

Aleksander Brażnik [ORCID:0000-0001-5552-6948]

Marian Kuczia

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu

NIEDROŻNOŚĆ JELITA CIENKIEGO WYWOŁANA PRZEZ KAMIEŃ ŻÓŁCIOWY – OPIS PRZYPADKU

Autor korespondencyjny:

Aleksander Brażnik, Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana
w Oświęcimiu,
ul. Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim
e-mail: aleksander.braznik@gmail.com

Streszczenie

Niedrożność żółciowa jelita cienkiego (zespół Barnarda) należy do rzadkich postaci niedrożności na tle kamicy żółciowej i najczęściej występuje u kobiet po 60 roku życia. Podstawą rozpoznania przedoperacyjnego jest tomografia komputerowa jamy brzusznej. Postępowaniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne, a w wybranych przypadkach leczenie zachowawcze w zależności od wymiarów złoju żółciowego oraz objawów klinicznych. W pracy opisano przypadek 67-letniej kobiety u której wykonano laparotomię klasyczną – enterolitotomię z usunięciem dużego 4 cm złoju blokującego jelito kręte tuż przed zastawką Bauhina.

Słowa kluczowe: niedrożność żółciowa, triada Riglera, przetoka pęcherzykowo-dwunastnicza, zespół Barnarda

Wprowadzenie

Niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego należy do najczęstszych schorzeń chirurgicznych jamy brzusznej wymagających doraźnego zaopatrzenia chirurgicznego, a jej istotą jest zaburzony pasaż treści jelitowej. Niedrożność żółciowa jelita cienkiego (zespół Barnarda) należy do rzadkich przyczyn mechanicznej niedrożności tego jelita. Szacuje się, że występuje ona u 1–3% wszystkich pacjentów z niedrożnością jelita cienkiego poniżej 65 roku życia, natomiast u osób starszych może stanowić do 25% wszystkich jego niedrożności [1–3].

Przewlekłe kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego stwarza ryzyko powstania przetoki pęcherzykowo-dwunastniczej i odgrywa kluczową rolę w przedostawaniu się złoгу do dwunastnicy. Przedostanie się małego złoгу do przewodu pokarmowego nierzadko powoduje objawy jego podniedrożności o przewlekłym przebiegu (zespół Karewskiego) [4].

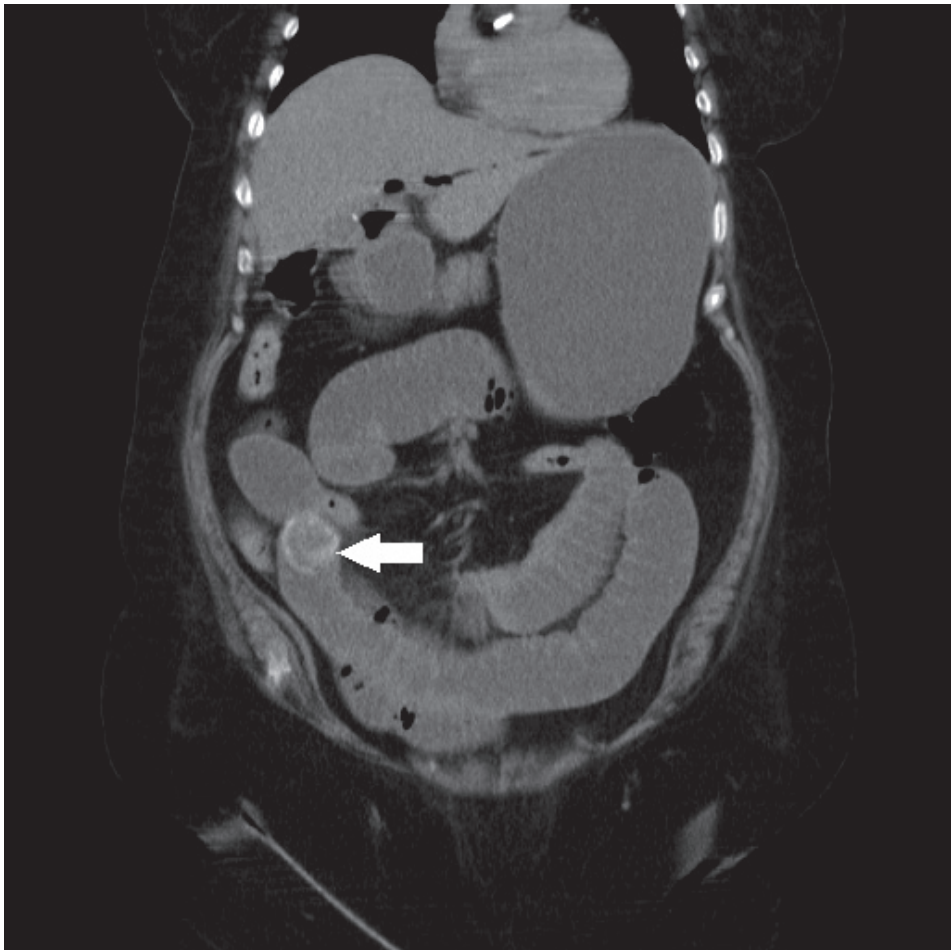
W celu ustalenia prawidłowego rozpoznania wykorzystuje się tomografię komputerową, USG lub RTG przeglądowe jamy brzusznej. W badaniu TK można zaobserwować typowe cechy radiologiczne: niedrożność mechaniczną jelita cienkiego z obecnością złoгу oraz obecność gazu w drogach żółciowych – triada Riglera [5]. Zabieg chirurgiczny jest standardową metodą postępowania w przypadku utrzymujących się, pomimo leczenia zachowawczego, objawów niedrożności.

