

OSPEDALE GENERALE DI ZONA « O. MAESTRI » — TORRITA DI SIENA

Divisione di Chirurgia Generale

Primario: Prof. G. Ricco

G. RICCO M. SEBASTIANI V. LEONE P. ROSA A. CONSOLI M. TREMATERRA

**Considerazioni diagnostico-terapeutiche a proposito
di 5 casi di ileo biliare**

Estratto da:

ATTI E MEMORIE DELLA SOCIETA' MEDICA DELLA PROVINCIA DI ROMA

Anno VII - N. 2 - 1981

OSPEDALE GENERALE DI ZONA « O. MAESTRI » — TORRITA DI SIENA

Divisione di Chirurgia Generale

Primario: Prof. G. Ricco

Considerazioni diagnostico-terapeutiche a proposito di 5 casi di ileo biliare

G. RICCO M. SEBASTIANI V. LEONE P. ROSA A. CONSOLI M. TREMATERRA

The Authors describe their experience in 5 cases of biliary-ileus encountered in 164 cases of mechanic intestinal occlusion, treated surgically since 1971. They analyze and discuss the possibility of pre-operative diagnosis, complications and the surgical treatment.

Introduzione

L'occlusione intestinale conseguente alla migrazione di uno o più calcoli dalla via biliare alla via digestiva costituisce un quadro patologico noto da tempo, risalendo la prima osservazione al Bartholin, che nel 1654 riferiva su di un rilievo autoptico di ileo biliare. Rappresenta l'1-3% dei casi di occlusione intestinale meccanica, anche se la sua incidenza va diminuendo, in rapporto con il progresso ed il miglioramento dei mezzi di diagnostica biliare. La maggiore frequenza si ha nel sesso femminile (4-8: 1), in accordo con la più elevata incidenza di litiasi biliare nelle donne. Si osserva specie in età avanzata e secondo Pector (1975), considerando solo i soggetti di età superiore ai 65 anni, l'ileo biliare è responsabile del 23% dei casi di occlusione intestinale meccanica, strangolamenti erniari esclusi.

Abbiamo ritenuto pertanto interessante riferire riguardo 5 casi di ileo biliare osservati nel periodo 1971/81 su di un totale di 164 casi di occlusione intestinale meccanica (Tabella 1).

Materiale e risultati

La tabella II riassume i principali dati relativi ai 5 pazienti osservati.

Si tratta di tre uomini e due donne di età compresa tra i 57 ed i 76 anni (media 65 anni). In tre casi (n. 1, 2 e 5) fu posta diagnosi pre-

TABELLA 1 - *Casi di occlusione intestinale meccanica (periodo 1971-81).*

	<i>n. casi</i>	%
Aderenze	50	30,5
Neoplasie	51	31,0
Strangolamenti erniari	37	22,5
Vari	21	12,9
Ileo biliare	5	3,1
	—	—
	164	100,0

operatoria di ileo-biliare; nei casi 1 e 2 come sospetto in base all'anamnesi (precedenti di colica biliare, reperti colecistografici praticati in passato) ed alla presenza di aerobilia nella diretta addome; nel caso n. 5 la diagnosi oltre ai suddetti criteri, era confermata da un esame radiografico con m.d.c. che evidenziava una fistola colecisto-duodenale e dalla fibrogastrosopia che riscontrava la presenza di piccoli calcoli biliari nella cavità gastrica e nel duodeno (Figg. 1, 2, 3).

Nei rimanenti due casi la diagnosi fu posta intra-operatoriamente.

Discussione

La diagnosi di ileo biliare è spesso difficoltosa, ponendosi il più delle volte al tavolo operatorio, sia per l'assenza di sintomi specifici, sia perché frequentemente la situazione d'urgenza in cui viene a trovarsi il paziente, a causa dello stato occlusivo, non consente indagini approfondite. Ciò malgrado, alcuni dati clinico-anamnestici associati ad indagini radiologiche di semplice e rapida esecuzione (addome in bianco senza preparazione) possono talora consentire di porre diagnosi di ileo biliare.

