

17. Pinero A., Rios A., Castellanos G., Carrasco M., Parrilla P. *Intestinal invagination in the adult*. Gastroenterol. Hepatol., 1998, 21: 398–400.

Rezumat

Leiomiomul intestinului subțire are o evoluție asimptomatică, deseori manifestându-se deja prin complicații destul de severe. Vă comunicăm un caz de leiomiom al jejunului complicat, cu ocluzie intestinală acută prin invaginație. O femeie de 38 ani a fost internată cu tabloul clinic de ocluzie intestinală înaltă. Intraoperator a fost depistată o invaginație a intestinului subțire, cauzată de un leiomiom, situat pe partea mezenterică a intestinului subțire. A fost efectuată rezecția intestinului subțire cu anastomoză primară. Examenul histologic a determinat un leiomiom intraluminal. Perioada postoperatorie a decurs favorabil. Pacienta a fost externată la a 7-a zi în stare satisfăcătoare.

Summary

Leiomyoma of bowel has an uncommon evolution and very often it is primarily manifested by severe complications. We provide one case of leiomyoma of the jejunum complicated with severe intestinal occlusion through invagination. A 38-year old female patient was admitted with high intestinal occlusion. The intraoperative intervention showed a small intestine invagination caused by one leiomyoma, situated in mesenteric wall of the small intestine. A small intestine resection with primary anastomosis has been performed. Histological tests showed an intraluminal leiomyoma. The postoperative period was favorable. The patient discharged on the 7th postoperative day.

FITOBEZOARUL GASTRIC ASOCIAT CU ULCERE GASTRICE HEMORAGICE

Gheorghe Ghidirim¹, academician, **Igor Mișin**², dr. hab. în medicină, conf. univ.,
T. Melnic³, șef secție Traumatism asociat, **E. Capcelea**⁴, medic chirurg, **M. Brînză**⁵, medic
radiolog, **M. Cernat**⁶, medic rezident, chirurg, Catedra Chirurgie nr. 1 „N. Anestiade”,
CNȘPMU

Introducere

Bezoarul este o concrețiune calculoasă formată din corpi străini (resturi vegetale, fire de păr, substanțe medicamentoase) și resturi alimentare nedigerate, toate fixate în tractul gastrointestinal. Ei conțin sau sunt formați dintr-o gamă largă de substanțe, dar cele mai des conțin fibre și resturi vegetale (fitobezoar), fire de păr (trihobezoar), substanțe solide medicamentoase (farmacobezoar) [1] și mai rar concentrate de lapte (lactobezoar), material plastic, poliester (plastobezoar), resturi de bumbac (bezoar de bumbac) [2]. Cea mai frecventă localizare este stomacul [3], dar se mai întâlnesc în duoden, pe intestinul subțire, gros, rect, ocazional chiar în esofag [4]. Tabloul clinic depinde de localizare și se poate prezenta de la asimptomatic până la sindromul de abdomen acut. Bezoarele gastrice se pot asocia cu ulcere gastrice, dar complicația cea mai frecventă este reprezentată de ocluzia intestinală, cauzată de migrarea fragmentelor de fitobezoar; uneori apare anemia, hematemeza, melena, perforația și peritonita [1]. În articolul de față autorii prezintă un caz de fitobezoar gastric, asociat cu ulcere gastrice hemoragice, rezolvat prin rezecție gastrică tip Billroth I și revista literaturii contemporane în ceea ce privește bezoarele gastrice.

Prezentarea cazului.

Pacientul G.M. 20 de ani s-a prezentat în mod urgent în unitatea de chirurgie a IMSP Spitalului Clinic Municipal de Urgență, după 3 zile de la debutul bolii cu acuze: dureri în epigastru, vomă cu „zaț de cafea”, scaun „melană”, slăbiciuni generale. Pacientul prezenta anamnezic de disconfort și dureri periodice în epigastru timp de 1 lună. Bolnavul a fost examinat de consiliul de medici și internat în secția de reanimare.

