

Safra Taşı İleusunda Bilgisayarlı Tomografi: Olgu Sunumu

Computed tomography findings of gallstone ileus: a case report

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2007;7(4):175-178

Mehmet Selim NURAL,¹ Sibel BAKAN,¹ Meltem CEYHAN,¹ İlkyay Koray BAYRAK,¹ Ahmet BAYDIN²

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
¹Radyoloji Anabilim Dalı, ²Acil Tıp Anabilim Dalı,
Samsun

ÖZET

İleus acil servislerde oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Nedeninin ortaya çıkarılması tedavi seçimi yönünden önemlidir. Bunlardan birisi olan safra taşı ileusu, tekrarlayan taşlı kolesistitin iyi bilinen fakat nadir bir komplikasyonudur. Genel nüfusta mekanik ince bağırsak tıkanıklıklarının %1-2'sinin nedenini oluşturmaktadır. Direkt radyografide klasik bulgularının görülme oranı %30-35'dir. Klasik bulguların görülmediği durumlarda ameliyat öncesi tanı konulamaz ya da tanıda gecikir. Bu nedenle ileusta spesifik tanı için acil bilgisayarlı tomografi (BT) sık istenen bir inceleme yöntemi olmuştur. Safra taşı ileusu tanısında gerek klasik gerek diğer radyolojik bulguların bilinmesi önemlidir. Bu yazıda, BT ile safra taşı ileusu tanısı konulan bir olgunun klinik ve radyolojik bulguları sunuldu.

Anahtar sözcükler: Bilgisayarlı tomografi; ileus; safra kesesi taşı.

SUMMARY

Ileus is a common condition encountered in emergency departments. Accurate diagnosis of the etiology is essential for therapeutic planning. Gallstone ileus which is one of these etiologies is a well known complication of recurrent cholecystitis however it is rare. In general population, it accounts for 1-2% of mechanical small bowel obstruction. Classical findings on abdominal plain radiography are present in only 30-35% of patients. In cases where the classical findings are not present diagnosis can not be achieved before operation or may be delayed. This is why computed tomography (CT) is commonly used in emergency cases for prompt diagnosis of ileus. It is important to be aware of the clinical and radiological findings of gallstone ileus. We report the clinical and radiological findings of a case in which gallstone ileus was diagnosed by CT.

Key words: Computed tomography; gallstone; ileus.

İletişim (Correspondence)

Dr. M. Selim NURAL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı, 55139 Samsun, Turkey.

Tel: +90 - 362 - 312 19 19 / 3582

Faks (Fax): +90 - 362 - 457 60 41

e-posta (e-mail): msnural@omu.edu.tr

Giriş

Safra taşı ileusu (STİ), tekrarlayan taşlı kolesistitin iyi bilinen fakat nadir görülen bir komplikasyonudur.^[1] Genel nüfusta mekanik ince bağırsak tıkanıklıklarının (İBT) %1-2'sinin nedeni olmasına rağmen^[1,2] 65 yaş üzerindeki hastalarda görülme sıklığı artar ve strangule olmamış bağırsak tıkanıklıklarının %25'inden sorumludur.^[2-5] Mortalite oranları yüksek olup %8-30 dolayındadır.^[3,6] Yüksek morbidite ve mortalite oranları gecikmiş tanıya, eşlik eden diğer medikal hastalıkların olmasına ve yaşlı hastalarda görülmesine bağlanmıştır.^[1,2,4] Bu nedenle STİ şüphesi olan hastalarda erken tanıda radyolojik görüntüleme yöntemleri önemli rol oynar. Direkt radyografi, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve bazen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılan tanı yöntemleridir.^[3,7,8]

Safra taşı ileusu için tanı koydurucu olan İBT, safra yollarında hava ve ektopik safra taşı bulgularından oluşan klasik radyografik^[9] bulguların görülme oranı %30-35'dir.^[1,2] Klasik bulguların görülmediği durumlarda tanı zorlaşmakta ve ileri inceleme yöntemlerine başvurulmaktadır. Günümüzde BT, acil servislerde günün her saatinde başvuru ve kullanımı gittikçe artan bir görüntüleme yöntemi olmuştur. Çoğu zaman, BT'yi değerlendiren radyoloğun hasta ile ilgili ileus dışında herhangi bir klinik bilgisi olmamaktadır. Böyle durumlarda STİ tanısına götürecektir gerek klinik gerekse radyolojik bulguların bilinmesi oldukça önemlidir.

