

# İntestinal Obstrüksiyonun Nadir Bir Nedeni, Kolesistoenterik Fistül ve Safra Taşı İleusu

## A Rare Cause of Intestinal Obstruction, Cholecystoenteric Fistula and Gallstone Ileus

Esin OĞUZ,<sup>a</sup>  
Atilla KURT,<sup>b</sup>  
Özlem YÖNEM,<sup>a,c</sup>  
Hilmi ATASEVEN<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Genel Cerrahi AD,  
<sup>c</sup>Gastroenteroloji BD,  
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Sivas, TÜRKİYE

Received: 22.08.2018  
Accepted: 05.11.2018  
Available online: 03.12.2018

Correspondence:  
Hilmi ATASEVEN  
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları AD,  
Gastroenteroloji BD, Sivas,  
TÜRKİYE/TURKEY  
hilmiataseven@yahoo.com

**ÖZET** Safra taşı ileusu, safra taşının nadir bir komplikasyonudur. Gastrointestinal traktta safra taşının impakte olması nedeni ile mekanik intestinal obstrüksiyon olmasıdır. Semptom ve bulgular çoğunlukla nonspesifiktir. Yaşlılar arasında daha yüksek bir oranda gözlenmektedir. Yetmiş sekiz yaşındaki kadın olgu, karın ağrısı, distansiyon, bulantı ve kusma şikâyetleriyle kliniğimize kabul edildi. Anamnez, direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi ile safra taşı ileusu saptanan olguya enterotomi yapıldı. Bu çalışmada, kolesistoenterik fistül ve safra taşı ileusunun gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolesistoenterik fistül; safra taşı; ileus; bağırsak obstrüksiyonu

**ABSTRACT** Gallstone ileus is a rare complication of gallstone. It is a mechanical intestinal obstruction due to gallstone impaction within the gastrointestinal tract. The symptoms and signs are mostly nonspecific. It has been observed with a higher frequency among the elderly. A 78 year-old woman patient admitted to our clinic with abdominal pain, distension, nausea, and vomiting. Gallstone ileus was diagnosed based on the history, plane graphy, and computed tomography, and enterolithotomy was applied. In this case report, cholecystoenteric fistula and gallstone ileus in the literature are discussed.

**Keywords:** Cholecystoenteric fistula; gallstone; ileus; intestinal obstruction

Safra taşı ileusu, bir veya daha fazla sayıda safra taşının gastrointestinal traktın herhangi bir lokalizasyonunda impakte olup, mekanik intestinal tıkanıklığa neden olmasıdır. Kolelitiazisin sık olmayan bir komplikasyonudur.<sup>1</sup> Taşın safra kesesi veya safra kanalı duvarını erode etmesine bağlı kolesistoenterik fistül gelişmesi neticesinde meydana gelmektedir.<sup>2</sup> Safra taşlarının biliyoenterik fistül yoluyla duodenuma geçmesi ve gastrik çıkış obstrüksiyonuna yol açması Bouveret sendromu olarak tanımlanan bir klinik durumdur.<sup>3</sup> Yüzyıllar öncesinden tanımlanmış olmasına rağmen, safra taşlarının neden olabileceği; akut kolesistit, koledokolitiaz, biliyer pankreatit, kolanjit gibi komplikasyonlardan çok daha nadir olduğundan olsa gerek tanısı genellikle geç konulmakta ve bu nedenle mortalite oranı %20'lere ulaşmaktadır.<sup>1,2</sup>

Bu çalışmada, kolesistoduodenal fistül sonrasında safra taşına bağlı ileus gelişen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyetleri ile acil servise başvuran 78 yaşındaki kadın olgunun karın ağrısı yaklaşık beş gün önce sağ üst kadranda başlamış ve bir gün sonra diğer kadrana yayılmış. Ağrının tüm kadrana yayılmasından sonraki gün ise günde dört-beş kez olan safralı kusma şikâyetleri başlamış. İştahsızlığı da olan olgunun sorgulamasından, pozisyonun bağımsız olarak ara ara karın ağrısının azaldığı dönemlerin olduğu ve gaz-gaita çıkarımının da yaklaşık beş gündür olmadığı öğrenildi. Geçmişe yönelik sorgulanan olgunun anamnezinden; yaklaşık beş yıl kadar önce safra kesesi taşı nedeni ile ameliyat olmasının önerildiği, fakat kabul etmediği saptandı. Olgu; bu safra kesesi taşının tesadüfen öğrenildiğini, karın ağrısı atakları ile hastaneye başvurusunun olmadığını, ameliyat, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi [endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)] gibi herhangi bir işlemin yapılmadığını ifade etmekte idi. Fizik muayenesinde batının sağ alt kadranda daha belirgin olmak üzere tüm kadranda hassasiyeti mevcuttu.

