

Kronik diare nedeni olarak kolesistokolik fistül

Cholecystocolic fistula: a cause of chronic diarrhea

Dr. Tülin ŞAHİN, Dr. Orhan SEZGİN, Dr. Dilek OĞUZ, Dr. Yasemin KOŞAR,
Dr. Gönül GÜRKAYNAK

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

ÖZET: Kolesistokolik fistüller kronik diarenin çok nadir bir sebebidir. Safra yollarının hem kendi içinde, hemde gastrointestinal ve diğer sistemler arasında anormal iştirakları oluşabilir. Oldukça nadir görülen bu iştirakler, sıklıkla biliyer kanalın, taş, malignite, travma, striktür veya kongenital anomali gibi patolojileri sonucu oluşur. Tüm biliyer fistüllerin % 70-85'ini oluşturan kolesistoenterik fistüller, baryumlu radyolojik incelemelerle gösterilebilir. Diare sebebi olarak karşımıza çıkabilen kolesistokolik fistüllerin tedavisi öncelikle cerrahidir.

Biz de kronik diare nedeni olarak kolesistokolik fistül tespit ettiğimiz ve cerrahi tedavi uyguladığımız bir hastamızı sunarak konu ile ilgili literatürü gözden geçirdik.

Anahtar sözcükler: Kronik diare, internal biliyer fistüller, kolesistokolik fistül

SUMMARY: Biliary fistulas are uncommon. Abnormal communication may develop between different parts of the biliary tract itself, or between it and other parts of the alimentary or other passages. It may occur as a consequence of calculous biliary tract disease, trauma, neoplasm or congenital anomalies. Cholecystoenteric fistula comprises 70-85 % of all biliary fistulas and may be diagnosed from a barium meal or upper gastrointestinal series. Treatment of biliary-enteric fistulas is primarily surgical. We report a rare case of chronic diarrhea due to cholecystocolic fistula which was treated by surgical repair and present a literature review.

Key words: Chronic diarrhea, internal biliary fistula, cholecystocolic fistula

Safra sisteminin hem kendi içinde, hem de gastrointestinal ve respiratuar sistem ile arasında anormal iştirakları (fistüller) oluşabilir. Oldukça nadir görülen bu fistüllerin (1-4) % 75-80'ini oluşturan kolesistoenterik fistüller (4) baryumlu çift kontrast grafi ile büyük oranda tanınabilir. Medikal ve cerrahi olarak primer fistül onarımı ile komplikasyonlar önlenabilir.

Kolesistoenterik fistüller içinde ikinci sıklıkta saptanan kolesistokolik fistüllerin önemli bir komplikasyonu kolerik diaredir (4,13). Kliniğimizde kolesistokolik fistül tanısı konan ve cerrahi olarak fistül onarımı yapılan kronik diareli bir hasta nedeniyle kolesistokolik fistül ve internal biliyer fistüllerin tanı, tedavi ve komplikasyonları literatür ışığında gözden geçirildi

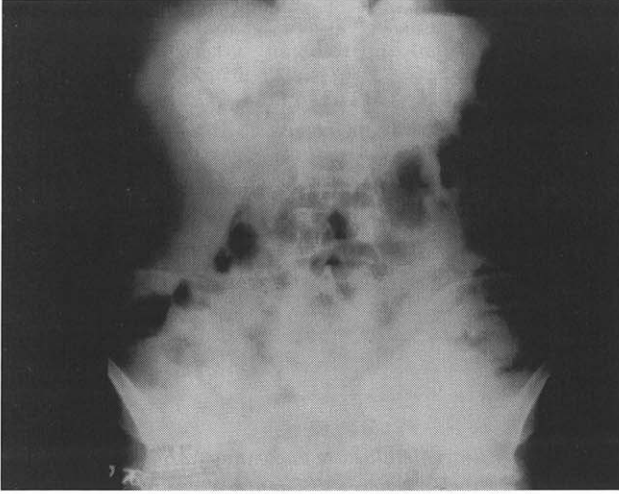
OLGU

52 yaşındaki erkek hasta 9.5 aydır varolan ishal nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hergün, 4-5 kere, çoğunlukla guruldamayı takiben bol miktarda ve

geceleri de uyandıran diare tarzında defekasyonu oluyormuş. Gaitasında başlangıçta ilk 2.5 ay kan da varken artık olmuyormuş. Üç, dört günde bir ateş yükselmesi, titreme tanımlayan hasta bu süre içinde 10 kilogram zayıflamış. Hasta ayrıca kol ve bacaklarında ağrılar ile halsizlik ve güçsüzlükten de yakınuyordu.

