

SAFRA TAŞI İLEUSU

(Vak'a raporu)

Dr. Mete KESİM (x)
Dr. Durkaya ÖREN (xx)
Dr. Ahmet DEMİRCAN (xxx)
Dr. Fikret GÖZÜBÜYÜK (xxxx)

ÖZET:

Safra taşı ileuslu bir vak'a takdim edildi ve literatür gözden geçirildi.

Safra taşı ileusu, ileuma yerleşmiş bir veya daha fazla safra taşının burada sıkışarak oluşturduğu bir mekanik intestinal tıkanmadır (3,4). Nadir bir olay olmasına rağmen, tüm mekanik barsak tıkanmalarının % 1-3'ünü teşkil eder (1,3,5,6). Safra taşı ileusu ilk olarak 1954'de Bartholin tarafından tarif edilmiş, 1892'de Naunyn bu antitenin patolojisinin tam tanımını yapmış ve büyük bir seri vak'a yayınlamıştır (1).

Gelişmiş cerrahi teknik ve ameliyat sonrası iyi bakıma rağmen safra taşı ileusunun komplikasyonları ve mortalitesi oldukça yüksektir. Diğer bir deyişle, bu hastalık için mortalite oranı % 15'dir ve ameliyat sonrası komplikasyonlar % 50'den fazladır (4).

Vak'a raporu:

E.Y., 65 yaşında kadın, protokol No: 2434/2434 Erzurum

Hasta: karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz-gaita çıkaramama ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın şikayetleri bir haftadan beri devam etmişti. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede, genel durumu bozuk, hasta somnole ve dehidratasyon bulguları vardı. Karında orta derecede distansiyon, yaygın müs-

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Doçenti.

(xx) Aynı Ana Bilim Dalının Klinik Başkanı Yard.Doç.Dr.

(xxx) Aynı Ana Bilim Dalında Op.Dr.

(xxxx) Aynı Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi.

küler defans ve hassasiyet tesbit edildi ve rebound pozitif. Barsak sesleri yoktu. Ayakta düz karın grafilerinde; sağ alt kadranda gaz mayi düzeyleri ve peritoneal irritasyon bulguları vardı. Bu bulgular ışığında perfore appendisit düşünülen hasta gerekli ön hazırlıklardan sonra ameliyata alındı. Eksplozasyonda, jejunum ileri derecede distandü, ileum ve kolon kollabe idi. jejunumun son kısmında 6 cm çapında, tam tıkanma yapmış, lümen içinde sert bir kitle tesbit edildi (Resim: 1). Kitlenin safra taşı olabileceğinden şüphelenildi ve safra yolları araştırıldı. Neticede kolesistoduodenal fistül olduğu görüldü. Taşın proksimalinde enterotomi yapıp taş çıkarıldı v jejunum iki tabaka halinde kapatıldı. Diğer taşlar için araştırma yapıldı ve tesbit edilemedi. Başka bir işlem yapılmadı ve ameliyata son verildi.



Resim 1: Enterotomi ile çıkartılan safra taşı.

TARTIŞMA

Barsak içine sıkışmış bir safra taşının oluşturduğu barsak tıkanması nadirdir. Mekanik intestinal tıkanmanın belki de sinsi ve tanısı en zor olan nedeni safra taşı ileusudur. Daha öncede belirtildiği gibi tüm mekanik barsak tıkanmalarının

% 1-3'ünü safra taşı ileusu teşkil eder. Japonya'da tüm mekanik intestinal tıkanmaların % 0,05'inden safra taşı ileusu sorumludur. Bizim araştırmamızda, son 6 yılda çeşitli nedenlerle ameliyat edilen 1089 mekanik intestinal tıkanma vak'asının sadece bir tanesi (% 0,9) safra taşı ileusu idi. Fakat iyi tanımlanmış bir antitedir. Gerçekten de 19. yüzyıl da bile küçük safra taşlarının şiddetli abdominal kolikler eşliğinde koledok yoluyla duodenuma düşebildiği ve sonra rektumdan çıkabildiği fakat büyük taşların yüz yüze geldiği barsaklarda ülserlere sebep olabildikleri ve barsağın alt kısımlarında sıkışıp barsak tıkanması oluşturabildikleri gayet iyi bilinmekte idi (1,3).