Fizik muayenesinde genel durumu orta/iyi olan olgunun vital bulguları stabildi (Kan basıncı: 110/80 mmHg, solunum sayısı:20/dk, nabız:84/dk ritmik, vücut ısısı:36,8°C). Gastroözefageal reflü nedeni ile oral pantoprazol 40 mg 1x1 dışında başka ilaç kullanımı bulunmamakta idi. Batında distansiyonu bulan olgunun dinlemekle bağırsak sesleri hiperaktif ve metalik sesler alınmaktaydı. Perküsyonda timpanizm ve palpasyonda sağ alt kadranda daha belirgin olmak üzere sağ üst ve alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar değerleri; beyaz küre:  $10,33 \times 10^3/Ul$  (N:4-11  $\times 10^3$ ), C-reaktif protein:175 mg/L (N:0-8), alkalen fosfataz:146 U/L (N:28-100), gama glutamil transferaz:164 U/L (N:<32) şeklinde olup, diğer kan tetkikleri normal sınırlarda saptandı.

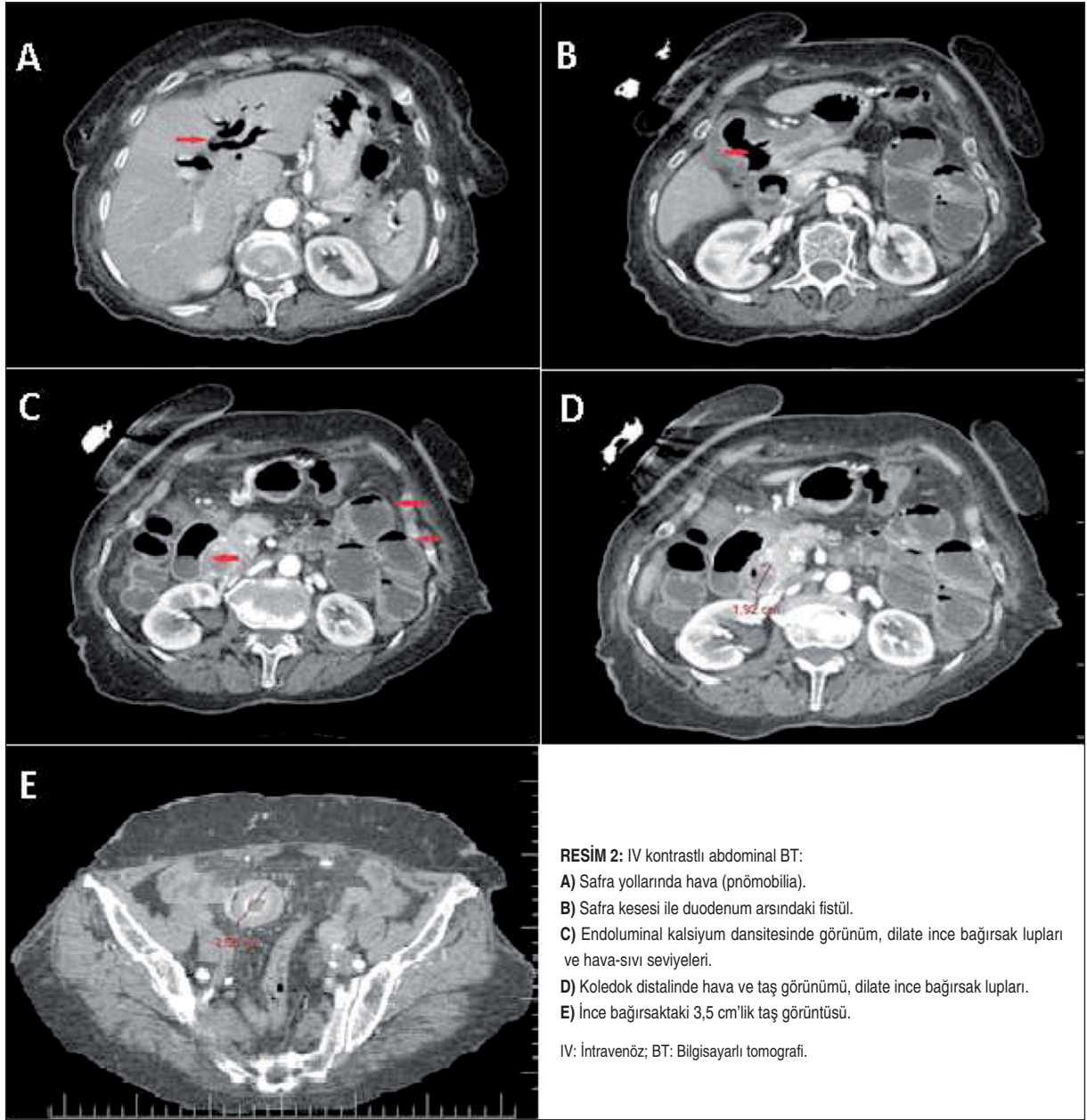
Ayakta direkt karın grafisinde; safra yollarında hava, sağ subdiyafragmatik serbest hava, ince bağırsak düzeyinde dilatasyon izlendi (Resim 1). Bunun üzerine olguya abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de (Resim 2A-E); koledok çapı en geniş yerde 22 mm olarak ölçüldü, koledok distalinde büyüğü 19 mm çapta olmak üzere birkaç