On yıl önce üst gastrointestinal sistem kanamasını takiben mide ameliyatı olması dışında öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu.

Kliniğe kabul edildiğinde yapılan fizik muayenesinde: kan basıncı; 110/70 mmHg, nabız; 72/dk, vücut ısı 36.7 derece olup, zayıf yapılı, batında median göbüküstü operasyon skarı ile hassasiyet ve barsak seslerinde artış dışında patoloji yoktu. Laboratuvar incelemelerinde: lökosit 7200/mm³, (Hb 8.9 gr/dL, Ht % 27.4, MCV 72.5, MCH 23.5, protrombin zamanı 14.8 sn (kontrol 12.7 sn), protrombin aktivitesi % 68, AST 30 İÜ/L, ALT 24 İÜ/L, AP 296 Ü/L, GGT 108 Ü/L, albümin 2.7 gr/dL, total bilirubin 1.5 mg/dL, indirekt bilirubin 0.6 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 3.43 mEq/L, Cl 108 mEq/L, Ca 1, 8 mEq/L idi. Kronik diare etyolojisi araştırılmaya başlanan hastanın



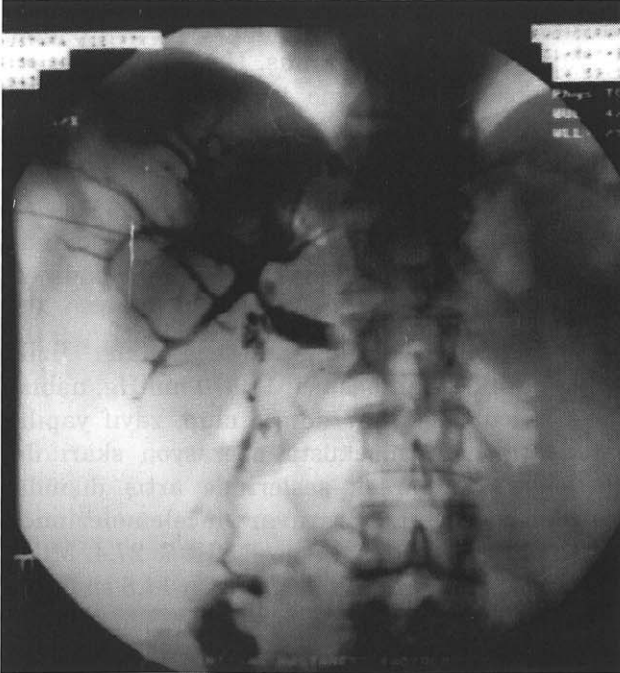
Resim 1. Ayakta direkt batın grafisinde safra yollarında serbest hava görülüyor



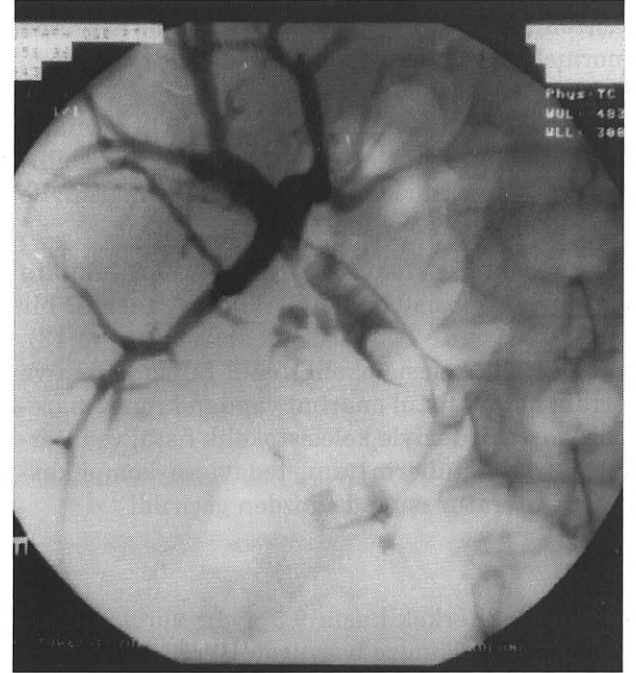
Resim 2. Kolon grafisinde transvers kolon proksimali ile safra yolları arasında fistül görülüyor

