

Σπάνιο περιστατικό χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου με συνοδό απόφραξη της γαστροδωδεκαδακτυλικής εξόδου συνεπεία ευμεγέθους χολολίθου (σύνδρομο Bouveret)

Χ. Σίμογλου, Λ. Σίμογλου, Δ. Γυμνόπουλος.

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο», Κομοτηνή

(Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(1):49-52)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρουσιάζουμε περίπτωση ευμεγέθους χολολίθου εντός της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου που προκαλούσε κλινική εικόνα πυλωρικής στένωσης. Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 63 ετών, η οποία νοσηλεύθηκε για επιγαστραλγία και τροφώδεις εμέτους. Η ακτινολογική εξέταση του στομάχου (διάβαση με γαστρογραφίνη) και το υπερηχογράφημα κοιλίας απεκάλυψαν την πιθανή ύπαρξη μορφώματος (ξένο σώμα - λίθος) που προκαλούσε δυσχέρεια στην αποχέτευση του περιεχομένου του στομάχου, με αποτέλεσμα την διάταση αυτού και την αδυναμία λήψεως τροφής. Η κλινική συμπτωματολογία εκ των χοληφόρων ήταν αρνητική. Διενεργήθηκε επιμήκης τομή επί της πρόσθιας επιφάνειας της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου και αφαιρέθηκε μεγάλος χολόλιθος μεγέθους 4,5X 3cm. Επίσης, διενεργήθηκε χολοκυστεκτομή και τοποθετήθηκε σωλήνας Kehr στο χοληδόχο πόρο. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Λέξεις ευρετηρίου: Μεγάλος Χολόλιθος, Πυλωρική απόφραξη, Χολοκυστεκτομή, Χολολιθίαση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Bouveret είναι το κλινικό σύνδρομο που προκύπτει από απόφραξη του δωδεκαδακτύλου από ευμεγέθη χολόλιθο λόγω χολοπεπτικού συριγγίου [1]. Το σύνδρομο Bouveret περιλαμβάνει το 1-3% των ασθενών με ειλεό εκ χολολίθου. Η νοσηρότητα και θνητότητα του συνδρόμου είναι υψηλές λόγω της προχωρημένης ηλικίας των ασθενών και της συννοσηρότητας, ενώ εξαρτώνται άμεσα κι από τη θεραπευτική προσέγγιση [2]. Η ύπαρξη χολολίθου εντός κοίλου σπλάχνου που να έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ειλεού ανευρίσκεται στο 2% περίπου των χειρουργηθέντων ασθενών για τη συγκεκριμένη πάθηση. Έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα αυτή αυξάνεται σε άτομα άνω των 65 ετών. Επίσης λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας χολολιθίασης στις γυναίκες έχει ως αποτέλεσμα να έχουμε μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίσεως ειλεού σε αυτές. Ο ειλεός εκ χολολίθου οφείλεται συνήθως στην μετανάστευση των λίθων προς το λεπτό έντερο και ανευρίσκονται κατά την εγχείρηση κατά σειρά συχνότητας: στον ειλεό, την νηστίδα, το στομάχι και σπανιότερα το δωδεκαδάκτυλο [3, 4].

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Πρόκειται για ασθενή γυναίκα ηλικίας 63 ετών, η οποία διεκομίσθη στην χειρουργική κλινική από την παθολογική κλινική με κλινική εικόνα πυλωρικής στενώσεως. Εκ του ατομικού αναμνηστικού αναφέρεται οστεομυελίτιδα σε ηλικία 15 ετών και επίσης για την αυτή πάθηση χειρουργήθηκε προ 15ετίας στο δεξιό μηρό. Προ πενταετίας αναφέρει επιγαστραλγία βραχείας διάρκειας με αντανάκλαση του πόνου στην δεξιά νεφρική χώρα, που αποδόθηκε τότε σε κωλικό του νεφρού.

