

Acta Chirurg Croat 2008; 5:23-26

PRIKAZ SLUČAJA: ILEUS TANKOG CRIJEVA UZROKOVAN FITOBEZOAROM

Damir Kraljević, Kanito Bilan, Zdravko Perko, Nenad Karanović*

SAŽETAK

U ovom radu prikazujemo slučaj bolesnika sa dvostrukim fitobezoarom koji nije imao prethodne operacije probavnog sustava. Bolesnik se javio na hitni kirurški prijam zbog bolova u trbuhu i povraćanja. Od dijagnostičkih pretraga napravljen je RTG snimak nativnog abdomena i CT abdomena nakon čega je uslijedila operacija tijekom koje su se pronašla i odstranila dva fitobezoara (želuca i ileuma). Iz anamnestičkih podataka i analize građe fitobezoara doznali smo da je uzrok fitobezoara konzumiranje plodova stabla običnog koprivića (*Celtis australis*). Poslijeoperacijski oporavak je prošao bez komplikacija.

SUMMARY

In this case report we present a patient with double phytobezoar who hasn't have any abdominal operations before. He reported to Emergency surgical department because of stomach pain and vomit. After plain abdominal x-ray and abdominal CT scan we performed operation and removed two phytobezoars (in stomach and ileum). From data collected from patient and by analysis of phytobezoar we found out that the cause of phytobezoar was ingestion of fruit of tree called *Celtis australis*. Postoperative course was uneventful.

UVOD

Bezoari su nakupine neprobavljenog materijala u probavnom sustavu. Naziv bezoar potječe od perzijske riječi „padzahr“ što u prijevodu znači „izbaciti otrov“. U davna vremena, neprobavljeni sadržaj želuca ovaca i antilopa se mrvio i uzimao kao sredstvo za liječenje nekih bolesti i otrovanja (1,2).

Postoje tri vrste bezoara: trihobezoar (sastavljen od dlaka), fitobezoar (sastavljen od neprobavljivih dijelova voća i povrća) i miješani tip. U mediteranskim zemljama i zemljama dalekog istoka, gdje je prehrana svježim voćem i povrćem uobičajena, učestala je pojava fitobezoara.

Najčešće su lokalizirani u želucu. Mogu biti uzrokom opstruktivskog ileusa tankog i debelog crijeva. Želučani bezoari se javljaju kod bolesnika sa šećernom bolesti te bolesnika sa neuropatijom i mišićnom distrofijom (3), kao kasna komplikacija operacija na želucu ali i kod zdravih osoba.

Dijagnostika bezoara je unaprijeđena korištenjem CT-a. U dijagnostici ileusa tankog crijeva CT može prikazati mjesto i razinu opstrukcije te često i uzrok iste. Patognomoničan radiološki znak fitobezoara je kratka, ovalna, intraluminalna masa nehomogene građe lokalizirana na mjestu prijelaza dilatirane u kolabiranu vijugu crijeva (4).

Terapija fitobezoara je raznolika. Ovisi o veličini i lokalizaciji bezoara, ali i o mogućnostima zdravstvene ustanove. Pokušani su različiti načini liječenja od promjena u prehrani, prokinetičkih lijekova, ispiranja želuca, enzimske razgradnje (papain i celulaza) (5), endoskopskog odstranjenja do razgradnje bezoara Coca-Colom (6, 7). Niti jedna metoda se nije pokazala apsolutno uspješnom. Kirurško liječenje rezervirano je za komplikacije (perforacija, opstrukcija) te za intestinalne oblike bezoara (8).

PRIKAZ SLUČAJA

Ovo je prikaz slučaja bolesnika u dobi od 73 godine koji se zbog bolova u trbuhu, mučnine i povraćanja javio na hitni kirurški prijam. Tegobe, u dosta blažem obliku traju, dva tjedna pred prijem no u posljednja dva dana povraćanje je učestalo, a bolovi intenzivniji. Stolicu je imao redovito. Nije imao povišenu tjelesnu temperaturu. Inače nije značajnije bolovao te vodi aktivan život i bavi se manjim poljodjelskim radovima.

Prilikom dolaska bolesnik je dobrog općeg stanja, normalno uhranjen, prsni koš normalno sveden, auskultacijski uredan šum disanja, trbuh mekane stjenke iznad

razine prsnog koša, difuzno blaže bolan na palpaciju bez znakova nadražaja peritoneuma. Peristaltika nešto živahnija. Mjesta kilnih otvora slobodna. Digitorektalno nalaz uredan, na vrhu prsta trag normokolorirane stolice.

