

Prezentare de caz

FISTULA COLECISTODUODENALĂ CAUZĂ DE ILEUS BILIAR PREZENTARE DE CAZ.

Andrei Macarov*, Liviu Duboi¹, Iuliana Dombici²

1 - Secția Chirurgie generală

2 - Secția de Anestezie și Terapie intensivă

Spitalul Municipal „Sfinții Doctori Cosma și Damian” Rădăuți

Rezumat

Introducere. Ileusul biliar este rar întâlnit în practica chirurgicală. Prima menționare a acestei patologii aparține lui Bartholin în 1654. Deși metodele de investigație paraclinică au evoluat și sunt accesibile, diagnosticul de ileus biliar este pus în general tardiv. Ileusul biliar apare preponderent la vârstnici cu tare asociate. **Prezentare de caz.** Prezentăm cazul unei paciente în vîrstă de 75 ani din mediul urban, pensionară, fără antecedente heredo-colaterale, obeză cu patologie cardio-vasculară (hipertensiune arterială esențială, cardiopatie ischemică cronică), care s-a prezentat la Spitalul Municipal Rădăuți pentru durere la nivelul etajului abdominal superior, grețuri, vârsături, tranzit intestinal lent. Evoluția cazului oarecum înșelătoare (a prezentat dureri la internare, după 72 de ore a prezentat hematemeză, ulterior vârsături la reluarea alimentației) a impus efectuarea mai multor investigații prin care s-a stabilit diagnosticul de ocluzie intestinală ridicându-se suspiciunea de ileus biliar. S-a intervenit chirurgical și s-a practicat enterotomie de 4cm cu extragerea calculului pacienta externându-se la 10 zile postoperator. **Discuții.** Explorarea paraclinică (ecografia abdominală, radiografia abdominală, computer-tomografia abdominală) a evidențiat prezența distensiei intestinale și a nivelelor hidro-aerice. Triada clasica descrisă de Rigler (pneumobilie, anse dilatate, calcul biliar opac) este prezentă în 9,5-14,5 % din cazuri. Tratamentul chirurgical trebuie să îndeplinească două deziderate: rezolvarea ocluziei prin enterolitotomie și desființarea fistulei bilio-digestive. Actul chirurgical presupune o etapa inițială de reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică, antibioterapie. **Concluzii.** Cazul prezentat este unul particular în primul rând datorită unui tablou clinic neclar și înșelător. În al doilea rând apariția unui episod de hematemeză în evoluție a schimbat într-o primă fază supozitia de diagnostic, iar endoscopia a mai adus un diagnostic posibil. De aceea s-a recurs la computer-tomografie care a ridicat suspiciunea de ileus biliar, diagnosticul fiind stabilit intraoperator. În fața unui asemenea bolnav trebuie să ne gândim, chiar dacă ileusul biliar este foarte rar și la această posibilitate etiologică. **Cuvinte-cheie:** ileus biliar, fistula biliară, triada Riegler.

* Adresă corespondență autor: Andrei Macarov, MD, Secția de Chirurgie generală, Spitalul Municipal „Sfinții Doctori Cosma și Damian” Rădăuți, Suceava, E-mail: macarov77andrei@yahoo.com

