

ЖЛЪЧНОКАМЕНЕН ИЛЕУС – НЕОБИЧАЙНО УСЛОЖНЕНИЕ НА ЖЛЪЧНОКАМЕННАТА БОЛЕСТ. НАШИЯТ ОПИТ В ХИРУРГИЧНОТО МУ ЛЕЧЕНИЕ

А. Тасева

*Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“,
Медицински университет – София*

GALLSTONE ILEUS – A RARE COMPLICATION OF GALLSTONE DISEASE. OUR SURGICAL TREATMENT EXPERIENCE

A. Taseva

*Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, University Hospital "Alexandrovka",
Medical University – Sofia*

Резюме. Жлъчнокаменният илеус е рядко, но животозастрашаващо усложнение на жлъчнокаменната болест. Възниква в резултат на преминаване на голям конкремент през билиоентерална фистула и обтуриране на тънкото черво, водещо до механична обструкция. Това състояние се среща най-често при пациенти в напреднала възраст с множество съпътстващи заболявания, което го прави предизвикателство както за диагностика, така и за лечение. Терапевтичното поведение при жлъчнокаменният илеус е основно хирургично. Навременната диагностика и изборът на подходяща хирургична стратегия са от ключово значение за намаляване на следоперативния морбидитет и морталитет. Настоящата статия представя нашия клиничен опит в хирургичното лечение на жлъчнокаменен илеус при двама пациенти, приети в Клиниката по спешност с данни за тънкочревен илеус. Анализирани са клиничните симптоми, данните от образните изследвания, интраоперативните находки и извършените оперативни интервенции.

Ключови думи: жлъчнокаменен илеус, холецистодуоденална фистула, холецистоентерална фистула, ентеролитотомия

Адрес за кореспонденция: Д-р Анна Владимировна Тасева, дм, e-mail: annataseva85@gmail.com

Abstract. Gallstone ileus is a rare but life-threatening complication of gallstone disease. It occurs as a result of the passage of a large gallstone through a bilioenteric fistula, leading to obstruction of the small intestine and mechanical ileus. This condition most commonly affects elderly patients with multiple comorbidities, making it a challenge both diagnostically and therapeutically. The primary treatment for gallstone ileus is surgical. Timely diagnosis and the selection of an appropriate surgical strategy are key to reducing postoperative morbidity and mortality. The present article presents our clinical experience in the surgical treatment of gallstone ileus in two patients admitted emergently with signs of small bowel obstruction. The clinical symptoms, imaging and intraoperative findings, and the surgical interventions performed are analyzed.

Key words: gallstone ileus, cholecystoduodenal fistula, cholecystoenteric fistula, enterolithotomy

Address for correspondence: Anna Vladimirova Taseva, MD, PhD, e-mail: annataseva85@gmail.com

Рядката честота и диагностичните проблеми, свързани с жлъчнокаменния илеус, са предизвикателство за терапевтичния подход. С оглед на това редица автори съобщават за своя опит. Ние представяме два клинични случая от нашата практика, които разглеждат различни варианти в лечението на това усложнение. Чрез анализа на терапевтичните решения и хода на възстановяване подчертаваме значението на индивидуализирания подход, базиран на общото състояние на пациента, наличието на коморбидитет и интраоперативните находки.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ 1

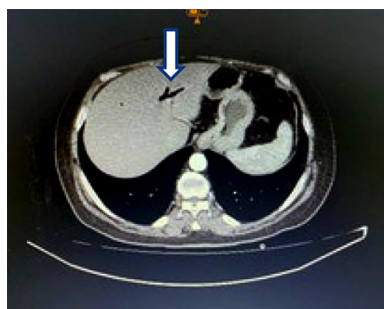
Представяме рядък случай на тънкочревен илеус, възникнал като усложнение на жлъчнокаменна

болест. Става въпрос за жена на 59 г., хоспитализирана по спешност в Клиниката по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, на УМБАЛ „Александровска“ – София. При постъпването съобщава за липса на дефекации от 4 дена, подуване на корема, метеоризъм, гадене и многократни повръщания. Началото на оплаванията е остро, придружено с болка в горен десен коремнен квадрант и ирадиация към гърба и дясна скапула. Преди 15 години при ехография на коремни органи е установена холелитиаза. В миналото е оперирана по повод на миома на матката и ѝ е извършена хистеректомия.