adet kalkül ve batın alt-orta hatta bağırsak anısı içerisinde de 3,5 cm çapta kalkül ile uyumlu görünüm izlendi. Safra kesesi ile duodenum arasında fistül, bağırsaktaki kalkülün proksimalindeki bağırsak anlarında dilatasyon ve hava-sıvı seviyeleri saptandı. Safra kesesi ile safra kanallarında hava ve koledok distalinde taş gözlenen olgu biliyoenterik fistül ve safra taşı ileusu ön tanısı ile genel cerrahi kliniğine devredildi.

Genel cerrahlar tarafından batın içi enfeksiyona yönelik seftriakson 2x1 g ve metronidazol 3x500 mg tedavisi başlanan olguya laparotomi yapıldı. Ameliyatta Treitz ligamanından itibaren ince bağırsakların 130 cm distale kadar dilate ve ödemli olduğu ve bu seviyede obstrüksiyona neden olan bağırsak lümeninde yaklaşık 4 cm büyüklüğünde, kenarları düzenli, oval şekilli taş olduğu izlendi. Kalkül hizasından longitudinal insizyonla enterotomi yapılarak kalkül çıkarıldı ve transvers şekilde enterotomi kapatılarak ince bağırsak primer olarak onarıldı. İntraoperatif değerlendirmede bağırsaklarda başka bir intraluminal taş saptanmadı. Safra taşının makroskopik görüntüsü Resim 3'te görülmektedir. Postoperatif izlemlerde sorunu olmayan, gaz ve gaita deşarjı olan olgu enfeksiyon kliniğinin de önerdiği şekilde antibiyotik tedavisinin tamamlanması üzerine operasyon sonrası beşinci günde



**RESİM 1:** Ayakta direkt karın grafisi; safra yollarında hava, sağ subdiyafragmatik serbest hava, ince bağırsak düzeyinde dilatasyon.



önerilerle taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde herhangi bir şikâyeti olmayan, fizik muayenesi ve laboratuvar değerleri normal olan olguya, daha önce koledokta taş öyküsü olduğu için manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi [magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP)] çekildi. MRCP'sinde koledokta 13 mm çapta taş saptandı; fakat genel cerrahi kliniği tarafından ERCP yapılması önerilmediğinden mevcut hâliyle izlem önerildi.

## TARTIŞMA

Safra taşı ileusu tüm kolelitiyaz hastalarının %0,3-0,5'inde görülmektedir.<sup>1,4</sup> Mekanik bağırsak obstrüksiyonu hastalarının yalnızca yaklaşık %0,1'i safra taşı nedenlidir.<sup>5</sup> Birçok hastada kolesistoenterik fistül sonrası intestinal trakta düşen 2-2,5 cm'den daha küçük taşlar intestinal tıkanıklık oluşturmadan dışkı ile atılmaktadır. Ancak, taş boyutu bazen impaksiyon oluşturacak kadar büyük olmakta ve tıkanıklığa neden olmaktadır.<sup>4</sup> İleus yapabilen



RESİM 3: Safra taşının makroskobik görüntüsü.

safrataşı çapının 2,5 cm'den büyük olması beklenmektedir.<sup>6</sup> Olgumuzda taşın çapı 4 cm olarak ölçülmüştür (Resim 3). Bununla birlikte gastrointestinal traktta darlığa sebep olan hastalıklar da safrataşı ileusunun gelişmesine katkı sağlayabilmektedir. Her ne kadar olgumuzda bir taş saptansa da hastaların %3-40'ında multipl taşlar gözlenebilmektedir.<sup>7</sup>

