

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ - CASE REPORT

4. Τροφοπιλήματα λεπτού εντέρου. Μια ασυνήθιστη αιτία εντερικής απόφραξης

Π. Σταθάκης, Α. Οικονομοπούλου, Χ. Λιάκος, Θ. Τσαβολάκης, Γ. Αγιομαμίτης, Σ. Κοντοστόλης, Φ. Γεωργιάδης

Β' Χειρουργικό τμήμα, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τροφοπιλήματα του λεπτού εντέρου είναι μια σπάνια αιτία εντερικής απόφραξης. Αποτελούν την κατακράτηση άπεπτων ινών είτε φυτικής (λαχανικά, φρούτα) είτε ζωϊκής (τρίχες) προέλευσης. Είναι δυνατόν να σχηματιστούν στο στόμαχο ή οπουδήποτε στον γαστρεντερικό σωλήνα, κυρίως λόγω υποκινητικότητας του στομάχου μετά από βαγοτομή και γαστρεκτομή με Billroth I ή II αναστόμωση ή λόγω πυλωρικής στενώσεως από έλκος βολβού 12λου. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με εικόνα εντερικής απόφραξης λόγω τροφοπιλήματος λεπτού εντέρου.

Λέξεις ευρετηριασμού: Τροφοπίλημα, βαγοτομή, Billroth II, εντερική απόφραξη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τροφοπίλημα είναι μια στερεή συσώρευση υλικού που δεν πέπτεται και το οποίο δεν μπορεί να προχωρήσει στο λεπτό έντερο. Μπορεί να εμφανιστεί με ναυτία, έμετο, κοιλιακό πόνο ή με αίσθηση επιγαστρικής πλήρωσης έως εικόνα εντερικής απόφραξης. Σπάνια συναντάται σε φυσιολογικό γαστρεντερικό σωλήνα. Πιο συχνά εμφανίζεται στο στόμαχο και συσχετίζεται με βαγοτομή και μερική γαστρεκτομή ή άλλες καταστάσεις που προκαλούν γαστρική στάση, όπως η διαβητική σπλαχνική νευροπάθεια. Η επόμενη συχνότερη εντόπιση είναι στο λεπτό έντερο (25%), ενώ είναι σπάνια στο παχύ έντερο^{1,2}. Κατά την αντικειμενική εξέταση είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ψηλαφητή μάζα. Τα τροφοπιλήματα μπορούν να αφαιρεθούν με ενζυμική θεραπεία (κυτταρίνη) ή δίαιτα με υγρές τροφές και με γαστρικές πλύσεις ή ενδοσκοπικά όταν είναι ασυμπτωματικά, ενώ σε περίπτωση εντερικής απόφραξης απαιτούν άμεση χειρουργική εξαίρεση³. Στην μελέτη αυτή παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με εντερική απόφραξη λόγω τροφοπιλήματος λεπτού εντέρου και αντιμετωπίστηκε χειρουργικά στην κλινική μας. Ακολουθεί συζήτηση και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας ηλικίας 78 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτώμενος επίσχεση αερίων και κοπράνων από 3ημέρου, κωλικοειδές άλγος, ναυτία και έμετο με εντερικό περιεχόμενο. Στο ατομικό αναμνηστικό ανέφερε βαγοτομή και πυλωροπλαστική Billroth II λόγω έλκους βολβού του 12λου προ 20ετίας, καθώς και άλλες 3 χειρουργικές επεμβάσεις για αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού (γαστρορραγία), διάτρηση έλκους και συμφυτικό ειλεό. Ελάμβανε αγωγή για χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και υπερουριχαιμία. Έφερε τεχνητή οδοντοστοιχία. Προ 2ετίας, η γαστροσκόπηση ανέφερε εικόνα αλκαλικής γαστρίτιδας και η κολονοσκόπηση πολυποειδή προβολή εγκαρσίου, με αρνητικές βιοψίες για κακοήθεια, και αιμορροϊδοπάθεια. Ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό. Κατά την κλινική εξέταση διεπιστώθη ταχυκαρδία και υπόταση, λόγω της αφυδάτωσης. Η προηγούμενη χειρουργική τομή ήταν μέση υπερ-υπομάλια. Η κοιλιά ήταν μετεωρισμένη, επώδυνη στην επιτολής και εν τω βάθει ψηλάφηση, χωρίς σημεία περιτοναϊσμού, με υπεραντιδραστικούς ήχους λόγω έντονου περισταλισμού (βορβορυγμοί) που μετέπεσαν σε μεταλλικούς. Αναπνευστικό ψιθύρισμα: ήπιος εκπνευστικός

