

# Bouveret Sendromu

## Bouveret's Syndrome: Case Report

Semra TUTCU ŞAHİN,<sup>a</sup>  
Erdem OBUZ,<sup>a</sup>  
Yavuz KAYA,<sup>a</sup>  
Teoman COŞKUN,<sup>a</sup>  
Aslan SAKARYA<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Genel Cerrahi Kliniği,  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Manisa

Geliş Tarihi/Received: 15.10.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 11.04.2016

*Bu olgu sunumu, 12. Türk Hepatopankreatobilier Cerrahi Kongresi (1-4 Nisan 2015, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Semra TUTCU ŞAHİN  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Kliniği, Manisa  
TÜRKİYE/TURKEY  
semratutcu@gmail.com

**ÖZET** Bouveret sendromu, safra taşının bilioenterik fistül yoluyla distal mide veya duodenuma geçmesiyle oluşan gastrik çıkış obstrüksiyonudur. Tedavisinde endoskopik, laparoskopik yaklaşım ve açık cerrahi gibi seçenekler bulunmaktadır. Bu çalışmada, iki günlük hematemez ve melena yakınmasıyla başvuran 47 yaşındaki kadın olgu sunulmuştur. Hasta, obstrüksiyon yapan safra taşının cerrahi olarak çıkarılmasıyla tedavi edilmiştir. Bilioduodenal fistül yerinde bırakılmıştır. Olgu postoperatif altıncı gününde taburcu edilmiş ve 10 aylık izlemde problem saptanmamıştır. Bouveret sendromunda cerrahi gastrotomi veya enterotomi ile sadece obstrüksiyon yapan taşların çıkarılması sorunu büyük oranda çözebilmektedir. Kolesistektomi ve fistülün onarımı her vakada mümkün olmayabilir. Kolesistektomi yapılamayan hastalarda, rekürrensleri önlemek için safra kesesindeki taşlar da eğer mümkünse mide veya ince barsağa sağılarak çıkarılmalıdır. Sonuç olarak, nadir görülen bir klinik durum olması nedeniyle üzerinde mutlak fikir birliği olan bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır. Şimdiki literatür bilgilerine göre tedavi yaklaşımı, olgu bazında belirlenmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, sadece obstrüksiyon yapan taşın çıkarıldığı hastaların yakın takibi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Safra taşları; intestinal fistül

**ABSTRACT** Bouveret syndrome, is the gastric outlet obstruction with gallstone having passed through a bilioenteric fistula to distal stomach or duodenum. There are choices of endoscopy, laparoscopic approach or open surgery in the treatment. We report a case of a 47 years old woman with the complaints of hematemesis and melena for two days. The patient was treated with the excision of gallstone surgically. Bilioduodenal fistula was left as placed. The patient was discharged on postoperative 6th day and there was no problem on 10 months follow up. In Bouveret syndrome, the excision of stones with surgical gastrotomy or enterotomy that cause obstruction will mostly solve the problem. Cholecystectomy and repairment of fistula may not be possible in every cases. In patients that cholecystectomy could not done, to avoid the recurrences, if it is possible, the stones in the bladder should be removed to gastric region or small intestine with milking. In conclusion, there are no consensus on the treatment approach because of the rarely of this clinical condition. According to the recent literature knowledges, the treatment approaches are determined depending on every different cases. As our case, the close follow up is needed that was applied only the excision of the stone which cause obstruction.