Пациентката постъпи в Клиниката в задоволително общо състояние, афебрилна, с пулсова честота 85 уд/мин, хемодинамично стабилна (RR

125/80 mmHg). От лабораторните изследвания се установи левкоцитоза (14×10^9 g/l), слабо повишени стойности на CRP (7,7 mg/l), умерена хипербилирубинемия – общ и директен билирубин – съответно 23,5 μ mol/L към 10,9 μ mol/L. Не се установиха отклонения от референтните граници на останалите биохимични показатели.

Проведената абдоминална ехография показва раздути тънкочревни бримки, множествена калкулоза на жлъчния мехур. Извърши се контрастно усилената компютърна томография на корема и малкия таз, която демонстрира пневмобилия (фиг. 1), множествена калкулоза на жлъчния мехур, дуоденум – стенодопирен до жлъчния мехур и импактиран конкремент в илеума, на около 10 cm проксимално от валвула Баухини (фиг. 2), dilatирани тънкочревни бримки и по-малък конкремент проксимално от първия, оскъдно количество свободно подвижна течност в коремната кухина.

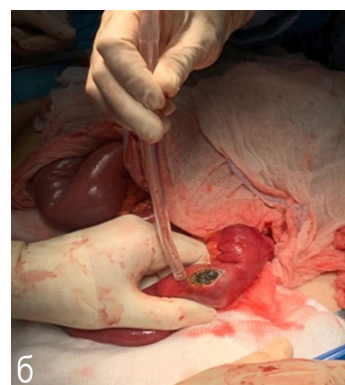


Фиг. 1. Пневмобилия в ИХЖП



Фиг. 2. КАТ данни за билиарен илеус с инклавирен конкремент

Пациентката бе оперирана по спешност в рамките на първите 12 часа след приема. При експлорацията на коремните органи се установиха множествени разнокалибрени конкременти в жлъчния мехур, задебелени и възпалени стени, образувала се широка билиодигестивна фистула между джоба на Хартман и прилежащия сегмент на дуоденума. Интраоперативно се констатира билиарен конкремент в терминален илеум с размери 2,5-3 cm/dm, обтуриращ тънкото черво и предизвикващ тънкочревен илеус (фиг. 3 а, б).

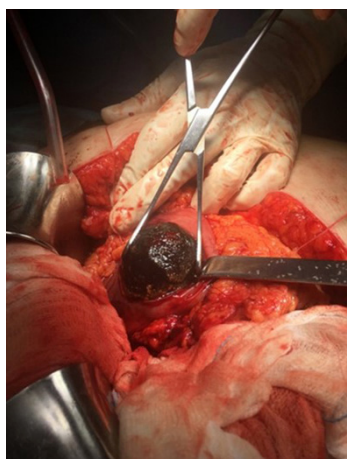


Фиг. 3 а, б. Билиарен конкремент, обтуриращ терминален илеум

Палпираха се още два билиарни конкремента в ГИТ: един проксимално – в стомаха, и още един – на около 50 cm проксимално от валвула Баухини, със среден размер около 1,5 cm/dm. Установи се оскъдно количество бистър трансудат в малкия таз. Извърши се ентeротомия и екстракция на конкрементите от тънкото черво, холецистектомия с ликвидиране на холецистодуоденалната фистула. През отвората на фистулата откъм дуоденума се евакуира конкремента от стомаха. Последва затварянето му чрез пластика по Хайнеке-Микулич. Следоперативно пациентката се възстанови без усложнения и в най-кратък срок.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ 2

Отнася се за жена на 76 г. с анамнестични данни за гадене и повръщане, скенеграфски установен механичен тънкочревен илеус на базата на инклавирен конкремент в илеума. Пациентката е лапаротомизирана по спешност. При нея се установи конкремент с размери 3-4 cm, инклавирен в стената и напълно обтуриращ тънкото черво. Поради напреднала възраст, увреденото общо състояние и коморбидитет – данни за дълбока венозна тромбоза в миналото, се извърши на първи етап ентeротомия с екстракция на конкремента (фиг. 4).



Фиг. 4. Ентеролитомия и екстракция на конкремент

След месец на втори етап бе извършена холецистектомия, дебридмънт с освобождаване на перихолециститни сраствания и ликвидирани билиодигестивна фистула и тънкочревни адхезии. Следоперативният период и при двете операции протече гладко и без усложнения.

