

SPONTAN SAFRA FİSTÜLLERİ

Dr. Ayhan Kızıl*
 Dr. Burçin Kutlay*
 Dr. Hasan Doğruyol***

ÖZET

Akut kolesistitin seyri esnasında spontan kolesistenterik fistüllere sık rastlanılmaktadır. Bu fistüller gastroentestinal yolun çeşitli yerlerinde olduğu gibi, seyrekte olsa pelvis renalise, vaginaya, perikardiuma, portal vena ve hepatic artere de açılabilirler. Biz bu yazımızda, external spontan bir fistül vak'asını, seyrek görülmesi ve atipik bir yerleşim göstermesi dolayısıyla sunuyoruz. Bu vesile ile spontan safra fistülleri de toplu olarak gözden geçirildi.

SUMMARY

During acute cholecystitis, the development of spontaneous cholecystenteric fistula is relatively more frequent. As these fistulae develop at the various parts of the gastrointestinal tract, infrequently it may also perforate into the renal pelvis, vagina, pericardium, portal vein and hepatic artery. In this article we presented a spontaneous external biliary fistula, since it is a rare condition and was localized in an atypical site. The spontaneous biliary fistulae have been reviewed as a whole, on the basis of this present case.

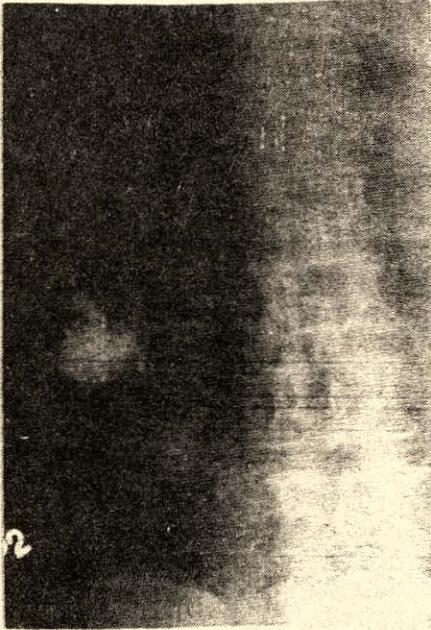
VAK'A TAKDİMİ

Hastamız Emir Çakıroğlu, kadın, 1922 Bulgaristan doğumlu. 5 sene önce sağ hipokondrium bölgesinde ön koltuk altı çizgisi hizasında meydana gelen ceviz cesametinde bir kitle dolayısıyla Bursa Devlet Hastanesi Cerrahi servisinde ameliyat edilmiş. Hastanın ifadesine göre ameliyat yerine dren konmuş. 3 gün sonra dren çıkarılmış. Ameliyattan sonra renksiz ve ko-

-
- Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü uzman Asistanı
 - Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Uzman Asistanı
 - Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Asistanı

kusuz bir akıntı gelmeye başlamış. Bu akıntı senelerce sürmüş. Bir sene önce yine aynı hastahaneye müracaat etmiş. Burada bir ay müddetle medikal tedaviye tabi tutulmuş.

Hasta 27.3.1975 tarihinde polikliniğimize müracaat etmiş. Burada fistülografisi yapılmış, Şekil 1-2. Fistül boşlu-



Şekil-1



Şekil-2

ğu kürete edilmiş, tekrar kontrole çağırılmış. Kültür ve antibiyogram neticesine göre uygulanan tedaviye rağmen akıntı kesilmemiş. Hasta bilahare kliniğimize yatırılıp fistülektomi ameliyatı yapılmış.

20.5.1975 tarihinde akıntının yeniden başlaması üzerine hasta tekrar kliniğimize yatırıldı. 30.5.1975 tarihinde hasta ameliyata alındı. Fistül ağzından zerkedilen metilen mavisinin klavuzluğu altında explorasyon yapılırken fistülün între abdominal orijinli olduğu farkedildi. Bunun üzerine ayrı bir kesi ile karın boşluğuna girildi. Yapılan explorasyonda safra kesesinin duodenuma, karın ön duvarına ve sağ hipokondrium bölgesinde peritona yapışık olup buradan karın duvarına fistüle olduğu tesbit edildi. Safra kesesi tamamen taşla doluydu. Hastaya kolesistektomi ameliyatı uygulandı. 20.6.1975 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Spontan safra fistülleri en sık olarak safra kesesi ile duodenum arasında meydana gelirler¹. Ekseriya safra kesesi boynu hizasında duktus sistikustan geçmiyecek büyüklükte solid bir taş mevcuttur. Akut kolesistit hecmesi esnasında böyle bir hastada apse meydana gelir. Haliyle perikolesistit de mevcuttur. Bunun sonucu safravi kesesi civar organlara yapışabilir. Bu yapışma yerinde önceleri bir ülserasyon meydana gelir. Bilahare bu ülserasyon derinleşerek komşu organ içine perforasyon meydana gelmiş olur Şekil 3-4-5-6. Böylece kese



