



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

**LA DIAGNOSI RADIOLOGICA DI ILEO BILIARE:
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

*AORN Rummo - Benevento
UOC Chirurgia d'Urgenza*

ESTRATTO DA:
ANNO XXIII - VOL. XIX

SOMMARIO

Sono analizzate 77 pubblicazioni nazionali ed internazionali relativamente agli aspetti epidemiologici, patogenetici e soprattutto diagnostici di una delle cause meno frequenti di addome acuto.

INTRODUZIONE

L'ileo biliare è una sindrome oclusiva meccanica data dalla migrazione di uno o più calcoli dalle vie biliari all'intestino.

Descritto per la prima volta da Bartholin nel 1654, è stato oggetto di numerose osservazioni che ne hanno migliorato la conoscenza.(1)

Kurtz ne ha stimato l'incidenza in 30-35 casi per milione di ricoveri ospedalieri.(2)

Rappresenta oggi l'1-3% di tutte le cause di occlusione intestinale (3)(4), percentuale che sale al 25% in presenza di pazienti sopra i 65 anni.(5)

Si manifesta con maggiore frequenza nel sesso femminile (rapporto F/M=6/1), essendo la donna più colpita dalla litiasi biliare. (3)(6)

La razza caucasica è più colpita della razza nera con un rapporto di 3/1.(3) Il picco di massima incidenza si registra tra la sesta e l'ottava decade di vita.(3)

Tra i fattori di rischio va sicuramente considerata la colecistopatia, nonostante solo lo 0,3% delle colelitiasi si complichino in ileo biliare. Diabete(50%), obesità(58%), cardiopatie(58%),malattie respiratorie(8%) sono spesso concomitanti.(3)

La patogenesi dell'occlusione da calcolo biliare riconosce classicamente la presenza di una litiasi colecistica complicata da una fistola bilio-enterica interna, di solito spontanea, ma che talora può essere chirurgica, congenita, neoplastica o traumatica.(7)

La fistola si istaura tra colecisti(90%), più raramente coledoco(10%) e: duodeno(70%), colon(25%), stomaco(3%),digiuno o ileo(2%).(1)

Alla formazione della fistola segue il passaggio del calcolo nel lume enterico ed il possibile instaurarsi di ostruzione meccanica. E' da tutti gli autori accettato che, per dare occlusione, il calcolo non deve avere dimensioni inferiori a 2,5 cm di diametro. L'occlusione dovuta soltanto al volume del calcolo è un'evenienza assai rara. Giocano, infatti, un ruolo importante nel determinare l'ileo: la forma, la superficie, lo spasmo delle pareti intestinali ed eventuali lesioni intestinali preesistenti.(8)

Le sedi in cui i calcoli solitamente si arrestano provocando occlusione sono in percentuale decrescente: ileo terminale(valvola ileo-cecale, punto più ristretto dell'intestino), ileo medio, digiuno, ileo prossimale, duodeno, regione piloro-bulbare, colon.(9)

In rapporto alla sede di occlusione si può, pertanto, parlare di:

- ostruzione piloro-bulbare o sindrome di Bouveret
- ostruzione alta
- ostruzione medio-bassa.

A prescindere dall'indiscutibile valore diagnostico che la corretta collezione dei dati anamnestici riveste, di grande importanza ai fini di una corretta diagnosi preoperatoria risulta l'indagine radiologica. Il problema diagnostico dell'ileo biliare è di fondamentale importanza perché è proprio dalla diagnosi pronta ed esatta che dipende il risultato terapeutico.

All'esame radiografico diretto dell'addome la diagnosi può essere posta attraverso la dimostrazione dei segni patognomonic della triade di Rigler:

- Pneumobilia
- Calcolo ectopico
- Livelli idro-aerei

Rigler, nel suo lavoro, indica anche un quarto segno diagnostico, vale a dire il cambiamento di posizione di un calcolo precedentemente osservato.

Una diagnosi "probabile" di ileo biliare può essere fatta con la dimostrazione di un segno primario(calcolo ectopico) o quando due segni secondari(pneumobilia ed ostruzione intestinale) sono presenti alla radiografia diretta dell'addome o all'ecografia.

