

VISOKI ILEUS UZROKOVAN UGLAVLJENIM ŽUČNIM KAMENOM U SILAZNOM DVANAESNIKU KAO POSLJEDICA KOLECISTODUODENALNE FISTULE – BOUVERETOV SINDROM

IVAN ZORIČIĆ, DARKO VUKUŠIĆ, ŽARKO RAŠIĆ, TOMISLAV TRAJBAR,
MARKO SEVER, NERMIN LOJO i DALIBOR CRVENKOVIĆ

Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica "Sveti Duh", Zagreb, Hrvatska

U prikazu kliničkog slučaja riječ je o visokorizičnom kardijalnom sedamdesetjednogodišnjem bolesniku, koji je primljen u hitnoj službi sa simptomima visoke temperature, kontinuiranim povraćanjem i bolovima u epigastriju i pod desnim rebrenim lukom. Kompjuteriziranom tomografijom pronađena je patološka komunikacija žučnog mjehura s dvanaesnikom te veći žučni kamen koji opstruira silazni dio dvanaesnika ispred donjeg koljena. Bolesnik je podvrgnut uspješnom kirurškom liječenju.

Cljučne riječi: visoki ileus uzrokovan žučnim kamenom, Bouveretov sindrom

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Ivan Zoričić, dr. med.
Klinička bolnica "Sveti Duh"
Sveti Duh 64
10000 Zagreb, Hrvatska
Tel.: +38598585120; fax :+3851 37 12 038;
e-pošta: ivanzoricic@net.hr

UVOD

Bouveretov sindrom je rijedak oblik ileusa izazvan žučnim kamenom, koji je uzrokovao patološku komunikaciju (fistulu) između žučnog mjehura i dvanaesnika, kroz nju prošao te se zbog svoje voluminoznosti uglavio u dvanaesniku (1-4).

Visoki ileus uzrokovan uglavljenjem žučnog kamena u dvanaesniku s patološkom komunikacijom dvanaesnika i žučnog mjehura prvi je puta opisao 1896. godine Leon Bouveret (4-6).

Trenutno je u cijelom svijetu opisano manje od 300 slučajeva Bouveretova sindroma. Sindrom se javlja u 3% slučajeva ileusa uzrokovanih žučnim kamenom te je praćen 15-25% mortalitetom (1-6).

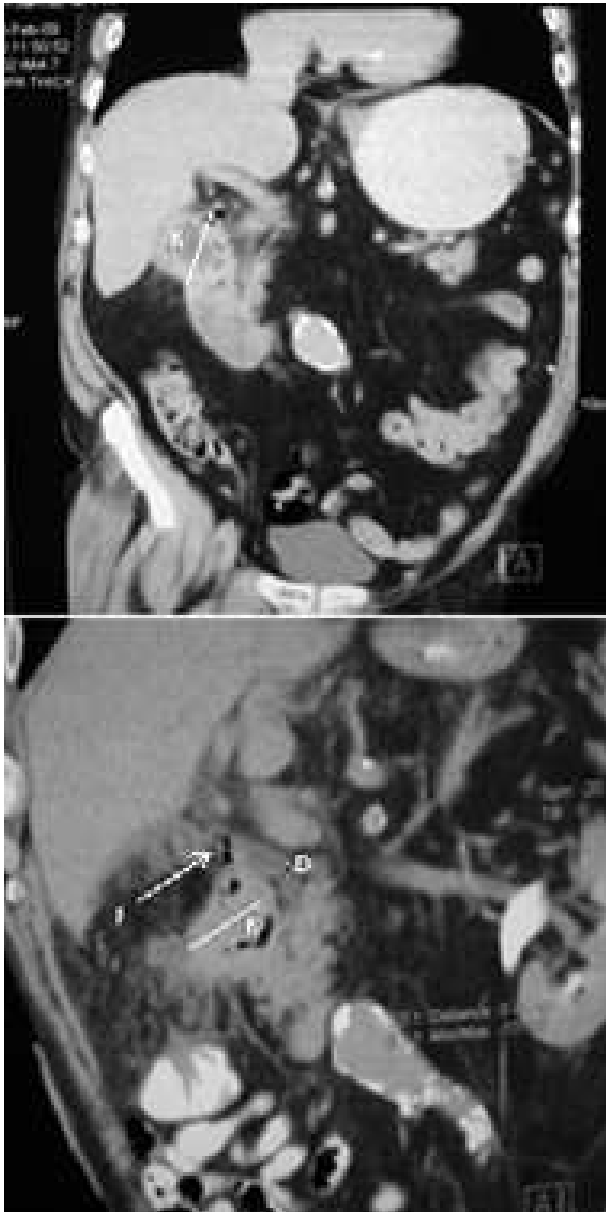
PRIKAZ BOLESNIKA

Sedamdesetjednogodišnji bolesnik je primljen u hitnoj službi sa simptomima visoke temperature uz kontinuirano povraćanje, bolove u epigastriju i pod desnim rebrenim lukom koji traje 3 dana te se ne