**Key Words:** Gallstones; intestinal fistula

**Türkiye Klinikleri J Case Rep 2016;24(2):142-5**

**B**ouveret sendromu, safra taşlarının bilioenterik fistül yoluyla duodenuma geçerek gastrik çıkış obstrüksiyonuna yol açması olarak tanımlanan bir klinik durumdur. İlk olarak 1770'te Beaussier tarafından tarif edilmiş, 1896'da Leon Bouveret tarafından iki hastanın Revue Medicale derisinde yayımlanmasından sonra bu isimle adlandırılmıştır.<sup>1</sup>

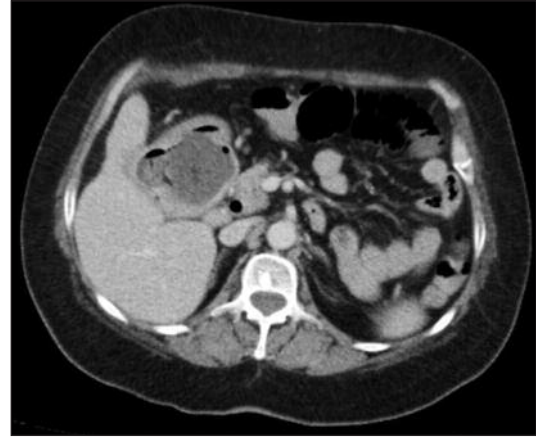
doi: 10.5336/caserep.2015-48343

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

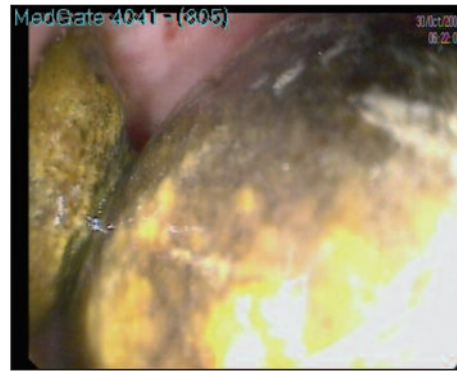
Bouveret sendromu, safra taşına bağlı mekanik intestinal obstrüksiyonun %1-3 oranında, nadir görülen bir formudur.<sup>2</sup> Hastaların büyük bir kısmında klinik tabloya yandaş hastalıklar eşlik etmektedir.<sup>3</sup> Semptomları, fizik muayene ve laboratuvar bulguları çoğunlukla nonspesifik olduğundan, tanıda radyolojik ve endoskopik incelemeler önem taşır. Tedavisinde endoskopik, laparoskopik ve açık cerrahi gibi yaklaşımlar mevcuttur.<sup>1</sup> Biz de bu nadir klinik durumu, olgumuzun tanı ve tedavi süreciyle birlikte literatür bilgileri eşliğinde sunmayı ve tartışmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşındaki kadın olgu acil servise iki günlük hematemez ve melena yakınması ile başvurdu. Anamnezinde yedi aydır ara sıra olan dispeptik rahatsızlıklar ve bulantı-kusma şikâyetleri mevcuttu. Öz geçmişinde kronik hastalık ve geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları stabildi. Olgu anemik görünümdeydi. Batında sağ üst kadranda ve epigastriumda palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşede melena formunda gaita vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde lökositoz ve anemi bulguları yanı sıra, ALP, GGT ve LDH değerleri yüksek bulundu. Batın ultrasonografisinde intrahepatik safra yollarında ve safra kesesi lümeninde hava izlendi. Batın tomografisinde ultrasonografideki görüntülere ek olarak safra kesesi duvar kalınlığında artış, kese medialinde perivezikal dokulara fistül traktı ve çevre dokularda inflamatuvar reaksiyon saptandı (Resim 1). Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde bulbusta piloru tamamen kapatan yeşil-siyah renkli, oldukça sert safra taşı görüldü. Zorlanarak taşın arkasına geçildi ve burada bir adet daha taş izlendi (Resim 2). Bulbusta mukozal erozyona bağlı kanama ve birlikte safra varlığı izlendi. Bulbusta impakte olmuş büyük çaptaki bu taşları endoskopik olarak çıkarmaya zorlamanın gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle uygun olmayacağı düşünülerek cerrahi tedavi planlandı. Gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra olgu ameliyata alındı. Eksplozasyonda omentum, safra kesesi ve duodenum arasında yoğun yapışıklıklar vardı. Yapışıklıklar ayrıldıktan sonra safra kesesi ile