Una diagnosi definitiva di ileo biliare può essere posta quando sono presenti tutti e tre i segni oppure il segno primario ed uno dei due segni secondari. Per essere visibili all'esame

radiografico diretto dell'addome i calcoli devono contenere almeno il 10% in calcio; per questo motivo circa l'80% dei calcoli biliari resta occulto.

La sempre più larga diffusione dell'ecografia e le sue grandi possibilità diagnostiche nell'ambito della patologia addominale fanno sì che l'esame ecografico dell'addome si affianchi sempre più frequentemente all'indagine radiologica diretta dell'addome come esame di prima istanza nelle patologie addominali che si presentano con caratteristiche cliniche di urgenza, fra le quali l'occlusione intestinale è una delle più importanti. Nel caso dell'ileo biliare il riconoscimento della causa di ostruzione intestinale non è possibile quando essa è determinata da calcoli di colesterina radiotrasparenti che per la loro impedenza acustica possono essere identificati con l'ecografia.

L'ecografia permette di visualizzare, in caso di ileo biliare:

- anse intestinali ripiene di liquido, con apprezzabilità della peristalsi, delle valvole conniventi e dei movimenti browniani
- calcolo radiotrasparente nel lume intestinale come formazione altamente iperecogena con netto cono d'ombra posteriore
- aerobilia come echi ad alto livello nel lume biliare con effetto di riverberazione
- colecisti non visualizzabile
- colecisti adesa ad ansa intestinale con aspetto a doppio bersaglio, suggestivo per fistola.

Nella diagnostica dell'ileo biliare riveste, oggi, un ruolo di eccellenza la TC. Essa, più dell'esame diretto, è efficace nel dimostrare un calcolo ectopico moderatamente calcifico, l'aria nell'albero biliare, la presenza di un secondo calcolo e la fistola bilio-enterica.(11) Il sito dell'ostruzione può essere così esattamente definito per la pianificazione operatoria.

MATERIALI E METODI

Abbiamo condotto una revisione della letteratura riguardante l'ileo biliare analizzando 77 pubblicazioni nazionali ed internazionali risalenti al periodo compreso tra il 1970 ed il 2003. Abbiamo incluso 678 pazienti dei quali abbiamo analizzato il quadro di presentazione clinica, la sede della fistola, la sede e le dimensioni del calcolo, gli esami radiodiagnostici eseguiti e la loro validità nel porre diagnosi.

RISULTATI

Dei 678 pazienti reclutati per lo studio, 511 erano donne e 167 uomini (F/M=3/1), con un'età media di 72 anni (min 13-max100). Il quadro di presentazione clinica più frequentemente ritrovato era quello occlusivo; seguivano in ordine decrescente, i quadri di subocclusione, di sindrome di Bouveret (2,6% pari a 15 pazienti), di ileo biliare ricorrente (2,3% pari a 14 pazienti). La sede della fistola, di difficile identificazione probabilmente per le aderenze, l'edema e la flogosi presenti contemporaneamente, era riportata in 292 dei 693 pazienti studiati. Le percentuali riscontrate erano in ordine decrescente:

- 88,1% colecisto-duodenale
- 5,1% coledoco-duodenale
- 3,4% colecisto-colica
- 1,4% colecisto-gastrica
- 1% colecisto-duodeno-colica
- 0,7% colecisto-digiunale
- 0,3% coledoco-ileale.

La sede del calcolo è stata identificata, invece, in 614 casi:

- 71,3% ileale
- 16,8% digiunale
- 7,5% duodenale
- 2,4% colica
- 1,6% sigmoidea
- 0,3% gastrica.

Tutti gli autori erano d'accordo nell'asserire che solo calcoli con diametro superiore ai 2,5 cm fossero quelli responsabili dell'ostruzione.

Nel 48,6% dei pazienti l'anamnesi patologica remota era positiva per patologie biliari.

