

# Przypadek niedrożności żółciowej jelita cienkiego

A case of gallstone ileus

Michał Kożuch<sup>1</sup>, Mirosław Jarosz<sup>1</sup>, Tomasz Miłek<sup>2</sup>, Piotr Ciostek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Metabolicznych i Gastroenterologii Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła w Warszawie

<sup>2</sup>I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (5): 268–270

**Słowa kluczowe:** niedrożność żółciowa jelit, zespół Bouvereta, przetoka pęcherzykowo-dwunastnicza.

**Key words:** gallstone ileus, Bouveret's syndrome, cholecystoduodenal fistula.

**Adres do korespondencji:** lek. Michał Kożuch, Klinika Chorób Metabolicznych i Gastroenterologii Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Wojewódzki Szpital Bródnowski, ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa, tel./faks +48 22 326 58 16, e-mail: m.kozuch@onet.eu

## Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 75-letniej chorej operowanej z powodu niedrożności żółciowej jelita cienkiego. W czasie diagnostyki niespecyficznymi dolegliwościami bólowymi w nadbrzuszu stwierdzono obecność dużego złożu w dwunastnicy, którego nie udało się usunąć endoskopowo i który następnie zmigrował do jelita cienkiego. Podczas operacji usunięto złoże z jelita czczego, zmieniony pozapalnie pęcherzyk żółciowy i zamknięto przetokę pęcherzykowo-dwunastniczą, przez którą kamień dostał się do światła przewodu pokarmowego. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

## Wprowadzenie

Niedrożność żółciowa jelit jest rzadką przyczyną obturacji przewodu pokarmowego, zdarza się w 1,4–6% przypadków i dotyczy 0,4–1,5% osób z kamicią żółciową pęcherzykową. Wieloletni przebieg kamicy pęcherzyka żółciowego, kiedy to złoże w nim zawarte są dużych rozmiarów, może doprowadzać do powstania przetoki pęcherzykowo-dwunastniczej. Objawy mogą być bardzo skąpo wyrażone albo przebiegać burzliwie w postaci niedrożności przewodu pokarmowego. Zarówno całość obrazu klinicznego, jak i postępowanie zależy od rozmiaru złożu, który dostaje się do przewodu pokarmowego przez przetokę z pęcherzyka żółciowego. Może on blokować drożność już na poziomie dwunastnicy lub też w jelicie cienkim. Jeśli kamień tkwi w dwunastnicy, należy podjąć próbę leczenia endoskopowego, co może zaoszczędzić choremu rozległej operacji. W kwalifikacji do odpowiedniej metody leczenia najważniejszą rolę odgrywają badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa (TK) i cholangiopankreatografia rezonan-

## Abstract

A case of small bowel obstruction in a 75-year-old female patient is reported. Due to Bouveret's syndrome we found a huge gallstone in the duodenum, which could not be retrieved during the attempt of endoscopic treatment. Before the planned surgical treatment the stone moved to the small bowel and caused biliary obstruction. During surgery the gallstone and post-inflammatory changed gallbladder were removed. The cholecystoduodenal fistula was closed. The postoperative course was uneventful and the patient is currently in a good condition.

su magnetycznego (ang. *magnetic resonance cholangiopancreatography* – MRCP). U chorych z blokadą w jelicie cienkim metodą leczenia z wyboru jest laparotomia.

## Opis przypadku

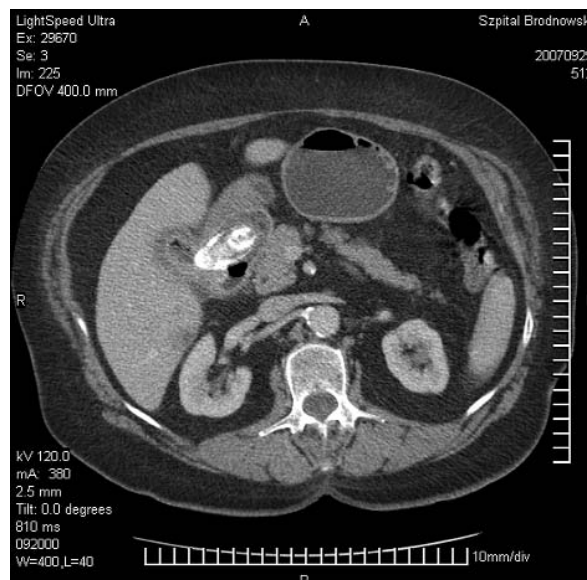
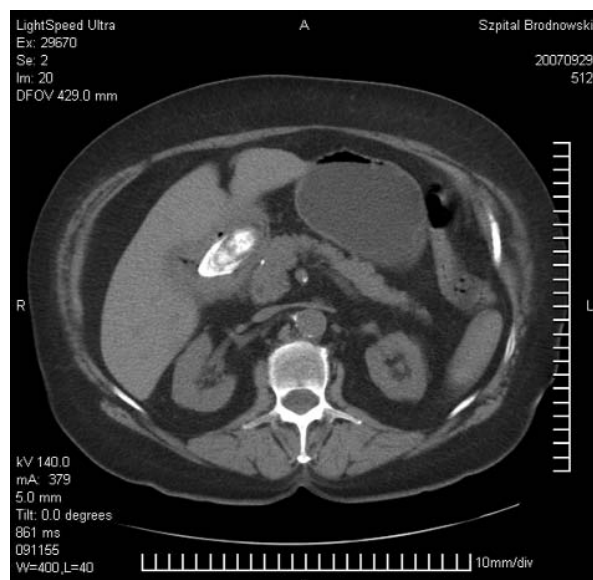
Chora, lat 75, z licznymi obciążeniami internistycznymi została przyjęta do Kliniki Gastroenterologii w celu wyjaśnienia przyczyny bólu w nadbrzuszu występującego okresowo od kilku miesięcy oraz zaburzenia rytmu wypróżnień w postaci zaparcia. W wywiadzie odnotowano, że chora jest obciążona pozawatową i nadciśnieniową przewlekłą niewydolnością serca (NYHA III), cukrzycą typu 2 leczoną insuliną, powikłaną nefropatią i skojarzoną z otyłością, przebyłym krwawieniem z wrzodu żołądka leczonym zachowawczo 7 mies. wcześniej. Z odchyień od normy w badaniu przedmiotowym zaobserwowano niewielką bolesność palpacyjną pod prawym łukiem żebrowym i w śródbrzuszu, bez oporów patologicznych. Wykonano gastroskopię, stwierdzając obecność ciała obcego wypełniającego opuszkę dwunastnicy z odleżyno-