Summary

Introduction. Biliary ileum is rarely encountered in surgical practice. The first mention of this pathology belongs to Bartholin in 1654. Although the methods of paraclinical investigation have evolved and are accessible, the diagnosis of biliary ileus is generally late. The biliary ileum appears predominantly in the elderly with strongly associated. **Case presentation.** We present the case of a 75-year-old patient from the urban area, retired, without a hereditary-collateral history and presenting as personal history essential hypertension, chronic ischemic heart disease, obesity presented at the Municipal Hospital Rădăuți for upper abdominal pain, nausea, vomiting, intestinal transit slowed down. The evolution of the somewhat deceptive case required several investigations that raised the suspicion of biliary ileus. Surgery was performed and a 4 cm enterotomy was performed with the extraction of the calculus and she was discharged 10 days postoperatively. **Discussions.** Paraclinical examination (abdominal ultrasound, abdominal radiography, computer-abdominal tomography) revealed the presence of intestinal distension, of the hydropower levels. The classic triad described by Rigler (pneumonia, dilated handles, opaque biliary calculus) is present in 9.5-14.5% of cases. Surgical treatment must meet two objectives: the resolution of occlusion by enterolithotomy, removal of biliary digestive fistula. The surgical act involves an initial stage of hydroelectrolytic rebalancing and basic acid, antibiotics with variable duration depending on the extent of the general state degradation upon admission. **Conclusions.** The case presented is a particular one primarily due to a blurred and somewhat misleading clinical picture. Secondly, the appearance of an evolving hematopoietic episode changed in the first phase the diagnostic assumption, and the endoscopy made a possible diagnosis. This is why computer tomography was used that raised suspicion of biliary ileus and the diagnosis was established by the surgery that solved the case. In the face of such a patient we have to think, even if the biliary ileus is very rare and this etiological possibility. **Keywords:** biliary ileus, biliary fistula, Riegler triad.

Introducere

Ileusul biliar este rar întâlnit în practica chirurgicală. Se asociază de regulă cu ocluzia intestinală completă sau incompletă ca urmare a migrării unui calcul biliar la nivelul tractului gastrointestinal (1, 2, 3).

Prima menționare a acestei patologii aparține lui Bartholin în 1654, descrierea amănunțită a afecțiunii datează din 1892 și a fost realizată de Naunyn pe o experiență de 127 cazuri (1). Deși metodele de investigație paraclinică au evoluat și sunt accesibile, diagnosticul de ileus biliar este pus în general tardiv din două motive: prezentarea tardivă a pacientului, de regulă vîrstnic care ignoră simptomatologia biliară și raritatea acestei situații clinice, apelându-se la alte mijloace de investigare până se ajunge la stabilirea diagnosticului.

Ileusul biliar apare preponderent la vîrstnici cu tare asociate care se prezintă frecvent pentru tablou clinic de ocluzie intestinală, fără momentul operator, diagnosticul fiind stabilit intraoperator. Există două concepe de abordare a tratamentului chirurgical:

1. tratamentul radical - de rezolvare în același timp operator atât a ocluziei intestinale, cât și a fistulei bilio-digestivă.

2. tratamentul conservator - se rezolvă ocluzia intestinală prin enterolitotomie, urmând ca fistula bilio-digestivă să fie abordată în timpul unei intervenții chirurgicale programate (2, 3, 4, 5).

Prezentare de caz

Vom prezenta cazul unei paciente în vîrstă de 75 ani din mediul urban, pensionară, fără antecedente heredo-colaterale și care prezintă ca antecedentele personale hipertensiune arterială esențială, cardiopatie ischemică cronică, obezitate prin aport caloric.

Pacienta s-a prezentat la Spitalul Municipal „Sfinții Doctori Cosma și Damian” din Rădăuți pentru durere la nivelul etajului abdominal superior, grețuri, vârsături, tranzit intestinal lent.

La examenul ecografic s-a constatat intens meteorism abdominal cu dilatație de anse intestinale, aerobilie bilobară, colecist dificil de vizualizat, litiază veziculară de mici dimensiuni (de 5-6 mm), fără alte modificări.

Analizele de laborator la internare au evidențiat sindrom inflamator ușor, leucocitoză minimă, retenție azotată usoară (tabelul I).

