



RASSEGNA
MEDICO-CHIRURGICA

Autorizzazione del Tribunale di Benevento
n. 100 del 10-4-1980
<http://web.tiscali.it/rmc>

Scientifico Trimestrale
ISSN 1123-9166

I. FERRARA - A. ROSA

**L'ILEO BILIARE RICORRENTE:
DESCRIZIONE DI UN CASO**

*AORN Rummo - Benevento
UOC Chirurgia d'Urgenza*

ESTRATTO DA:
ANNO XXIV - VOL. XIX

INTRODUZIONE

L'ileo biliare ricorrente è un'ostruzione meccanica intestinale causata da un calcolo biliare intraluminale già presente ma non ancora ostruente al momento del precedente episodio di occlusione.(1) Il calcolo che determina il nuovo episodio di ileo biliare poteva essere localizzato in colecisti oppure essere già localizzato nel lume intestinale senza dare segno di sé.

In almeno il 60% dei casi la recidiva di ileo si manifesta entro trenta giorni dal primo episodio di ileo biliare.(2)

Ritrovare un calcolo sfaccettato o cilindrico al momento del primo episodio potrebbe indicare la presenza di calcoli aggiuntivi misconosciuti che potrebbero determinare un nuovo episodio di occlusione.(2)

La sede più comune di ostruzione causata da un calcolo "ricorrente" è rappresentata dall'ileo distale.

L'ileo biliare è di per sé stesso un'entità molto rara, rappresentando l'1-3% di tutte le cause di occlusione intestinale(3); l'ileo ricorrente è ancora più insolito, presentandosi come complicanza di un ileo biliare tipico soltanto nel 5% dei casi. Nonostante si tratti di una complicanza rara, la recidiva è causa di morte nel 20% dei casi.

Questa possibile complicanza giustifica l'approccio terapeutico adottato da molti autori nel primo episodio di ileo biliare, ovvero associare all'asportazione del calcolo dal lume enterico anche la colecistectomia, la revisione dell'ansa interessata a monte e a valle dell'ostruzione e la chiusura della fistola bilio-enterica in un sol tempo.

La diagnosi radiologica di ileo ricorrente viene posta così come quella di ileo primitivo, cioè attraverso i segni patognomonic della triade di Rigler:

- Pneumobilia
- Calcolo ectopico
- Livelli idro-aerei

All'esame radiografico diretto dell'addome, la triade è visualizzabile nel 25% dei casi, la pneumobilia nel 30-50% dei casi, i livelli idro-aerei nel 50% dei casi ed il calcolo ectopico nel 25% dei casi.(4)

La TC è indispensabile nella maggior parte dei pazienti data la sua maggiore sensibilità e specificità nella diagnosi di ileo biliare.(5)

CASO CLINICO

Un uomo di 62 anni giunge alla nostra osservazione riferendo nausea, dolore addominale diffuso, alvo chiuso a feci ma non a gas da circa 5 giorni. L'anamnesi patologica remota risulta positiva per un episodio di ileo biliare datato circa sei mesi prima e trattato con enterotomia semplice. L'obiettività addominale non dimostra nessuna evidenza specifica; gli esami ematochimici forniscono valori nella norma. Viene quindi eseguito un esame radiografico diretto dell'addome che dimostra una distensione meteorica delle anse digiuno-ileali; a tale reperto si accompagna una formazione radiopaca rotondeggiante in sede iliaca destra, facilmente riconducibile ad un calcolo colecistico migrato. FIG.1



FIG. 1

Si esegue anche un esame TC che conferma la diagnosi di ileo biliare ricorrente attraverso la dimostrazione della formazione totalmente calcifica in sede ileale terminale. FIG.2



FIG.2

Quindi, il paziente viene portato al tavolo operatorio e viene sottoposto ad intervento di enterotomia con asportazione del calcolo, colecistectomia e chiusura della fistola bilio-enterica.

DISCUSSIONE

L'ileo biliare ricorrente è una rara complicanza dell'ileo biliare tipico non trattato chirurgicamente in maniera radicale. Molti autori in letteratura, infatti, segnalano la necessità di optare per l'intervento di enterotomia con asportazione del calcolo, colecistectomia, chiusura della fistola e revisione intestinale a monte e a valle dell'occlusione in sol tempo. Questo tipo di approccio scongiurerebbe la possibilità che un altro calcolo non visibile radiograficamente possa permanere in intestino e determinare la recidiva di malattia. Anche nel caso del nostro paziente, il primo approccio terapeutico di tipo conservativo si è dimostrato fallimentare ed ha consentito così che un calcolo presente in colecisti o già presente in intestino potesse determinare un nuovo episodio occlusivo, esponendo il paziente ad un rischio di morte del 20%.

In letteratura è segnalato che il 60% delle recidive si manifesta entro 30 giorni e che la sede di impatto del calcolo più frequente è l'ileo distale; nel nostro caso il secondo episodio si è verificato a distanza di 6 mesi dal primo ed il calcolo è stato localizzato nell'ileo distale.

Nel nostro paziente l'esame radiografico diretto dell'addome ha reso visualizzabile il calcolo ectopico calcifico e la distensione gassosa delle anse intestinali a monte di questo; per poter comprendere la reale localizzazione del calcolo ed avere conferma della sua natura abbiamo, però, dovuto fare ricorso all'esame TC dell'addome che ci ha fornito i dettagli necessari per porre diagnosi di sede e di natura.

CONCLUSIONE

L'ileo biliare ricorrente deve essere preso in considerazione in pazienti con storia di ileo biliare che si presentino con un altro episodio di sospetta occlusione intestinale. L'esame diagnostico più indicato in una simile evenienza a nostro avviso risulta essere la TC in associazione all'esame radiografico diretto dell'addome. Riteniamo inutili ulteriori indagini strumentali che possono soltanto ritardare la diagnosi ed aggravare la prognosi di un paziente già a rischio di vita.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ULREICH S, MASSI J. *Recurrent gallstone ileus*. AJR 1979; 133:921-23
- (2) BUETOW GW, GLAUBITZ JP, CRAMPTON RS. *Recurrent gallstone ileus*. Surgery 1963; 54: 716-24
- (3) DAY EA, MARKS C. *Gallstone ileus*. Am J Surg 1975; 129:552-8
- (4) BALTHAZAR EJ, SCHECHTER LS. *Gallstone ileus*. AJR 1975; 125:375-9
- (5) SWIFT SE, SPENCER SA. *Gallstone ileus: CT findings*. Eur Radiol 1999; 6: 170-2