Innanzitutto andrebbero ricercati nell'anamnesi, antecedenti di una patologia biliare di tipo litiasico, la quale, secondo i vari Autori, sarebbero riscontrabili nel 30-70% dei casi di ileo biliare (Andersen et al. 1967; Deckoff 1955; Raf et al. 1971). Con riguardo ai dati clinici, un segno generico, ma assai indicativo, sarebbe rappresentato dalla reazione peritoneale evocabile con la palpazione dell'ipocondrio destro, la quale, sebbene mascherata dal quadro di occlusione intestinale, è evidenziabile nel 50% dei casi (Figiel et al. 1955). Ma è soprattutto l'indagine radiologica dell'addome in bianco, specie se corredata da opportune proiezioni, come quella in decubito laterale sinistro, che può indurre il sospetto di ileo biliare. Il dato di più frequente riscontro è

<i>N. Casi</i>	<i>Sesso</i> <i>Età</i>	<i>Quadro clinico</i>	<i>Patologia associata preesistente</i>	<i>Indagini diagnostiche pre-operatorie</i>	<i>Diagnosi pre-operatoria</i>	<i>Intervento</i>	<i>Decorso post-operatorio</i>
1	F.G. 61 F	Occlusione intestinale. Colica biliare 10 anni prima.	No	Rx diretta addome: livello idroaerei. Aerobilia.	Ileo biliare	Laparotomia. Calcolo a 150 cm dal Treitz. nata. Enterotomia.	Regolare. Dimissione in 15 ^a giorno dal Treitz. nata.
2	P.O. 57 M	Occlusione intestinale. Colica biliare 3 anni prima.	No	Rx diretta addome: livello idroaerei. Aerobilia.	Ileo biliare	Laparotomia. Calcolo a 3 m dal Treitz. nata. Enterotomia.	Episodio colangitico in 5 ^a giornata dominato con terapia antibiotica. Dimissione in 23 ^a giornata.
3	M.C. 76 M	Occlusione intestinale. Anamnesi negativa per patologia biliare.	No	Rx diretta addome: livelli idroaerei.	Occlusione intestinale	Laparotomia. Calcolo a 2 m dal Treitz. nata. Enterotomia.	Regolare. Dimissione in 18 ^a giornata.
4	D.F. 62 F	Occlusione intestinale. Da 2 mesi coliche biliari ricorrenti. Una colecistografia praticata ambulatorialmente aveva evidenziato colecisti esclusa.	Infarto del miocardio anteroseptale.	Rx diretta addome: Rx digerente: Gastrectasia.	Occlusione intestinale	Laparotomia. Calcolo a 30 cm dalla valvola ileo-cecocolonica. Enterotomia.	Decesso in 4 ^a giornata per complicanze cardiocircolatorie.
5	F.R. 69 M	Occlusione intestinale. Colecistografia (10 anni prima): Colecisti esclusa.	Cuore-polmonare cronico.	Rx diretta addome: livelli idroaerei. Rx digerente: Gastrectasia. Reflusso duodeno-biliare da fistola bilio-digestiva. Gastroduodenoscopia: presenza di calcoli biliari nello stomaco e nel duodeno.	Ileo biliare	Laparotomia. Calcolo a 2 m dal Treitz. Resezione di segmento ileale (10 cm) contenente il calcolo.	Decesso 5 ^a giornata per complicanze respiratorie.

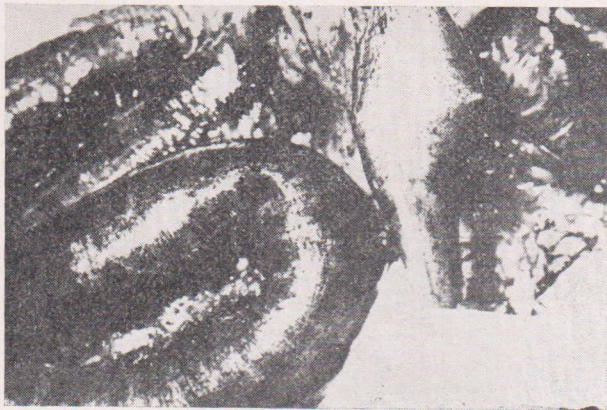


FIG. 1 - Caso n. 5: Pezzo intraoperatorio: presenza di grosso calcolo occupante tutto il lume intestinale.

