. *Clinical Medicine & Research*. 2012;10:236–9.39
49. Montgomery A. Laparoscope-guided enterolithotomy for gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3: 310–314