Safra taşının sıklığı yaş ile birlikte artar. Dolayısıyla safra taşı ileusunun da yaş ile ilişkisi vardır. Vak'aların çoğu 60-80 yaşları arasındadır (1,6). Kurtz'ün (4) serisinde yaş ortalaması 73 dır. Kirkland ve Croce'de, gözden geçirdikleri yayınlanmış 145 vak'anın % 70'inin 60 yaşın üzerinde olduğunu bildirmişlerdir (1). Bunun için yaşlı bir hastada ince barsak tıkanması ile karşılaşıldığında, eğer brid'e bağlı bir tıkanma düşünülüyor ve boğulmuş bir fıtık yoksa, bir safra taşı ileusu daima düşünülmektedir (5). Hastalık 50 yaşın altında nadirdir. Bir yaşlılık hastalığı olduğundan buna eşlik eden diğer hastalıklarda sık görülür. Hastaların % 50'sinde diabetes mellitus ve % 58'inde kardiovasküler hastalıklar vardır (6). Bizim hastamız 65 yaşında idi. Tıpkı safra taşı hastalığında olduğu gibi, safra taşı ileusuda kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Kadın erkek oranı literatürde 3:1 12:1 arasında bildirilmektedir (1,3,4,6).

Japonya'da, Kasahara ve arkadaşlarının (3) 112 vak'alık serilerinde yaş ve kadın erkek oranı literatürdekinden biraz farklı bulunmuştur. Şöyleki; bu çalışmada yaş ortalaması kadınlarda 57,3, erkeklerde 60,3 ve kadın erkek oranı 1,1:1 dir. Yazarlar; Japonya'da safra taşı hastalığının kadın ve erkekte görülme sıklığına bağlı olarak kadın erkek oranının literatürdekinden farklı olduğunu ve sonucun bu nedenle literatürdekine benzememesinin doğal olduğunu ifade etmişlerdir.

Safra taşı ileusu, safra taşı hastaların % 1'inden azında meydana gelir (1,4). Safra taşı barsağa geçtiğinde bunların yaklaşık olarak % 80-90'ı spontan olarak barsağa geçip dışarı atılır. Bilier enterik fistüllerin % 6-14'ünde safra taşı ileusu görülür. Bilier enterik fistüllerin % 90'ından fazlasında neden safra taşıdır. Geri kalan % 10'una ise peptik ülser hastalığı, malign olaylar veya travmalar neden olur (1,4).

Fistüllerin çoğu safra kesesi ve duodenum arasındadır. Daha az olarak ise mideye, jejunuma, ileuma ve kolona fistül olabilir (1,3,4,5,6). Koledok ile duodenum arasında fistül oluşması ise nadirdir (3,6).

Bazen de koledokun alt ucuna sıkışmış bir safra taşı ampülladan duodenuma fistül oluşturabilir (1). Safra kesesi ile bronşlar, böbrek pelvisi, mesane, plevra ve perikard boşluğu, gebe uterus ve over kistleri arasında da fistül gelişebilir (4,6).

Kolesistoenterik fistül muhtemelen şu şekilde gelişir; duktus sistikus bir taş ile tıkanır ve akut kolesistit ve ampiyem oluşur. Komşu organlarla kese arasında yapışma meydana gelir. Daha sonra kese komşu organa bittiği yerden perfora olur ve bu perforasyon aracılığı ile taş, intestinal sisteme geçer. Vak'aların sadece 1:3'ünde önceden akut kolesistit hecmeleri vardır. Geri kalan grupta, taş, akut kolesistit oluşturmaktan ziyade baskıyla oluşan nekroz vasıtasıyla komşu organa geçer. Bu fistül yeri çoğunlukla kendiliğinden kapanır ve geriye fibröz bir bant kalır. Fakat koledok alt ucu taşlarının ve bir penetre ülserin neden olduğu fistüllerin büyük çoğunluğu kendiliğinden kapanmaz (1,5,6).

Gastrointestinal sisteme geçen taşlar genellikle tektir ve kusma ile yada rekta- l yoldan kendiliğinden atılabilirler ve taşların orijini genellikle safra kesesidir (3,4).

Kesede birden fazla taş bulunabilir fakat taşın büyüklüğü önemlidir. Safra taşı ileusuna neden olan taşların çapları genellikle 2,5 cm veya daha fazladır. Proksimal barsağın lümeni bu büyük taşların bile terminal ileuma kadar geçişlerine izin verir. Bir safra taşı ileusu oluştuğunda tıkanma yeri genellikle terminal ileumdur. Çünkü ince barsağın en dar yeri burasıdır. Buna rağmen taş gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde de kalabilir. 179 vak'alık bir seride sıkışmanın % 72 ileumda, % 17 jejunumda, kalan % 11'inde mide, duodenum, kolon ve rektumda olduğu gösterilmiştir (1). Kasahara ve arkadaşlarının (3) 112 vak'alık serilerinde tıkanmanın yeri ile ilgili bulguları şu şekildedir: hastaların 60'ında ileum, 30'unda jejunum, 11'inde duodenum, 2'sinde kolonda ve 9'unda ise belirsizdir. Kolonun lümenin geniş olması nedeniyle burasının safra taşıyla tıkanması oldukça nadirdir. Kolonun safra taşıyla tıkanmasına daha çok, önceden geçirilmiş bir divertiküler hastalığa ait darlıklar neden olabilirler (1,5,6).