Bu yazıda, acil abdominopelvik BT ile STİ tanısı konulan bir hastanın klinik ve radyolojik bulguları tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

İki gündür devam eden karın ağrısı ve kabızlık yakınması ile başka bir sağlık merkezinin acil servisine başvuran 79 yaşındaki kadın hastanın, yakınmalarının giderek artması, genel durumunun bozulması, USG incelemesinde genişlemiş ince bağırsak segmentleri ve batında sıvı görülmesi üzerine akut batın ön tanısı ile hastanemiz acil servisine sevk edildi. Acil serviste yapılan ilk değerlendirmesinde, karın ağrısı, karın şişliği, kabızlık, bulantı ve kusma yakınmalarının olduğu, en son bir gün önce dış merkezde yapılan lavman ile defekasyon yaptığı öğrenildi.

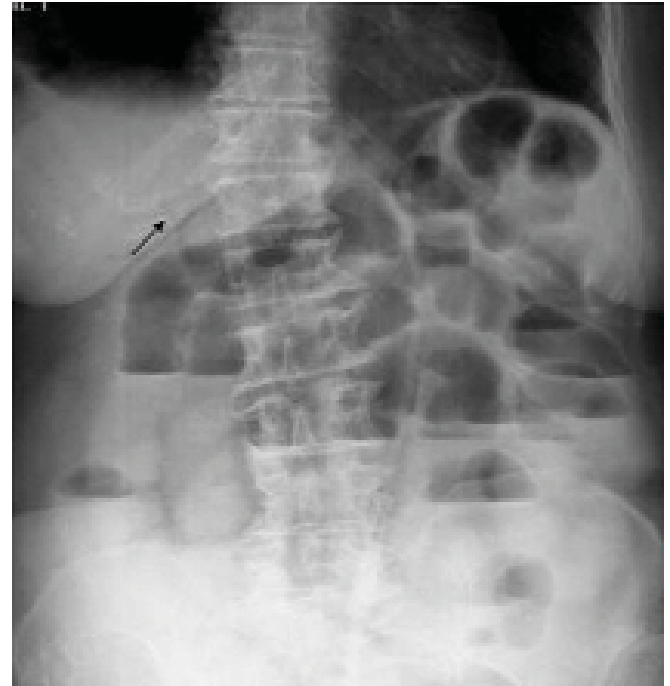
Yapılan fizik muayenesinde, batında yaygın distansiyon ve hassasiyet mevcuttu. Kan basıncı: 120/80 mmHg, nabız: 82/dakika, solunum 22/dakika, ateş: 36.9 °C idi. Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımında lökosit: 8.6 bin/uL, eritrosit: 4.4 milyon/uL, hemoglobin: 12.6 g/dl, hematokrit: %38.3 olup normal sınırlardaydı. Biyokimyasal incelemede,

sodyum: 130 mEq/L (135-145), kalsiyum: 7.92 mEq/L (8.1-10.7) idi. Diğer parametreler normal sınırlardaydı.