Opis przypadku

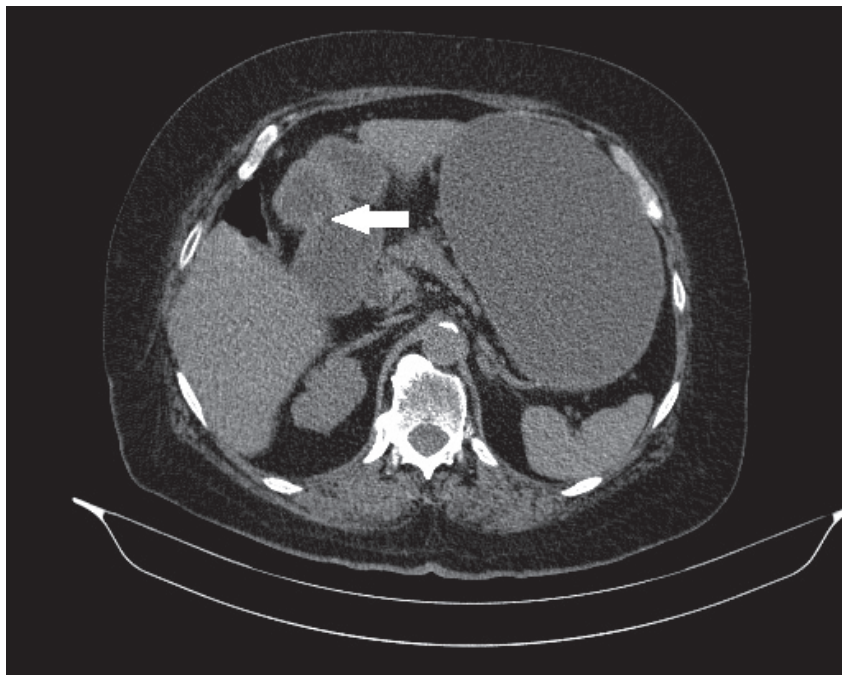
W artykule opisano przypadek 67-letniej kobiety z objawami niedrożności przewodu pokarmowego na tle kamicy żółciowej jelita cienkiego.