Kasahara ve arkadaşları (3), buldukları taşların çaplarını 2-9 cm. ağırlıklarını 4-68 gram olarak ölçtüler. Bu seride sadece bir hastada tıkayan taş 2,5 cm den küçüktü.

Geçmişte safra taşını ima eden bir hikaye hastaların % 50'75'inde vardır (3,6). Kasahara'nın (3)serisinde, hikaye bilgileri elde edilebilen 85 hastanın 61 inde (% 72) safra yolları hastalığına ait şüpheli bir hikaye, 36'sında safra taşı, 17'sinde kolesistit 22'sinde sarılık, 58'inde kolik tarzında ağrılar vardı ve hastada eksternal safra fistülü tespit edilmişti. 25 hasta da ise safra sistemine ait belirtiler yoktu.

Klinik belirtiler, inkomplet yada komplet barsak tıkanmasının belirti ve bulgularıdır (1,3,4,5,6). Taşın çeşitli seviyelerde duraklaması ve tıkanma yapacağı son noktaya doğru ilerlemesi nedeniyle barsak tıkanması belirtileri aralıklı ve inkomplet karakterdedir. Bu gelişim geçici tıkanma belirtileri klinisyeni problemin spontan olarak geçmesini beklemeye zorlarken, buda teşhisi geciktirir. Vak'aların çoğunda semptomlar bir haftadan daha uzun süreden beri mevcuttur. Japonya'da son serilerde hastaneye gelişle ameliyat arasındaki zaman 2-4 gün olarak bildi-

rilmiştir (3,5). Bazen safra taşı ileusu başlangıcından önce gelen son bir akut safra yolları atağı vardır (3). Sağ üst kadranda hassasiyeti ve bir kitle mevcut olabilir. Taş seyrek olarak, abdominal muayenede ve rektal tuşede tesbit edilebilir ama palpe edilenin ne olduğunu anlamak zordur (5).

Radyolojik muayene ile düz karın grafilerinde dilate ince barsak kangallarına ilaveten radyopak bir safra taşıda tesbit edilebilir. Vak'aların % 20'sinden azında bir taş gösterilir. Filimlerin dikkatli muayenesi ile vak'aların yaklaşık olarak % 40'ında safra yollarında gaz görülürki bu kolesistoduodenal fistülün bir belirtisidir. Klinik görünüm aşikar olmadığında kolesistoduodenal fistülün ve intestinal tıkanmayı ortaya koyacak olan üst gastrointestinal sistem filimleri çekilmelidir. Rigler, düz karın filimlerinde safra taşı ileusunun radyolojik belirtilerini şöyle sıralamıştır: 1- pnombolia, 2- ince barsak içinde bir safra taşı, 3- gösterilen safra taşının pozisyonunda değişme, 4- şişkin ince barsak kangalları. Bir çok retrospektif çalışma, ameliyat öncesi düz karın grafilerini Rigler'in kriterlerinin en az ikisini bulundurduğunu göstermiştir. Son zamanlarda Balthazar ve Schechter düz karın grafilerinde sağ üst kadranda, bitişik küçük hava sıvı seviyelerinin bir çiftinin gözüktüğünü son zamanlarda rapor ettiler. Bu radyolojik bulgular bazı safra taşı ileusu vak'alarına ameliyat öncesi tanının çabuk konulmasına yardım edebilirler. Gastroduodenal fiberoskopide fistülü ve duodenumda sıkışmış bir safra taşını tespit etmede oldukça yardımcıdır (3,5,6).

Ameliyat öncesi doğru teşhis koyma oranı düşüktür ve % 13-48 arasındadır (4,6). Geçen 10 yılda Japonya'da ameliyat öncesi teşhis doğruluğu 1968'den önceki % 9'dan % 21'e çıkmıştır. Geri kalanların teşhisi ameliyatta veya otopside konmaktadır (3).