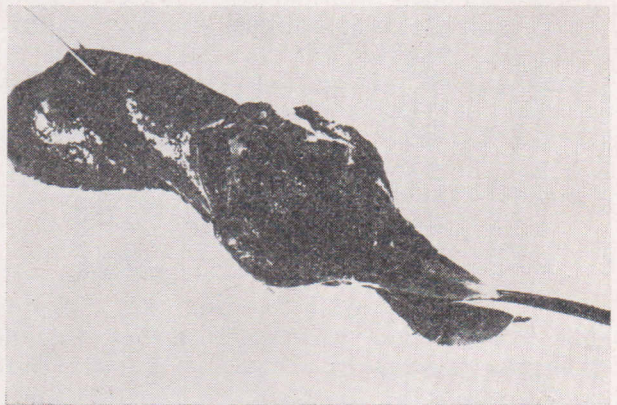


FIG. 2 - Caso n. 5: Resezione del segmento intestinale con dentro il calcolo.

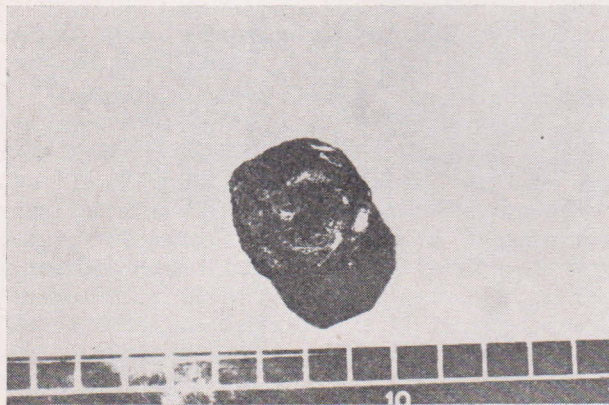


Fig. 3 - Caso n. 5: Dimensioni del calcolo.

l'aerobilia, il quale però non va considerato come patognomonico della malattia. Infatti svariate condizioni possono essere motivo di aerobilia: ipotonia dell'Oddi, ulcera peptica fistolizzata nell'albero biliare, infezioni delle vie biliari da germi produttori di gas, interventi sulla VBP, plastiche della papilla, ecc. Al contrario, la presenza di aerobilia, associata ad un quadro di occlusione intestinale di tipo meccanico ed alla visualizzazione di un calcolo biliare in sede ectopica (triade radiologica di Rigler) è considerata patognomonica e, quando presente, renderebbe superflue ulteriori indagini radiografiche (Eisenman et al. 1967).

Invece, in presenza di uno o due dei suddetti segni, e se le condizioni del paziente lo consentono, è consigliabile completare le indagini mediante radiografia con m.d.c., la quale consentirebbe il successo diagnostico nell'80-90% dei casi, potendo evidenziare (Balthazar et al. 1975): una fistola bilio-digestiva, un riempimento completo da parte del m.d.c. dell'albero biliare extra-epatico o la visualizzazione del calcolo responsabile dell'occlusione.

Infine riguardo la condotta chirurgica da seguire, va considerata la duplice patologia presente nell'ileo biliare, cioè l'occlusione intestinale e la fistola bilio-digestiva. Secondo la maggioranza degli Autori (Brown et al. 1966; Jenssen 1955; Raiford 1961; Thomas et al. 1962) il trattamento immediato andrebbe in primo luogo indirizzato verso l'eliminazione dell'ostacolo transito intestinale, mentre il contemporaneo trattamento della fistola viene generalmente sconsigliato per le compromesse condizioni generali di tali pazienti, rese, spesso, ancora più precarie dalla età avanzata degli stessi (Pector, 1975). Inoltre il riscontro di malattie concomitanti o preesistenti proprie dell'età senile, rappresenta un rilievo abbastanza frequente e spesso drammatico nei pazienti con ileo-biliare.