Examenul clinic general la internare a relevat un pacient cu stare generală de gravitate medie, astenic, cu ponderabilitate scăzută, tegumente palide. Pulsul 92 bătă/min, TA=110/70

mmHg. Examenul local a prezentat un abdomen moderat balonat, dureros la palpare în epigastru și mezogastru. Tușeul rectal: ampula rectală liberă, cu conținut melenic. Probele biologice sanguine relevă leucocitoză ($10 \cdot 10^9/L$), $Er=3,8 \cdot 10^{12}/L$, $Hb=125 \text{ g/L}$, $Ht=0,36\%$, Proteina totală= 56 g/L , Bilirubina totală= 25 mmol/L , bilirubina indirectă= 22 mmol/L ; în rest probele biologice cu valori normale. Fibroesofagogastroduodenoscopia (FEGDS) a decelat un stomac de formă obișnuită, în lumen un cheag masiv, ocupând aproape tot stomacul. Pe curbura mică un ulcer calos cu diametrul 2,5 cm acoperit cu hemosiderină (Forrest III), în regiunea antrală un ulcer calos cu diametrul 2 cm cu un vas în mijloc, din care se prelinge sânge (Forrest Ib). S-a efectuat hemostaza endoscopică cu sol. Trombină 250 U. La FEGDS în dinamică efectuată peste 6 zile în stomac s-a depistat un corp străin masiv de culoare neagră, dur la palpare; ulcer calos pe curbura mică cu diametrul 3 cm acoperit cu fibrină (Forrest III) și 2 vase trombate (Forrest IIa). În regiunea antrală un ulcer cronic cu diametrul 2 cm acoperit cu fibrină (Forrest III). S-a efectuat hemostaza endoscopică repetată cu sol. Trombină 250 U. Corpul străin a fost interpretat ca fitobezoar.

Tentativa endoscopică de a înlătura fitobezoarul fără succes.

Radioscopia stomacului a determinat un stomac mărit în volum, în porțiunea inferioară se vizualizează 2 formațiuni mari – $7 \times 12 \text{ cm}$ și $7,5 \times 7,5 \text{ cm}$ cu contururi nete, bine delimitate (fitobezoare). Pe curbura mică se vizualizează o „nișă” cu diametrul 2,5 cm cu val infiltrativ perinișic și convergența pliurilor spre nișă. În regiunea antrală o nișă ulceroasă cu diametrul de 1 cm. Peristaltismul gastric pronunțat, evacuarea primară la timp. (fig. 1 – a, b).



Fig. 1 – a, b. Radiografia baritată a stomacului (2 proiecții). Corp străin gastric (fitobezoar)

După o pregătire preoperatorie cu compensarea anemiei, reechilibrarea hidroelectrolitică, a fost efectuată intervenția chirurgicală. Explorarea chirurgicală prin laparotomie mediană superioară a evidențiat un stomac mărit în volum cu 2 corpi străini masivi, pe curbura mică un ulcer cronic cu infiltrație periulceroasă. S-a efectuat gastrotomie și înlăturarea corpiilor străini. Vizualizarea ulcerelor gastrice caloase complicate de hemoragie Forrest 1b a impus o rezecție gastrică 2/3 după procedeele Billroth I cu suturi într-un singur plan.

Macropreparat fig. 2.

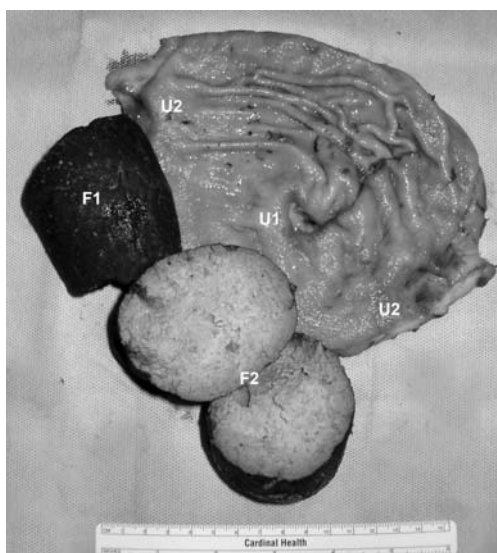


Fig. 2. Piesă operatorie. Stomac în secțiune cu fitobezoar (U1, U2 – ulcere; F1, F2 – fitobezoar)