smiruju. Bolesnik je unazad nekoliko godina imao povremene bilijarne tegobe. Prije 4 godine hospitaliziran je zbog akutnog kolecistitisa te je tada UZV-om verificirana kolelitijaza. Zbog visokog operacijskog rizika (ASA IV, te godine bolesnik je prebolio infarkt miokarda te mu je učinjena zamjena aortne valvule i CABG, a također je bolovao od arterijske hipertenzije, fibrilacije atrijske, insulin neovisnog dijabetesa melitusa te kronične renalne insuficijencije) odgođeno je operacijsko liječenje akutnog kolecistitisa do stabilizacije kardijalnog stanja. S obzirom da se bolesnik nakon kardijalne stabilizacije nije javio abdominalnom kirurgu, preporučena kolecistektomija nije učinjena.

Pri dolasku u našu ustanovu na osnovi anamneze i kliničkog statusa postavi se sumnja na visoki ileus. Ultrazvukom gornjeg abdomena uočen je žučni kamen u žučnom mjehuru sa znacima upale te okrugla tvorba promjera 50 mm uz glavu gušterače. Kompjuteriziranom tomografijom nađen je također upalno promijenjen žučni mjehur s konkrementima i sa znacima perikolecistitičnog apscesa, ali je nađena i patološka komunikacija žučnog mjehura i dvanaesnika te veliki žučni kamen uglavljen u sila-

znom dijelu dvanaesnika, koji uzrokuje visoki ileus (sl. 1) Inicijalno je započeta parenteralna nadoknada elektrolita i tekućine, antibiotska terapija i prije-operacijska priprema (ejekcijska frakcija 56%, ASA III). Zbog visokog ileusa praćenog teškim općim stanjem (uzrokovanim metaboličkim disbalansom) pristupilo se kirurškom liječenju.



Sl. 1. CT abdomena bolesnika s Bouveretovim sindromom. Jasnno je vidljivo konkrement u duodenuumu koji je uzrok opstrukcije. (F-kolecistoduodenalna fistula, K - konkrement, D-duktus koledokus)

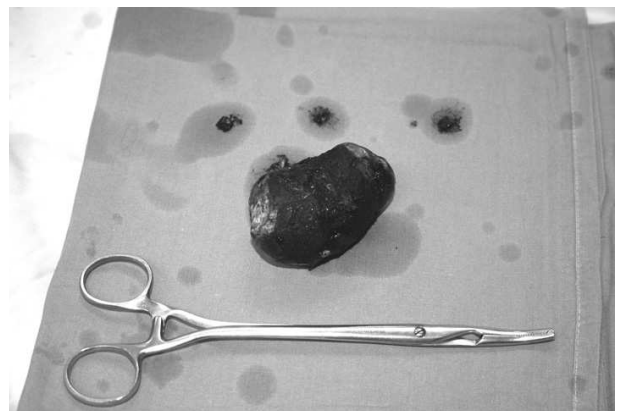
Operacija

Medijanom laparotomijom otvorena je trbušna šupljina. Eksploracijom je verificiran upalno promijenjeni žučni mjehur s palpabilnom tvorбом u blo-