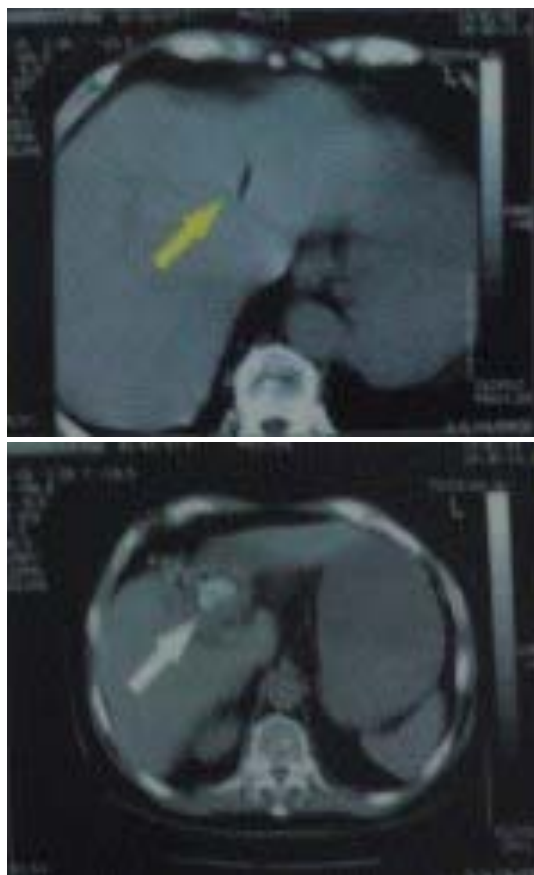
Η ασθενής αναφέρει ότι στις 17/12/2011 εμφάνισε πυρετική κίνηση μετρίου βαθμού και κατά την 3η ημέρα μετά την έναρξη της πυρετικής κινήσεως παρουσίασε άλγος κατά το επιγάστριο με αίσθημα πληρώσεως του στομάχου και τάσεως προς εμετό. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι όταν ξάπλωνε η ασθενής αυτόματα εξέρχονταν από το στόμα της υγρά. Επειδή ο πόνος και οι αναγωγές υγρών συνεχίζονταν επισκέφτηκε το νοσοκομείο χωρίς να διαπιστωθεί κάτι αξιόλογο και, αφού της έδωσαν οδηγίες, η ασθενής επέστρεψε στο σπίτι της.

Στις 23/12/2011 ο πόνος στο επιγάστριο έγινε πολύ έντονος και εισήχθη επείγοντος στη

παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν τα κάτωθι: Λευκά αιμοσφαίρια 6200 κκχ (με τύπο Π 66%, Λ 29%), Αιματοκρίτη 43,6%, Αιμοσφαιρίνη 13,8g/dl, Σάκχαρο 133 mg/dl, Ουρία 0,49 mg/dl, Ολική χολερυθρίνη 0,77 IU/L, Έμμεση χολερυθρίνη 0.52 IU/L, Αμυλάση 0,35 mg/dl, γ-GT 28,3 IU/L, Αλκαλική φωσφατάση 73,5 IU/L, SGPT 7,7 IU/L, SGOT 19,5 IU/L, Χρόνο προθρομβίνης 13'' και ΤΚΕ 65 mm/1η ώρα. Από τη γενική ούρων: αιμοσφαιρίνη (+), χολοχρωστικές (-), ουροχολιγόνο (-).

Από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν τα παρακάτω: Ακτινογραφία θώρακος: άνευ παθολογικών ευρημάτων, ακτινογραφία κοιλίας σε ορθία θέση: σημειώνεται ομόκεντρη σκίαση στην περιοχή της χοληδόχου κύστεως δίδουσα την εντύπωση χολολίθου. Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας: Ρικνοατροφική χοληδόχος κύστη, διατεταμένος βολβός του δωδεκαδακτύλου με παρουσία υπερηχογενούς μορφώματος με συνοδό ακουστική σκιά (λίθος, ξένο σώμα;). Διάβαση ανώτερου πεπτικού με πυκνό διάλυμα γαστρογραφίνης: διάταση και έντονος περισταλισμός του στομάχου, με υπολείμματα τροφής, ενώ εντός του βολβού απεικονίσθηκε σφαιρικό ομαλό έλλειμμα πληρώσεως πολυστοιβαδωτό, υψής ευμεγέθους χολόλιθου. Πρέπει να σημειωθεί ότι η γαστρογραφίνη διήλθε βραδύτατα κι ελάχιστα στην νήσιδα μετά τη πάροδο τετράωρου. Ακολούθως η ασθενής υποβλήθηκε σε υπολογιστική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε την ύπαρξη ελεύθερου αέρα στα χοληφόρα, υψηλή εντερική απόφραξη και παρουσία χολολίθου εντός του βολβού του δωδεκαδακτύλου (εικόνα 1).