Evoluția sub tratament a fost nefavorabilă

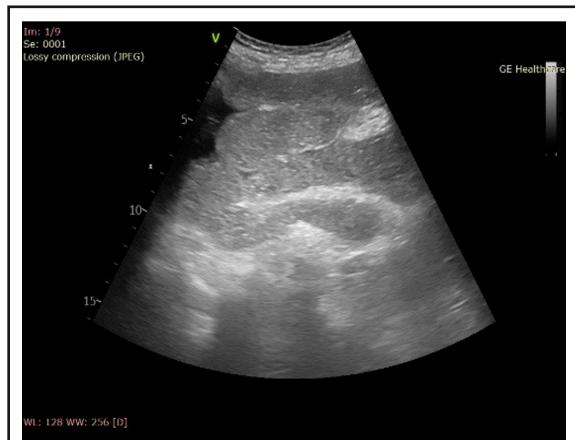


Figura 1. Aspectul ecografic al anselor intestinale.

(antispastice, reechilibrare hidroelectrolitică, antibiotice) prezentând la 2 zile de la internare, vărsături cu aspect bilio-digestiv, accentuarea durerilor abdominale, oligoanurie. După 2 zile de la internare analizele de laborator relevă sindrom inflamator important, leucocitoză, creșterea retenției azotate (tabelul II).

Tabelul II. Valoarea analizelor în dinamică.

Leucocite (mii/ μ L)	13,67	TGO(U/L)	7
Creatinina serică(mg/dL)	3,76	TGP(U/L)	14
Ureea serică(mg/dL)	125,1	Bilirubina totală(mg/dL)	0,26
Proteina C reactivă(mg/dL)	24,5	Bilirubina directă(mg/dL)	0,21
Glucoza serică (mg/dL)	16,70	Potasiu (mmol/L)	3,23

Se decide temporizarea intervenției chirurgicale pentru reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică, repaus alimentar, sondă nasogastrică. Pe parcursul spitalizării prezintă un episod de hematemeză pentru care s-a recomandat endoscopia digestivă superioară care a evidențiat: important reflux biliar, esofagită de reflux grad B (Clasificarea Los Angeles), mucoasa gastrică intens eritematoasă cu pișeturi hemoragice, pilor permeabil; DI - mucoasă intens eritematoasă, obs. diverticul duodenal cu corp strain intradiverticular/fistula colecistoduodenală, DII aspect normal.

Evoluția fiind trenantă se efectuează radiografie abdominală simplă, apoi computer-tomografie abdomino-pelvină, acestea evidențiind prezența niveelor hidro-aerice la nivelul anselor de intestin subțire în jumătatea proximală.

Tabelul I. Valoarea analizelor la internare.

Leucocite (mii/ μ L)	10,02	TGO(U/L)	10
Creatinina serică (mg/dL)	1,34	TGP(U/L)	12
Ureea serică(mg/dL)	66,1	Bilirubina totală (mg/dL)	0,7
Proteina C reactivă(mg/dL)	1,06	Bilirubina directă (mg/dL)	0,4
Glucoza serică (mg/dL)	141	Potasiu (mmol/L)	3,23
Amilaza serică(U/L)	53	Hemoglobina (g/dL)	12,4
Clor (mmol/L)	91,5	Hematocrit (%)	39,5



Figura 2. Aspectul endoscopic al fistulei colecistoduodenale cu un calcul de aprox. 8mm.



Figura 3. Radiografie abdominală simplă: nivele hidro-aerice medio-abdominal și hemiabdomenul stâng.

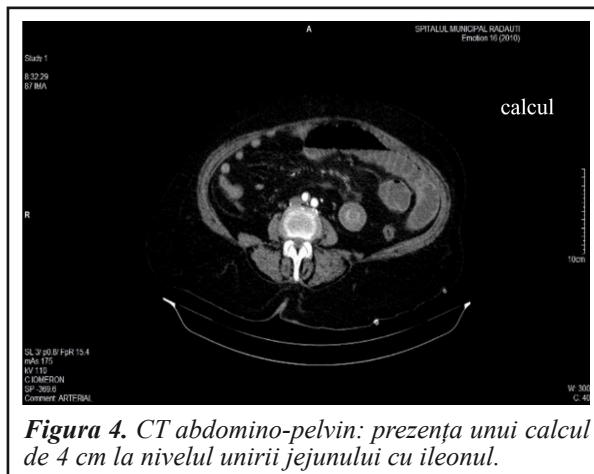


Figura 4. CT abdomino-pelvin: prezența unui calcul de 4 cm la nivelul unirii jejunului cu ileonul.