abdominal ultrasonografisinde sıvısı azalmış kontrakte safra kesesi ile buna komşu ödemli kalın duvarlı bir barsak lupu yanında intrahepatik safra yollarında genişleme ve hava saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde safra yollarında

serbest hava vardı (Resim1). Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde midede subtotal gastrektomi, gastroenterostomi saptandı. Jejunal anastan yapılan biyopsi normal mukoza olarak değerlendirildi. Safra tubajında herhangi bir



Resim 3. PTK ile safra yollarına verilen opak maddenin kolesistokolik fistülden kolona geçişi görülüyor



Resim 4. PTK ile saptanan koledok taşları.

patoloji bulunamayan hastaya çekilen ince barsak pasaj grafisi de normal çıkınca hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide hepatik fleksurada şüpheli fistül ağzı görüldü. Çift kontrast kolon grafisinde ise transvers kolon proksimalinde kolon ile safra yolları arasında fistül saptandı (Resim 2). Abdominal bilgisayarlı tomografide karaciğer içinde birkaç milimetrik kalsifikasyon, intrahepatik safra yollarında dilatasyon ve içinde hava ile oral yoldan verilen kontrast madde izlendi. Safra yollarının görüntülenmesi için ERCP yapılması düşünüldü fakat gastroenterostomi nedeniyle PTK'nın uygun olacağına karar verildi. PTK'da kolesistokolik fistül ile koledokta multipl taş saptandı (Resim 3-4). Bu bulgularla hastada kolelitiazis, kolesistokolik fistül, fistüle sekonder kolerik enteropati ve kolanjit atakları tanısı konarak cerrahi tedavi uygulandı. Ameliyatta, safra kesesi ile kolon arasında fistül izlendi ve kolesistektomi, kolonun primer kapatılması, koledok eksplorasyonu ile koledoktan taş temizlenmesini içeren ameliyat uygulandı. Ameliyat sonrası komplikasyon olmayan hasta salih ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

İki haftadan uzun süren diareler kronik diare olarak tanımlanır. Bizim hastamızda ise 9, 5 aydır diare vardı ve buna bağlı kilo kaybı, halsizlik tanınılıyordu. Diare sebebini saptamak için yapılan incelemeler sonucu oldukça nadir görülen kolesistokolik fistülü tespit ettik. Safra sisteminin kendi bölümleri veya sindirim sisteminin diğer kısımları ile arasında oluşabilen anormal ilişkiler nadiren görülmektedir. Bu olayın sebepleri arasında safra kanalının taşlı hastalıkları, travma, neoplazm veya konjenital anomaliler sayılabilir. Eğer tüm biliyer fistüller incelenecek olursa, sebeplerin başında % 90 ile taşlı safra yolu hastalıkları gelir. Bunu % 6 ile peptik ülser hastalığı ve % 4 ile neoplazm, travma, parazit infestasyonu ve konjenital anomaliler alır (1). Ameliyat hasarlarında internalden ziyade eksternal fistül oluşur.

Batı ülkelerinde kolesterol safra taşı olan hastaların % 1-3'ünde biliyoenterik fistül gelişmektedir. Kadın erkek oranı 3/1'dir. New York Hastanesi / Cornell Tıp Merkezinde 1932 ile 1978 yılları arasında izlenen 11808 malign olmayan safra sistemi hastasında biliyoenterik fistül insidansı % 0.9 ve kadın erkek oranı 1 / 2.3 bulunmuştur (2). Yunanistan'dan bildirilen geniş bir seride insi-

dans % 2 (3), Amerika yerlilerinde % 3.2 (4) olarak bildirilmiştir. Japonyada ise fistül insidansı % 13-18 bulunmuştur (5).

