

BOUVERETOV SINDROM SA DVOSTRUKOM FISTULOM - PRIKAZ SLUČAJA

Stojanović Ivica, Wokaunn Mario, Varela C. Diego, Šoša Ilija, Dalmatin Luko, Margaritoni Marko

SAŽETAK

U radu smo prikazali slučaj starice primljene u hitnoj službi sa upornim povraćanjem i popratnom melenom. Zbog kliničkih simptoma visokog ileusa, nakon kratke predoperativne pripreme, bolesnicu smo podvrgli hitnom operativnom zahvatu pri kojem smo naišli na dva konkrementa, od kojih jedan u duodenumu kao uzrok ileusa. U literaturi se takav slučaj opisuje kao Bouveretov sindrom i spada u rijetke slučajeve ileusa. Uz to smo, kao popratni nalaz imali i Mirizzijev sindrom. Zahvat smo dovršili na opisani način. Bolesnica je zahvat dobro ponijela. Postoperativni tijek uredan. Bolesnica napustila bolnicu u dobrom općem stanju.

U zaključku navodimo kako kod starijih osoba sa znakovima visokog ileusa svakako treba misliti i na Bouveretov sindrom te obzirom na najčešće poznju dob, pokušati ileus razriješiti endoskopskim odstranjenjem konkrementa. Ukoliko to nije moguće, mora se pristupiti klasičnom kirurškom zahvatu.

Ključne riječi: Ileus, Bouveretov sindrom, biliodigestivna fistula

SUMMARY

In the study we have shown an example of an elderly woman who was admitted to the ER suffering constant vomiting and accompanying melena. Due to the clinical symptoms of high gallstone ileus and following a short preoperative procedure the patient was submitted to an urgent surgery during which we found two concretions, one of which was in the duodenum and was the cause of ileus. In literature such case is described as Bouvert's syndrome and it is a rare case of ileus. Additionally as a concurrent medical report we also had a Mirizzi's syndrome. We proceeded with the surgery and finalized it as described. The patient successfully underwent the surgery. The postoperative progress NAD. The patient was discharged in generally good condition. In the conclusion we state that in the case of elderly people with signs of high ileus Bouvert's syndrome must be taken into consideration, and considering in most cases old age one should try to deal with ileus by removing a concretion using endoscopic procedure. If that is impossible than a traditional surgery is required.

Keywords: Ileus, Bouvert's syndrome, biliodigestive fistula

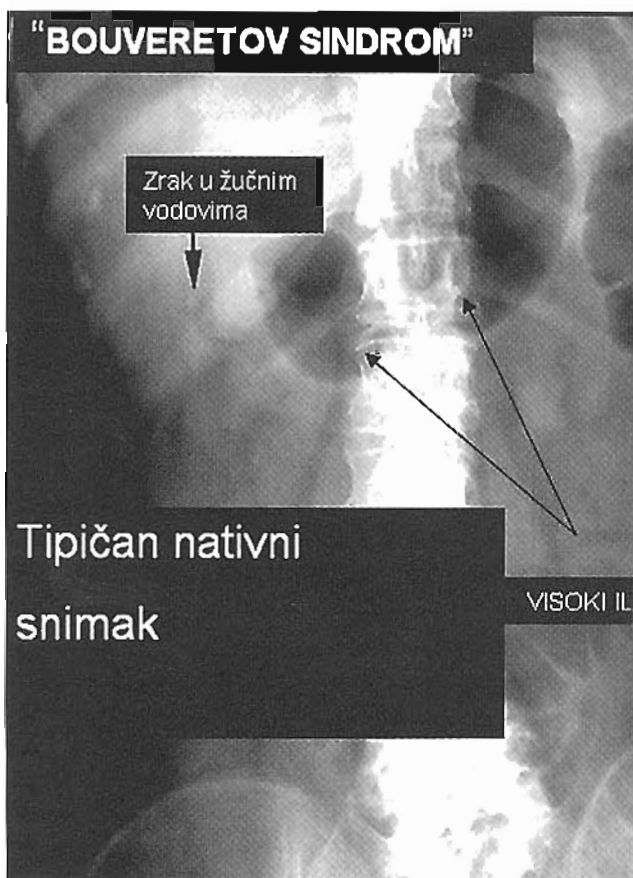
UVOD

U ovom radu prikazali smo relativno rijedak slučaj bolesnika sa visokim ileusom uzrokovanim žučnim konkrementima (sindrom Bouveret). Kod bolesnika je, tijekom operativnog zahvata nađena dvostruka biliodigestivna fistula a kako na sličan slučaj nismo naišli u nama dostupnoj literaturi, odlučili smo ga prikazati. Budući da nismo očekivali intraoperacijski nalaz gdje smo uz dvostruku biliodigestivnu fistulu i konkrementom uzrokovani visoki ileus, naišli i na Mirizzijev sindrom, morali smo tijekom zahvata improvizirati i donijeti odluku kako problem riješiti.

PRIKAZ SLUČAJA

Bolesnica K.T. stara 85 godina, primljena je u hitnoj službi poradi upornog povraćanja i melene. Endoskopski se verificira impaktirani konkrement u bulbusu duodenuma koji se ne uspije ekstrahirati. Ultrazvučnom pretragom vidi se veći konkrement u žučnjaku, koledokus se ne prikaže.