Va, infatti, rilevato dalle varie casistiche presenti in letteratura, che la maggiore incidenza di mortalità si osserva proprio in quei pazienti con malattie associate di una certa gravità. Anche nei casi da noi osservati, i due decessi riguardavano pazienti con gravi malattie concomitanti che hanno complicato il decorso post-operatorio (nel primo caso un infarto del miocardio, nel secondo un cuore-polmonare cronico).

Purtuttavia la presenza di uno stato occlusivo, che lasciato a sé porterebbe inevitabilmente a morte il paziente per le gravi turbe metaboliche o per la peritonite diffusa da perforazione, rende non procrastinabile l'intervento che, in tali pazienti, viene ad assumere il carattere di « rischio calcolato ».

RIASSUNTO

Gli Autori descrivono la loro esperienza di 5 casi di ileo-biliare incontrati in 164 casi di occlusione intestinale meccanica, trattati chirurgicamente nel periodo 1971-1981. Vengono analizzate la diagnosi pre-operatoria, le complicazioni ed il trattamento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ANDERSON R.E., WOODWARD N., DIFFENBAUGH W.G., STROHL E.L.: *Gallstone obstruction of the intestine*. Surg. Gynec. Obstet., 125, 540, 1967.
- 2) BALTHAZAR E.J., SCHECHTER L.S.: *Gallstone ileus: the importance of contrast examinations in the roentgenographic diagnosis*. Am. J. Roentgenol., 125, 374, 1975.
- 3) BALTHAZAR E.J., SCHECHTER L.S.: *Air in gallbladder: a frequent finding in gallstone ileus*. Am. J. Roentgenol., 131, 219, 1978.
- 4) BROWN D.B., KERR J.F., LIVINGSTONE D.J.: *Gallstone obstruction*. Brit. J. Surg., 53, 672, 1966.
- 5) CLAVIJO J.P., LLORENS R.M.L., MARTINEZ R.F., MARTINEZ E.S., MARRE-RO L.G.: *Ileos biliares: estudio radiologico a proposito de 21 casos*. Rev. Clin. Espano., 143, 477, 1976.
- 6) DECKOFF S.L.: *Gallstone ileus*. Ann. Surg., 142, 52, 1955.
- 7) FIGIEL L.S., FIGIEL S.J., WIETERSEN F.K., DRANGINIS E.J.: *Gallstone obturation*. Clinical and roentgenographic considerations. Am. J. Roentgenol.
- 8) FJERMEROS H.: *Gallstone ileus. Case reports and review of 178 cases from Scandinavia and Finland*. Acta Chir. Scand., 128, 186, 1964.
- 9) EISENMAN J.I., FINCK E.J., O'LOUGHLIN B.J.: *Gallstone ileus. A review of the roentgenographic findings and report of a new roentgen sign*. Am. J. Roentgenol. 101, 361, 1967.
- 10) JENSSEN C.F.: *Gallstone ileus*. Acta Chir. Scand., 109, 116, 1955.
- 11) MYERS R.A.M.: *Surgical treatment of gallstone ileus*. S. Afr. Med. J., 50, 2078, 1976.
- 12) PECTOR J.C.: *Ileus biliaire. Revue de la littérature à propos d'une série de 13 cas*. Acta Gastroent. Belg., 38, 34, 1975.
- 13) RAF L., SPANGEN L.: *Gallstone ileus*. Acta Chir. Scand., 137, 665, 1971.
- 14) RAIFORD T.S.: *Intestinal obstruction due to gallstone*. Ann. Surg., 153, 830, 1961.
- 15) RIGLER L.G., BORMAN G.N., NOBLE J.F.: *Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations*. J. Am. Med. Ass., 117, 1753, 1941.
- 16) THOMAS H.S., CHERRY J.K., ABERBOOK B.D.: *Gallstone ileus*. J. Am. Med. Ass., 179, 625, 1962.