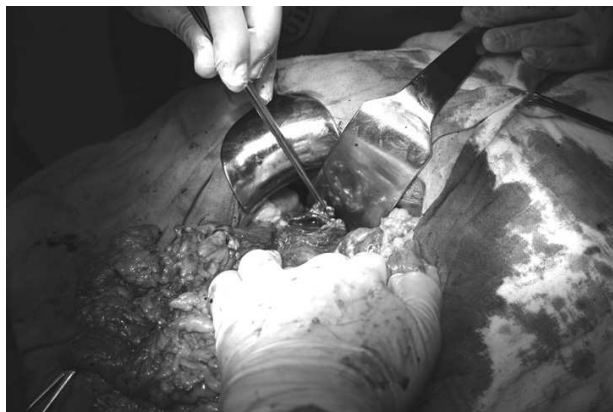
ku s dvanaesnikom, a jasno se palpiraio i uglavljeni kamen. S obzirom na jako izraženu upalu žučnjaka s uz njega nešto gnojnog sadržaja, te nemogućnost mobilizacije uglavljenog kamena, najprije se razdvojilo žučnjak od dvanaesnika nakon čega je iz dvanaesnika ostao viriti uglavljeni konkrement (sl. 2). Kako žučni kamen sada nije bilo moguće pomaknuti, učinjena je mobilizacija dvanaesnika te je na distalnom rubu fistule učinjena uzdužna duodenotomija pomoću koje se uklonio ovalni žučni kamen uzdužnog promjera od gotovo 10 cm. (sl. 3). Potom je učinjena retrogradna kolecistektomija. Nakon urednog nalaza inspekcije i prohodnosti duktusa koledokusa (bez konkrementa, urednog prolaza kroz papilu Vateri) slijedi nakon osvježavanja rubova fistuloznog otvora dvanaesnika, zatvaranje dvanaesnika pojedinačnim šavovima u poprečnom smjeru (sl. 4). Zbog lokalnog nalaza (upala i perikolecistitični apsces) šavna linija je prekrivena velikim omentumom (sl. 5). S desne strane trbušne šupljine je postavljen u Winslow abdominalni dren, te je nakon kontrole hemostaze rez trbušne šupljine šavovima zatvoren po slojevima. PHD nalaz ukazuje na kronični kolecistitis.



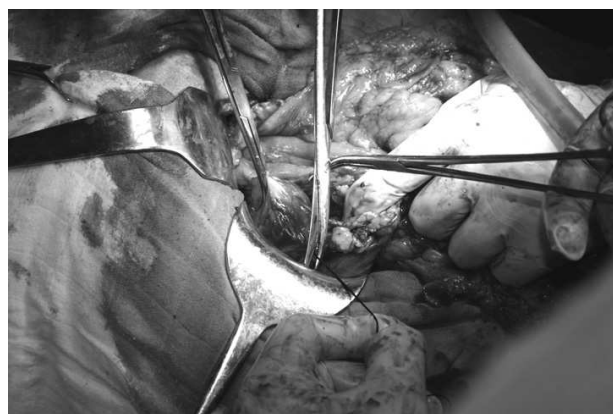
Sl. 2. Bouveretov sindrom - otvoreni dvanaesnik s uglavljenim žučnim kamenom



Sl. 3. Izvađen uglavljeni žučni kamen



Sl. 4. Zbrinuti dvanaesnik



Sl. 5. Prekrivanje šavne linije dvanaesnika velikom maramom

Bolesnik je stabilnih vitalnih parametara poslijeoperacijski smješten u jedinicu intenzivne skrbi. Poslijeoperacijski tijek je protekao uredno. Postavljena nazogastrična sonda odstranjena je četvrtog poslijeoperacijskog dana s uspostavom peristaltike te se započelo s postepenim prijelazom na peroralnu prehranu. Nakon 6 dana bolesnik je premješten iz jedinice intenzivnog liječenja na odjel, gdje se nastavilo konzervativnom terapijom. Abdominalni dren je uklonjen šestog poslijeoperacijskog dana. Prohodnost žučnih putova i duktusa koledokusa je poslijeoperacijski potvrđena kontrolnim UZV abdomena (ukazuje na stanje nakon kolecistektomije, uredan nalaz intrahepatalnih i ekstrahepatalnih žučnih vodova, bez znakova kolestaze). S obzirom da je rana primarno zacijelila, šavovi su uklonjeni 12. poslijeoperacijskog dana.

Bolesnik je dobrog općeg stanja i urednog kliničkog statusa trbuha dvanaestog poslijeoperacijskog dana otpušten na kućnu njegu. Tijekom kontrolnih pregleda idućih 6 mjeseci nisu uočene poslijeoperacijske komplikacije.

RASPRAVA

Patološka komunikacija žučnog mjehura i tankog crijeva jedna je od najrjeđih komplikacija upale žučnjaka, javlja se u manje od 1% bolesnika s potvrđenim žučnim kamencima. Veći žučni kamen (>2 cm), ponekad može proći kroz navedene patološke komunikacije i uzrokovati opstrukciju crijeva. Najčešće dolazi do opstrukcije žučnim kamenom u području završnog dijela tankog crijeva (u 50-70% slučajeva), a mnogo rjeđe u dvanaesniku ili pilorusu (4,6).