wym owrzodzeniem na ścianie dwunastnicy. Nie powiodła się próba endoskopowego usunięcia przeszkody koszyczkiem Dormia z powodu jego dużych rozmiarów. W klasycznym radiologicznym badaniu przeglądowym (RTG) jamy brzusznej nie ujawniono żadnej patologii. Po podaniu kontrastu obserwowano jego powolne przechodzenie do początkowych pętli jelita czczego. Chora nie demonstrowała objawów utrudnionego opróżniania żołądkowego. W wykonanej TK jamy brzusznej stwierdzono, że doszło do powstania przetoki pęcherzykowo-dwunastniczej i translokacji uwapnionego złożu o osędkowatym kształcie i wymiarach 54 × 26 mm (ryc. 1). Przed zaplanowanym leczeniem operacyjnym doszło do pogorszenia stanu chorej, pojawiły się kliniczne i radiologiczne cechy niedrożności przewodu pokarmowego. W badaniu ultrasonograficznym (USG) odnotowano wypełniony płynną treścią żołądek, dwunastnicę i jelito cienkie do miejsca, w którym uwidoczniło się złoże blokujące mechanicznie drożność przewodu pokarmowego. W trybie pilnym zoperowano chorą. W czasie zabiegu usunięto kamień żółciowy z jelita czczego powodujący niedrożność (ryc. 2.), a także zanikowy pęcherzyk żółciowy i zamknięto dwuwarstwowo przetokę żółciową na dwunastnicy w jej części zstępującej. Nie obserwowano powikłań podczas okresu pooperacyjnego.

## Omówienie

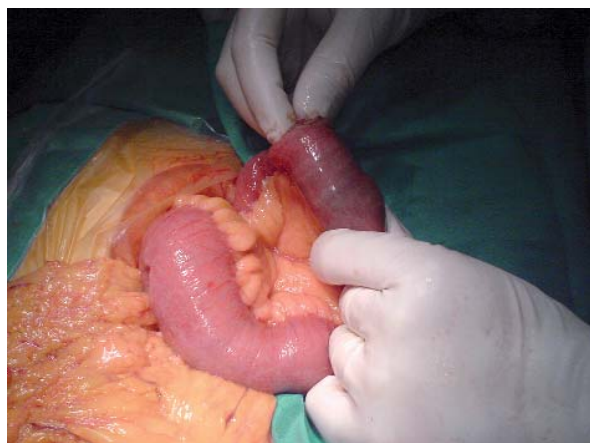
Niedrożność żółciową zalicza się do rzadkich przyczyn obturacji przewodu pokarmowego (1,4–6%), a jako powi-

