

Przypadki niedrożności żółciowej jelita cienkiego w materiale własnym Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem

Cases of gallstone ileus

Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska, Jarosław Szymczuk

¹Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem

Streszczenie

W poniższej pracy przedstawiono dwa przypadki chorych operowanych z powodu niedrożności żółciowej jelita cienkiego w 2016 roku w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem. W czasie diagnostyki dolegliwości bólowych jamy brzusznej towarzyszących niedrożności przewodu pokarmowego tylko u jednej z pacjentek badanie obrazowe sugerowało obecność dużego złożu w jelicie cienkim. Obie chore były operowane laparoskopowo. Nie zaobserwowano powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: niedrożność żółciowa jelit

Chirurgia Polska 2017, 19, 1–2, 18–21

Abstract

A case of bowel obstruction in two female patients is reported. Pre-operative diagnostic of abdominal pain during bowel obstruction showed a huge gallstone in small intestine only in one of patients. Both patients were operated — laparoscopy. The postoperative course was uneventful.

Key words: gallstone ileus

Chirurgia Polska 2017, 19, 1–2, 18–21

Wprowadzenie

Niedrożność przewodu pokarmowego jest jedną z częstszych jednostek chorobowych spotykanych wśród pacjentów Oddziałów Chirurgicznych na całym świecie, natomiast niedrożność żółciowa jelita cienkiego jest kazuistyką. Jako przyczyna obturacji przewodu pokarmowego występuje w 1,4–6% przypadków, z czego 0,4–1,5% dotyczy pacjentów z kamicią żółciową pęcherzykową [1–6]. U kobiet powyżej 65. roku życia stanowi już jednak 23–25% wszystkich przyczyn wysokiej niedrożności jelit

[2, 4, 7]. Jedynie złoże powyżej 2–2,5 cm są powodem zamknięcia światła jelita, co skutkuje niedrożnością wysoką przewodu pokarmowego [4, 6, 7]. Niedrożność żółciowa może zdarzyć się w każdym odcinku jelita, zwykle jednak ma to miejsce w jego anatomicznych zwężeniach: w pobliżu zastawki krętniczko-kątnicznej oraz w okolicy zgięcia dwunastniczo-czczego. Początkowo objawy choroby mogą być niecharakterystyczne, jednak brak poprawy po leczeniu zachowawczym lub rozwój mechanicznej niedrożności przewodu pokarmowego skłaniają ku pogłębieniu diagnostyki lub leczeniu operacyjnemu.

Opis przypadków

W 2016 roku zaobserwowano w Oddziale Chirurgicznym „miniepidemię” niedrożności żółciowej — w odstępie miesiąca zdiagnozowano powyższą jednostkę chorobową u dwóch pacjentów w tak krótkim odstępie czasowym.

Poniższe omówienie będzie dotyczyło dwóch pacjentów płci żeńskiej. Oba przypadki były leczone operacyjnie w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem.

Pacjent I

Chora, lat 68, przyjęta do Oddziału z powodu dolegliwości bólowych jamy brzusznej oraz objawów niedrożności przewodu pokarmowego. W wywiadzie: stan po cholecystektomii z powodu kamicy żółciowej w przeszłości. Przy przyjęciu w wykonanej diagnostyce obrazowej z odchyłen od stanu prawidłowego stwierdzono: w USG jamy brzusznej — ślad płynu międzypęłowo w miednicy oraz przelewającą się treść płynną w jelitach, w RTG jamy brzusznej na stojąco — poziomy płynu w jelitach (ryc. 1–3). W badaniach laboratoryjnych z odchyłen od normy jedynie mierna leukocytoza $10,59 \cdot 10^3/\mu\text{l}$.

Pomimo włączonego leczenia zachowawczego dolegliwości nie ustąpiły, doszło do zaostrzenia objawów niedrożności. Zakwalifikowano chorą do leczenia operacyjnego (dzień po przyjęciu do Oddziału). Wykonano laparoskopię — ewakuowano kamień żółciowy z jelita cienkiego. W drugiej dobie pooperacyjnej chorą wypisano do domu.



Rycina 1. RTG jamy brzusznej na stojąco przy przyjęciu



Rycina 2. RTG klatki piersiowej przy przyjęciu



Rycina 3. RTG jamy brzusznej na stojąco przedoperacyjnie

Pacjent II

Chora przekazana z Oddziału Wewnętrznego z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego — wymioty treścią kałową. Pacjentka z obciążeniami z zakresu chorób przewlekłych oraz metabolicznych: nadciśnienie tętnicze, utrwalone migotanie przedsionków, nadczynność tarczycy, cukrzyca typu 2, otyłość, kamica pęcherzyka żółciowego. Przy przyjęciu do Szpitala w wykonanej diagnostyce obrazowej (radiogramy) bez odchyłen od normy. W badaniach laboratoryjnych z odchyłen od normy: bilirubina — 1,43 mg/dl, kreatynina

— 2,6 mg/dl, CRP — 93, D-Di — 11 344,69. W kolejnych dobach hospitalizacji zaobserwowano odcinkowo rozdęte pętle jelita cienkiego z poziomami płynu — *subileus* (trzecia doba). W dziewiątej dobie hospitalizacji pacjentkę przeniesiono na Oddział Chirurgiczny w celu dalszego leczenia z powodu nasilenia się objawów niedrożności przewodu pokarmowego — w RTG jamy brzusznej na stojąco z podaniem gastrografiny uwidoczniło poszerzenie lewego moczowodu z drobnym niecieniującym złogiem w ujściu międzymiedniczkowym lub zwężenie podmiedniczkowe moczowodu, rozdęte pętle jelita cienkiego z poziomami płynu oraz konkrement/złóg.