Taşlı safra kanalı hastalıklarında sıklıkla distal safra kanalı obstrüksiyonu ile birlikte olan tekrarlayıcı inflamasyon nöbetleri safra kanalı ile komşu organlar arasında yapışıklıklara neden olmakta, taşın da biliyer duvara basısı ile nekroz, erozyon ve sonuçta fistül gelişmektedir (6).

Biliyoenterik fistülün farklı tipleri arasında birinci sırayı % 76.1 ile kolesistoduodenal fistüller alır. New York Hastanesi / Cornell Tıp Merkezinden bildirilen bu çalışmada (2) ikinci sıklıkta % 15.5 ile kolesistokolik, üçüncü % 2.7 ile kolesistokole-dokal takiben % 1.8 ile kolesistogastrik fistüller gelmektedir. Multipl fistüller % 2.7 oranında saptanmıştır.

Batı ülkelerinde kolesterol safra taşı sık olduğundan safra kesesi ciddi inflamasyon ve obstrüksiyonun en sık yeridir. Böylece de kolesistoenterik fistül bütün biliyer fistüllerin % 70-85'ini oluşturmaktadır (7-10).

Hastalığın teşhisinde radyolojik yöntemler oldukça yardımcıdır. Hastamızda saptadığımız, direkt karın grafisindeki safra yollarında hava olguların % 50'sinde görülebilir (11). Baryumlu üst gastrointestinal sistem radyolojik incelemelerinde kontrast maddenin fistüle reflüsü gösterilebilir. Hem direkt film hem de baryumlu grafi ile operasyon öncesi biliyoenterik fistüllerin % 60'dan fazlası saptanabilir (12). Pnömobili olduğu halde üst gastrointestinal sistem incelemelerinde birşey saptanamamışsa baryum lavmanlı kolon grafisi çekilmelidir. Bu kolesistokolik fistüllerin % 95'inden fazlasını gösterebilir. Olgumuzda baryumlu kolon grafisi ile kolesistokolik fistülü saptadık. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi de özellikle temelde yatan patolojiyi tespitite yararlı olabilir. Kontrast maddenin ERCP, PTK veya eksternal fistüllerde fistül traktından direkt verilmesi ile safra kanalındaki patolojinin gösterilmesi en iyi yoldur. Hastamızda daha önce yapılmış gastroenterostomi nedeniyle ERCP teknik olarak güç olduğundan PTK ile safra yolları görüntülenerek fistül ortaya konuldu. Teknisyuma bağlı imidoasetik asit ile safra kanalı sintigrafisi çok küçük fistülleri bile gösterebilmektedir. Ayrıca olgumuzda olduğu gibi kolonoskopi ile fistül ağzı görülebilir.

Kolerik enteropati internal biliyer fistüllerin önemli bir komplikasyonudur. Uzun zamandır

hafif veya orta şiddetli safra yolu hastalığı olan bir hastada sık dışkılamasının başlaması ve ateş, titreme gibi kolon bakterilerinin safra yollarına reflüsüne bağlı olarak kolanjit gelişmesi kolesistokolik fistül gelişiminin habercisi olabilir. Artan dışkılama sayısı, özellikle yemeklerden sonra olması, geğirme, bulantı, kilo kaybı ve diarenin artarak steatorenin gelişmesi kolerik enteropatiji destekler (13).