Dal punto di vista diagnostico, i pazienti venivano approcciati per il 93.5% con un esame radiografico diretto dell'addome, il 23.5% con un esame contrastografico per os, il 2.3% con un clisma opaco. Dal 1982, con la comparsa sulla scena diagnostica della TC e dell'ecografia, i pazienti sono stati sempre più spesso approcciati con queste metodiche diagnostiche (6% TC; 14.4% US), alternativamente associate all'esame radiologico diretto dell'addome.

Fino al 1981 alla diagnosi di certezza preoperatoria si giungeva nel 27% dei casi, dal 1982 la diagnosi viene posta nel 54.3% dei casi.

La mortalità globale è risultata essere del 14.1%.

DISCUSSIONE

L'ileo biliare, descritto per la prima volta da Bartholin nel 1654, attualmente conta circa 1000 casi. Rara complicanza della litiasi biliare, rappresenta l'1-3% di tutte le occlusioni intestinali di natura meccanica. I pazienti colpiti hanno età media compresa tra sesta ed ottava decade di vita e sono prevalentemente donne (F/M=3/1), ciò soprattutto in rapporto alla maggiore frequenza della patologia calcolotica nelle donne in età avanzata.

La diagnosi radiologica in base alla triade di Rigler è descritta nel 15% dei casi.

Confrontando i risultati ottenuti con l'uso dell'esame radiografico diretto dell'addome e l'esame ecografico, possiamo dire che l'ecografia è migliore nel dimostrare pneumobilia e calcolo ectopico, peggiore nel dimostrare l'ostruzione intestinale:

pneumobilia: 96% vs 39%

calcolo ectopico: 74% vs 22%

livelli idro-aerei: 74% vs 82%.

La TC si dimostra utile nella diagnosi di occlusione intestinale nel 86% dei casi e può riconoscerne la causa nel 85%.

CONCLUSIONI

L'esame diretto dell'addome, integrato con l'esame ecografico in presenza di occlusione intestinale e calcolo ectopico sono sufficienti per la diagnosi preoperatoria di ileo biliare. Invitiamo, pertanto a considerare possibile questo tipo di diagnosi nei pazienti anziani, con storia di patologia biliare e con quadro di addome acuto per evitare possibili falsi negativi con la radiologia tradizionale e per permettere diagnosi più tempestive con la TC, ancora prima che si manifesti l'ostruzione intestinale.

BIBLIOGRAFIA

- (1) PASTORINO G, FAZIO S, COGOLO L, FUGAZZA F. *Ileo biliare*. Arch Sc Med 1982; 139: 251-60
- (2) CABANO F, ROVATTI M, VENEGONIA, DE MEDICI A. *Considerazioni sull'ileo biliare*. Chir Ital 1991; 43(5):187-97
- (3) DAY EA, MARKS C. *Gallstone ileus*. Am J Surg 1975; 129:552-8
- (4) OTTENELLO M, SANTI F, FABIANO F, BERTIROTTI S. *L'ileo biliare*. Min Chir 1996; 50(1): 67-9
- (5) REA M, ARCA R, BACCARO A, CARLINI E, D'EMILIA N, BOSCO R, VENTURI N, SANSONI B. *L'ileo biliare*. Min Chir 1993; 48(15): 841-6
- (6) MAZZEO G, ZANETTO P, CAPRIATA G, GAGNA G. *L'ileo biliare*. Min Chir 1981; 36:1043
- (7) GHISOTTI E, GATTI G, ANSELMETTI G. *L'ileo biliare*. Min Chir 1979; 34:1255
- (8) DAMELE C, SALCITO D, MAGAGNOLI A, SENSI L. *Le occlusioni ileali da calcoli biliari*. Ann Ital Chir 1982; 54:427-35
- (9) KASAHARA Y, UMEMURA H, SHIRAHARA S, KUYAMA T. *Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature*. Am J Surg 1980; 140:437-40
- (10) SCURELLI A, BOTTINI A, GIGLIO G. *L'ileo biliare*. Min Chir 1986; 41:1851-6
- (11) GRUMBACH K, LEVINE MS, WEXLER SA. *Gallstone ileus demonstrated by CT*. JCAT 1986;10(1):146-8