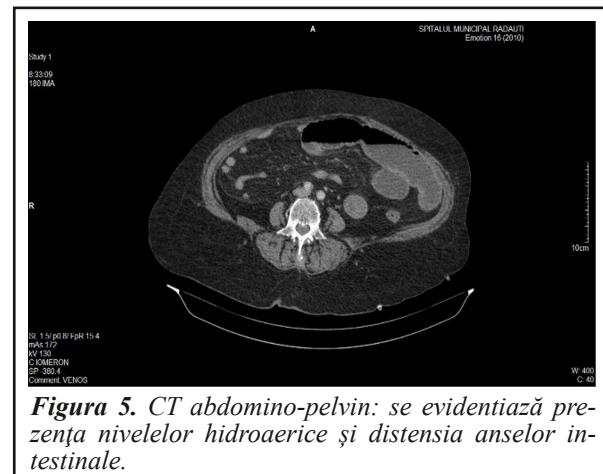
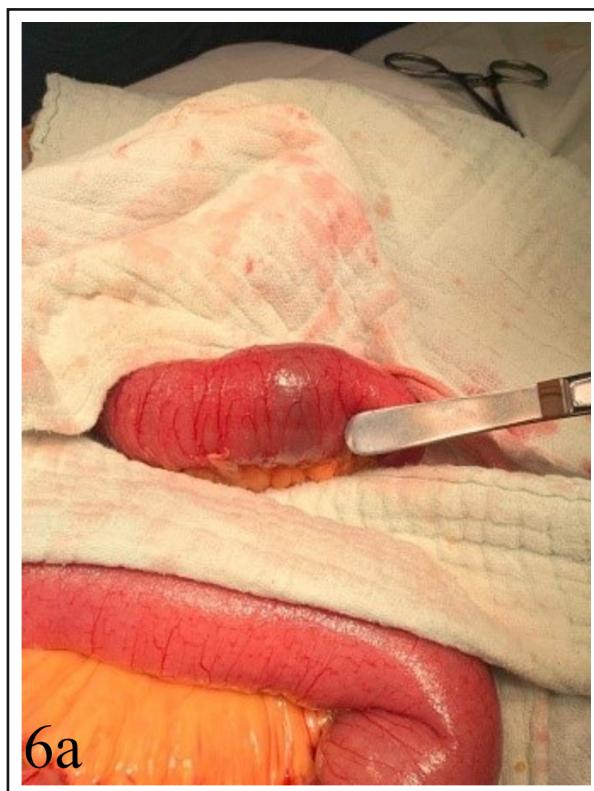
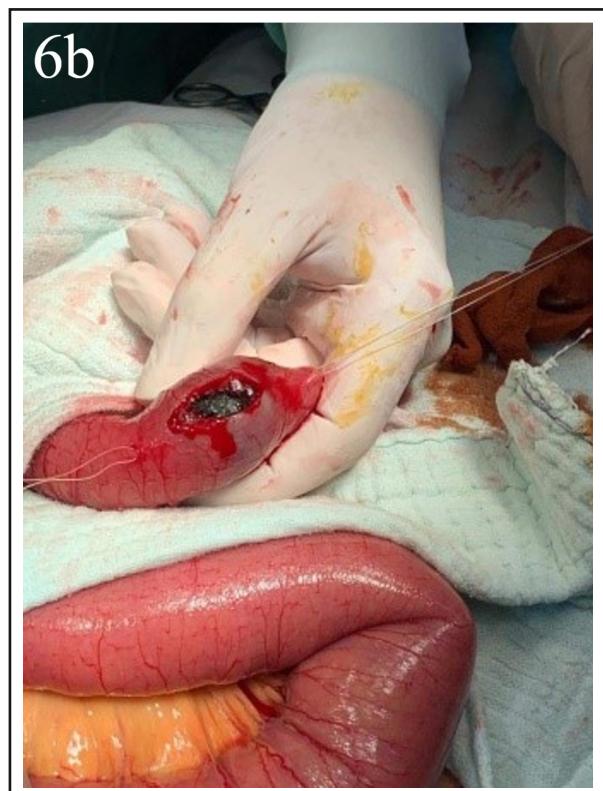