Rezultatul histologic ne confirmă diagnosticul de 1- Fitobezoar (*fig. 3*) și 2- Ulcere cronice gastrice cu necroză pronunțată în regiunea fundului și infiltrație inflamatorie limfo-histiocitară a țesutului adiacent.

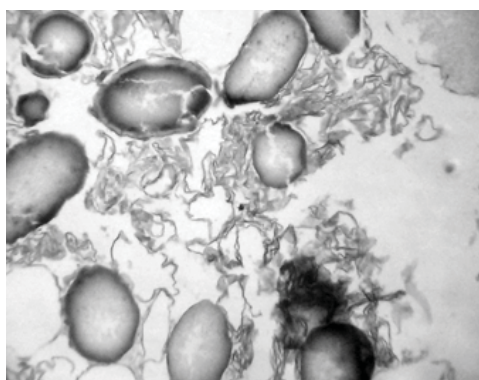


Fig. 3. Aspect microscopic al fitobezoarului (HEx40)

Rezultate: evoluția postoperatorie a decurs fără complicații, cu reluarea timpurie a tranzitului intestinal și externare la domiciliu la 9-a zi postoperatorie.

Discuții. Termenul „bezoar” provine din limba arabă (persană) și se pare că reprezintă derivatul cuvântului „padzahr” ceea ce înseamnă „antidot”, deoarece în evul mediu oamenii foloseau bezoare provenite din stomacul diferitor animale ca antidot împotriva diverselor otrăvuri [1].

Bezoarele au fost detectate din cele mai vechi timpuri în tractul digestiv al unor animale și oameni. Însă primele înregistrări despre trihobezoare datează din 1779 și aparțin lui Baudamant. În 1896 Stelzner a raportat primul caz de trihobezoar diagnosticat preoperatoriu [6].

Bezoarele se clasifică conform compoziției lor. Există o anumită predilecție geografică pentru diferitele tipuri de bezoare: fitobezoarele se întâlnesc mai des la populația din Asia care se caracterizează printr-o dietă mai bogată în fibre (mai ales ciuperci, citrusuri, curmale). Fitobezoarele sunt formate din fibre de celuloză nedigerate, tanine, lignine provenite din legumele și fructele ingerate (struguri, cireșe, smochine, prune, citrusuri, alune, coji de cartof). Acestea conțin o concentrație mai mare de monomeri de tanină care se polimerizează în prezența acidului clorhidric diluat și formează un complex proteico-celulozo-taninic care se comportă ca o substanță de cimentare, formând o masă lipicioasă [7].

Trihobezoarele sunt caracteristice copiilor și femeilor cu păr lung și dereglări psihosomatice. Ele sunt formate din cantități mari de fire de păr de diferită dimensiune ferm alipite. Disopirobezoarele sunt formate din semințe și coji de curmale și sunt caracteristice regiunilor de cultivare a acestor fructe [7]. Lactobezoarele se întâlnesc la nou-născuți și apar datorită motilității gastrice scăzute, deshidratării și formulelor concentrate de lapte [8]. Alte tipuri de bezoare sunt farmacobezoarele, bezoarele de bumbac, bezoarele de plastic, bezoarele de metal, dar acestea se întâlnesc ocazional, în literatură existând doar câteva cazuri descrise.

Datele literaturii sunt controversate în ceea ce privește incidența bezoarelor. În 2 studii mari endoscopice bezoarele s-au detectat la 0.4% pacienți [9]. Un alt studiu la pacienții cu antrumectomii supuși manevrelor endoscopice pentru diverse simptome a detectat o incidență de 10-25% cazuri [10]. Aproximativ 4% s-a detectat la pacienții cu bezoare gastro-intestinale ce s-au internat cu simptome de ocluzie intestinală [7].