W wywiadzie pacjentka zgłaszała trwające od 7 dni bóle brzucha, nudności i „wymioty kałowe” oraz zatrzymanie wiatrów i stolca, w wyniku czego została przyjęta do Oddziału Chirurgii Ogólnej. Pacjentka posiadała obciążenia internistyczne: cukrzycę insulinoniezależną, otyłość oraz nadciśnienie tętnicze. W badaniu przedmiotowym stwierdzono rozlaną bolesność brzucha bez oporów patologicznych, cichą i leniwą perystaltykę, a także obrzęki obwodowe. W SOR wykonano diagnostykę laboratoryjną, stwierdzając cechy przednerkowej niewydolności nerek, tj. wysokie wartości: kreatyniny – 6,59 mg/dl, potasu – 5,30 mmol/l, mocznika – 276 mg/dl i białka ostrej fazy – 241 mg/l, oraz niskie wartości eGFR – 5,98ml/min. i sodu – 125 mmol/l. W wykonanym USG jamy brzusznej stwierdzono dużą ilość gazów w pętlach jelitowych. Odnotowano: bardzo słabo widoczny pęcherzyk żółciowy, a w miejscu typowego położenia pęcherzyka żółciowego widoczny cień akustyczny odpowiadający pęcherzykowi obkurczonemu na złoгах oraz prawidłowe drogi żółciowe. W śródbrzuszu i podbrzuszu zaobserwowano wypełnione powietrzem pętle jelitowe. W badaniu TK jamy

brzuszej stwierdzono niedrożność mechaniczną na jelicie krętym ze złogiem żółciowym blokującym jelito (ryc. 1) i przetokę pęcherzykowo-dwunastniczą (ryc. 2). Po wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych oraz uzupełnieniu niedoboru płynów przeprowadzono klasyczną laparotomię – uwidoczniło rozdęte pętle jelitowe (ryc. 3) oraz obecność dużego złogu w jelicie cienkim tuż przed zastawką Bauhina (ryc. 4). Następnie wykonano podłużne nacięcie jelita krętego i usunięto zółg (ryc. 5). W okresie pooperacyjnym obserwowano odczyn zapalny rany pooperacyjnej – stosowano miejscowo opatrunki i antybiotykoterapię wg antybiogramu, uzyskując całkowitą poprawę stanu miejscowego. Pacjentka została wypisana do domu w 12 dobie po zabiegu.



Rycina 1. TK jamy brzusznej (strzałką białą zaznaczono zółg blokujący jelito cienkie). Wszystkie ryciny autorstwa Anny Lachowicz; blok operacyjny ZOZ w Oświęcimiu.



Rycina 2. Przetoka pęcherzykowo-dwunastnicza



Rycina 3. Niedrożność jelita cienkiego – rozdęte pętle jelitowe



Rycina 4. Kamień żółciowy blokujący jelito kręte



Rycina 5. Kamień żółciowy po usunięciu

Niedrożność żółciowa na jelicie krętym jest rzadką postacią niedrożności mechanicznej przewodu pokarmowego, powstałą wskutek wydostania się złoгу do jelita cienkiego. Pierwsze doniesienia na temat tej choroby przedstawił w 1854 roku duński lekarz Thomas Bartholin, opisując tę jednostkę chorobową podczas wykonywania sekcji zwłok [6]. Występuje ona częściej u rasy białej, kobiet, osób otyłych oraz u osób starszych po 65 roku życia [3].