Figura 5. CT abdomino-pelvin: se evidențiază prezența nivelelor hidroaerice și distensia anselor intestinale.

S-a intervenit chirurgical sub anestezie generală cu IOT, prin incizie mediană de aproximativ 12 cm supra- și subombilical. Intraoperator s-a găsit importantă distensie la nivelul intestinului subțire aproximativ până la nivelul joncțiunii jejunoo-ileale unde se produce o decalibrare bruscă a diametrului jejunului, produsă de un calcul biliar de aproximativ 4/5/4 cm, care obturează total lumenul intestinal (figurile 3-5). La nivel subhepatic se constată prezența unui plastron în care a fost interesat colecistul, duodenul, colonul, marele epiploon imposibil de disecat. S-a practicat enterotomie de 4 cm cu extragerea calculului și enterorafie în 2 planuri. Se decide rezolvarea fistulei bilio-digestive într-o intervenție chirurgicală programată.



6a





6c

Figura 6 a, b, c. Imagini intraoperatorii.

ca diagnostic diferențial al ocluziei intestinale mai ales la pacienții vârstnici cu suferință biliară cunoscută evidentiată ecografic (6, 7, 8). Frecvența apariției ileusului biliar este estimată între 1-3,7% din cazurile de ocluzie intestinală în general și de aproximativ 18% la vârstnici (8, 9). Modalitatea de migrare a calculului din căile biliare în tractul gastrointestinal constă în formarea unei fistule colecisto-duodenale cel mai frecvent sau coledoco-duodenale. Au fost citate și cazuri de migrare: transjejunală, ileală sau colonică, mai rar transpapilară după ERCP (10, 11, 12, 13, 14). În funcție de localizarea obstacolului, ocluziile pot fi:

a. Înaltă - la nivelul duodenului, sindromul Bouveret, intestin subțire;

b. Joasă - la nivelul colonului (15, 16, 17).

Cel mai frecvent obstacol este la nivelul ileonului terminal 60-83% din cazuri (6, 8, 9).

În cazul prezentat, tabloul clinic a fost dominat de sindromul ocluziv intermitent cu alterarea stării generale, asocierea patologiei cardiaice și a suferinței renale care au influențat atitudinea chirurgicală, fiind necesară temporizarea gestului chirurgical. Explorarea paraclinică (ecografia abdominală, radiografia abdominală, endoscopia digestivă, computer-tomografia abdominală) a evidențiat prezența distensiei intestinale, a nivelelor hidroaerice și a posibilei fistule. Au fost îndeplinite criteriile

triadei clasice descrisă de Rigler (pneumobilia, anse dilatate, calcul biliar opac) ea fiind prezentă în 9,5-14,5 % din cazuri (8) în cazul prezentat opacitatea calculului fiind vizibilă la CT.

Tratamentul chirurgical trebuie să îndeplinească două deziderate: rezolvarea ocluziei prin enterolitotomie și desființarea fistulei bilio-digestive. Actul chirurgical presupune o etapă inițială de reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică, antibiototerapie cu durată variabilă în funcție de amplitudinea degradării stării generale la internare (3, 4, 15).