RESİM 1: Bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



RESİM 2: Endoskopik incelemede bulbustaki safra taşları.

duodenum arasında bilioenterik fistül, bulbusta ve safra kesesinde taşlar saptandı. Taşların tümü pilordan mideye doğru sağıldı ve gastrotomi yapıldı. Gastrotomi hattından en büyüğü 4,5x4x4 cm olan toplam dört adet taş çıkarıldı. Rezidü taş açısından yapılan intraoperatif ultrasonografiyi takiben gastrotomi hattı kapatıldı. İleri derecede inflamasyon bulguları nedeniyle bilioenterik fistüle ve safra kesesine yönelik herhangi bir definitif cerrahi işlem uygulanmadı. Postoperatif problemi olmayan olgu altıncı günde taburcu edildi. Postoperatif 10. ayında olan olgunun kontrol muayeneleri normal olarak değerlendirildi ve batın ultrasonografisinde rezidü safra taşı saptanmadı.

## TARTIŞMA

Bouveret sendromu, büyük safra taşlarının bilioenterik fistül yoluyla distal mide veya duodenuma geçerek impakte olması sonucu oluşan mide çıkış

obstrüksiyonudur. Safra taşına bağlı mekanik intestinal obstrüksiyonun %1-3 oranında nadir görülen bir formudur.<sup>2</sup> Hastalığın görülme yaşı ortalama 74 yıl ve kadın/erkek oranı 1,9'dur.<sup>3,4</sup> Yetmiş yaş üstü, kadın cinsiyet, safra taşının 2,5 cm'den büyük olması ve cerrahi nedenlerle gastrointestinal anatominin değişmiş olması bu hastalık için risk faktörleridir.<sup>4</sup> Literatürdeki hastaların yaklaşık olarak %80'inde kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus, pulmoner hastalık ve morbid obezite gibi yandaş hastalıklar bulunduğu görülmektedir.<sup>3</sup> Karın ağrısı, bulantı-kusma, ateş, karında distansiyon gibi nonspesifik semptomlarla kendini gösterebildiği gibi, nadiren (%15) hematemez ve melena gibi gastrointestinal kanama şeklinde de bulgu verebilir.<sup>2,5</sup> Bizim olgumuzda uzun süreli nonspesifik semptomların yanı sıra hematemez ve melena yakınması mevcuttu.

Bouveret sendromunda tanıya ulaşmada, semptomların, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının nonspesifik olması nedeniyle radyolojik incelemeler önem taşımaktadır. Vakaların %30-35'inde direkt karın grafisinde pnömobilite, intestinal obstrüksiyon ve ektopik safra taşından oluşan Rigler triadı görülebilir.<sup>6</sup> Batın ultrasonografisi safra taşlarının saptanmasında yardımcı olabilir. Radyolojik olarak en çok yardımcı olan incelemenin ortalama %60 tanı koyma oranı ile bilgisayarlı tomografi olduğu bildirilmektedir.<sup>7,8</sup> Tomografik inceleme fistülün varlığını, dokulardaki inflamasyonu, safra taşının lokalizasyonunu, sayısını ve büyüklüklerini göstermesi bakımından önemlidir. Bizim olgumuzda da tomografi, taşın lokalizasyonunu, fistülün varlığını ve çevre dokulardaki inflamatuvar reaksiyonu göstermesi açısından tanıda en yardımcı radyolojik inceleme olmuştur.

