

Epigastrik bölgede asemptomatik maküler lezyon: Kolesistokutanöz fistülün ilk belirtisi

Asymptomatic macular lesion in the epigastric region: The first symptom of a cholecystocutaneous fistula

Bülent Erenoğlu

Sağ inguinal herni nedeniyle polikliniğe başvuran 42 yaşında bir kadın hastanın rutin sistemik muayenesi yapılırken epigastrik bölgede 15x10 mm ebadında maküler bir lezyon görüldü. Hasta bu lezyonu 15 gün önce fark ettiğini ama kendisine rahatsızlık vermediğini beyan etti. Sistemik bir hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilacı yoktu. Yapılan yüzeysel ultrasonografide hastada safra kesesi duvarının linea albaya yapışık olduğu ve line alba üzerinde safra taşı benzeri ekoların bulunduğu rapor edildi. Hasta operasyona alındı. Sağ inguinal herni Lichtenstein hernioplasti prosedürü ile tamir edildi. Epigastrik bölgeye makülü içine alan geniş eliptik insizyon yapıldı. Linea alba üzerinde en büyüğü 7-8 mm çapında birkaç adet kalkül görüldü. Kesi sağ subkostal alana doğru genişletilerek kolesistektomi yapıldı. Safra kesesinin fasiyaya yapışık kısımları da debride edildi. Fasiya ve cilt kapatılarak ameliyat sonlandırıldı. Kolesistokutanöz fistüllerin çoğunluğu sağ üst kadrana olmaktadır. Bizim olgumuzda klasik yerinden biraz farklı konumda, epigastriumda görülmesi ve tamamen asemptomatik olması nedeniyle takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kolesitokutanöz fistül, makül, fistül.

*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya, Türkiye

Dr. Bülent Erenoğlu
E-posta:
drbulenterenoglu@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 18.11.2009
Makale Kabul Tarihi: 30.01.2010

GİRİŞ

Spontan kolesistokutanöz fistül ilk olarak 1900 yılında bildirilmiştir (1). Gelişen görüntüleme yöntemleri, güçlü antibiyoterapilerin de etkisiyle sıklığı giderek azalmış olup günümüzde çok nadir görülen olgulardır. Rapor edilenlerin birçoğunda daha önceden bilinen semptomatik kolelitiazis ya da altta yatan bir başka hastalık bulunmaktadır. Safra kesesi tümörüne bağlı obstrüksiyon (2,3), vaskülitte bağlı olarak immünsüpressifler ve steroidlerin kullanımı, travma, perforasyon sonrası penetrasyon diğer nedenlerdir (4). Kolesistokutanöz fistül genellikle sağ üst kadrana ağrısı ile beraber belli bir süre sonra, sağ üst kadrana açılan safra akıntılı fistül ağzıdır. Çok gürültülü bir klinikle seyredip nekrotizan fasiitise gidebilen olgular rapor edilmiştir (5). Takdim olguda hasta sağ inguinal herni nedeniyle kliniğimize müracaat etmiş olup epigastriumda sadece renk değişikliğine neden olan maküler bir lezyon tesadüfen görülmüş ve yapılan ultrasonografide safra kesesi duvarının ciltaltına kadar uzanım gösterdiği görülmüştür. Lezyonun kolesistokutanöz fistüle dönüşmek üzere olan bir oluşum olduğu kanısına varılmıştır.

OLGU

42 yaşında olan kadın hasta polikliniğe sağ inguinal herni nedeniyle müracaat etti. Sistemik muayenede inguinal herni dışında, epigastrik bölgede yaklaşık 15x10 mm ebadında maküler tarzda hiperemik renk değişimi görüldü (Şekil 1). Hasta bu lezyonu yaklaşık 15 gün önce farketmiş ve hiçbir şikayeti olmamıştı. Hastada herhangi bir ilaç kullanımı ya da kronik hastalık mevcut değildi. Yapılan tetkiklerinde lökositöz tespit edilmedi. Yüzeysel ultrasonografide safra kesesi lümeninin linea albaya kadar devam ettiği, linea alba üzerinde kalkül olması muhtemel ekoların alındığı rapor edildi. Hasta ameliyata alındı. Önce sağ inguinal herni için **Lichtenstein** ameliyatı yapıldı. Daha sonra epigastrik alandaki lezyon bölgesi açıldı (Şekil 2). Cilt ve fasia kesisi sağ subkostal alana doğru genişletildi. Linea alba ile safra kesesi sınırları birbirinden ayrıldı. 2/0 ipeklerle sistik arter ve duktus sistikus ayrı ayrı bağlanıp kesilerek kolesistektomi yapıldı. Fasiadaki safra kesesi kalıntıları debride edildi. Fasiadaki kesi lineer kesi haline getirildi. Hastanın şişman olmaması ve dokuların karşılıklı olarak rahat yaklaştırılabilmesi nedeniyle periton