Concluzii

Cazul prezentat este unul particular în primul rând datorită unui tablou clinic neclar și oarecum înșelător. În al doilea rând apariția unui episod de hematemeză în evoluție a schimbat într-o primă fază supozitia de diagnostic, iar endoscopia a mai adus un diagnostic posibil. De aceea s-a recurs la computer-tomografie care a ridicat suspiciunea de ileus biliar și diagnosticul fiind confirmat intraoperator. În fața unui asemenea bolnav trebuie să ne gândim, chiar dacă ileusul biliar este foarte rar și la această posibilitate etiologică.

Bibliografie

1. Ellis, H. - *Special Forms of Intestinal Obstruction*. În "Maingot's Abdominal Operation", Ed. Appleton & Lange 1990, pag. 905 - 32.
2. Suteu, I., Bucur, A. - *Ocluziile intestinale*. În "Tratat de Patologie Chirurgicală", Ed. Medicală (Bucuresti) 1986, pag. 700-706.
3. Angelescu, N. - *Ocluziile intestinale*. În "Tratat de Patologie Chirurgicală", Ed. Medicală (Bucuresti) 2001, pag. 2168 - 2184.
4. Andronescu, P., Miron, A., Andronescu, C., Seicaru, T., Grădinaru, V. - *Optiuni terapeutice în ileusul biliar*. Chirurgia (Bucur.), 1996, 5:235.
5. Roslyn, J., Zimmer, M. - *Gallbladder and Extrahepatic Biliary System*. În "Principles of Surgery" sub redactia lui Schwartz S.I., 6th edition, Ed. Mc Graw - Hill Inc. 1994, pag. 273 - 275.
6. Ungureanu, D., Bratu, E., Daha, C. - *Optiuni terapeutice în fistulele biliare litiazice*. Chirurgia (Bucur.), 2001, 96:479.
7. Claven, P., Richon, J., Burgan, S., Roherner, A. - *Gallstone ileus*. Br. J. Surg., 1990, 77:737.

8. Mates, I. N., Dinu, D., Barla, R., Cherciu, B., Constantinoiu, S. - Ocluzia intestinală prin calcul biliar (ileus biliar); experiența clinică și revizuirea literaturii. *Chirurgia (Bucur.)*, 2002, 97:263.
9. Schwartz, S. I., Shires, G. T., Spencer, F. C. - *Gallbladder and Extrahepatic Biliary System*. În "Principles of Surgery", sub redactia lui Schwartz S.I., 5th edition, Ed. Mc Graw - Hill (New York) 1989, pag. 1393 - 1395.
10. Svonthalm, E., Andern-Sandberg, A., Evander A. - Diagnosis and Treatment of Gallstone Ileus. Report of 83 Cases. *Acta Chir. Scand*, 1982, 148:435.
11. Znegel, N., Hehli, A., Lindermann, F., Witte, J.- Advantages of One Stage Repair in Case of Gallstone Ileus. *Hepatogastroenteral*, 1997, 44:59.
12. Coulier, B., Coppens, J.P., Broze, B. - Computed Tomographic Diagnosis of Biliary Ileus. *J. Belge de Radiologie*, 1998, 8:75.
13. Gencosmanoglu, R., Inceoglu, R., Baysal, C., Akansel, S., Tozun, N. - Bouveret's Syndrome Complicated by a Distal Gallstone Ileus. *World J. Gastroenteral*, 2003, 9:2873.
14. Rodriguez, Hermosa J.I., Codina Cazador, A., Girones Vila, J., Roig Garcia, J. - Gallstone Ileus: Results of Analysis of a Series of 40 Patients. *Gastroenteral Hepatol.*, 2001, 24:489.
15. Pavlidis, T.E., Atmatzidis, K.S., Papazogas, B.T., Papaziogas, T.B. - Management of Gallstone Ileus. *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.*, 2003, 10:299.
16. Reisner R.M., Cohen J.R. - Gallstone ileus. *Mayo Clin. Proc.*, 2005, 80: 699.
17. Fenchell, R.F., Krige, J.E., Barnman, P.C. - Bouveret's Syndrome Complicated by Acute Pancreatitis. *Digestive Surgery*, 1999, 16:525.