Na RTG snimku nativnog abdomena prikazano je nekoliko manjih aerolikvidnih nivoa u središnjem dijelu trbuha bez značajnije distenzije vijuga crijeva. Laboratorijaska analiza krvi pokazala umjerenu leukocitozu (L 12.1 G/L), blagu hiponatrijemiju (132 mmol/L) i hipokloremiju (92 mmol/L).

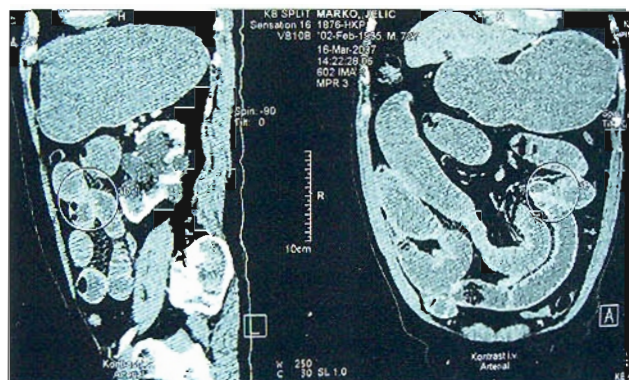
Bolesnik je primjen na Kliniku nakon postavljanja nazogastrične sonde i započinjanja parenteralne prehrane. Stanje bolesnika se postupno pogoršavalo te je kasnije, istoga dana napravljen kontrolni RTG snima nativnog abdomena koji je sada pokazao više širih aerolikvidnih nivoa u gornjim dijelovima trbuha uz distenziju vijuga tankog crijeva (Slika 1). Na postavljenu nazogastričnu sondu se pojavio enteralni sadržaj.



Slika 1. RTG snimak nativnog abdomena u stojećem stavu na kojem se vide aerolikvidni nivoi (strelice) i distendirana vijuga tankog crijeva u gornjem desnom kvadrantu abdomena (zvjezdica).

Odmah smo napravili MSCT abdomena koji je pokazao dilataciju želuca, duodenuma i jejunalnih vijuga ispunjenih tekućim sadržajem uz rubno raspoređene mjehuriće plina što odgovara nalazu ileusa tankog crijeva. Na

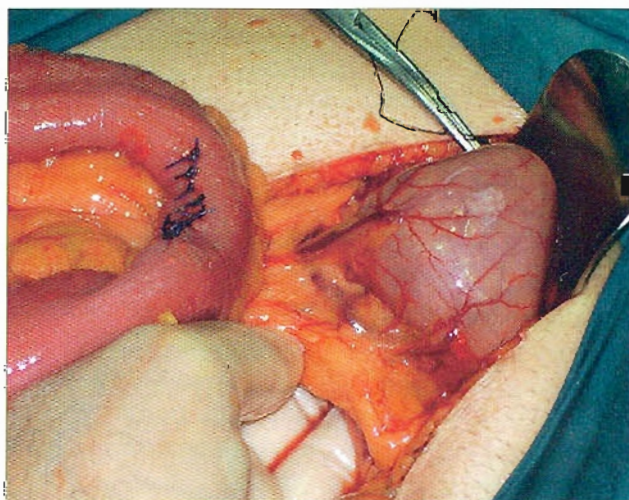
skenovima u razini donjeg pola lijevog bubrega sprijeda vidi se konglomerat vijuga jejunuma nakon kojeg se nastavlja kolabirana vijuga tankog crijeva (Slika 2).



Slika 2. MSCT abdomena sa peroralnim kontrastom koji pokazuje dilatirane vijuge tankog crijeva do mjesta opstrukcije (zaokruženo) nakon čega su vijuge kolabirane.

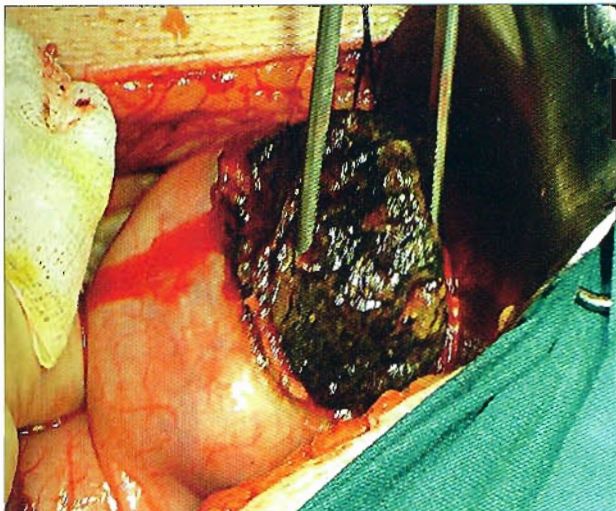
Na osnovu ovih kliničkih i radioloških znakova postavili smo indikaciju za hitnom operacijom pod radnom dijagnozom opstruktivskog ileusa.