συριγμός άμφω στα πνευμονικά πεδία. Δακτυλική εξέταση: κενή λήκυθος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθη υπόχρωμη αναιμία, ήπια λευκοκυττάρωση, υπονατριαιμία, ήπια νεφρική δυσλειτουργία και μέτρια αμυλασαιμία. Από τον απεικονιστικό έλεγχο, οι απλές ακτινογραφίες κοιλίας επιβεβαίωσαν την κλινική υποψία για ειλεό λεπτού εντέρου. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας με παρόμοια ευρήματα, ενώ το υπερηχογράφημα δεν ήταν διαγνωστικό λόγω έντονης αεροκολίας. Ετέθη γαστρεντερικός σωλήνας Levine, ουροκαθετήρας και έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με αποκατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Παράλληλα, εδόθησαν γαστροκινητικά φάρμακα (γαστρογραφίνη) και υψηλοί υποκλυσμοί. Ο ασθενής μετά 24ώρου οδηγήθηκε στο χειρουργείο για την αντιμετώπιση αποφρακτικού ειλεού. Διεχειρητικά διαπιστώθηκαν πολλαπλές συμφύσεις μεταξύ λεπτού-λεπτού εντέρου και λεπτού-παχέος εντέρου, καθώς και συμφύσεις στο πλάγιο περιτόναιο («παγωμένη» κοιλιά) λόγω των προηγηθέντων χειρουργικών επεμβάσεων. Ακολούθησε λύση των συμφύσεων με ήπιους χειρισμούς, προς αποφυγή τραυματισμού του ορογόνου. Περίπου 50 εκ. προ της ειλεοκυφλικής βαλβίδας, ψηλαφείτο μάζα εντός του αυλού που απέφραζε το λεπτό έντερο. Έγινε εντεροτομή και διεπιστώθη ότι επρόκειτο για τροφοπίλημα από φρούτα, άπεπτα τμήματα από σταφύλια και πορτοκάλια. Ακολούθησε αφαίρεση του τροφοπιλήματος και εντεροσυρραφή δύο στρωμάτων (εικόνα). Ο ασθενής εξήλθε μετά 8 ημέρες χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη νοσηλεία του.



Εικόνα

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα τροφοπιλήματα αποτελούν το 0,4–4% των αιτιών εντερικής απόφραξης⁴. Σπάνια σχηματίζονται σε φυσιολογικό γαστρεντερικό σωλήνα, ενώ είναι συχνά σε ασθενείς με προηγηθείσα βαγοτομή και πυλωροπλαστική ή υφολική γαστρεκτομή με Billroth I ή II αναστόμωση^{5,6,7,8}. Οι περισσότερες περιπτώσεις τροφοπιλημάτων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία σχηματίζονται στον στόμαχο όπου ένα τμήμα αυτών μπορεί να μετακινηθεί στο 12λο ή στο λεπτό έντερο προκαλώντας απόφραξη⁹. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την δημιουργία τροφοπιλημάτων, εκτός από προηγηθείσες επεμβάσεις στο γαστρεντερικό, αποτελούν και η κυστική ίνωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός, η ενδοηπατική χολόσταση, η μυϊκή δυστροφία και οι ψυχιατρικές παθήσεις. Ο παθογενετικός μηχανισμός που είναι υπεύθυνος για τον σχηματισμό τροφοπιλημάτων σε ασθενείς με βαγοτομή και πυλωροπλαστική περιλαμβάνει την μειωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος (υποχλωρυδρία) και την μειωμένη γαστρική κινητικότητα (ατονία στομάχου - γαστρική στάση). Επιπλέον, ο σχηματισμός αυτών εξαρτάται και από το είδος της τροφής (ειδικά πορτοκάλια), την κατάσταση των οδόντων, την διάμετρο του λεπτού εντέρου (είναι μικρότερη 50 - 75 εκ. προ της ειλεοτυφλικής βαλβίδας με ασθενέστερο περισταλτικό κύμα) και την απώλεια της γαστρικής πολτοποίησης που φυσιολογικά μικραίνει το μέγεθος των τροφών

