

BOUVERET SENDROMU: SAFRA TAŞINA BAĞLI MİDE ÇIKIŞ OBSTRÜKSİYONU**BOUVERET'S SYNDROME: GASTRIC OUTLET OBSTRUCTION BY A GALLSTONE**

Dr. Rifat MATUR*, Dr. Tayfun YÜCEL*, Dr. Sibel Ö. GÜRDAL*, Dr. Ayhan AKPINAR*

SUMMARY

This rare syndrome first described by Bouveret in 1896, occurs when a stone migrates through a cholecysto or choledochoduodenal fistula lodging in the duodenal bulb and resulting in obstruction. Up to date, less than 100 cases reported in the literature. This rare type of gallstone ileus can be diagnosed and treated endoscopically, although there are a few previous reports of successful endoscopic removal. However, surgical removal is safe and effective but the most controversial aspect is the proper treatment, simple enterotomy and removal of the gallstone alone or enterolithotomy in association with cholecystectomy and definitive correction of the biliodigestive fistula. This paper presents a case report of a 65 year old man with gastric outlet obstruction caused by a large gallstone. The diagnose and treatment of this case who was admitted in 1.General Surgical Department of Taksim Teaching and Research Hospital was researched under the reference of recent literature.

Key words: Bouveret's syndrome, Gallstone ileus, Cholecystoduodenal fistula

GİRİŞ

Safra taşı ileusu, safra kesesi veya safra yolları ile duodenum, mide ya da kolon arasındaki fistüle bağlı olarak safra taşlarının intestinal sisteme geçmesi ve obstrüksiyona neden olması ile oluşur (1). İlk kez 1896'da tanımlanan ve nadir görülen Bouveret sendromunda (BS) kolesisto veya koledokoduodenal fistül nedeni ile duodenuma geçen safra taşı bulbus duodeniye veya pilora oturarak mide çıkış obstrüksiyonuna neden olmaktadır (2). Bu güne kadar literatürde 100'den az sayıda vaka bildirilmiştir (3).

Safra taşı ileusu tüm intestinal obstrüksiyonların sadece % 1-4'ünü fakat 65 yaş üzerindeki non-strangüle intestinal obstrüksiyonların %25'ini oluşturur (4-5). Görülme sıklığına göre fistül lokalizasyonları kolesistoduodenal (%76), kolesistokolik (%11), kolesistogastrik (%6), koledokoduodenal (%4), kolesistokoledokal (%3)'dir ve safra taşı ileusu tüm kolelithiazis olgularının % 0,3-0,5'inde görülür (5,6). Enterobilier fistül nedeni ile intestinal sisteme geçen safra taşlarının % 80'i sorun yaratmadan dışarı atılırlar ve eğer safra taşı 2,5 cm'den büyükse safra taşı ileusu gelişebilir (7). Obstrüksiyon genellikle ileumda (%70), daha az sıklıkta proximal ileum, jejunum, kolon ve duodenumdadır (2).

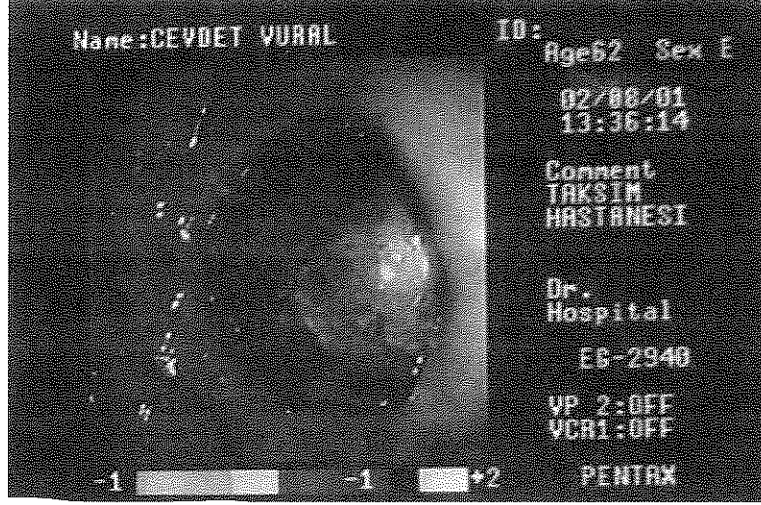
Tanı amacı ile kullanılan yöntemler konvansiyonel düz grafiler, ultrasonografi, tomografi, gastroskopi ve kontrastlı üst gastrointestinal incelemelerdir (3). Non-invaziv tedavi yöntemleri endoskopik yöntemle taşın