Kolerik enteropatinin en önemli nedeni safra asitlerinin enterohepatik sirkülasyonunun bozulmasıdır. Kolesistokolik fistüle sekonder malabsorbsiyon ilk kez Augur ve Gracie tarafından bildirilmiştir (14). Safra asitlerinin % 95'i jejunumda yağ ve kolesterol absorbsiyonuna katılır ve büyük kısmı terminal ileumdan absorbe olup yeniden sekrete edilir. Böylece safra asid havuzunda çok az kayıp olur. Kolesistokolik fistülde ise primer safra asid havuzunun büyük bir kısmı hemen kolona geçer. Yağ absorbsiyonu bozulur ve steatore gelişebilir. Ayrıca dihidroksi safra asitleri tarafından kolondan su ve elektrolit

sekresyonu uyarılır. Primer safra asitlerinin bu şekilde vücuttan kaybı karaciğer sentez kapasitesini aşarak safra havuzunun azalmasına neden olur. Fistül kapatılmadıkça da bu patolojik olay devam eder

Kolanjit kolesistokolik fistülün belirgin bir özelliğidir. Özellikle dar ve zaman zaman safra akışına engel olan fistüllerde kolanjit olur (15). Bizim hastamızda da sık tekrarlayan kolanjit atakları vardı.

Nadir bir kronik diare nedeni olan kolesistokolik fistülde küratif tedavi, cerrahi olarak fistülün kapatılmasıdır. Uygun mekanik barsak temizliği ve antibiyotik kullanımı ile yapılan cerrahi işlemde, kolesistektomi, gerekirse koledok incelemesi ve kolonun primer tamiri tercih edilir. Preoperatif ERCP ile sfinkterotomi ve taş ekstraksiyonu ameliyatta koledok incelemesine gereksinimi ortadan kaldırırken, bu yolla fistülün kapandığı olgular da vardır (16). Bizim olgumuzda da cerrahi tedaviden sonra diare tamamen kayboldu. Hasta takiben kilo aldı ve tamamen sağlığına kavuştu.

KAYNAKLAR

1. Piedad O H, Wells PB. Spontaneous internal biliary fistula; obstructive and non-obstructive types. 20 year review of 55 cases. *Ann Surg* 1972; 175: 75-80.
2. Gleen F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obst* 1981; 15: 527-31.
3. Lygidakis NJ. Spontaneous internal biliary fistulae: early surgery for prevention, radical surgery for cure. A report of 75 cases. *Med Chir Dig* 1981; 10: 695-9.
4. Zwemer FL, Coffin-Kwart VE, Conway MJ. Biliary enteric fistulas. Management of 47 cases in native Americans. *Am J Surg* 1979; 138: 301-4.
5. Urakami Y, Kishi S. Endoscopic fistulotomy (EFT) for parapapillary choledochoduodenal fistula. *Endoscopy* 1978; 10: 289-94.
6. Gleen F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gyn Obst* 1957; 105: 693-705
7. Rau WS, Matern S, Gerok W. Spontaneous cholecystocolonic fistula: a model situation for bile acid diarrhea and fatty acid diarrhea as a consequence of a disturbed enterohepatic circulation of bile acids. *Hepato Gastroenterol* 1980; 27: 231-7.
8. Safaie-Shirazi S, Zike WL, Printew KJ. Spontaneous biliary fistula. *Surg Gynecol Obst* 1983; 137: 769-72.
9. LeBlanc KA, Barr LH, Rush BM. Spontaneous biliary enteric fistulas. *South Med J* 1983; 76: 1249-52.
10. Shocket E, Evans J, Jonas S. Cholecystoduodeno-colic fistula with gallstone ileus. *Arch Surg* 1970; 101: 523-6.
11. Hricak H, Uander-Molen RL. The radiology corner: duodenocolic fistula with gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 1978; 69: 711-5.
12. Balthazar EJ, Schechter LS. Gallstone ileus. The importance of contrast examinations in the roentgenographic diagnosis. *Am J Roentgenol Rad Ther Nuc Med* 1975; 125: 374-9.
13. Brandt LJ. Gallbladder and biliary tree. In: *Gastrointestinal disorders of the elderly*. 1984. Raven Press, New York, 1984; 578.
14. Augur NA, Gracie Jr WA. Cholecystocolonic fistula associated with malabsorption. *Am J Gastroenterol* 1970; 53: 558-63.
15. Edell SL, Milunsky C, Garren L. Cholescintigraphic diagnosis of cholecystocolic fistula. *Clin Nucl Med* 1981; 6: 303-4s.
16. Marshall T, Kamalvand K, Cairns SR. Endoscopic treatment of biliary enteric fistula. *Br Med J* 1990; 300: 1176s