Safra taşı ileusunun tedavisi tartışmalıdır. Araştırmacıların çoğunun görüşü, ilk tedavinin tıkanmayı ortadan kaldırmaya yönelik olması yani acil laparotomi ve tıkanmış taşın basit bir enterotomi ile çıkarılması doğrultusundadır (2,3,4,5,6). Hatta debil hastalar için aynı zamanda yapılan ilave bir safra yolları cerrahisini tehlikeli olarak kabul ederler. Bu araştırmacıların işlemin lehindeki görüşlerini kısaca şöyle sıralayabiliriz: Eğer duktus sistikus açık ve geride başka taşlarda yoksa kolesistoduodenal fistül, taş barsağa geçtikten sonra, muhtemelen kendiliğinden kapanır. Fistülün açık kalmasında bile tehlikeli komplikasyonlar azdır. Babil enterotomiyapıldığında, tekrarlıyan semptomatik kolesistit, safra kesesikarsinomunda artış veya şiddetli üst gastrointestinal kanama ve safra taşı ileusu tekrarlama olabilir: ancak bunlar düşük orandadırlar. Kasahara (3), basit enterotomiden sonra safra taşı ileusu tekrarını % 2 olarak bildirmiştir. Hesselfeldt (2), basit enterotomi yaptıkları 29 hastanın 5'inde ameliyat sonrası 3 yıl içinde safra yolları teptomları gördüğünü ve 5 hastadan sadece 3'ünde (toplam serinin % II'inde) yeniden ameliyat gerektiğini rapor etmiştir. Yazar aynı zamanda, safra taşı ileusunda emeliyatın tıkanmış taşı almaya yönelik ve sınırlı olması gerektiğini, son literatürde tek

devre tamir ameliyatlarının mortaliteyi artırmasının bu fikri desteklediğini vurgulamıştır. Diğer yazarlar (5), aşağıdaki nedenlerle kolesistektomi ve fistül tamirini tavsiye etmezler: 1- Acil ameliyat basit bir işlemden 4-5 saat süren zor işleme değiştirilecektir. 2- hastalarda halen bir fistülün olup olmadığını ameliyat anında tesbit etmek zordur. Nükse engel olmak için ameliyat sırasında safra kesesi iyi palpe edilmeli ancak taş bulunursa kolesistektomi yapılmalıdır.

Yukarıdaki tersine olarak son yıllarda; safra taşı ileusuna, enterostomi ile birlikte kolesistektomi ve fistülün tamiri gibi daha saldırgan bir yaklaşım savunulmuştur. Japonya'da bir çalışmada 98 hastanın 16'sına bu tek devre ameliyat uygulanmış bunlarda mortalite % 19 olarak enterotomidekinden (% 12) yüksek bulunmuştur. Bu araştırmacılar "hastanın ameliyat öncesi durumu nedeniyle bir tehlike varsa iki devreli ameliyatın emniyeti akıldan çıkarılmamalıdır" demişlerdir (3).

Tek devre ameliyatı savunanlar, bilier fistül mevcudiyetinin yüksek karsinoma insidensi taşıdığını iddia etmektedirler (4).

Bu tartışmaların sonucunda diyebilirizki: safra taşı ileusunda ilk ameliyat ba-bir bir enterotomi ile tıkanmayı ortadan kaldırmak olmalıdır. İkinci ameliyat ancak semptomlar olursa yapılmalıdır. Çünkü daha sonra oluşacak nüks ve diğer komplikasyonların oranı düşüktür ve fistül kendiliğinden kapanabilir.

Safra taşı ileuslarında ameliyat sonrası mortalite daha önceki serilerde rapor edildiği gibi % 50'inin üzerinde oldukça yüksektir. Daha sonraki serilerde mortalite % 5-10'da düşmüştür. Bu gerileme iyi resusitasyon ve erken teşhisin daha iyi konmasına atfedilebilir (3).

SUMMARY

GALLSTONE İLEUS

One case with gallstone ileus was presented and literature was reviewed.

Referans:

- 1- Ellis H: Special forms of acute intestinal obstruction. Abdominal operations in Rodney (ed). Sventh edition Appleton-Century-Crofts New York 1980 PP: 2002-2034.
- 2- Hesselheldt P, Jess P: Galstone ileus: A review of 39 cases with emphasis on surgical treatment. Acta Chir Scand 148: 431-433, 192.
- 3- Kasahara Y, Umemura H, Shiroha S, Kuyama T, Sakata K, Kubota H: Galstone ileus: Review of 112 patients in the japoneso literature. The American journal of Surgery, 140: 473-440, 1980.

- 4- Kurtz Rj, Helmann TM, Kurtz AB: Galstone ileus: A diagnostic problem
The American Journal of Surgery 146: 314-317, 1983.
- 5- Lawrence WW: Biliary tract. Current Surgical Diagnosis and Treatment
in Lawrence WW (ed). Sixth edition LMP Beirut, 1983 pp: 505-535.
- 6- Schwartz SI: Galladder and extrahepatic biliar system. Principles of sur-
gery in Schwartz SI (eds). fourth edition Mc Graw-Hill Book Co New
York, PP: 1323-1326.