Üst gastrointestinal sistem endoskopisi hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılabilir. Gastroskopi, vakaların tümünde gastroduodenal obstrüksiyonu göstermektedir, ancak taşın arkasına geçilememesi nedeniyle mukozal bakı yetersiz kalabilmektedir. Endoskopide, olguların sadece %13'ünde fistül lokalizasyonunun görülebildiği bildirilmiştir.<sup>2</sup> Radyolojik ve endoskopik tüm tanı yöntemlerine rağmen vakaların %20-40 kadarında, kesin tanı ancak cerrahi girişim sırasında konulabilmektedir.<sup>2</sup>

Tedavide taşın endoskopik yolla çıkarılması, endoskopik lazer litotripsi, ekstrakorporeal veya intrakorporeal şok dalgalı litotripsi, laparoskopik ve açık cerrahi yaklaşımlar mevcuttur.<sup>1</sup> Endoskopik tedaviyle ilgili yayınlar yapılmışsa da serilerdeki başarı oranları %10'u geçmemektedir.<sup>9</sup> Son yıllarda hastalığın laparoskopik cerrahi ile tedavisine yönelik yayınlar da yapılmaya başlanmıştır. Ancak bu yayınlarda sınırlı sayıda ve oldukça seçilmiş hastalar bulunması nedeniyle laparoskopik yaklaşımın etkinliği ve güvenilirliği konusundaki veriler henüz yeterli değildir. Bu nedenle laparoskopik yaklaşımın seçilmiş hastalarda ve basit enterotomi ile taşın çıkarılabileceği olgularda kullanılması önerilmektedir.<sup>10</sup> Açık cerrahi yaklaşımın endikasyonları 2,5 cm'den büyük taş, duodenumda multipl taş varlığı, safra kesesinde rezidü taş varlığı, perforasyon, sepsis, endoskopik ve diğer tedavi alternatiflerinin yetersiz kalması olarak sayılabilir.<sup>9</sup> Biz olgumuzda büyük çaplı ve multipl taş varlığı nedeniyle açık cerrahi girişimi tercih ettik.

En yaygın kullanılan cerrahi seçenek, obstrüksiyon yapan taşın sağılarak gastrotomi veya enterotomi ile çıkarılmasıdır.<sup>2,10</sup> Kolesistektomi ve bilioenterik fistüle yönelik definitif cerrahi, çoğunlukla ikinci seansa bırakılmaktadır. Literatürde tek seansta hem taşın çıkarıldığı hem de kolesistektomi ve fistül onarımının yapıldığı vakalar da mevcuttur.<sup>2,10-12</sup> Fistül onarımının yapıp yapılmayacağına ve hangi seansta yapılacağına karar verirken, hastanın genel durumunun, yandaş hastalıklarının ve ilk cerrahi girişim sırasındaki teknik sorunların göz önünde bulundurulması önerilmektedir.<sup>2,10,11,13</sup>

Biz, sağ üst kadranda yoğun yapışıklıklar olması, duodenum ve çevresinde yoğun inflamasyon bulunması nedeniyle duodenum ve safra kesesindeki tüm taşları pilordan mideye sağarak gastrotomi ile çıkarmayı tercih ettik. İntraoperatif ultrasonografi ile duodenum, safra kesesi ve safra yollarını rezidü taş açısından değerlendirdik. Rezidü taş kalmadığına emin olduktan sonra cerrahi işleme son verdik. Şu an postoperatif takibinin 10. ayında olan olgumuzda klinik ve radyolojik incelemelerde herhangi bir patolojik bulgu mevcut değildir.

Sadece taşın çıkarıldığı, bilioenterik fistülü tamir edilmemiş hastalarda kolesistit ve kolanjit gibi biliyer sisteme ait komplikasyonların gelişme riski vardır. Literatürde 1.001 olguluk bir derlemede, vakaların %10'unda persistan biliyer semptomlar nedeniyle reoperasyon gerektiği bildirilmiştir.<sup>14</sup> Bu tedavi şeklinin uygulandığı hastalarda cerrahiden sonraki ilk bir ay içinde, rezidü taşlar nedeniyle rekürrens ileus görülebilmektedir.<sup>15</sup>

Kolesistektomi yapılmayan ve fistülü onarılmayan hastalarda artmış safra kesesi karsinomu riski tartışılmış fakat yeterli kanıt bulunamamıştır.<sup>16</sup> Sadece taşın çıkarıldığı, geride rezidü taş kalmayan ve safra kanalından drenajın yeterli olduğu hastalarda fistülün spontan iyileşebildiği de iddia edilmektedir.<sup>4,10</sup>