Safra taşı ileusu genellikle ilk olarak akut kolesistit atağı ile başlamaktadır. Safra taşı, inflamasyon ve basınç etkisi ile safra kesesi duvarı boyunca erozyona yol açarak safra kesesi ile gastrointestinal traktın bitişik ve/veya yapışik kısmı arasında fistül oluşumuna ve daha sonra da safrataşının kanala geçmesine neden olmaktadır.<sup>1</sup> Fistül oluşumu birçok lokalizasyonda görülmekle beraber, sıklığına göre sıralanmaktadır. Bunlar; kolesistoduodenal, kolesistokolik, kolesistogastrik, koledokoduodenal, kolesistokoledokaldır.<sup>1,2,4</sup> ERCP ve laparoskopik kolesistektomi sonrası da safrataşı ileusu gelişebilmektedir.<sup>1</sup> Olgumuzda tek safrataşı, kolesistoduodenal fistülden bağırsağa geçmiş ve proksimal ileumda obstrüksiyon yapmıştır. Obstrüksiyon gastrointestinal sistem traktın herhangi bir yerinde olabilmektedir. En sık terminal ileum ve ileoçekal valv düzeyinde olmaktadır. Daha az sıklıkla proksimal ileum, jejunum, mide, duodenum ve kolonda gözlenmektedir.<sup>1,2</sup>

Safra taşı ileusu, yaşlılar arasında daha yüksek bir sıklıkla gözlenmektedir. Literatürde, 13 ve 99 yaşında bildirilen hastalar olsa da kadınlarda biraz daha fazla görülmek üzere, genellikle yaş aralığı 60-84 yıl olanlarda gözlenmektedir.<sup>1,2</sup> Çalışmamızda da yukarıda belirtildiği gibi 78 yaşındaki bir kadın olgu idi.

İntestinal obstrüksiyon olan hastaların %10-30'unda akut kolesistit olabilmekte ve biliyer semptomlar biliyoenterik fistüllü hastaların üçte birinde kaybolabilmektedir. Safra taşı ileusu akut, aralıklı veya kronik ataklarla seyredabilmektedir.<sup>1</sup> Olgumuzda olduğu gibi bulantı, kusma, kramp tarzında karın ağrısı ve distansiyon sıklıkla izlenmektedir. Fizik muayene nonspesifik olabilmektedir. Hasta sıklıkla akut olarak hastalanmakta, dehidratasyon, abdominal distansiyon, hassasiyet, metalik bağırsak sesleri ve tıkanma sarılığı bulguları gözlenebilmektedir. Perforasyon olduğunda ateş, toksisite, peritonit bulguları saptanabilmektedir.<sup>1</sup> Safra taşı ileusunun tanı ve tedavisindeki gecikme elektrolit dengesizliği, iskemik lezyonlar, ince bağırsak ülserasyonları, apse formasyonları, nekroz, perforasyon ve peritonit gibi birtakım ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır ve yaklaşık %22,7 oranında mortal seyrettiği saptanmıştır.<sup>8</sup> Mortalite oranı bu kadar yüksek olan safrataşı ileusunun tanısı için; anamnez, klinik ve laboratuvar bulguları spesifik değildir.<sup>6,7</sup> Ancak, olgumuzda olduğu gibi ileusu olan özellikle yaşlı kadın hastalarda daha önceki safrataşı öyküsü, safrataşı ileusunu düşündürmeli ve radyolojik olarak görüntüleme çalışmaları yapılmalıdır. Direkt batın grafileri tanıda büyük öneme sahiptir. İntestinal obstrüksiyon, safra yollarında hava (pnömobilite) veya kontrast madde varlığı, ektopik safrataşı ve seri grafilerde safrataşının yer değiştirmesi bulgularından en az iki ya da üçünün bulunması safrataşı ileusunu göstermesi açısından anlamlıdır. Bunlardan üçü Rigler triadı olarak adlandırılmaktadır.<sup>1,9</sup> Olgumuzda da; bunlardan ilk ikisi direkt grafilerde, ilk üçü (Rigler triadı) ise BT'de görülmektedir (Resim 1, 2). Safra taşı ileusu ile ilgili şüphe olduğu zaman abdominal BT'nin kullanımı önerilmektedir. Çünkü BT kullanıldığında hastaların yaklaşık olarak %80'inde Rigler triadı saptanabilmektedir.<sup>10,11</sup> Olgumuza çekilen BT'de; intrahepatik safra yollarında, safra kesesi içerisinde ve koledokta hava izlenmiş olup, koledok en geniş yerinde 22 mm olarak ölçülmüş, koledok distalinde büyüğü 19 mm çapında birkaç adet kalkülle uyumlu görünüm izlenmiştir. Ayrıca, batın alt orta hatta bağırsak anısı içerisinde 35 mm çaplı kalkülle uyumlu görünüm mevcut olup, bu kalkül proksimalindeki bağırsak ansları distandü

görünümde izlenmiş ve hava-sıvı seviyelenmeleri saptanmıştır (Resim 2).