Την ίδια ημέρα έγινε προσπάθεια ενδοσκοπικής μετακίνησης και μηχανικής λιθοτριψίας χωρίς επιτυχία. Έτσι, η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο την 31/12/2011. Το πρακτικό εγχειρήσεως έχει ως ακολούθως: Υπό γενική αναισθησία, διενεργήθηκε τομή μέση υπερομφάλιος. Μετά την διάνοιξη του περιτοναίου, ανευρέθησαν πολλές συμφύσεις μεταξύ της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου και της χοληδόχου κύστεως. Με προσοχή και οδηγό την πυλωρική μοίρα του στομάχου λύθηκαν οι στέρες συμφύσεις και παρασκευάσθηκε η πρόσθια επιφάνεια της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, η οποία συμψύταν στερεά με την κοίτη του ήπατος, επικαλύπτουσα και τα στοιχεία του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου.



Εικόνα 1 και 2: Αξονική τομογραφία κοιλίας: εμφανής είναι η ύπαρξη ελεύθερου αέρα στα χοληφόρα και η παρουσία ευμεγέθους χολολίθου στο βολβό του δωδεκαδακτύλου.

Ψηλαφήθηκε σκληρία μεγέθους ωού στην πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, ελαφρώς κινητή, ενώ η προσπάθεια να την προωθήσουμε προς τον πυλωρό κατέστη αδύνατη. Κατόπιν τούτου διενεργήθηκε επιμήκης τομή από τον πυλωρικό δακτύλιο και περιφερικότερα επί της πρόσθιας επιφάνειας του δωδεκαδακτύλου, η οποία και διανοίχθηκε. Αφαιρέθηκε ευμεγέθους χολόλιθος που απέφρασε όλο το εύρος του εντερικού αυλού, ενώ η δωδεκαδακτυλοτομή συρράφηκε σε δύο στρώματα. Τέλος, διενεργήθηκε χολοκυστεκτομή, χοληδοχοτομή κι έκπλυση του χοληδόχου πόρου, με τοποθέτηση σωλήνα Kehr.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή. Το Levin αφαιρέθηκε την 5η μετεγχειρητική ημέρα και η ασθενής άρχισε να σιτίζεται από το στόμα χωρίς να παρορσιάζει ναυτία ή έμετο. Την 10η μετεγχειρητική ημέρα έγινε έλεγχος στομάχου δωδεκαδακτύλου με βαριούχο γεύμα, ο οποίος δεν ανέδειξε κάτι παθολογικό. Την 20η μετεγχειρητική ημέρα διενεργήθηκε χολαγγειογραφία δια του Kehr, η οποία ήταν φυσιολογική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο Bouveret αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα, απαιτεί όμως υψηλό δείκτη υποψίας κι άμεση αντιμετώπιση λόγω της υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας. Η διάγνωση τίθεται με ασφάλεια όταν εντοπισθεί η ακτινολογική τριάδα του Rigler (ειλεός, αεροχολία, έκτοπος χολόλιθος) [5]. Μια αρχική προσπάθεια ενδοσκοπικής αντιμετώπισης πρέπει να επιχειρείται ενώ επί αποτυχίας η λύση είναι χειρουργική. Η ιδανική χειρουργική αντιμετώπιση είναι αντικείμενο διχογνωμίας. Πρωταρχικός στόχος παραμένει η άρση της απόφραξης. Η διόρθωση του συριγγίου δεν πρέπει να επιχειρείται σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Το σύνδρομο Bouveret αντιπροσωπεύει το 2% των περιπτώσεων ειλεού οφειλόμενου σε χολόλιθο. Οι χολόλιθοι είναι με τη σειρά τους σχετικά σπάνια αιτία απόφραξης του λεπτού εντέρου. Οφείλεται στην ύπαρξη χολοπεπτικής επικοινωνίας διαμέσου της οποίας ένας ευμεγέθης, συνήθως, χολόλιθος περνά στο βολβό του δωδεκαδακτύλου. Συνήθως αφορά ηλικιωμένες γυναίκες. Η νοσηρότητα του ειλεού από χολόλιθο είναι σχετικά υψηλή (15-18%) όπως και η θνησιμότητα (17%). Αυτό οφείλεται στην καθυστερημένη διάγνωση και αντιμετώπιση αλλά και στη γενικότερα επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας ηλικιωμένων ασθενών [6].