În afară de aportul excesiv de fibre, alte cauze de formare a bezoarelor sunt dentiția defectuoasă și anamnezic de operație gastrică. Bezoarele de bumbac, cele de plastic, de metal ș.a. apar de cele mai dese ori în stomac sănătos, intact, deoarece dimensiunile sau consistența lor nu le permite trecerea prin pilor. Pacienții fără sau cu proteze dentare vicioase au funcția masticatorie diminuată ceea ce rezultă în digerare insuficientă a fibrelor de celuloză care nimeresc ulterior în tractul gastrointestinal sub formă de masă celulozică nedigerată. Operațiile gastrice se consideră că alterează fiziologia gastrică prin mecanisme complexe. Vagotomia trunculară bilaterală cauzează mediul gastric hipoacid cu motilitate și evacuare gastrică scăzută, ceea ce predispune la dezvoltarea bezoarelor gastrice. Stările patologice precum diabetul zaharat, hipotiroidismul și anemia pernicioasă modifică fiziologia gastrică într-un mod similar și au fost asociate cu formarea de bezoare gastrice la pacienții cu tract gastrointestinal intact. Swift și alți cercetători [11] au sugerat că diferitele tipuri de operații gastrice influențează localizarea bezoarelor și modul lor de prezentare. Rezeccțiile gastrice distrug sau modifică sfincterul piloric, astfel facilitând migrarea ghemurilor de fibre celulozice nedigerate în intestinul subțire unde acestea cauzează ocluzii intestinale [7]. Pacienții post-gastrectomie și pacienții cu gastropareză diabetică sunt mai expuși riscului de formare de bezoare, datorită motilității și digestiei gastrice neadecvate.

Simptomatologia clinică, produsă de fitobezoare gastrice, este vagă și nespecifică, dar în același timp variată. Simptomele depind, în mare parte, de dimensiunea, localizarea și gradul de dereglare a fiziologiei gastrice [1]. Durerile abdominale (49-100%), disfagia (80%), grețurile și voma (35-78%) și sindromul de ocluzie intestinală înaltă (94.73%) au fost detectate ca simptome clinice principale. Se mai întâlnește senzația de plenitudine sau balonare, anorexie cu pierdere în greutate sau chiar hemoragie gastrointestinală [12-15]. În cazurile cu complicații se pot determina unde peristaltice diminuate, diaree, constipație, vomă, dispepsie, cefalee, sațietate precoce. Uneori bezoarele gastrice se asociază cu formarea de ulcere gastrice, ca în cazul pacientului nostru, iar cele intestinale – cu sindromul de ocluzie intestinală [6]. Din investigațiile de laborator merită atenție leucocitoza (până la $28 \cdot 10^9/L$) și subfebrilitatea [2]. Mecanismele de formare a ulcerelor gastrice sunt probabil condiționate de fenomenele de compresie sau de hipotrofie și de hipoalimentare a mucoasei gastrice în locul escarelor.

Bezoarele gastrice sunt ușor detectabile la majoritatea pacienților. Radiografia de ansamblu a abdomenului, la fel ca radiograma pacientului nostru, este investigația de primă instanță care detectează ușor bezoarele gastrice solide. Cu toate acestea, apar dificultăți la pacienții cu bezoare radiotransparente care necesită radiografia de contrast cu bariu sau CT. Aspectul clasic al bezoarelor în radiografia baritată este prezentat de defectul de umplere în stomac. Bariul deseori penetrează bezoarul demonstrând un aspect marmorat, similar cu cel din tumorile vilozitate. Segmente dilatate se pot vedea proximal. La fel studiul baritat este util în detectarea elementelor gastrice reziduale ale bezoarelor [13,16,17]. Ultrasonografia poate sugera suprafețe hiperecogene în formă de arc și umbră acustică posterioară a bezoarelor în lumenul gastric.