Safra yollarında hava, daha önceki cerrahi, endoskopik veya perkütan olarak safra yollarına girişimlerden sonra gözlenebilmektedir. Olgumuzun safra yollarında hava olmasına rağmen bu girişimlere ait herhangi bir öyküsünün olmaması, bu havanın önceki girişimlere bağlı olmadığını bize göstermektedir. Safra taşı ileusunda intestinal tıkanıklığı gidermek için genelde acil cerrahi gerekmektedir. Ancak, cerrahi öncesi sıvı-elektrolit açığı, metabolik bozukluklar ve komorbid durumlar düzeltilmelidir. Cerrahide yalnızca enterotomi yapılabileceği gibi bunun yanında kolesistektomi ve fistül onarımı uygulanabilmektedir.

Bazı çalışmalarda da taşın ortadan kalkması ile fistülün spontan olarak kapanabileceği belirtilmektedir.<sup>9,12</sup> Olgumuzun ileri yaşı ve kadın olması nedeni ile mortalite riski yüksek olduğu için enterotomi ile taş çıkarıldıktan sonra fistül onarımının yapılmaması tercih edilmiştir. Fistül gelişen hastalarda safra kesesi kanseri riskinin arttığı söylenmekle beraber, fistül tamiri yapılmadığında malignite riskinin artmadığı da ifade edilmektedir.<sup>1</sup>

Safra taşı ileusunun, her ne kadar nadir de olsa morbidite ve mortalitesinin oldukça yüksek olması nedeni ile, ileusun etiyojisi açısından akılda bulunması gerekmektedir. Safra kesesi taşı öyküsü ve ileus kliniği olan, özellikle yaşlı kadın hastalarda

safra taşı ileusu mutlaka düşünülmelidir. Mortalite oranı yüksek olduğundan tanının erken konulması büyük önem arz etmektedir. Direkt grafi ve BT tanıda kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Destekleyici ve cerrahi tedavi yapılmaktadır. Ayrıca, kanser gelişimi riskinin yüksek olabileceği endişesiyle uzun dönemde bu yönden de takip edilmelidir.

### **Finansal Kaynak**

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### **Çıkar Çatışması**

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### **Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Hilmi Atavesen; **Tasarım:** Hilmi Atavesen; **Denetleme/Danışmanlık:** Hilmi Atavesen, Özlem Yönm; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Esin Oğuz, Atilla Kurt; **Analiz ve/veya Yorum:** Hilmi Atavesen; **Kaynak Taraması:** Esin Oğuz, Atilla Kurt; **Makalenin Yazımı:** Hilmi Atavesen, Esin Oğuz; **Eleştirel İnceleme:** Hilmi Atavesen, Özlem Yönm; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Esin Oğuz, Atilla Kurt; **Malzemeler:** Esin Oğuz, Atilla Kurt.

## KAYNAKLAR

- Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* 2016;8(1):65-76.
- Jeffrey D. Browning and Jayaparakash Sreenarasimhaiah. Gallstone Disease Chapter 62 ph: 1413. In: Brandt LJ, Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2006.
- Tutcu Şahin S, Obuz E, Kaya Y, Coşkun T, Sakarya A. [Bouveret's syndrome: case report]. *Türkiye Klinikleri J Case Rep* 2016;24(2):142-5.
- Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60(6):441-6.
- 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.
- Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, Kuyama T, Sakata K, Kubota H. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the japans literature. *Am J Surg* 1980;140(3):437-40.
- Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990;77(7):737-42.
- Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007;31(6):1292-7.
- Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC. Gallbladder and extrahepatic system. *Principles of Surgery*. 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 1999. p.1450-2.
- Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004;50(1):23-9.
- 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 Am J Roentgenol* 2005;185(5):1159-65.
- Deitz DM, Standage BA, Pinson CW, McConnell DB, Krippaehne WW. Improving the outcome in gallstone ileus. *Am J Surg* 1986;151(5):572-6.