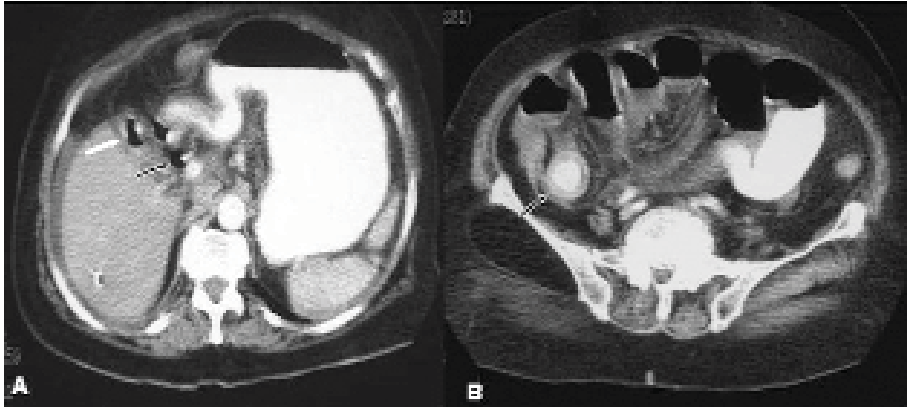
Direkt radyografide, batında tüm kadrarlarda yaygın hava-sıvı seviyelenmeleri gösteren genişlemiş ince bağırsak segmentleri ve batın sağ üst kadranda karaciğer lojunda safra yollarına uyan lokalizasyonda çok net ayırt edilemeyen hava değerlerinin olduğu dikkati çekti (Şekil 1). İleus ön tanısı ile oral ve intravenöz kontrast madde verilerek acil abdominopelvik BT incelemesi yapıldı. BT incelemesinde, safra kesesinde, koledok dahil olmak üzere tüm ekstrahepatik safra yollarında hava değerleri, ince bağırsak segmentlerinde genişleme ve terminal ileumda duvar kalınlaşması ile birlikte 2 cm çapında lümeni dolduran hiperdens taş görüldü. Ayrıca karaciğer ve dalak çevresinde, bağırsak ansları arasında ve pelviste serbest sıvı mevcuttu (Şekil 2).

Radyolojik olarak bu bulgular ile hastaya STİ tanısı konuldu. Hasta genel cerrahi servisine yatırılarak gözlem altına alındı. Takiplerde hastanın karın ağrısı yakınmasının ve batın distansiyonu ile hassasiyetinin azalması üzerine cerrahi tedavi öncelikli olarak düşünülmedi.

Bir hafta sonra yapılan baryumlu ince bağırsak grafisinde, postbulber bölgede duodenum lateralinden safra kesesine uzanan fistül hattı ve bu fistülden safra kesesinin baryum ile



Şekil 1. Batında tüm kadrarlarda yaygın hava-sıvı seviyelenmeleri gösteren genişlemiş ince bağırsak segmentleri görülmektedir. Sağ üst kadranda ise safra yollarına uyan lokalizasyonda çok net ayırt edilemeyen hava değerleri dikkati çekmektedir (ok).



Şekil 2. (a) Karaciğer düzeyinden geçen kesitte safra kesesinde (beyaz ok) ve safra yollarında hava değerleri görülmektedir (siyah ok). (b) Terminal ileumda 2 cm çapında hiperdens taş (ok) ve ince bağırsaklardaki genişlemeler görülmektedir.

dolduğu, daha sonra sistik kanal yoluyla baryumun koledoka geçtiği ve koledoku doldurduğu görüldü (Şekil 3).

Hasta kolesistoduodenal fistül tanısı ile ameliyata alındı. Ameliyatta safra kesesi ile duodenumun postbulber kısmı arasında fistül traktı ve yapışıklık olduğu, safra kesesi içerisinde taş olmadığı ve ameliyat öncesi distal ileumda tariflenen taşın ise yerinde olmadığı görüldü.

Tartışma

Mekanik bağırsak tıkanıklığı nedenlerinden birisi olan STİ, ilk defa 1654 yılında Bartholin tarafından tanımlanmıştır. STİ, kolelitiazisli olguların %0.3-0.5'inde meydana gelen bir komplikasyondur ve gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünün bir ya da daha fazla sayıda safra taşı ile tıkanması sonucu oluşur.^[3,10] Ortalama görülme yaşı 70-75 olup, kadınlarda erkeklerden 5 kez daha fazladır.^[1]

Safra taşı ileusu, klinik olarak genellikle safra sistemine ait şikayetlerin ön planda olduğu intestinal tıkanıklık bulguları ile ortaya çıkar.^[4] Ancak hastaların 1/3'ünde safra yolları ile ilgili daha önce bilinen şikayetler yoktur. Klinik bulgular nadiren spesifik olup diğer bağırsak tıkanıklıklarında da görülen bulantı, kusma, karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama gibi yakınmaları içerdiğinden tanıya yeterli katkı sağlayamaz.^[1,11] Olgumuzda İBT bulguları ortaya çıkmadan önce akut kolesistit atağını düşündüren herhangi bir semptom olmadığı gibi, daha önce safra kesesinde taş olduğu da bilinmiyordu.