kanie wieloletniej objawowej kamicy żółciowej występuje w 0,4–1,5% przypadków. Najczęściej pod wpływem przewlekłego stanu zapalnego toczącego się w kamiczym pęcherzyku żółciowym dochodzi do powstania przetoki do światła dwunastnicy, okrężnicy czy żołądka lub rzadziej do wolnej jamy otrzewnowej. To proces przewlekły, a sam moment uwolnienia złożu z pęcherzyka żółciowego czy z drogi żółciowej okazuje się dla chorych z reguły bezbolesny. Inaczej bywa w przypadku dostania się go do wolnej jamy otrzewnowej – powoduje ból i powstanie miejscowych objawów związanych z podrażnieniem otrzewnej żółcią. Miejscowe zapalenie otrzewnej to proces samoograniczający się, a jego powikłaniem jest powstanie ropnia wymagającego leczenia operacyjnego. Na typowy radiologiczny (RTG i TK) obraz przetoki pęcherzykowo-dwunastniczej lub żółciowo-dwunastniczej składają się ektopowo położony kamień, niedrożność jelita cienkiego i pneumobilia (triada Riglera). W RTG jest on spotykany jedynie w 30–35% przypadków [1], a w przypadku TK opisuje się go częściej. Najprecyzyjniejszą identyfikację problemu umożliwia TK i MRCP [2], a w niektórych przypadkach można wykazać miejsce przetoki do dwunastnicy. Najczęściej występuje przetoka pęcherzykowo-dwunastnicza, która zdarza się w ok. 70% przypadków, rzadziej penetruje do okrężnicy (25%) czy żołądka (5%) [3]. Należy zwrócić uwagę, że wcześniejsza cholecystektomia nie chroni przed rozwojem połączenia przewodowo-dwunastniczego. Po przebicium się odpowiednio dużego kamienia do dwunastnicy i ufkosowaniu w niej uniemożliwia on opróżnianie żołądkowe, dając zespół ob-



**Ryc. 1.** Zdjęcia tomografii komputerowej złożu w dwunastnicy. Widoczny gaz w pęcherzyku żółciowym przemawiający za obecnością połączenia ze światłem przewodu pokarmowego

**Fig. 1.** CT scans reveal a bile stone in the duodenal lumen. Gas in the gallbladder is evidence of a connection between the gallbladder and duodenum



Ryc. 2. Ewakuacja żłogu z jelita cienkiego w czasie laparotomii

Fig. 2. Bile stone removal from the small intestine during laparotomy

jawów typowych dla niedrożności przewodu pokarmowego na poziomie dwunastnicy. U schyłku XIX w. dwa przypadki tej patologii opisał Bouveret i dlatego dolegliwości związane z zablokowaniem dwunastnicy przez kamień żółciowy nazywane są zespołem Bouvereta. Większość kamieni (90%), które dostają się do przewodu pokarmowego, opuszcza go bez przeszkód. Jedynie żłogi o średnicy  $>2,5$  cm są powodem niedrożności przewodu pokarmowego, najczęściej w zastawce krętniczo-kątniczej. Druga lokalizacja to pierwsza pętla jelita czczego, a szczególnie najwęższe jej miejsce, czyli zagięcie dwunastniczo-czcze. Żłogi blokujące drożność przewodu pokarmowego na poziomie dwunastnicy w miejscu wytworzenia przetoki najlepiej usuwać metodami nieoperacyjnymi, zwłaszcza że ta sytuacja kliniczna dotyczy osób w wieku podeszłym, z licznymi obciążeniami. W piśmiennictwie opisywano udane przypadki litotrypsji mechanicznej żłogów do wielkości 3 cm za pomocą technik endoskopowych [4], kruszenia większych żłogów dokonywano z zastosowaniem fal uderzeniowych (ang. *extracorporeal shock wave lithotripsy* – ESWL) [5] czy litotrypsji z zastosowaniem lasera aplikowanego endoskopem [6, 7]. Często jednak, mimo skutecznego rozkawałkowania żłogu, dochodzi do pasażu jego fragmentów i niedrożności żółciowej jelita cienkiego, a co za tym idzie – mimo wszystko potrzeby laparotomii.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przetoka pęcherzykowo-dwunastnicza i zespół Bouvereta stanowią rzadkie powikłania wieloletniego przebiegu kamicy żółciowej pęcherzykowej. Ujawniają się, gdy żłogi osiągną odpowiednio duże rozmiary. Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny pozwalają precyzyjnie ustalić rozpoznanie i zastosować sposób leczenia w zależności od wielkości kamienia. Endoskopowa litotrypsja mechaniczna powinna być brana pod uwagę przy żłogach o średnicy do 3 cm. Większe należy usuwać po litotrypsji laserem lub zastoso-

waniu ESWL. W przypadku, gdy techniki te są niedostępne, należy zastosować leczenie chirurgiczne. Jeżeli żłogi żółciowe nie blokują się w dwunastnicy, a ich średnice przekraczają 2,5 cm, pierwszym objawem powstałej przetoki pęcherzykowo-dwunastniczej jest niedrożność żółciowa jelit.

#### Piśmiennictwo

- Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology* 2002; 224: 9-23.
- Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, Fisher AJ. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180: 1033-5.
- Simonian SJ. Gallstone obstruction of the duodenal bulb. *Lancet* 1968; 1: 893-94.
- Gencosmanoglu R, Inceoglu R, Baysal C i wsp. Bouveret's syndrome complicated by a distal gallstone ileus. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2873-5.
- Holl J, Sackmann M, Hoffmann R i wsp. Shock-wave therapy of gastric outlet syndrome caused by a gallstone. *Gastroenterology* 1989; 97: 472-4.
- Alsolaiman MM, Reitz C, Nawras AT i wsp. Bouveret's syndrome complicated by distal gallstone ileus after laser lithotripsy using Holmium: YAG laser. *BMC Gastroenterol* 2002; 2: 15.
- Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T, Neuhaus H. Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. *Gastrointest Endosc* 2000; 5: 209-13.