W diagnostyce obrazowej istnieje triada Riglera: 1. niedrożność jelita cienkiego. 2. pneumobilia. 3. zmineralizowany konkrement na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej.

Obecność dwóch z trzech objawów przemawiać może za niedrożnością żółciową (ryc. 4–6).

Pacjentkę zakwalifikowano do operacji — wykonano leczenie chirurgiczne identyczne jak w przypadku omawianej pacjentki I. W siódmej dobie pooperacyjnej chorą wypisano do domu.

Omówienie

U obu opisywanych pacjentek stwierdzono niedrożność przewodu pokarmowego na tle kamienia żółciowego — jest to rzadka przyczyna obturacji przewodu pokarmowego. Pierwsze opisy w piśmiennictwie zostały opublikowane w 1654 roku przez E. Bartholiniego, następnie w latach kolejnych przez: Beaussiera (1770 r.), Bonneta

(1841 r.) oraz Bouvereta (1896 r.). Do dziś zablokowanie dwunastnicy przez kamień żółciowy nazywane jest zespołem Bouvereta [3, 5–7], zaś niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego spowodowana kamieniem żółciowym określana jest jako zespół Bernarda [8, 9].

Obie pacjentki operowane laparoskopowo, zaś w przebiegu pooperacyjnym nie odnotowano powikłań (ryc. 7, 8). U obu chorych w wywiadzie kamica żółciowa. Według danych z piśmiennictwa niedrożność żółciowa rozwija się jako powikłanie wieloletniej, objawowej kamicy żółciowej w 0,4–1,5% przypadków [1, 2]. Badaniem o najwyższej czułości i specyficzności jest tomografia



Rycina 5. RTG klatki piersiowej przedoperacyjnie



Rycina 4. RTG jamy brzusznej na stojąco wykonany w Oddziale Chorób Wewnętrznych



Rycina 6. RTG jamy brzusznej na stojąco przedoperacyjnie (znacznik szary: widoczne zwężenie podmiedniczkowe moczowodu lewego, znacznik biały: złóg żółciowy)



Rycina 7. Niedrożność przewodu pokarmowego — jelito cienkie z kamieniem żółciowym



Rycina 8. Ewakuacja kamienia żółciowego w czasie zabiegu operacyjnego

komputerowa, która jednak nie zawsze jest jednoznaczną metodą diagnostyczną [10].

Więcej niż jeden kamień żółciowy jest przyczyną niedrożności w 3–40% przypadków [11].

Pacjentki wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, jedną w czwartej dobie pooperacyjnej, zaś drugą w siódmej dobie pooperacyjnej.

Pismienictwo

1. Kożuch M, et al. Przypadek niedrożności żółciowej jelita cienkiego. *Prz Gastroenterol.* 2008; 3: 268–70.
2. Doogue MP, Choong CK, Frizelle FA. Recurrent gallstone ileus: underestimated. *Aust N Z J Surg.* 1998; 68(11): 755–756, indexed in Pubmed: [9814734](#).
3. Muthukumarasamy G, Venkata SP, Shaikh IA, et al. Gallstone ileus: surgical strategies and clinical outcome. *J Dig Dis.* 2008; 9(3): 156–161, doi: [10.1111/j.1751-2980.2008.00338.x](#), indexed in Pubmed: [18956594](#).
4. Lübbers H, Mahlke R, Lankisch PG. Gallstone ileus: endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum. *J Intern Med.* 1999; 246(6): 593–597, indexed in Pubmed: [10620104](#).
5. Andersson EJ, Kullman EP, Halldestam IR, et al. Bouveret's syndrome followed by gallstone entrapment in the stomach: an uncommon cause of upper gastrointestinal bleeding and gastric retention. *Eur J Surg.* 2000; 166(2): 183–185, doi: [10.1080/110241500750009582](#), indexed in Pubmed: [10724501](#).
6. Yau KK, Siu WT, Tsui KK. Migrating gallstone: from Bouveret's syndrome to distal small bowel obstruction. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006; 16(3): 256–260, doi: [10.1089/lap.2006.16.256](#), indexed in Pubmed: [16796435](#).
7. Kirchmayr W, Mühlmann G, Zitt M, et al. Gallstone ileus: rare and still controversial. *ANZ J Surg.* 2005; 75(4): 234–238, doi: [10.1111/j.1445-2197.2005.03368.x](#), indexed in Pubmed: [15839973](#).
8. Buchs NC, Azagury D, Chilcott M, et al. Bouveret's syndrome: management and strategy of a rare cause of gastric outlet obstruction. *Digestion.* 2007; 75(1): 17–19, doi: [10.1159/000101561](#), indexed in Pubmed: [17429202](#).
9. Grzeszewski S, et al. Wysoka niedrożność przewodu pokarmowego spowodowana kamieniem żółciowym – doświadczenia własne. *Ann Acad Med Stetin.* 2012; 58(1): 18–22.
10. Lasson A, Lorén I, Nilsson A, et al. Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge. *Eur J Surg.* 1995; 161(4): 259–263, indexed in Pubmed: [7612768](#).
11. Clavien P, Richon J, Burgan S, et al. Gallstone ileus. *Br J Surg.* 1990; 77(7): 737–742, indexed in Pubmed: [2200556](#).

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska
Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem
e-mail: magjet@poczta.fm

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.05.2017 r.