Bouveretov sindrom se obično javlja u starijih bolesnika koji su preboljeli akutnu upalu žučnog mjehura ili imaju duže vrijeme simptome žučnih kamenaca. Uobičajeni simptomi Bouveretova sindroma su simptomi visokog ileusa te simptomi žučnih kamenaca.

Dijagnoza Bouveretova sindroma se sastoji od rtg snimke trbuha ili CT-a trbuha (prisutnost pneumobilije, visokog ileusa s dilatiranim želucem, ektopičnih žučnih kamenaca) (8-10). Liječenje Bouveretova sindroma sastoji se od kolecistektomije, uklanjanja žučnog kamena uglavljenog u dvanaesniku i zbrinjavanju dvanaesnika. Duodenotomija s uklanjanjem uglavljenog žučnog kamena, bez kolecistektomije i zbrinjavanja patološke komunikacije žučnog mjehura i dvanaesnika je indicirana samo u bolesnika s izrazito lošim općim stanjem, kod kojih se očekuju intraoperacijske komplikacije koje su veći rizik nego pojava ponovnih simptoma žučnih kamenaca kao i razvoj karcinoma žučnjaka (11-16). Prikazano je i nekoliko uspješnih laparoskopskih operacija Bouveretova sindroma (6).

L I T E R A T U R A

1. O'Neill C, Colquhoun P, Schlachta CM, Etemad-Rezai R, Jayaraman S. Gastric outlet obstruction secondary to biliary calculi: 2 cases of Bouveret syndrome. *Can J Surg* 2009; 52: 16-18.
2. Rivera Irigoien R, Ubina Aznar E, Garcia Fernandez G, Navarro Jarabo JM, Fernandez Perez F, Sanchez Cantos A. Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecanica endoscopica. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 789-98.
3. Katsinelos P, Dimiropoulos S, Tsolkas P i sur. Successful treatment of a duodenal bulb obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome) after endoscopic mechanical lithotripsy. *Surgical Endoscopy*. New-York: Springer-Verlag, 2002.

4. Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N, Todea-Iancu D, Bălă O, Acalovschi I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis* 2008; 17: 87-90.
5. Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y, Shaked G, Shelef I, Levy I. Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 781-3.
6. Sica GS, Sileri P, Gaspari AL. Laparoscopic treatment of Bouveret's syndrome presenting as acute pancreatitis. *JSLs* 2005; 9: 472-5.
7. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60: 441-446.
8. Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 2620-1.
9. Singh AK, Shirkhoda A, Lal N, Sagar P. Bouveret's syndrome: appearance on CT and upper gastrointestinal radiography before and after stone obturation. *Am J Roentgenol* 2003; 181: 828-30.
10. Brooks Brennan G, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret Syndrome. *RadioGraphics* 2004; 24: 1171-5.
11. Redding ME, Anagnostopoulos CE, Wright HK. Cholecystopyloric fistula with gastric outlet obstruction: a rare form of gallstone ileus and its management. *Ann Surg* 1972; 176: 210-12.
12. Coopermann AM, Dickson ER, ReMine WH. Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus: review of 15 cases with emphasis on diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1968; 167: 377-83.
13. Zuegel N, Hehl A, Lindemann F, Witte J. Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus. *Hepato-gastroenterology* 1997; 44: 59-62.
14. Warshaw AL, Bartlett MK. Choice of operation for gallstone intestinal obstruction. *Ann Surg* 1966; 164: 1051-55.
15. Piedad OH, Wels PB. Spontaneous internal biliary fistula, obstructive and nonobstructive types: twenty-year review of 55 cases. *Ann Surg* 1972; 175: 75-80.
16. Bossart PA, Patterson AH, Zintel HA. Carcinoma of the gallbladder. A report of seventy-six cases. *Am J Surg* 1962; 103: 366-9.

SUMMARY

BILE STONE ILEUS WITH CHOLECYSTODUODENAL FISTULA - BOUVERET'S SYNDROME

I. ZORIČIĆ, D. VUKUŠIĆ, Ž. RAŠIĆ, T. TRAJBAR, M. SEVER, N. LOJO
and D. CRVENKOVIĆ

University Department of Surgery, Sveti Duh University Hospital, Zagreb, Croatia

This is a case report of a 71-year-old man, who presented to emergency department with elevated temperature, vomiting and epigastric pain. Computed tomography of the abdomen revealed a large fistulous tract extending from the gallbladder to the duodenal bulb, as well as a large calculus obstructing the second part of the duodenum. The patient subsequently underwent successful surgical therapy.

Key words: bile stone ileus, Bouveret's syndrome