çıkarılması, ekstra korporeal şok-dalga litotropsi (ESWL) ve elektrohidrolik litotripsidir. Safra taşı ileusunda acil cerrahi girişim ile ileusu ortadan kaldırmak gereklidir (2). Basit enterolitotominin mortalite ve morbiditesi düşüktür ama hastada % 5 ila 10 arasında rekürren ileus, kolesistit, kolanjit, safra kesesi karsinomu gibi potansiyel komplikasyonların gelişme riski vardır (1,8). Tek ya da iki aşamalı olarak enterolitotomi, kolesistektomi ve fistülün düzeltilmesi definitif bir yaklaşımdır fakat özellikle riskli hastalarda daha yüksek mortalite ve morbidite riski taşır. Literatürde bu iki yöntemin seçimi ve birbirlerine üstünlüğü ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bouveret sendromu için de aynı potansiyel tehlikeler nedeni ile aynı tartışmalar süregelmektedir. Bu yazıda safra taşı nedeni ile mide çıkış obstrüksiyonu olan 62 yaşında erkek bir hasta sunuldu ve aynı zamanda Bouveret sendromunun etyoloji, patogenez, tanı ve tedavi yaklaşımları literatür ışığında tartışıldı.

OLGU

62 yaşında erkek hasta (CV, protokol no:960) altı gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaita çıkaramama şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde dispeptik yakınmalar dışında özellik yoktu. Genel durumu iyi idi, fizik muayenede turgor tonus azalmıştı, epigastrik dolgunluk ve klepotajı vardı. Batın rahat, defans ve ribaund yokdu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuar tetkiklerinde hipokloremik alkaloz,

Resim 1 : Mide çıkış obstrüksiyonuna neden olan safra taşının endoskopik görünümü

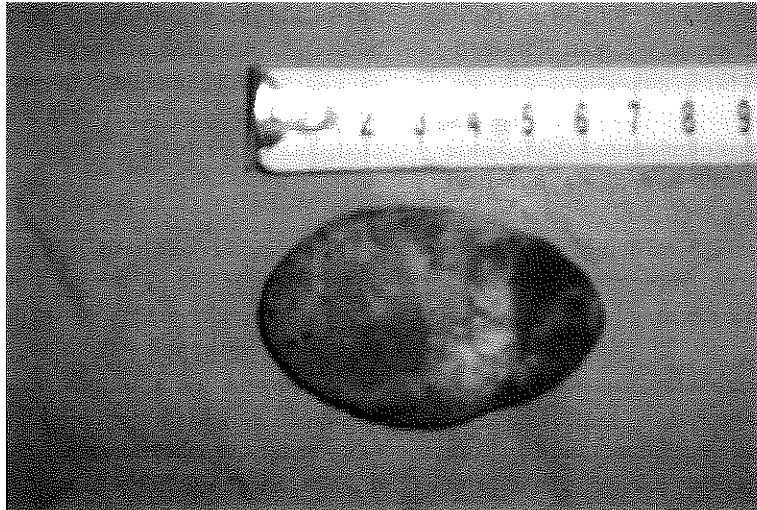


prerenal azotemi, hiperglisemi, hiperbilirubinemi, ve alkalin fosfataz yüksekliği vardı. Dispeptik yakınmaları nedeni ile üç ay önce çekilen abdominal tomografisinde safra kesesinde hidrops ve duvar kalınlığında artma, duodenum 2. kıtada minimal konsantrik duvar kalınlaşması saptanmış ve kolelithiazis tespit edilmemişti. Hastaya daha önce ultrasonografik (USG) tetkik yapılmamıştı.