Bizim olgumuzda olduğu gibi, cerrahi zorluk ve definitif işlemin getireceği yüksek morbidite/mortalite ihtimali nedeniyle sadece obstrüksiyon yapan taşların çıkarılması işlemi sonrası gelişebilecek kolesistit, kolanjit, rekürrens ileus, safra kesesi karsinomu gibi komplikasyonları önlemek için, peroperatif rezidü taş kalmadığından emin olunmalıdır. Bunun için preoperatif görüntülemelerden ve bizim olgumuzda olduğu gibi pe-

roperatif radyolojik tetkiklerden destek alınması gerekir.

Sonuç olarak, nadir görülen bir klinik durum olması nedeniyle üzerinde fikir birliği olan bir tedavi yaklaşımı ve algoritması bulunmamaktadır. Şu anki literatür bilgilerine göre tedavi yaklaşımı hastanın yaşına, yandaş hastalıklarına, klinik, radyolojik, endoskopik ve intraoperatif bulgularına göre olgu bazında belirlenmektedir. Komplikasyon, nüks ve malignite oranları hakkındaki veriler ise yetersizdir. Bu nedenlerle, cerrahi girişim sırasında yoğun yapışıklık ve inflamatuvar reaksiyon bulunan hastalarda bilioenterik fistüle yönelik yapılacak cerrahi işlemlerin ciddi komplikasyonlara neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahi zorluk nedeni ile kolesistektomi ve fistül onarımı yapılamıyorsa, bilioenterik sistem rezidü taş açısından iyi değerlendirilmeli ve geride taş kalmaması sağlanmalıdır. Endoskopik veya cerrahi olarak sadece obstrüksiyon yapan taşın çıkarıldığı hastaların erken ve geç dönem komplikasyonlar açısından yakın izlenmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Sadece obstrüksiyon yapan taşın çıkarıldığı hastaların uzun dönem takibine ilişkin, hasta sayısının fazla olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Kalwaniya DS, Arya SV, Guha S, Kuppuswamy M, Chaggar JG, Ralte L, et al. A rare presentation of gastric outlet obstruction (GOO) - The Bouveret's syndrome. *Ann Med Surg (Lond)* 2015;4(1):67-71.
2. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol* 2006;101(9):2139-46.
3. Cooper SG, Sherman SB, Steinhardt JE, Wilson JM Jr, Richman AH. Bouveret's syndrome. Diagnostic considerations. *JAMA* 1987;258(2):226-8.
4. Koulaouzidis A, Moschos J. Bouveret's syndrome. Narrative review. *Ann Hepatol* 2007; 6(2):89-91.
5. Hameed K, Ahmad A, Baghomian A. Bouveret's syndrome, an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. *QJM* 2010;103(9): 697-8.
6. Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006;12(16):2620-1.
7. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007;31(6):1292-7.
8. Pickhardt PJ, Frieland JA, Hruza DS, Fisher AJ. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180(4):1033-5.
9. Lowe AS, Stephenson S, Kay CL, May J. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. *Endoscopy* 2005;37(1): 82-7.
10. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg* 2014;259(2): 329-35.
11. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60(6):441-6.
12. Scarpa FJ, Borges J, Mullen D. Gallstone ileus. *Am J Surg* 2000;180(2):99.
13. Atli AO, Coşkun T, Ozenç A, Hersek E. Biliary enteric fistulas. *Int Surg* 1997;82(3):280-3.
14. Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology* 2002;224(1):9-23.
15. Doogue MP, Choong CK, Frizelle FA. Recurrent gallstone ileus: underestimated. *Aust N Z J Surg* 1998;68(11):755-6.
16. Bossart PA, Patterson AH, Zinite HA. Carcinoma of the gallbladder. A report of seventy-six cases. *Am J Surg* 1962;103:366-9.