Scanarea CT posedă un mare potențial de diagnostic al bezoarelor. Este o metodă nonoperatorie și rapidă și poate ușor determina cauza, localizarea și gradul de obstrucție. Conform unor cercetători morfologia tipică a bezoarelor la CT include o formațiune intraluminală rotundă, ovoidă sau tubulară cu bule de gaz interne, demarcată de pereții gastrici [19,20].

Abordul endoscopic este cel mai delicat test diagnostic cu o sensibilitate ce se apropie de 100% [22]. El poate servi și drept metodă de tratament [21]. În timpul investigației se poate determina tipul de bezoar după culoare și conținut, patologiile asociate ca ulcere, gastrite ș.a., și se poate preleva biopsie. Endoscopia este utilă și în determinarea numărului, dimensiunii și schimbărilor care le suferă bezoarele, precum și eficacitatea tratamentului [23-25].

Complicațiile întâlnite în cazul bezoarelor includ sindromul de ocluzie intestinală, perforație gastrică, ulcere gastrice și gastrită [27]. Complicațiile tratamentului conservativ al bezoarelor gastrice cuprind natriemie hiperosmolară, edem pulmonar hemoragic, abces faringeal, lezări iatrogene esofago-gastrice (perforație, lacerare, hematom, ulcerare), lezări de corzi vocale ș.a. [28].

În prezent, managementul terapeutic al bezoarelor este empiric, deoarece nu au existat studii directe de comparare a diferitelor opțiuni precum schimbarea de regim alimentar, medicamente prokinetice, lavajul gastric, dizolvarea enzimatică, manevre de eliminare endoscopică și tratament chirurgical [26]. Astfel, tratamentul bezoarelor gastrice poate fi divizat în trei categorii principale: medicamentos – enzimatic (inclusiv substanțe proteolitice, mucolitice și celulolitice precum Papaza, Celulaza sau Acetilcisteina), terapia cu Metoclopramid sau dietă lichidiană; mecanic – lavaj gastric, manevre endoscopice; tratament chirurgical – procedee videolaparoscopice sau intervenții chirurgicale tradiționale [1]. Desigur, utilizarea combinată a acestor metode de tratament poate fi impusă de fiecare caz particular.

Printre substanțele enzimatic utilizate în practica medicală se numără N-acetilcisteina administrată sub formă de soluție prin sonda nazo-gastrică, comprimate de papaină (10.000 unități sau 2 comprimate făcute praf și administrate după fiecare masă) și celulaza administrată în comprimate (făcute praf și administrate după masă) sau sub formă de soluție prin sonda nazo-gastrică (1 L soluție timp de 24 ore pe o perioadă de 2 zile). Nu s-au raportat cazuri de efecte adverse ale N-acetilcisteinei și nici ale celulazei, dar cu papaina au fost descrise cazuri de perforație esofagiană, ulcere gastrice și hipernatriemie. Sunt descrise în literatură [18,38,5] câteva cazuri de utilizare ca dizolvant în tratamentul fitobezoarelor a băuturii carbogazoase Coca-Cola® administrată diurn prin sondă nazo-gastrică (acțiunea ei se atribuie, probabil, conținutului de acid fosforic care poate produce un pH de 2.6, iar acidul carbonic produce dioxid de carbon care la fel scade pH gastric) [26].

În cadrul manevrelor endoscopice, primul pas este determinarea permeabilității pilorice și verificarea absenței stricturii duodenale înaintea fragmentării bezoarului. Dacă bezoarul nu este prea mare, el poate fi extras utilizând un coș special sau prin absorbție directă [29]. Dacă bezoarul este destul de mare și pilorul normal, se poate efectua fragmentarea lui cu o ansă endoscopică [30], disector electrochirurgical [31], litotriptor [30,32,33], litotripsie endoscopică sau electrohidraulică [32,33], distrugere cu laser [34], ansa Dormia sau litotriptor mecanic [35]. După fragmentare endoscopică se pot combina agenți enzimatici, lavaj gastric cu NaHCO₃, în cazul disopirobezoarelor, sau soluție de 0.1N de acid clorhidric, dizolvantul de carne a lui Adolph, pancrealipaza, pancreatin, clorură de zinc de 1-2%, chiar soluție de Coca-Cola®.