ОБСЪЖДАНЕ

Жлъчнокаменната болест се среща при до 20% от населението в Западна Европа [1]. Сред най-честите ѝ усложнения се включват остър холецистит, гангрена на жлъчния мехур, холедохолитиаза и остър панкреатит [2, 4]. Други по-редки, но клинично значими усложнения са синдром на Мирици, формиране на холецистодуоденална фистула и жлъчнокаменен илеус. Последният се среща при 1-4% от всички пациенти с механичен илеус и се свързва с висок морбидитет и морталитет 12-18% [8, 15].

Макар че честотата на това усложнение е ниска, клиничната значимост е висока, поради закъснение в диагностиката и висока следоперативна заболяемост и смъртност [15].

Основният патофизиологичен механизъм се свързва с образуване на билиодигестивна фистула, по-рядко с мигриране на конкремент през холедоха и дилатираната папила Фатери. Холецистоентерална (дуоденална) фистула се образува при многократни екзацербации на хронично възпаление на жлъчния мехур с по съседство обхваната прилежаща част на гастроинтестиналният тракт с локално некротизиране на стената на жлъчния мехур, образуване на сраствания и впоследствие – на фистула [2].

По данни от литературата при билиодигестивен илеус се среща конкремент, мигрирал в илеума при 60,5% от случаите, в йеюна – 16,1% , в стомаха – 14,2%, по-рядко в дуоденума – 3,5% [5].

Конкрементите, предизвикващи симптоматика, обикновено са с размер над 2,5 cm [5]. Оплакван

ията обичайно са неспецифични и с интермитентен характер. Най-често се съобщава за гадене и повръщане – 87% от пациентите, или със симптоматиката на остър холецистит и коремна болка до 71% [6]. По-рядко настъпва некроза на тънкочревната стена с развитие на перфорация и перитонит, съпроводени с висока температура и втрисане [15].

Биохимичните изследвания са с ниска диагностична стойност – левкоцитоза, неутрофилия [2, 4].

При обзорна графия на корем в 14,8% от случаите се установява триада на Риглер – пневмобилия, хидроаерични нива като израз на тънкочревен илеус и ектопичен жлъчен конкремент [11, 14].

Диагностиката на билиодигестивните фистули и свързания с тях тънкочревен илеус се основава на комбинация от клинични, лабораторни и образни изследвания. Клиничните прояви могат да включват симптоми на чревна обструкция, жълтеница и признаци на инфекция. Образните изследвания, като компютърна томография (КТ) и магнитнорезонансна холангиопанкреатография (MRCP), са от съществено значение за визуализиране на фистулата и за оценка на степента на обструкция.

Широко използвана за поставяне на диагноза е компютърната томография поради високата си сензитивност (90-93%) и специфичност (100%) [4]. По този начин се представя локализацията на фистулата, предоперативното състояние на жлъчния мехур, потвърждава се или се отхвърля перитонит. Някои автори съобщават за висока диагностична стойност на използването на перорален водоразтворим контраст, локализирайки нивото на илеуса и местоположението на билиодигестивната фистула [17].

Лечението основно е хирургично. По отношение на него мненията остават разнопосочни [10]. Съществуват различни подходи и мнения за оптималната терапия. Обсъжда се извършването на лапароскопски, конвенционални техники на еднотапни и двуетапни хирургични намеси. Подборът зависи от възрастта, общото състояние и съпътстващите заболявания при пациента.

При първия клиничен случай пациентката е без значими съпътстващи заболявания, в стабилно общо състояние, данни за обострен хроничен калкулозен холецистит и билиодуоденална фистула, поради което взехме решение за извършване на еднотапна операция с елиминиране на фистулата, екстракция на конкрементите и отстраняване на жлъчния мехур.

Еднотапната операция намалява риска от рецидив на билиарния илеус, усложнения от билиарен произход и септичните усложнения [8], но увеличава оперативното време, а с това и оперативната травма и е технически по-трудна за извършване. Съобщава се за над 60% морби-

дитет при едноетапни операции поради обичайно напредналата възраст и високия коморбидитет [7]. Докато при случаи само с ентеролитотомия смъртността е 27,3% [8, 13]. Stagniti и съавт. [16], анализирайки 81 случая на билиодигестивни фистули, се застъпват за едноетапната операция като радикален и ефективен метод за лечение без рецидиви.