Kliniğimize yatırılan hastaya nazogastrik sonda takıldı ve 1200 cc safralı drenajı oldu. Sıvı ve elektrolit replasmanına başlandı. Direkt batın grafisinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Yapılan batın USG'de kolelithiazis tespit edildi. Yapılan endoskopik tetkikte, postpilorik bölgede bulbus duodeniye oturmuş ve endoskopun geçişine izin vermeyen yaklaşık 5 cm çapında safra taşı saptandı. Safra taşını endoskopik yöntemle mide içine çekmek veya ileriye itmek mümkün olmadı (Resim 1).

Diabet anamnezi olmayan hastada hiperglisemi nedeni ile kristalize insulin başlandı ve biokimyasal parametreleri düzeltilerek iki gün sonra operasyona alındı. Eksplozasyonda safra kesesi, duodenum ve omentumun birbirine yapışık olduğu ve bu dokularda ileri derecede inflamasyon bulunduğu gözlemlendi. Diseksiyon sırasında safra kesesi fundusu açıldı ve kese içindeki taşların tümü çıkarıldı. Palpasyonda duodenumda yaklaşık 5x5 cm safra taşı palpe edildi ve manuel olarak mideye itildi. Gastrotomi yapılarak safrataşı çıkarıldı (Resim 2). Safra kesesi içerisinden yapılan manipulasyon ile duodenum ön yüzde postpilorik bölgede kolesistoduodenal fistül ağzı tespit edildi. İleri derecede inflamasyon ve dokuların fragil olduğu gözlemlendi ve definitif girişim uygulanmadı. Gastrotomi kapatılarak Foley tüpü üzerinden kolesistostomi gerçekleştirildi ve operasyon sonlandırıldı. Hasta postoperatif beşinci gününde genel durumu iyi,

Resim 2: Safra taşının makroskopik görünümü



biokimyasal parametreleri normal olarak ve kolesistostomiden günlük 30 cc safra drenajı ile evine gönderildi. Altı hafta sonra kolesistostomiden çekilen grafide safra kesesinde taş olmadığı ve kontrast maddenin duodenuma geçtiği gözlemlendi. Hastada ateş ve enfeksiyon bulguları yoktu. Hastada ileride gelişebilecek kolanjit, nüks ileus ve malignite gibi komplikasyonları önleyebilmek amacı ile tekrar eksplorasyon ve definitif girişim yapılması planlandı. Hasta ameliyata alındı. Eksplorasyonda karın içinde ve safra kesesi etrafında diseksiyonu oldukça güçleştiren yapışıklıklar vardı. Parsiyel kolesistektomi gerçekleştirildi fakat kolesistoduodenal fistül için definitif girişim gerçekleştirilemedi. Hasta postoperatif üçüncü günde taburcu edildi. Ameliyat sonrasında 2. ayda kontrolü yapılan hastanın şikayetinin olmadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Bouveret sendromlu hastaların genellikle bulantı, kusma, epigastrik ağrı gibi spesifik olmayan ve pilor stenozunu düşündüren klinik semptomları vardır (3). Hastaların çoğu ileri yaştadır, üçte ikisinde safra kesesi taşı anamnezi saptanır ve yaklaşık olarak hastaların % 80'inde kardiovasküler, pulmoner veya metabolik hastalıklar patolojiye eşlik eder (3,5). BS'un nadir görülmesi ve semptomların spesifik olmaması nedeniyle klinik tanı koymak güç olsa da günümüzde radyolojik görüntüleme yöntemleri ve endoskopik incelemeyle hastaların çoğunda preoperatif tanı koymak mümkün olmaktadır. Düz batın grafisinde genişlemiş ince barsak ansları, intrabilier hava ve ektopik safra taşından oluşan Rigler triadı tanımlanmıştır, fakat tüm safra taşı iluslu hastaların ancak 1/3'ünde saptanabilmektedir (9). Gastroskopiye ise bizim olgumuzda da olduğu gibi safra taşını pilor veya duodenumda görebilmek olasıdır.