Cu toate că au fost raportate cazuri încununat de succes, utilizând manevrele endoscopice, acestea servesc doar ca o alternativă a intervenției chirurgicale tradiționale [36,37]. Opțiunile chirurgicale în cazul bezoarelor sunt gastrotomia și/sau enterotomia, în dependență de localizarea fitobezoarului. În cazul asocierii complicațiilor, se poate aplica rezecția gastrică sau intestinală. În studiul lui Kilam [37] din 28 cazuri cele mai multe au fost rezolvate prin gastrotomie și/sau enterotomie (85.71%) și doar 4 cazuri (14.28%) prin gastrectomie subtotală sau rezecție de intestin. În cazul pacientului nostru, datorită asocierii ulcerelor gastrice acute complicate cu hemoragie, s-a efectuat „Rezecție gastrică 2/3 procedeu Billroth I”.

În concluzie se poate afirma că cele mai multe bezoare sunt reprezentate de fitobezoare. Pentru diagnosticul lor se utilizează radiografia de ansamblu a abdomenului, examenul baritat, USG, CT și manevrele endoscopice. În cazuri fără complicații, opțiunile terapeutice sunt utilizarea agenților enzimatici, lavajului gastric mecanic și a manevrelor endoscopice sau extragere chirurgicală.

Bibliografie selectivă

1. Dwivedi AJ, Chahin F, Agrawal S, Patel J, Khalid M, Lakra Y. *Gastric phytobezoar: treatment using meat tenderizer*. Dig Dis Sci. 2001;46(5):1013-5.

