



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

**SINDROME DI BOUVERET: LA TC COME ESAME
DIRIMENTE NELLA DIAGNOSI.
DESCRIZIONE DI UN CASO**

*AORN Rummo - Benevento
UOC Chirurgia d'Urgenza*

ESTRATTO DA:
ANNO XXIII - VOL. XIX

SOMMARIO

Gli autori riportano un caso di ileo biliare secondario a fistola bilio-enterica ed incarceramento di un grosso calcolo colecistico nel bulbo duodenale in una donna anziana.

INTRODUZIONE

La sindrome di Bouveret è una complicanza molto rara della litiasi biliare. Descritta per la prima volta da Beaussier nel 1770, è stata etichettata come sindrome nel 1896 da Bouveret. La prima descrizione radiologica di questa sindrome risale al 1929 ad opera di Brocq, Brodin ed Aime. (1)

E' determinata dall'arresto di un calcolo biliare nel piloro o nel bulbo duodenale; nel primo caso i calcoli provengono da una fistola colecisto-gastrica, nel secondo, da una fistola colecisto-duodenale. A determinare l'arresto in un viscere così ampio come il duodeno contribuiscono sia l'edema che l'eventuale deformazione dello stesso, causati dalla periviscerite fistolosa che si viene ad instaurare o da una concomitante lesione peptica.(2)

Perché si verifichi il quadro non è necessario che il calcolo si sia spostato completamente all'interno del bulbo duodenale: talvolta, infatti, esso si sporge soltanto, restando a cavallo della fistola.

Il bulbo duodenale è quello maggiormente interessato come sede di ostruzione; l'ostruzione della seconda porzione duodenale o della flessura duodeno-digiunale sono molto meno comuni.

Per quanto concerne il quadro clinico di presentazione, alcune volte i sintomi mimano quelli di una stenosi pilorica con vomito alimentare, dolore epigastrico e nausea, altre volte quelli di una emorragia gastroenterica superiore.(3) L'alvo non è mai chiuso ed il quadro subdolo può durare settimane o mesi. Infatti, nella gran parte dei casi di sindrome di Bouveret descritti in letteratura la fase prediagnostica è piuttosto lunga. In compenso la diagnosi viene raggiunta preoperatoriamente più spesso che nell'ileo biliare tipico (50-90% dei casi contro il 25-54%) (2) La diagnosi tempestiva di sindrome di Bouveret è molto importante perché in letteratura il tasso di mortalità post-operatoria riportato è di oltre il 30%.(4)

CASO CLINICO

Una donna di 84 anni viene ricoverata nel reparto di chirurgia generale della nostra struttura a causa di un dolore addominale associato a nausea, vomito e iperpiressia, iniziati tre giorni prima del suo ricovero. La paziente da circa tre anni lamenta dispepsia ed episodi di coliche biliari, insorgenti in ipocondrio destro ed irradiantisi all'epigastrio e al dorso, accompagnati da vomito dapprima alimentare, poi biliare senza comparsa di ittero, che regrediscono con l'assunzione di antispastici. Riferisce inoltre di non essersi mai voluta sottoporre ad intervento di colecistectomia, pur sapendo di essere affetta di calcolosi della colecisti. L'obiettività addominale dimostra notevole dolorabilità alla palpazione in particolare all'ipocondrio destro dove si rileva una maggiore resistenza della parete. Gli esami emato-chimici non mostrano valori di particolare rilievo. Viene eseguito un esame radiografico diretto dell'addome in bianco che mostra uno stomaco disteso e tenui segni di pneumobilia; con questo unico esame non viene posta diagnosi di sindrome di Bouveret. L'esame ecografico eseguito immediatamente dopo mostra una colecisti alitiasica e non fornisce alcuna ulteriore informazione circa il calcolo dimostrato in un precedente esame. Si comprende così la necessità di eseguire un esame TC per ottenere chiarimenti sulla diagnosi. Si esegue, allora un esame TC dell'addome con il quale si riesce a documentare, a livello duodenale, una grossa formazione litiasica,

radiotrasparente, che ne ostruisce il lume, formazione non identificabile né all'esame diretto dell'addome, né all'esame ecografico.FIG.1