Olgumuzda klasik klinik semptomlar yanında dehidratasyon, prerenal azotemi, hipokloremik alkaloz ve hiperkalemi bulguları vardı. Bu durum hastanın şikayetlerinin kronik olduğunu düşündürmekteydi. Hasta ileri yaşta değildi ve safra kesesi taşı anamnezi ve ek sistemik herhangi bir patolojisi yoktu. Dört aydır süren semptomlara ve çekilen batın tomografisine rağmen kolelithiazis tespit edilememiş ve tanı konulamamıştı. Hastada Rigler triadı bulguları yoktu. Elektif sıvı tedavisini takiben preoperatif tanı endoskopik tetkik ile konuldu fakat endoskopik olarak taşın çıkarılması mümkün olmadı. Literatürde endoskopik yöntemle başarılı safra taşı çıkarılması hakkında az sayıda vaka bildirilmiştir (10,11). Diğer non-invaziv yöntemler ESWL ve elektrohidrolik litotripsidir (2).

Cerrahi tedavi güvenli ve etkindir fakat cerrahi tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Cerrahi yaklaşımlar basit

enterotomi ve sadece safra taşının çıkarılması veya enterolitotomi ile birlikte kolesistektomi ve fistülün düzeltilmesidir. Enterolitotomi basit ve güvenli bir ameliyattır ama hastada tekrar safra kesesi taşına bağlı komplikasyonların gelişme riski vardı (1,8). Fakat bu komplikasyonların gelişme olasılığı yüksek değildir. Tek ya da iki aşamalı olarak enterolitotomi, kolesistektomi ve internal fistülün düzeltilmesi definitif ve uygun bir yaklaşımdır fakat özellikle yaşlı ve ek patolojisi olan hastalarda daha yüksek mortalite ve morbidite riski taşır. Postoperatif mortalite oranları % 11,7 ile % 50 arasında değişmektedir. Bu yüksek oran genellikle hastaların ileri yaşta olmalarına ve kardiovasküler, pulmoner veya metabolik ek patolojilerine bağlıdır (1). Ayrıca bizim olgumuzda olduğu gibi BS'lu hastalarda fistülün ve çevre organların ileri derecede yapışık ve inflame olması iatrojenik yaralanmalar ve buna bağlı olarak komplikasyon gelişme riskini de arttırmaktadır.

Rodriguez ve ark. (1) safra taşı ileuslu hastalarda yaptıkları retrospektif çalışmada, özellikle riskli hastalarda düşük mortalite ve morbidite riski olan basit enterolitotomiyi önermekle beraber düşük ameliyat riskli hastalarda tek aşamalı definitif yöntemin seçilebileceğini bildirmişlerdir.

Reisner ve ark. (4) 1001 safra taşı ileuslu olguyu irdelediklerinde tek aşamalı definitif yaklaşımda mortalitenin % 16,9 ve basit enterolitotomide % 11,7 olduğunu saptamışlardır. Fakat basit enterolitotomi uygulanan olguların % 5'inde rekürren safra taşı ileusu gelişmiş ve ayrıca olguların % 10'unda safra sistemine bağlı diğer komplikasyonlar nedeniyle reoperasyon gerekmiştir. Masson ve ark. (2) BS'lu ortalama yaşı 83 olan ileri yaşta üç hastada acil cerrahi tedavi uygulamışlar fakat safra kesesi etrafındaki inflamasyon ve diseksiyon güçlüğü nedeni ile tek aşamalı definitif operasyon gerçekleştiremeyip safra taşını çıkarmakla yetinmişlerdir. Üç hasta da şifa ile taburcu edilmiş ve hiçbirisinde definitif ameliyat gerçekleştirilmemiştir.

Buna karşın Scarpa ve ark. (12) safra taşı ileuslu 80 yaşında bir olguda enterolitotomi, kolesistektomi ve kolesistoduodenal fistül kapatılması ameliyatını gerçekleştirmişler ve hastanın şifa ile evine gönderildiğini bildirmişlerdir.