При втория разгледан от нас случай пациентката е в напреднала възраст, във влошено общо състояние, с множество съпътстващи заболявания (анамнеза за дълбока венозна тромбоза). С оглед повишения оперативен риск бе избран двуетапен подход. На първи етап се направи ентеротомия с екстракция на конкремент, последвана на втори етап – дебридмънт, холецистектомия и фистулектомия един месец по-късно.

Reisner и Cohen (1994 г.), анализирайки материал от 1001 случая, съпоставят морталитета при двата основни хирургични подхода. При пациенти след изолирана ентеротомия по спешност се наблюдава смъртност в порядъка на 11,7%, а при пациенти, претърпели едноетапна операция – до 16,9%. Рецидивът на жлъчнокаменен илеус след само ентеротомия варира между 4,7-8,2% [9]. При внимателно подбрани пациенти ентеролитотомията може да бъде адекватно първоначално лечение.

Едноетапните операции са метод на избор при селектирани болни, такива в по-млада възраст, хемодинамично стабилни, без значими съпътстващи заболявания [12]. Ентеротомията е първоначална или единствена намеса и е оправдана при болни в напреднала възраст, с малък физиологичен резерв, хемодинамично нестабилни.

Много специалисти подчертават значението на индивидуализирания подход при избора на хирургична техника. Фактори като общото здравословно състояние на пациента, анатомични особености на фистулата и наличие на съпътстващи заболявания трябва да бъдат внимателно оценени при планиране на лечението.

Въпреки че едноетапната хирургична намеса може да предложи окончателно лечение, свързаните с нея рискове налагат внимателен подбор на пациентите. Обратно, само ентеролитотомията може да е за предпочитане при пациенти със значителни хирургични рискове, но с внимателно следоперативно наблюдение за потенциални жлъчни усложнения [3, 12].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Жлъчнокаменният илеус е рядко усложнение на жлъчнокаменната болест с висока чес-

тота при възрастни пациенти. Своевременното диагностициране на заболяването и индивидуализираният хирургичен подход са от решаващо значение за благоприятния изход от терапията. Докато едноетапната хирургия като радикален подход е предпочитана при стабилни пациенти без значим коморбидитет, ентеролитотомията остава оправдана при пациенти с повишен риск. Мултидисциплинарният подход и адекватната предоперативна оценка са предпоставка за оптимизиране на резултатите.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Acalovschi M, Lammert F. The Global Burden of Gallstone Disease. *WGO*. 2012;17(4).
2. Agiular-Espinosa F, Maza-Sanchez R, Vargas-Solis F. Cholecystoduodenal fistula, an infrequent complication of cholelithiasis: Our experience in its surgical management. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82(4):287-295.
3. Bennett C, Hewko J. Cholecystoduodenal fistula: Report of a case complicated by complete obliteration of the gallbladder. *Am J Surg* 1952. 83(2): 228-32.
4. Beuran M, Ivanov I et al, Gallstone Ileus, Medical and Therapeutic aspects, *Journal of Medicine and Life*, 2010; 3:365-371.
5. Braun KK, Cunningham KJ, Howell A. A rare case of cholecystoduodenal fistel with rapid distal gallstone migration. *Am J Case Rep*. 2021;22:0.
6. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(9):2139-2146.
7. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg*. 2016; 8(1): 65-76.
8. Doko M, Zovak M, Kopljar M et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg*. 2003;27:400-4.
9. Hussain Z, Ahmed MS, Alexander DJ et al. Recurrent recurrent gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010;92(5):e4-e6.
10. Kirchmayr W, Mühlmann G, Zitt M et al. Gallstone ileus: rare and still controversial. *Am J Surg*. 2005;189(2):189-193.
11. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol*. 2004;50(1):23-29.
12. Nakao A, Okamoto Y, Sunami M et al. The diagnosis of gallstone ileus: a review of 176 cases. *Am J Surg*. 2006;191(2):206-210.
13. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994;60(6):441-446.
14. Rigler LG, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA*. 1941;117(21):1753-1759.
15. Sahsamani G, Maltezos K, Dimas P et al. Bowel obstruction and perforation due to a large gallstone. A case report. *Intern J Surg Case Report*. 2016; 26:193-196.
16. Stagnitti et al. *Spontaneous biliodigestive fistulae. The clinical considerations, surgical treatment and complications.* *Gior-nale di Chirurgia* 2000, 21(3),110-117.
17. Young A, Yusuf GT, Fang Ch. Cholecystoduodenal fistula identified on oral contrast-enhanced ultrasound. *J Ultrasound*. 2020; 7;25(2):339-342.