2. Zhang RL, Yang ZL, Fan BG. *Huge gastric diospyrobezoar: a case report and review of literatures*. World J Gastroenterol. 2008 7;14(1):152-4.
3. Sanei Taheri M, Kharrazi SM, Haghightkhah HR, Moharamzad Y. *Unusual acute formed gastric bezoars due to plaster ingestion successfully treated by gastric irrigation: report of two cases*. Emerg Radiol. 2008;15(5):357-9.
4. Nomura H, Kitamura T, Takahashi Y, Mai M. *Small-bowel obstruction during enzymatic treatment of gastric bezoar*. Endoscopy. 1997;29(5):424-6.
5. Chung YW, Han DS, Park YK, et al. *Huge gastric diospyrobezoars successfully treated by oral intake and endoscopic injection of Coca-Cola*. Dig Liver Dis. 2006; 38(7):515-7.
6. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, Dervisoglu A, Polat C, Senyurek G, Yetim I, Ozkan K. *Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases*. World J Gastroenterol. 2005 28;11(12):1813-7.
7. Ho TW, Koh DC. *Small-bowel obstruction secondary to bezoar impaction: a diagnostic dilemma*. World J Surg. 2007;31(5):1072-8.
8. White NB, Gibbs KE, Goodwin A, Teixeira J. *Gastric bezoar complicating laparoscopic adjustable gastric banding, and review of literature*. Obes Surg. 2003;13(6):948-50.
9. Kadian RS, Rose JF, Mann NS: *Gastric bezoars: Spontaneous resolution* Am J Gastroenterol 70:79–82, 1978.
10. Blackstone MO: *Endoscopic Interpretation*. New York, RavenPress, 1984, p. 186.
11. Swift RI, Wood CB, Hershman MJ. *Small bowel obstruction due to phytobezoars in the intact gastrointestinal tract*. J R Coll Surg Edinb. 1989;34(5):267-9.
12. Andrus CH, Ponsky JL. *Bezoars: Classification, pathophysiology and treatment*. Am J Gastroenterol 1988; 83(5): 476-478.
13. Verstandig AG, Klin B, Blomm RA, Hadas I, Libson E. *Small Bowel Phytobezoars: Detection with Radiography*. Radiology 1989; 172(3): 705-707.
14. Mangold D, Woolam GL, Garcia-Rinaldi R. *Intestinal obstruction due to phytobezoars: observations in two patients hypothyroidism and previous gastric surgery*. Arch Surg 1978;113(8): 1001-1003.
15. Rumley TO, Hocking MP, King CE. *Small bowel obstruction secondary to enzymatic digestion of a gastric bezoars*. Gastroenterology 1983; 84(3): 627-629.
16. Ko YT, Lim JH, Lee DH, Yoon Y. *Small intestinal phytobezoar: Sonographic detection*. Abdom Imaging 1993; 18: 271-273.
17. McCracken S, Jongeward R, Silver TM, Jafri SZ. *Gastric trichobezoar: Sonographic findings*. Radiology 1986; 161(1):123-124.
18. Ladas SD, Triantafyllou K, Tzathas C, Tassios P, Rokkas T, Raptis SA. *Gastric phytobezoars may be treated by nasogastric Coca-Cola lavage*. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002;14(7):801-3.
19. Quiroga S, Alvarez-Castells A, Sebastia MC, et al. *Small bowel obstruction secondary to bezoar: CT diagnosis*. Abdom Imaging 1997;22(3):315–317.
20. Kim JH, Ha HK, Sohn MJ, et al. *CT findings of phytobezoar associated with small bowel obstruction*. Eur Radiol 2003;13(2):299–304.
21. Benes J, Chmel J, Stuka C, Nevorál J: *Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy*. Endoscopy 1991;23(6):346–348.
22. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, Lujan JA, Torralba JA, Liron R, Moreno A: *Gastrointestinal bezoars*. Br J Surg 1994; 81(7): 1000–1001.
23. Walker-Renard P: *Update on the medicinal management of phytobezoars*. Am J Gastroenterol 1993; 88(10): 1663–1666.
24. Hayes PG, Rotstein OD: *Gastrointestinal phytobezoars: presentation and management*. Can J Surg 1986; 29(6): 419–420.
25. Mitchell K S, Lawrence JB: *Gastric foreign bodies and bezoars*. In: Lawrence JB (ed) Clinical practice of gastroenterology, vol. 1, 10th edn., 1999, Current Medicine Inc, Philadelphia.
26. Martínez de Juan F, Martínez-Lapiedra C, Picazo V. *Phytobezoar dissolution with Coca-Cola*. Gastroenterol Hepatol. 2006; 29(5):291-3.
27. Krausz MM, Moriel EZ, Ayalon A, Pode D, Durst AL. *Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment*. Am J Surg 1986; 152(5): 526-530.
28. Blam ME, Lichtenstein GR. *A new endoscopic technique for the removal of gastric phytobezoars*. Gastrointest Endosc 2000; 52(3): 404-408.
29. Fukuya T, Hawes DR, Lu CC, Chang PJ, Barloon TJ. *CT diagnosis of small-bowel obstruction: Efficacy in 60 patients*. Am J Roentgenol 1992; 158(4): 765-769.