Olgumuzda ilk operasyonda definitif ameliyat gerçekleştiremediğimiz için rekürren ileus, kolesistit, kolanjit, safra kesesi karsinomu gibi % 5-10 oranında potansiyel komplikasyonların gelişme riski vardı. Ayrıca olgumuz ileri yaşta değildi ve ek sistemik hastalığı yoktu. Hastanın genel durumu düzeltildikten sonra, kolesistostomiden çekilen kontrastlı grafide fistülün devam ettiği gözlemlendi ve bu neden ile ikinci bir operasyon planlandı. Fakat bu ameliyat esnasında safra kesesi,

duodenum ve kolonun birbirine yapışık olduğu ve rahat bir diseksiyona izin vermediği gözlemlendi ancak parsiyel kolesistektomi yapılabilir. Olgumuzda ikinci operasyon nedeni ile herhangi bir komplikasyon ve morbidite gelişmedi. Postoperatif ikinci ayda herhangi bir şikayeti olmayan hasta, halen kliniğimizde takip edilmektedir. Sonuç olarak BS'lu hastada tedavi yaklaşımı hastanın yaşına, ek sistemik hastalıkları olup olmasına ve ameliyat bulgularına göre planlanmalıdır. İlk aşamada basit gastrotomi ile safra taşının çıkarılarak hastanın semptomlarının ortadan kaldırılması en uygun tedavi yaklaşımı gibi görünmektedir. Fakat yaşı çok ileri olmayan, ek sistemik patolojileri olmayan dolayısı ile ek morbidite ve mortalite eklenmeyeceği düşünülen hastalarda definitif cerrahi ile safra kesesi taşı ve fistül tek veya iki aşamalı olarak ortadan kaldırılabilir. Definitif cerrahi amacı ile planlanan ameliyatta, bizim olgumuzda olduğu gibi teknik güçlük nedeni ile parsiyel bir işlemle yetinilmek zorunda kalınabileceği akılda tutulmalıdır. Zorlama diseksiyon ve cerrahi yaklaşımların ek ciddi iatrojenik yaralanmalarla sonuçlanabileceği de göz önüne alındığında, BS' lu olgularda basit gastrotomi ile safra taşının çıkarılmasından sonra ancak hastada tekrar safra kesesi ve fistül ile ilgili bir komplikasyonla karşılaşırsa definitif cerrahi planlamanın ve bu riskleri göze almanın daha doğru olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Rodriguez JC, Casado F, Fernandez MJ, et al. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg.* 1997;84: 634.

2. Masson JW, Fraser A, Wolf B, et al. Bouveret's syndrome: gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endosc.* 1998;47: 104.

3. Cooper SG, Sherman SB, Steinhardt JE, et al. Bouveret's syndrome. *Diagnostic considerations.* *JAMA* 1987;258:226.

4. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus : a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994; 60:441.

5. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, et al. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the japanese literature. *Am J Surg.* 1980;140: 437.

6. Khaira HS, Thomas DR. Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula. *Br J Surg.* 1994;81: 723.

7. Clavien PA, Richon J, Burgan S, et al. Gallstone ileus. *Br J Surg.* 1990;77: 737.

8. Assisi A, Rapotti R, Negri P, et al. Acute cholecystitis and gallbladder neoplasm : the experience of 2215 causes. *G Chir.* 1998; 19:39.

9. Oikarinen H, Paivansalo M, Tikkaoski T, et al. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. *Acta Radiol.* 1996 ;37: 917.

10. Bedogni G, Contini S, Meinero M, et al. Pyloroduodenal obstruction due to a bilier stone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic extraction. *Gastrointest Endosc.* 1985; 31:36.

11. F Schweiger, R Shinder. Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic stone extraction: A case report and review. *Can J Gastroenterol.* 1997; 11:497.

12. Scarpa FJ, Borges J, Mullen D. Gallstone ileus. *Am J Surg.* 2000;180:199.

*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi: Dr. Rifat Matur

Yavuz Sultan Selim Bulvarı, Çambaşı Sokak, Mavi Kent Sitesi No: 11/A Daire: 47 Gürpınar-İstanbul

E-mail: Rmatur@turk.net