Kluczowym punktem w powstaniu niedrożności jest obecność przetok: pęcherzykowo-dwunastniczej w przebiegu zespołu Mirizziego (60%), pęcherzykowo-okrężniczej (17%), pęcherzykowo-żołądkowej (5%) lub dwunastniczo-żółciowej (5%) (pozostałe 13% występuje rzadko między pęcherzykiem żółciowym a jelitem cienkim, przewodem żółciowym wspólnym i dwunastnicą). W zależności od poziomu zablokowania pasaży w przewodzie pokarmowym wyróżnia się: zespół Bouvereta (niedrożność w okolicy dwunastnicy) oraz zespół Barnarda (niedrożność w końcowym odcinku jelita cienkiego). Pełnoobjawowa niedrożność zazwyczaj powodowana jest przez złogi o średnicy większej niż 2,5 cm. Uważa się, że badania obrazowe, takie jak: USG i RTG przeglądowe jamy brzusznej, są pomocne w postawieniu rozpoznania. Tomografia komputerowa jest badaniem z wyboru w diagnostyce – ma największą czułość wynoszącą 93%, swoistość na poziomie 100% oraz wysoką dokładność 99% [7]. Ryzyko wystąpienia zgonu wzrasta u osób starszych, z chorobami: metabolicznymi, układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego. Obecnie śmiertelność wśród pacjentów operowanych waha się między 7% a 30% [3]. Podstawowym sposobem leczenia jest zabieg chirurgiczny, polegający na enterotomii oraz usunięciu złoгу [8].

Wśród metod leczenia operacyjnego można wyróżnić leczenie jedno- i dwuetapowe. Operacja jednoetapowa polega na nacięciu jelita cienkiego oraz usunięciu złoгу, wycięciu pęcherzyka żółciowego oraz likwidacji przetoki pęcherzykowo-jelitowej. Metoda ta jest zarezerwowana dla grupy pacjentów młodszych w dobrym stanie ogólnym, bez objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej. Wybór postępowania właściwego dla chorych w podeszłym wieku jest uzależniony od stanu ogólnego oraz współistniejących obciążeń. W przypadku wyboru dwuetapowego leczenia wykonuje się enterolitotomię z usunięciem złoгу, a następnie odroczoną cholecystektomię z zaopatrzeniem przetoki pęcherzykowo-jelitowej. Zastosowanie klasycznej ileotomii jest rozsądne i zalecane w grupie pacjentów obciążonych [4].

Podsumowanie

Niedrożność żółciowa jelita cienkiego jest rzadkim rodzajem niedrożności przewodu pokarmowego. Leczeniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne.

Bibliografia

1. Lübbers H, Mahlke R, Lankisch PG. *Gallstone ileus: endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum*. J Intern Med. 1999; 246(6): 593–597. doi: 10.1046/j.1365-2796.1999.00597.x.
2. Kirchmayr W, Mühlmann G, Zitt M, Bodner J, Weiss H, Klaus A. *Gallstone ileus: Rare and still controversial*. ANZ J Surg. 2005; 75(4): 234–238. doi: 10.1111/j.1445-2197.2005.03368.x.
3. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. *Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review*. Emerg Radiol. 2018; 25(2): 189–196.
4. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, Cerda-Trujillo LF de la, Rea-Azpeitia LA, López-Lizarraga CR. *Gallstone ileus: An overview of the literature*. Rev Gastroenterol Mex. 2017; 82(3): 248–254.
5. Aravinthan A, Richardson P, Karanth S. *Gallstone ileus with classical Rigler's triad*. Gastroenterology Today. 2007; 17(3): 74–76.
6. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. *Gallstone Ileus – Clinical and therapeutic aspects*. J Med Life. 2010; 3(4): 365–371.
7. Inukai K. *Gallstone ileus: a review*. BMJ Open Gastroenterol. 2019; 6(1): e000344. doi: 10.1136/bmjgast-2019-000344.
8. Reisner RM, Cochen JR. *Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases*. Am Surg. 1994; 60(6): 441–446.

Gallstone ileus. A case report

Abstract

Gallstone ileus (Barnard's syndrome) is a rare form of mechanical bowel obstruction caused by gallstone disease. It is most common in women over 60. CT imaging is the basic method for making a preoperative diagnosis in the abdominal cavity. The procedure of choice is surgical treatment, while in selected cases conservative treatment may be considered depending on the size of the bile deposit and clinical symptoms. We report the case of a 67 year-old woman who underwent classic laparotomy, enterolithotomy in order to extract a large stone more than 4 cm in diameter blocking the ileum in front of the Bauhin's valve.

Key words: gallstone ileus, Rigler's triad, bilio-enteric fistula, Barnard's syndrome