30. Lübke HJ, Winkelmann RS, Berges W, Mecklenbeck W, Winbeck M. *Gastric phytobezoar: Endoscopic removal using the gallstone lithotripsy*. Gastroenterology 1988; 26(8):393-396.
31. Wang YG, Seitz U, Li ZL, Sohendra N, Qiao XA. *Endoscopic management of huge bezoars*. Endoscopy 1998; 30(4): 371-374.
32. Kuo JY, Mo LR, Tsai CC, Yueh SK, Lin RC, Hwang MH. *Endoscopic fragmentation of gastric phytobezoars by electrohydraulic lithotripsy*. Gastrointest Endosc 1993; 39(5): 706-708.
33. Benes J, Chmel J, Jodl J, Stuka C, Nevoral J. *Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy*. Endoscopy 1991; 23(6): 346-348.
34. Naveau S, Poynard T, Zourabichvili O, Poitrine A, Chaput JC. *Gastric phytobezoar destruction by Nd: YAG laser therapy (letter)*. Gastrointest Endosc 1986; 32(6): 430-431.
35. Gáyá J, Barranco L, Llompert A, Reyes J, Obrador A. *Persimmon bezoars: A successful combined therapy*. Gastrointestinal Endoscopy 2002; 55(4): 581-583.
36. Shenoy VN, Limbekar S, Long PB, Bashar AA. *Relief of small bowel obstruction following colonoscopy in a case gallstone ileus*. J Chin Gastroenterol 2000; 30(3): 326-328.
37. Kilam SK, Chen MM. *Small-bowel obstruction after conservative treatment of gastric bezoar*. Can J Surg 1986; 29:371-373.
38. Kato H, Nakamura M, Orito E, Ueda R, Mizokami M. *The first report of successful nasogastric Coca-Cola lavage treatment for bitter persimmon phytobezoars in Japan*. Am J Gastroenterol. 2003;98(7):1662-3.

Rezumat

Bezoarele gastrice sunt formațiuni rar întâlnite în practică. Ele se pot forma în stomacul sănătos ca rezultat al alipirii diverselor substanțe indigerabile și incapacității lor de a trece de pilor. În mod clasic bezoarele apar drept complicații ale operațiilor pe stomac care creează un mediu slab acid, scad motilitatea gastrică și dereglează funcția pilorică normală. Prezentăm un caz de fitobezoar gastric la un pacient de 20 ani, complicat cu ulcere gastrice hemoragice, rezolvat prin rezecție gastrică tip Billroth I.

Summary

Gastric bezoars are uncommon findings in practice. They may be formed in the normal stomach as a result of different indigestible substance consecrations with the inability to pass through the pylorus. Classically, bezoars occur as a complication of gastric surgery which creates a low acid environment, decreased peristalsis, and abnormal pyloric function. We present a case of gastric phytobezoar in a 20 years old patient complicated with hemorrhagic gastric ulcers which was solved by Billroth I gastrectomy .

SINDROMUL BOUVERT – CONSIDERAȚII PE MARGINEA UNUI CAZ CLINIC

Gheorghe Ghdirim, academician, **Gheorghe Rojnoveanu**, dr. hab. în medicină, conf. univ., **Andrei Dolghii**, dr. în medicină, **Sergiu Guzun**, rezident, Catedra nr. 1 “Nicolae Anestiadi”, USMF “Nicolae Testemițanu”, Secția Endoscopie, CNȘPMU

Introducere. Sindromul Bouveret este o condiție rară de obstrucție a evacuării din stomac, cauzată de migrarea calculilor biliari de dimensiuni mari prin fistula coledocoduodenală. Marea majoritate a pacienților care au calculi biliari sunt asimptomatici (60-80%) [1]. Însă atunci când prezintă acuze, cea mai frecventă manifestare clinică este colica biliară. Pacienții cu o simptomatologie blândă au un risc mult mai înalt de dezvoltare a complicațiilor legate de calculii biliari, cum ar fi: colecistita acută, coledocolitiază cu sau fără angiolită, pancreatita biliară și ileusul biliar [2], fistula biliară care are o incidență de 3-5% [3]. Calculii biliari pot migra în ileonul terminal prin fistula colecistoduodenală, cauzând obstrucție intestinală la acest nivel, dar pot, de asemenea, să se inclaveze în duoden și să determine obstrucția evacuării gastrice, descrisă inițial de Leon Bouveret în 1896 [4]. Este o complicație rară, reprezentând mai puțin de 5% dintre cazurile de ileus biliar, care nemijlocit complică litiaza veziculară doar în 0,3-0,4% [5]. Pacienții sunt frecvent persoane în etate, cu patologie asociată severă, maladia întâlnindu-se preponderent la femei (65%) [1].