Safra Fistülü Tipleri
 1. Cholecystoduodenal
 2. Cholecystocolic
 3. Cholecystopastiric
 4. Cholecystocholedochal
 5. Choledochoduodenal
 6. Cholecystodermal (External)



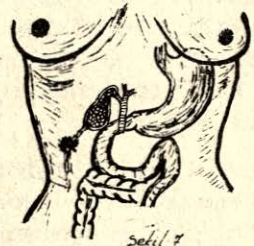
İltihaplanma, çantılaşmış ve duodenuma yapışmış safra kesesi



Fistül teşekkülü. Pas duodenuma geçmesi



Pas barınaklara doğru ilerlemiş ve safra kesesi kontroze olmuş



Şekil 7

içindeki iltihabi muhteva açıldığı organa geçer. Akut kolesistit hacmesi de kendiliğinden yatıştır. Bu sırada kesedeki taş

da aynı organa geçebilir. Eğer kesede kalırsa kronik kolesistite sebep olur. Zamanla fistül ağzı safra kesesinin büzülmesi neticesi daralıp bir kanal haline geçecektir.

Koledoko-duodenal fistüller nispeten azdır. Fistül ekseriya sarılıkla beraber seyreder. Fistül tamamen açılırsa sarılıkta ortadan kalkar. Bu şekilde sarılığın ani bir şekilde tamamen ortadan kalkması fistül ihtimalini düşündürmelidir².

Hepatik kolon fleksurasına fistülizasyon duodenumdan sonra ikinci sıradadır¹. Bu halde dışkıda taş görülebilir. Fistülizasyon neticesi akut kolesistit bulguları süratlı bir şekilde ortadan kalkar ve bol bir ishalden sonra tamamen klinik belirtiler kaybolur⁶.

Kolesistogastrik fistül oluşunca safra taşı kusmuk içinde görülebilir. Bunun dışında safra yolları ile jjunum, ileum, pelvis renalis, vagina, perikardium portal ven ve hepatic arter arasında çok seyrekte olsa fistüfistülizasyon kaydedilmiştir^{1,2,3,4,5,6}, şekil 3.

Bronkobilier fistüller, kolanjit, karaciğer apseli, koledokolitiazis sonucu meydana gelirler. Fistüller subdiyafragmatik mesafeye geçerek plevra içine, hatta bronş içine açılabilir. Hastanın önceki hastalık bulguları aniden kaybolup yerine diyafragmatik plörezö ve bazal pnömoni bulguları meydana gelir. Hasta safra balgam çıkarır. Çıkarılan safra günde 700 ml. ye ulaşabilir. Hasta sırt üstü yatınca öksürük artar. Tedavide kolesistektomi ve apsenin drenajı uygulanır⁷.

Tıkanan ve iltihablanan safra kesesi paryetal peritonea yapışabilir. Bu durumda spontan eksternal fistüller meydana gelebilir. Fistül yolu umumiyetle falsiform ligament yolu aracılığı ile göbeğe ulaşır. Burada kırmızı bir deri kabarcığı hasıl olur. Bu kabarcık apse ile karışır. Bizim vakamızda fistül sağ hipokondriumda ön koltukaltı çizgisi hizasında idi, şekil 1-2-7.

Oral kolesistografide ne safra kesesi, nede fistül gösterilemez. Mide-duodenum tetkiki yapılırsa kolesisto duodenal fistülleri göstermek mümkün olur. Kolesistokolik fistüller lavman opak ile çekilen filmlerde görülebilir.

Yaşlı hastalarda bilhassa kolesisto duodenal fistüllere cerrahi tedavi uygulamak gerekmez. Uygulanan tedavi kolesistektomi+hasar görmüş organın tamiridir. Hastalarda daima koledok eksplorasyonu yapmak gerekir.

KAYNAKLAR

1. HAFF, R.C, WISE, L, and BALLINGER, W.F.: Biliary-enteric fistula. Surg Gynec. Obstet. 133:83, 1971.
2. PIEDDAT, O.H. and WELL, P.P.: Spontaneous biliary-enteric fistula, obstructive and non obstructive typs. Ann. Surg. 175:75, 1971.
3. PORTER, J.M. MULLAN, D.C. and SILVER.: Spontaneous biliary-enteric fistula. Surgery 68:597, 1970.
4. ZATKIN, H.R. TUGENDHAFT, R.I, and CURRAN, H.P.: Roentgen diagnosis of spontaneous internal biliary fistulae and gallstone ileus. Surgery, Gynec. and Obst. 102:234, 1956.
5. STULL, J.R. and THAMFORD, N.R.: Biliary intestinal fistulas. Amer. J. Surg. 120:27, 1970.
6. ELSAS L.J. and GILAT T.: Cholecysto colonic fistulae with malabsorbtion. Ann. Intern. Med. 63:481, 1965.
7. SLEISENGER, FORDTRAN.: Gastrointestinal disease. W.B. SAUNDERS 1975, p.1125-26.