Şekil 1. Cilt ciltaltı eliptik kesi yapılmış, yuvarlak içerisine alınmış maküler lezyon görüntüsü



Şekil 2. Ciltaltına uzanım gösteren safra kesesi lümeni ve safra taşları

ve diğer katlar usulüne uygun primer kapatıldı. Safra kesesi patolojik incelemesi kronik taşlı kolesistit olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Genellikle spontan kolesistokutanöz fistüllerde kolelitiazis ile beraberlik olmakla beraber nadiren akalkülöz kolesistit de

rapor edilmiştir (2). Kolelitiazis ve geçirilen şiddetli kolesistit atakları sonrası oluşan lokalize safra kesesi gangrenlerinin %77'si duodenuma, %15'i kolona fistülize olmaktadır. Cilde fistülize olanlar son derece nadirdir. Çoğunluğunda mutlaka biliyer sistemle ilgili girişim hikayesi

mevcut olup kolelitiazis zemininde gelişmektedir. Sistemik vaskülit zemininde gelişen mezenterik ven trombozuna bağlı barsak rezeksiyonu sonrası spontan kolesistokutanöz fistül de bildirilmiştir (6). Fistülizasyon oluşup görsel olarak fark edildikten sonra kolesistokutanöz fistül olduğu kanısı hakim olmaktadır. Genellikle görülme yeri sağ üst kadrantadır. Ancak bu olgunun sağ üst kadrantından oldukça uzak ve epigastrik bölgede olması, kronik hastalık, travma, immüno-supressif ilaç kullanımının bulunmaması sebebiyle sunulmuştur. İlk etapta kolesistokutanöz fistül pek akla getirilmemiştir. Yüzeysel ultrasonografi ile doğrulandıktan sonra tanı kesinleşmiştir. Hastada laparoskopik kolesistektomi iyi bir alternatif ve daha az invazif cerrahi gibi görünmektedir. Ancak fasiada safra kesesinin yaptığı reaksiyon ve yapışıklığın olması, kalküllerin tam olarak temizlenememesi, ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyon gelişim riskinin fazla olması nedeniyle laparoskopik kolesistektomi tercih edilmemiştir.

SUMMARY

Asymptomatic macular lesion in the epigastric region: the first symptom of a cholecystocutaneous fistula

A 42-year-old female patient was admitted to the clinic due to a right inguinal hernia. During the routine systemic examination, a macular lesion was observed in the epigastric area with a dimension of 15x10 mm. The patient declared that she had noticed the lesion 15 days ago but it did not lead to any inconvenience for her. The patient did not have any systemic disease or was not using any medicine. On the superficial ultrasonography, the wall of the gallbladder was found to be adhered to the linea alba and echos resembling gallstones was also reported over linea alba. The patient is operated.

The right inguinal hernia is repaired with Lichtenstein hernioplasty procedure. A wide elliptical incision containing the macula is made in the epigastric region. Multiple calculi were seen in the linea alba with the largest diameter of 7-8 mm. The incision is extended toward the right subcostal region and cholecystectomy is performed. The adherent parts of gallbladder to the fascia are debrided. The operation was terminated by closing the fascia and skin. The majority of cholecystocutaneous fistulae are at the right upper quadrant. Our case was presented because of its slight displacement from the classical localization and it was completely asymptomatic.

Key Words: Cholecystocutaneous fistula, macule, fistula.

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Bülent Erenoğlu

Verilerin elde edilmesi:

Bülent Erenoğlu

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Bülent Erenoğlu

Yazının kaleme alınması:

Bülent Erenoğlu

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Horhammer Cl. Ueber estraperitoneale perforatio der Gallenblase. Munchener Medizinische Wochenschrift. 1916; 10: 1451-1452.
2. Chang SS, Lu CL, Pan CC, Chiou YY, Wang SS, Chang FY, et al. Spontaneous cholecystocutaneous fistula presenting

- with a cellulitis and portal vein thrombosis. J Clin Gastroenterol 2002; 34:99-100.
3. Vasanth A, Siddiqui A, O'Donnell K. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. South Med J 2004; 97:183-185.
4. Birch BR, Cox SJ. Spontaneous external biliary fistula uncomplicated by gallstones. Postgrad Med J 1991; 67:391-392.

5. Khan AA, Azhar MZ, Khan AA, Rasheed A, Khan KN. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. J Coll Physicians Surg Pak 2005;15:726-727.
6. Gossage JA, Forshaw MJ, Stephenson J, Mason R. Spontaneous Cholecystocutaneous fistula. J Surg 2004;2:52-53.