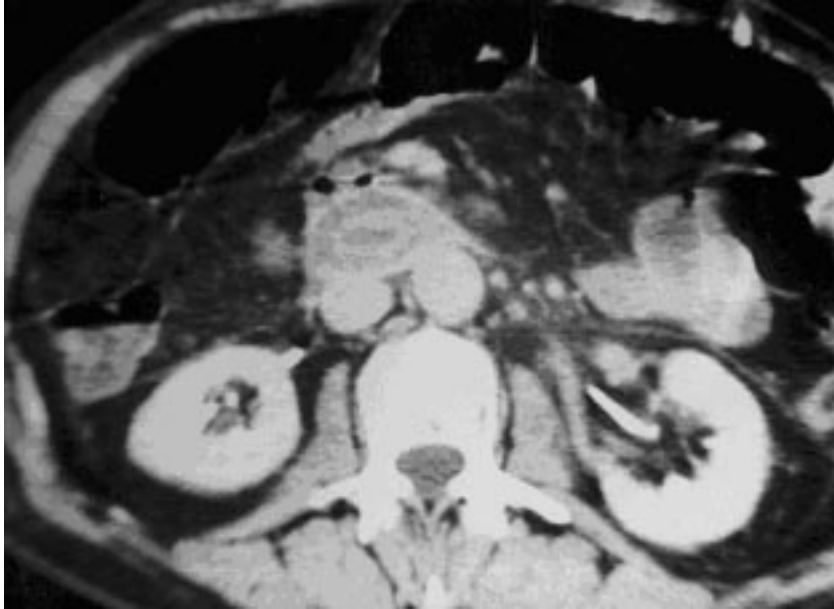


FIG.1

La paziente viene portata al tavolo operatorio con una diagnosi di occlusione duodenale da calcolo biliare. Al momento dell'intervento si documentano la presenza di un calcolo delle dimensioni di 30x25 mm nel lume duodenale, una colecisti sclero-atrofica ed un tragitto fistoloso colecisto-duodenale. La paziente viene sottoposta ad intervento di duodenotomia con asportazione del calcolo, sutura della fistola bilio-enterica e colecistectomia.

DISCUSSIONE

L'ostruzione duodenale da calcolo biliare ammonta a circa il 4-10% di tutti i casi di ileo biliare; se ne contano, infatti, ad oggi circa 200 casi. (2)

La sintomatologia relativa all'ostruzione dello stomaco o del duodeno da parte di un calcolo è difficile da distinguere da quella di un'ulcera o di un tumore; il dolore epigastrico, il vomito, l'ematemesi sono, infatti, sintomi comuni. Se questa sintomatologia insorge, però, in maniera subdola, in una donna anziana con storia di patologia biliare, allora è più plausibile ipotizzare che si possa trattare di un caso di ileo biliare, data la maggiore incidenza della patologia nel sesso femminile e nella fascia di età compresa tra la sesta e l'ottava decade di vita. (5)

La diagnosi di certezza può essere posta soltanto dimostrando la triade radiologica patognomonica descritta da Rigler nel 1941:

- pneumobilia
- calcolo ectopico
- occlusione intestinale con livelli idro-aerei.

Potrebbe risultare utile, come è successo nel nostro caso, ricercare anche un altro segno, vale a dire il cambiamento di posizione di un calcolo precedentemente osservato, evenienza

segnalata in letteratura nel 6% dei casi.(5)

Una diagnosi probabile può essere posta in presenza del solo calcolo ectopico oppure della pneumobilia associata ai livelli idro-aerei. Nel nostro caso è stato possibile formulare una diagnosi di certezza attraverso la dimostrazione della distensione gastrica e della pneumobilia all'esame radiografico diretto dell'addome e del calcolo ectopico alla TC, oltre alla scomparsa del calcolo colecistico precedentemente dimostrato all'esame ecografico effettuato dalla paziente mesi addietro nella nostra struttura.

CONCLUSIONE

La sindrome di Bouveret rappresenta una variante insolita di ileo biliare. Quando la diagnosi di probabilità viene formulata attraverso la storia clinica del paziente, i reperti dell'esame radiografico diretto dell'addome o entrambi, la TC è l'esame più appropriato per porre diagnosi preoperatoria di certezza.

BIBLIOGRAFIA

- (1) KENNETH P SULLIVAN, ARTHUR R CLEMETT. *Bouveret's syndrome*. Am J Gastroent 1977; 68: 399-404
- (2) CESARI M, BALZOLA A, CARDINO L, GAGLIANO A, ROZZIO G. *L'ileo biliare*. Min Chir 1989; Vol 44(10):1457-63
- (3) NIELSEN SM, NIELSEN PT. *Gastric retention caused by gallstones*. Acta Chir Scand 1983;149: 207-8
- (4) AJAY K SINGH, ALI SHIRKHODA. *Bouveret's syndrome:case report*. AJR 2003; 181: 828-30
- (5) DAY EA , MARKS C. *Gallstone ileus*. Am J Surg 1975; 129:552-8