Pristupili smo gornjom medijalnom laparotomijom i prikazali distendirane vijuge jejunuma sve do mjesta prelaska jejunuma u ileum gdje smo u lumenu crijeva napipali tvrdi masu koju nismo mogli izgurati prema cekumu. Napravili smo enterotomiju i iz crijeva izvadili tvrdi masu promjera 6 cm u kojoj smo na presjeku uočili neprobavljene sjemenke biljaka. (Slika 3) Eksplorirali smo cijelu trbušnu šupljinu te smo napipali sličnu promjenu u želucu i odstranili je kroz malu inciziju na prednjoj stijenci želuca (Slika 4).



Slika 3. Intraoperacijska slika koja pokazuje ušiveno mjesto enterotomije (prazna strelica) odakle je izvađen jedan fitobezoar i izbočenje na stijenci želuca u kojem se nalazi veći fitobezoar (puna strelica).

Poslijeoperacijsko razdoblje je prošlo bez komplikacija te je bolesnik otpušten sedmog poslijeoperacijskog



Slika 4. Intraoperacijska slika vađenja fitobezoara kroz inciziju na stijenci želuca.

dana. Nakonadno smo saznali da bolesnik u dvorištu ima stabla običnog koprivića (*Celtis australis*) te da redovito jede njihove plodove.

To stablo je rasprostranjeno u svim mediteranskim zemljama, a domovina joj je istočna Europa, sjeverna Afrika i zapadna Azija. Stablo naraste do 25 metara visine i pripada porodici brijestova. U narodu naših primorskih krajeva to stablo nosi sljedeće nazive: koprivić, kostel, koščela,

fafarinka, fanfaringola i fafarikula. Istarski Talijani zovu ga lodogno, a u susjednoj Italiji – bagolaro, spaccasassi i arcidiavolo. Plod je okrugla, oko 1 cm velika koštunica s mesnatim ovojem koji je u početku žućkast, a kasnije tamnoljubičast, sladak i jestiv; visi na oko 2 cm dugačkom stapcu, a koštica je okruglasta, tamno mrežasta (Slika 5).

ZAKLJUČAK

Bezoari su nakupine neprobavljenog materijala u probavnom sustavu. Postoje tri vrste bezoara: trihobezoar (sastavljen od dlaka), fitobezoar (sastavljen od neprobavljivih dijelova voća i povrća) i miješani tip. U mediteranskim zemljama i zemljama dalekog istoka, gdje je prehrana svježim voćem i povrćem uobičajena, učestala je pojava fitobezoara.

Mogu biti uzrokom opstrukcijskog ileusa tankog i debelog crijeva. Želučani bezoari se javljaju kod bolesnika sa šećernom bolešću te bolesnika sa neuropatijom i mišićnom distrofijom (3), kao kasna komplikacija operacija na želucu ali i kod zdravih osoba.

Simptomi su povezani sa razinom na kojoj je došlo do opstrukcije probavne cijevi, a točna dijagnoza se postavlja nakon endoskopske pretrage ili za vrijeme operacijskog zahvata. Dijagnostika bezoara je unaprijeđena korištenjem CT-a.



Slika 5. Plodovi stabla *Celtis australis* koji su uzrokovali fitobezoar u ovog bolesnika.

REFERENCE:

1. Elgood C.: A treatise on the bezoar stone. *Ann Med History* 7:73-80, 1935.
2. De Bakey M., Ochsner A.: Bezoars and concretions: a comprehensive review of the literature with analysis of 303 collected cases and presentation of 8 additional cases. *Surgery* 4:934-963, 1938; 5:132-160, 1939.
3. Campos RR., Paricio PP., Albasini JLA., et al. Gastrointestinal bezoars. Presentation of 60 cases. *Dig Surg* 1990;7:39-44.
4. Zissun R, Osadchy A, Gutman V, Rathaus V, Shapiro-Feinberg M, Gayer G. CT findings in patients with small bowel obstruction due to phytobezoar. *Emergency Radiology* 2004;10(4):197-200.
5. Walker-Renard P. Update on the medicinal management of phytobezoars. *Am J Gastroenterol* 1993;88(10):1663-6.
6. Martinez de Juan F, Martinez-Lapiedra C, Pica-zo V. Phytobezoar dissolution with Coca-Cola. *Gastroenterol Hepatol* 2006;29(5):291-3
7. Ladas SD., Triantafyllou K., Tzathas C., Tassios P., Rokkas T., Raptis SA. Gastric phytobezoars may be treated by nasogastric Coca-cola lavage. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14(7):801-3.
8. Cifuentes Tebar J, Robles Campos R, Parrilla Parrico P, Lujan Mompean JA et al. Gastric surgery and bezoars. *Dig Dis Sci* 1992;37(11):1694-6.