Geçirilen akut kolesistit atakları safra kesesi yatağında inflamasyon ve yapışıklıklara neden olur. Safra kesesi lümenindeki taşın da basınç etkisi oluşturması sonucu, safra kesesi ile ince ya da kalın bağırsaklar arasında fistül oluşumu kolaylaşır.^[4] Fistül en sık, olgumuzda da olduğu gibi safra kesesi ile

duodenum arasında görülür,^[1-4] ancak kolesistokolik, kolesistojunal, kolesistogastrik fistüller de tanımlanmıştır.^[4]

Enterik sisteme geçen taş ya da taşlar, olguların çoğunda tıkanıklığa neden olmadan defekasyon ile atılır.^[4,10] Bağırsak tıkanıklığı oluşmasında taşın büyüklüğü ve morfolojisi önemli rol oynar. Genellikle 2.5 cm'den küçük taşların tıkanıklığa neden olmadığı bildirilmektedir.^[1,3,4] Literatürde şu ana kadar ileumda sıkışarak tıkanıklığa yol açan en küçük taşın 1.6 cm çapında olduğu ve konservatif tedavi ile herhangi bir komplikasyona neden olmadan vücuttan atıldığı bildirilmiştir.^[3]



Şekil 3. Baryumlu ince bağırsak grafisi: Duodenum lateralinden uzanan ve safra kesesine açılan fistül hattı görülmektedir (beyaz ok). Kontrast maddenin safra kesesinden sistik kanal yoluyla koledoka geçişi görülmektedir (siyah ok).

Olgumuzda ise safra taşı 2.5 cm'den küçük olmasına rağmen ileusa yol açmıştı. Takip eden günlerde olgunun klinik tablosunun düzelmesi, terminal ileumda obstrüksiyona yol açan 2 cm çapındaki safra taşının ilerleyerek kolona geçtiğini ve defekasyon ile atıldığını düşündürmüştür. Bu nedenle küçük boyutlu taşların bağırsaklarda geçici ve aralıklı tıkanmalara yol açabileceği unutulmamalıdır.

Safra taşı ileusu için tanı koydurucu olan ve İBT, safra yollarında hava, ektopik safra taşı bulgularından oluşan klasik radyografik triad, Rigler ve ark. tarafından 1941 yılında tanımlanmıştır.^[9] Direkt radyografide bu bulgular olguların ancak %30-35'inde görülmektedir.^[1,2] Safra taşlarının çoğu yeterince kalsifiye olmadığından sadece safra yollarında hava görülmesi ile tanı koymak yanıltıcı olabilmektedir.^[1,11] Olgumuzda da direkt radyografide İBT ve safra yollarında hava değerleri görülmekteydi, ancak ektopik safra taşına ait olabilecek bir bulgu mevcut değildi. Böyle durumlarda tanı için sıklıkla ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmaktadır. BT, günümüzde birçok klinikte ulaşılması kolay bir görüntüleme yöntemi olduğundan ve daha yüksek kontrast çözünürlüğüne sahip olduğundan acil durumlarda sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Biz de etyolojiyi araştırmaya yönelik olarak elde ettiğimiz acil abdominopelvik BT incelemesinde, direkt grafide gördüğümüz ancak çok net olarak ayırt edemediğimiz safra yollarındaki hava değerlerini ayrıntılı olarak görmeyen yanı sıra, terminal ileumda ileusa yol açan ektopik küçük safra taşını da saptadık.