Η διάγνωση του συνδρόμου Bouveret είναι δυνατή όταν συγκεκριμένα απεικονιστικά ευρήματα όπως η ύπαρξη ελεύθερου αέρα στα χοληφόρα και η υψηλή εντερική απόφραξη είναι παρόντα. Η εντόπιση του χολόλιθου είναι δυνατή με απλή ακτινογραφία, υπερηχογράφημα και υπολογιστική τομογραφία. Η ανάδειξη της χολοπεπτικής επικοινωνίας είναι επίσης δυνατή με χρήση σκιαγραφικού οπότε απεικονίζεται η άδεια χοληδόχος κύστη καθώς πληρώνεται από το σκιαγραφικό, ενώ είναι πιθανό να σκιαγραφηθούν και τα χοληφόρα [7]. Σε υποψία ειλεού εκ χολόλιθου, η υπολογιστική τομογραφία είναι ενδεδειγμένη απεικονιστική μέθοδος, δεδομένου ότι προσφέρει ακριβή προεγχειρητική διάγνωση.

Γενικώς είναι παραδεκτό ότι για να προκαλέσει ο χολόλιθος απόφραξη πρέπει να έχει διάμετρο άνω των 2,5cm. Στην περίπτωση μας ο χολόλιθος είχε διαστάσεις 4,5x3 cm. Για να προκαλέσει ο χολόλιθος εντερική απόφραξη πρέπει να διέλθει εντός του αυλού. Αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους 1) Διά της φυσιολογικής οδού όπου συνήθως διέρχονται μικροί λίθοι απαρατήρητοι 2) Δίοδος του λίθου διά συριγγίου μεταξύ χοληδόχου κύστεως αφ' ενός και του στομάχου, δωδεκα-

δακτύλου, λεπτού εντέρου ή παχέος εντέρου αφ' ετέρου. Επίσης μπορεί ο χολόλιθος να εισέλθει στην πυλωρική μοίρα του στομάχου και να προκαλέσει απόφραξη. Στη δική μας περίπτωση το συρρίγιο είχε δημιουργηθεί μεταξύ της χοληδόχου κύστεως αφ' ενός και της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου αφ' ετέρου.

Ο τελικός ειλεός αποτελεί την συνήθη θέση ενσφηνώσεως του λίθου, χωρίς όμως να αποκλείονται άλλες θέσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η διάμετρος της τελικής μοίρας του ειλεού είναι μικρότερη αλλά και στο ότι τα περισταλτικά κύματα του εντέρου αρχίζουν από την νήσιδα και μερικά εξ' αυτών δεν φθάνουν στον ειλεό. Η δύναμις των περισταλτικών κυμάτων είναι μεγάλη στην νήσιδα υπερνικωμένης έτσι της αντιστάσεως του λίθου, ενώ στον ειλεό τα εξασθενημένα κύματα δεν υπερνικούν την αντίσταση αυτού [8]. Στη δική μας περίπτωση η εντόπιση του χολόλιθου ήταν στην 1η μοίρα του δωδεκαδακτύλου, γεγονός σπάνιο.

