

## ACİL TIPTA GÖRSEL TANI

*Başlangıç sayfası 45***Tanı***Pnömobili*

Pnömobili genellikle safra taşı hastalığı sonrası ortaya çıkan spontan biliyer-enterik fistül ile ilişkilidir. Safra kesesi taşları, safra kesesini duvarını ve komşuluğundaki içi boş organları (mide, ince bağırsak ve kolon) aşındırarak pnömobiliye sebep olmaktadır. Safra taşı olan hastalarda biliyer enterik fistül insidansı %0.4-3.5 olmakla birlikte, biliyoenterik fistüller pnömobili olgularının yarısını oluşturmaktadır.<sup>[1,2]</sup> İyi tanımlanmış diğer bir pnömobili nedeni biliyer sistemle bağırsak sisteminin cerrahi anostomozudur. En iyi bilinen örneği Whipple ameliyatıdır. Endoskopik retrograd kolenjiopankreatografide (ERCP) yapılan papillosfinkterektomi veya cerrahi sfinkteroduedonoplasti, oddi sfinkterinin fonksiyonlarında bozulmaya yol açarak pnömobiliye sebep olabilir. ERCP sonrasındaki ilk bir yıl içerisinde %40-50 oranında pnömobili görülebildiği bildirilmektedir.<sup>[3]</sup> Daha az sıklıkta amfizematöz kolesistit ve travma da pnömobiliye neden olmaktadır.<sup>[4]</sup> Diğer bir ölümcül pnömobili nedeni mezenter iskemidir. Mezenter iskemi hastalarında portal ven ve safra yolları içerisinde hava bulunabilmektedir. Pnömobili, bu hastalar için geç ve kaygı verici bir bulgudur.<sup>[5]</sup> Nedeni bulunamayan pnömobililerin ise oddi sfinkteri disfonksiyonu veya yetersizliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.<sup>[6]</sup>

Ayakta direkt batın grafisi pnömobiliyi ortaya koyabilir. Ayakta duran bir hastada ana safra kanalı ve sol hepatik kanalın içinde görülen hava “saber bulgusu” olarak anılmaktadır. Batın tomografisinde ise intrahepatik safra yollarında hava görülmesi karakteristiktir. Batın ultrasonografisinde pnömobilinin tipik bulgusu karaciğerin “çizgili pijama” şeklindeki görünümüdür.<sup>[5]</sup>

Pnömobilili hastalar mezenter iskemi, biliyer enterik fistül, kolanjit, amfizematöz kolesistit ve travmatik pnömobili olasılığı açısından tetkik edilmelidir. Bu hastalara batın tomografisi çekilerek pnömobiliye neden olabilecek kritik hastalıklar araştırılmalıdır. Rastlantısal pnömobili tanısı konulan asemptomatik hastalar acil servisten güvenle taburcu edilebilir.

**Kaynaklar**

1. Baz MA, Sharara AI. The clinical significance of spontaneous pneumobilia. *N C Med J* 1995;56:398-400.
2. Yamashita H, Chijiwa K, Ogawa Y, Kuroki S, Tanaka M. The internal biliary fistula-reappraisal of incidence, type, diagnosis and management of 33 consecutive cases. *HPB Surg* 1997;10:143-7.
3. Motta G, Ratto GB, Barone D, Pugliese V, Aste H, Gianquinto D. Endoscopic papillosphincterotomy and surgical sphincteroplasty for the treatment of bile duct stones: a comparative analysis. *Ital J Surg Sci* 1989;19:165-71.
4. Gering SA, Foster MA, Harnisch MC, McNeil JJ. Traumatic pneumobilia: case report. *J Trauma* 2001;51:391-4.
5. Sherman SC, Tran H. Pneumobilia: benign or life-threatening. *J Emerg Med* 2006;30:147-53.
6. Shariatzadeh AN, Bolivar JC. Transient incompetence of the sphincter of Oddi with pneumobilia: a case report. *Am Surg* 1973;39:406-9.