Safra taşı ileusu bazen tekrarlayabilir. Tekrarlayan STİ, ameliyat sırasında gözden kaçırılan taşlara, saptanamamış çok sayıda taşın varlığına ya da taşların yer değiştirmesine bağlı olabilir.^[3] STİ'nin daha çok yaşlı hastalarda görülmesi nedeniyle bu durumlar ameliyata bağlı komplikasyonların artmasına neden olur. Bu yüzden tıkanıklığa yol açmamış başka safra taşlarının olup olmadığının değerlendirilmesi oldukça önemlidir. BT ile hızlı ve doğru tanı konulabildiği gibi, ileusa yol açmamış diğer taşlar da saptanabilir, konservatif ya da cerrahi tedavi planlaması yapılabilir ve bu şekilde oluşabilecek komplikasyonlar önlenebilir. Chih-Yung Yu ve ark.'nın yaptığı çalışmada STİ tanısında kontrastlı BT tetkikinin sensitivitesi %93, spesifitesi %100, yeterliliği %99 olarak bildirilmiştir.^[2]

Safra taşının intestinal sisteme geçmesine neden olan kolesistoenterik fistüllerin gösterilmesinde baryumlu ince bağırsak

grafileri, USG, endoskopi ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi yöntemleri kullanılabilir.^[4] Olgumuzda İBT bulgularının gerilemesi nedeniyle cerrahi tedavi yapılmamış ve daha sonra yapılan baryumlu ince bağırsak grafisinde safra kesesi ile duodenum arasında fistül tespit edilmişti. Hastanın genel durumunun düzelmesi üzerine fistül traktını kapatmaya yönelik cerrahi tedavi uygulandı.

Safra taşı ileusunda, cerrahi tedavi taşın yerleştiği bölgeye göre değişmektedir. Cerrahi tedavi planlaması için obstrüksiyonun düzeyinin tam olarak belirlenmesi gerekmektedir.^[1] Açık cerrahi ile sıkışmış taşın çıkarılması, kolesistektomi ve fistül tamiri yapılır, ancak laparoskopi ya da laparoskopi eşliğinde enterolitotomi de tercih edilebilir.^[1,4,10] Küçük boyutlu taşlar genellikle ileusa neden olmadığından konservatif olarak takip edilir. Olgumuzda olduğu gibi küçük çaplı taşlar ileusa yol açsa bile, taşın ilerlemesi nedeniyle tıkanıklık kendiliğinden açılabilirdiğinden hastalar konservatif olarak takip edilir ve takip sonucuna göre tedavi planlanır.

Sonuç olarak, STİ'de klinik ve radyografik bulgular her zaman spesifik değildir. Bu durumlarda, BT incelemesi ile hem klasik görüntüleme bulguları kolaylıkla saptanıp tanı konmakta hem de hızlı ve doğru tanı sayesinde uygun tedavi planı yapılabilir.

Kaynaklar

1. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O, Wallerand H, Kastler B. Gallstone ileus: CT findings. *Eur Radiol* 2000;10:938-40.
2. Yu CY, Lin CC, Shyu RY, Hsieh CB, Wu HS, Tyan YS, et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol* 2005;11:2142-7.
3. 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;185:1159-65.
4. Masannat Y, Masannat Y, Shatnawei A. Gallstone ileus: a review. *Mt Sinai J Med* 2006;73:1132-4.
5. Nijhof HW, Bronkhorst MW. Gallstone ileus. *Dig Surg* 2006;23:215-6.
6. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60:441-6.
7. Grassi R, Pinto A, Rossi E, Rossi G, Scaglione M, Lassandro F, et al. Nine consecutive patients with gallstone ileus. Personal experience. [Article in Italian] *Radiol Med (Torino)* 1998;95:177-81. [Abstract]
8. Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, Fisher AJ. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180:1033-5.
9. Rigler L, Borman C, Noble J. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941;117:1753.
10. Elabsi M, Amraoui M, Errougani A, Chkof MR. Diagnosis and treatment: gallstone ileus. *Dig Liver Dis* 2007;39:180-1.
11. Summerton SL, Hollander AC, Stassi J, Rosenberg HK, Carroll SF. US case of the day. Gallstone ileus. *Radiographics* 1995;15:493-5.