Η κλινική διάγνωση προεγχειρητικώς στηρίζεται στην ύπαρξη συμπτωματολογίας η οποία αναφέρεται σε τρεις περιόδους:

1) Συμπτώματα αναφερόμενα στην πάθηση των χοληφόρων. 2) Συμπτώματα αναφερόμενα στην μετανάστευση του λίθου από τα χοληφόρα στο έντερο. 3) Συμπτώματα αναφερόμενα στην απόφραξη του εντέρου.

Στην δική μας περίπτωση ο αναφερόμενος κωλικός του δεξιού νεφρού προ πενταετίας μπορεί να οφείλετο σε κωλικό ήπατος ή μετακίνηση του λίθου. Το ενδιαφέρον είναι ότι η ασθενής μας εμφάνισε χαρακτηριστική κλινική εικόνα πυλωρικής στενώσεως χωρίς άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των προαναφερθέντων συμπτωμάτων.

Τα ακτινολογικά ευρήματα αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην διάγνωση του ειλεού από χολόλιθο. Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι: α) ακτινολογικά ευρήματα εντερικής αποφράξεως, β) αέρας εντός των χοληφόρων, γ) ανάδειξη χολόλιθου εντός του εντερικού αυλού και δ) μετακίνηση αυτού εντός του αυλού. Στην δική μας περίπτωση ευρήματα ακτινολογικά προέκυψαν από την ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση καθώς κι από τη διάβαση με γαστρογραφίνη. Δεν θεωρείται σκόπιμο κατά τον χρόνο που αφαιρείται ο χολόλιθος να αναζητηθεί το συρρίγιο και να γίνει χολοκυστεκτομή. Αυτά μπορούν να γίνουν σε δεύτερο χρόνο και εφόσον το χολο-πεπτικό συρρίγιο επιμένει. Όμως αυτό μπορεί να συγκλεισθή αυτομάτως και η ανεύρεσή του να μην είναι δυνατή [9].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cornel Iancu et al. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis* March 2008;1:87-90
2. Yazan Adnan Masannat, Scott Caplin, Tim Brown. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006;16:2620-2621
3. R. J. Thompson et al. Endoscopically assisted minimally invasive surgery for gallstones. *Ir J Med Sci* 2009;178:85-87
4. Craig O' Neill et al. Gastric outlet obstruction secondary to biliary calculi: 2 cases of Bouveret syndrome. *J can chir*, Vol. 52 No 1, fevrier 2009:23-74
5. Festif D. et al. Clinical manifestations of gallstone disease: evidence from the multicenter Italian study on cholelithiasis (MICOL). *Hepatology* 1999;30:839
6. Minoli G, et al. Circadian periodicity and other clinical features of biliary pain. *J Clin Gastroenterol* 1998;13: 546
7. Kraagg N et al. Dyspepsia –how noisy are gallstones? A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms, and food intolerance. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:411
8. Berger MY van der, et al. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systemic review. *Scan J Gastroenterol* 2000;35: 70
9. Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics* 2004;4: 1171-5.

CASE REPORT**Rare case report of choledocho-duodenal fistula with gastroduodenal outlet obstruction due to a large gallstone (Bouveret's syndrome)****C. Simoglou, L. Simoglou, D. Gymnopoulos**

Department of Surgery, Sismanogleio General Hospital, Komotini, Greece

(Scientific Chronicles 2013;18(1):49-52)**ABSTRACT**

We present a case of a 63 year old female patient admitted for acute epigastralgia and vomiting due to a large gallstone impacted in the first portion of the duodenum causing gastric outlet obstruction. The radiographic examination of the stomach (upper GI series with gastrografin) and abdominal ultrasound revealed the presence of a lesion (foreign body or gallstone) causing difficulty in drainage of gastric contents, with concomitant gastric dilatation and inability to tolerate any food ingestion. No symptoms from the gallbladder or bile ducts were present. A longitudinal incision on the anterior surface of the first portion of duodenum was performed and a large gallstones measuring 4.5 x 3cm was extracted. Additionally, a cholecystectomy was performed and a Kehr catheter was inserted in the common bile duct. Postoperative course was unremarkable.

Keywords: Large Gallstone, Gastric outlet obstruction, Cholecystectomy, Cholelithiasis