Nakon kraće predoperativne pripreme, u općoj anesteziji desnim subkostalnim rezom uđe se u trbušnu šupljinu. Verificira se tumorozna čvrsta tvorba sraslog duodenuma i žučnjaka. Prepariranjem se oslobode dvije fistule duodenuma i žučnjaka, a potom se izvadi veći konkrement iz žučnjaka i uradi parcijalna resekcija koleciste pošto su koledokus i infundibulum koleciste u čvrstom bloku uz razvoj Mirizzijeva sindroma. Manji, aboralni komunikacijski otvor na duodenumu se prebije, a u veći se stavi Folyev kateter i opskrbi se sve priležecim omentumom. Uradi se dezimpakcija kamena u pilorusu, napravi gastrotomija kroz koju se isti izvadi i GEA sa E-E anastomozom. Postave se dva drena: subhepatalno i u područje anastomoze. Bolesnica zahvat dobro podnese; peti dan se izvadi dren uz anastomozu, šavovi odstrane deveti dan, a subhepatalni dren dvanaesti dan. Dren iz duodenuma se izvadi nakon mjesec dana od operacije. Aktivnost duodenalne fistule prestane petog dana.



Grafički prikaz intraoperacijskog nalaza Bouveretovog sindroma kod prikazanog slučaja

RASPRAVA

Relativno je rijetka pojava mehaničke opstrukcije gastrointestinalnog sustava uzrokovana žučnim konkrementom. Svega 1-2% sveukupnih opstrukcija tankog crijeva odnose se na one izazvane žučnim konkrementom. U nekoliko serija sve bolesnice su bile žene, prosječne dobi 64 godine, uz mortalitet manji od 10%. (1)

Visoki ileus uzrokovan konkrementom u duodenumu (Bouveretov sindrom), posljedica je nastale biliodigestivne fistule. Sama po sebi asimptomatična, bilio-digestivna fistula pobuđuje pažnju ili sumnju

na razvoj tek u slučaju ascendentne infekcije žučnih putova iz probavnog sustava (posljedični razvoj kolangitisa) ili prolaskom većeg konkrementa u duodenum (posljedični razvoj visokog ileusa- "gastric outlet obstruction). (2)

Premda se pod Bouveretovim sindromom podrazumjeva visoki ileus uzrokovan konkrementom u duodenumu, u praksi je ipak daleko češće uklještenje žučnog konkrementa u terminalnom ileumu ili ispred valvule Bauchini. Radiološki ili sonografski tipični znakovi: dilatirane vijuge tankog crijeva sa aerolikvidnim razinama, prisutnost plina u žučnim kanalima i dokaz prisustva konkrementa u području duodenuma, uz kliničku sliku visokog ileusa potvrđuju dijagnozu Bouveretovog sindroma. (3) U literaturi su opisane različite varijante sindroma pa čak i pridruženi karcinom žučnjaka, o čemu svakako treba voditi računa kada se nađe na ovaj rijedak oblik ileusa u praksi. (4) Kada se kirurg susretne, neočekivano, za vrijeme operativnog zahvata u hitnoj službi, sa ovakvim nalazom, mora donijeti u kratkom vremenu optimalnu odluku vodeći računa o dobi bolesnika, o njegovom općem stanju kao i o komorbiditetu i prisustvu drugih bolesti i patoloških stanja (u našem slučaju pridruženi Mirizzijev sindrom). (5)

U tretmanu bolesnika svakako se daje prednost endoskopskim mogućnostima odstranjenja konkrementa, endolitotripsiji pa čak i uporabi YAG lasera za fragmentiranje konkrementa.

Naravno, najjednostavniji način za odstranjenje većeg konkrementa jest otvoreni kirurški pristup. (6)

ZAKLJUČAK

Svaki bolesnik u hitnom prijemu sa kliničkim znakovima visokog ileusa, dijagnostičkim pokazateljima prisutnog zraka u žučnim vodovima (nativni abdomen u stojećem stavu i ultrazvučni pregled abdomena), uz dokazani konkrement u projekciji duodenuma mora pobuditi sumnju na prisustvo biliodigestivne fistule i vjerojaini razvoj Bouveretovog sindroma.

Kirurg mora voditi računa o općem stanju i dobi bolesnika prije odluke o upuštanju u operativni zahvat. Gastroskopski način odstranjenja konkrementa kojim bi se razriješio ileus, ukoliko bi bio izvediv, svakako je povoljniji za bolesnika. Otvoreni kirurški zahvat jest standard za odstranjenje većih konkremenata i rješavanje ileusa. (7, 8)

LITERATURA

1. Schwartz S, ur. Principles of Surgery. 7 izd. New York: McGraw- Hill; 1999, str. 1450.
2. Štulhofer M, ur. Kirurgija probavnog sustava. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 1999, str. 317.
3. Guntau J, Oelckers M, Rathgeber T, Lock G. Sonographic diagnosis of Bouveret's syndrome [in German]. Med Wochenschr. 2007 Feb 16;132(7):315-8.
4. Penkov N. Bouveret syndrome (review of literature and case report [in Bulgarian] Khirurgiia (Sofia). 2003;59(4):31-3. Review.
5. Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y, Shaked G, Shelef I, Levy I. Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. Scand J Gastroenterol. 2000 Jul;35(7):781-3.
6. Goldstein EB, Savel RH, Pachter HL, Cohen J, Shamamian P. Successful treatment of Bouveret syndrome using holmium: YAG laser lithotripsy. Am Surg. 2005 Oct;71(10):882-5.
7. Maiss J, Hochberger J, Hahn EG, et al. Successful laserlithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled doublepulse Nd:YAG laser (FREDDY). Scand J Gastroenterol. 2004 Aug;39(8):791-4.
8. Modi BP, Owens C, Ashley SW, Colson YL. Bouveret meets Boerhaave. Ann Thorac Surg. 2006 Apr;81(4):1493-5.