ABSTRACT

Bezoars of the small bowel. An unusual cause of small bowel obstruction

P. Stathakis, A. Oeconomopoulou, Ch. Liakos, Th. Tsvolakakis, G. Agiomamitis, S. Kontostolis, Ph. Georgiadis

Bezoars are masses found trapped in the gastrointestinal system, usually the stomach, though they can occur in other locations. Bezoar may be a rare cause of small bowel obstruction in patients with previous gastric surgery. A 78-year old male is presented suffering from small bowel obstruction caused by a phytobezoar. Prevention of phytobezoars is dependent upon dietary counseling of patients by surgeons after gastric resection or vagotomy and drainage for peptic ulcer.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. K. Erzurumlu, Z. Malazgirt, A. Bektas, A. Devisoglu, C. Polat, G. Senyurek, I. Yetim, K. Ozkan, Gastrointestinal bezoars: A retrospective analysis of 34 cases, *World J Gastroenterol* 2005, 28;11(12):1813-1817
2. M. Bala, L. Appelbaum, G. Almogy, Unexpected cause of large bowel obstruction: colonic bezoar, *IMAJ* 2008;10:829-830
3. Sabiston, Χειρουργική, Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, 2004
4. Verstanding AG, Klin B, Bloom RA, Hadas I, Libson E, Small bowel phytobezoars: detection with radiography, *Radiology* 1989;172:705-7
5. M. Pitiakoudis, A. Tsaroucha, K. Mimidis, Th. Constantinidis, S. Anagnostoulis, G. Stathopoulos, C. Simopoulos, Esophageal and small bowel obstruction by occupational bezoar : report of a case, *BMC Gastroenterology* 2003;3:13
6. Rubin M, Shimonov M, Grief F, Rotestein Z, Lelkuk S, Phytobezoar: a rare cause of intestinal obstruction, *Dig Surg* 1998, 15(1):52-54
7. Mir AM, Mir MA, Phytobezoar after vagotomy with drainage or resection, *Brit J Surg* 1973, 60(11):846-847
8. Moseley RV, Pyloric obstruction by a phytobezoar following pyloroplasty and vagotomy: report of a case, *Arch Surg* 1967, 94:290-291

που θα περάσουν το 12λο^{10,11,12,13}. Η κλινική εικόνα εμφανίζεται με τα χαρακτηριστικά σημεία της εντερικής απόφραξης (ναυτία, έμετος, αναστολή αερίων και κοπράνων). Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς έχουν αναιμία και λευκοκυττάρωση. Η ακριβής προεγχειρητική διάγνωση συχνά είναι δύσκολη. Παρόλη την εξέλιξη των απεικονιστικών μεθόδων συχνά η διάγνωση αποτελεί έκπληξη σε επείγουσες ερευνητικές λαπαροτομίες. Ελάχιστες αναφορές υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία για ακριβή προεγχειρητική διάγνωση^{14,15}.

Τέλος, το φάσμα της χειρουργικής αντιμετώπισης των τροφοπιλημάτων είναι ευρύ και περιλαμβάνει την εντεροτομή ή την τμηματική εντερεκτομή¹⁶.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα τροφοπιλήματα του λεπτού εντέρου, παρόλο που είναι σπάνια, δεν πρέπει να παραλείπονται από την διαφορική διάγνωση των αιτιών αποφρακτικού ειλεού. Η ακριβής προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολο να τεθεί. Η χειρουργική προσέγγιση αποτελεί την ενδεδειγμένη επιλογή. Το είδος της επέμβασης θα καθοριστεί από το μέγεθος, την εντόπιση, την παρουσία επιπλοκών και την εμπειρία του χειρουργού. Οι ασθενείς με προηγηθείσα επέμβαση στο στόμαχο θα πρέπει να αποφεύγουν τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες (φρούτα - λαχανικά) προς αποφυγή εντερικής απόφραξης.

9. Madura MJ, Naughton BJ, Craig RM, Duodenal bezoar: a report case and review of the literature, *Gastrointest Endosc* 1982, 28:26-28
10. Brook OR, Litmanovich D, Fischer D, Israelit SH, Engel A, Small bowel phytobezoar due to poor mastication, *IMAJ* 2004;6:504
11. Schalang HA, McHenry LE, Obstruction of the small bowel by orange in the post gastrectomy patient, *Ann Surg* 1964;159:611-22
12. EM Chisholm, SGS Chung, HT Leong, AKC Li, Phytobezoar: an uncommon cause of small bowel obstruction, *Ann R Coll Surg Engl* 1992, 74(5):342-344
13. Hui MS, Perng HL, Choi WM, Chem LK, Yang KC, Chen TJ, Afferent loop syndrome complicated by a duodenal phytobezoar after Billroth II subtotal gastrectomy, *Am J Gastroenterol* 1997;92(9):1550-2
14. Quiroga S, Alvarez-Castello A, Sebastia MC, Pallisa E, Barluenga E, Small bowel obstruction secondary to bezoar: CT diagnosis, *Abdom Imaging* 1997;22:315-317
15. Haga N, Chikamori M, Kitamura T, Shiomi S, Kitagawa H, Mizusima S, Fujisawa T, Kuwano H, Obstruction due to persimmon bezoars: computed tomography detection, *Hepatogastroenterology* 2001;48(40):1069-71
16. Koulas SG, Zikos N, Charalampous C, Christodoulou K, Sakkas L, Katsamakis N, Management of gastrointestinal bezoars: an analysis of 23 cases, *Int Surg* 2008;93(2):95-8.