



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

**DESCRIZIONE DI UN CASO DI ILEO BILIARE
IN UNA PAZIENTE COLECISTECTOMIZZATA**

*AORN Rummo - Benevento
UOC Chirurgia d'Urgenza*

ESTRATTO DA:
ANNO XXIV - VOL. XIX

INTRODUZIONE

L'ileo biliare costituisce una delle forme più insidiose di occlusione intestinale meccanica, sia per le difficoltà diagnostiche, sia per l'elevato tasso di mortalità operatoria percentualmente più elevato rispetto alle altre forme di occlusione (dall'11.7% al 16.9% a seconda del tipo di intervento)(1)

Rappresenta l'1-3% di tutte le cause di occlusione intestinale. L'eziopatogenesi è da ricondurre ad una litiasi colecistica complicata da una fistola bilio-enterica interna di solito secondaria a processi infettivo-infiammatori delle vie biliari ma anche, più difficilmente, a patologie ulcerose o neoplastiche. Tuttavia sono presenti in letteratura casi di ileo biliare in pazienti che avevano subito in precedenza un intervento chirurgico di colecistectomia, il che suggerisce ulteriori ipotesi patogenetiche: la migrazione di piccoli calcoli attraverso una papilla ipotonica o patologicamente dilatata e loro successivo ingrandimento oppure la chiusura spontanea di una fistola asintomatica dopo il passaggio del calcolo nel lume enterico.

La diagnosi, oltre all'indiscutibile ruolo della clinica, si avvale di molteplici metodiche diagnostiche di cui le più valide sono l'esame radiografico diretto dell'addome, la TC e soprattutto l'US in presenza di calcoli colesterinici radiotrasparenti.

CASO CLINICO

Si presenta alla nostra osservazione donna di 63 anni, che lamenta dolorabilità addominale da sette giorni in associazione a nausea e vomito. La sintomatologia dolorosa si è accentuata due giorni prima del ricovero con chiusura dell'alvo a feci ma non a gas.

All'ingresso in ospedale l'obiettività è costituita da un addome meteorico, trattabile, diffusamente dolente e maggiormente in fossa iliaca destra. La paziente riferisce lunga storia di colecistopatia per la quale è stata trattata con un intervento di colecistectomia due anni addietro.

Gli esami di laboratorio mostrano modico aumento della VES e dei leucociti che, in presenza anche di una modica ipertermia, indirizzano verso un sospetto di appendicite acuta.

Viene eseguito, quindi un esame radiografico diretto dell'addome che non mostra alcun segno di rilievo se non una modica distensione delle anse intestinali. La paziente viene quindi sottoposta d'urgenza ad un esame ecografico dell'addome che riesce a dimostrare la presenza in fossa iliaca destra di una formazione iperecogena con netto cono d'ombra posteriore, riconducibile verosimilmente ad un calcolo colesterinico radiotrasparente. (fig.1)

I due reperti radiologici associati alla storia clinica della paziente fanno giungere alla diagnosi di ileo biliare. La paziente viene quindi indirizzata all'intervento chirurgico di enterotomia, di asportazione del calcolo e di revisione delle anse intestinali a monte e a valle dell'ostruzione. (fig.2)



FIG. 1



FIG.2

DISCUSSIONE

L'ileo biliare è un quadro di occlusione intestinale meccanica dovuto alla migrazione di uno o più calcoli dalle vie biliari al lume enterico. Il 47% di pazienti affetti riferisce una storia di colecistopatia sebbene solo lo 0.3% delle colelitiasi si complichino in ileo biliare. (1)

Il nostro è un caso di ileo biliare in una paziente con una lunga storia di colecistopatia, trattata anni addietro con un intervento di colecistectomia. La letteratura dà conferma di questa possibilità. Kasahara nel 1980 riporta 6 casi di ileo biliare in pazienti colecistectomizzati su 112 da lui raccolti; analogamente, Deitz nel 1985 riferisce di 1 caso sui 24 pazienti da lui esaminati. Questi casi, indubbiamente rari, riconoscono la loro genesi nella migrazione di un piccolo calcolo nell'epoca precedente l'intervento di colecistectomia attraverso un tragitto fistoloso che al momento dell'ileo biliare risulta chiuso oppure nel passaggio di un concremento biliare attraverso una papilla patologicamente incontinente per ipotonia organica o funzionale, senza presenza di un tramite fistoloso. D'altra parte, molti autori hanno prospettato l'ipotesi che i calcoli di piccole dimensioni, dopo prolungato stazionamento nel lume enterico, possano accrescersi per deposizione di sali di calcio, fosforo, magnesio, bismuto e materiale fecale, al punto tale da provocare ostruzione.(2)(3)

Va, a questo punto, segnalato come nel nostro caso, il ruolo dell'ecografia e le sue grandi possibilità diagnostiche nell'ambito della patologia addominale. Essa si affianca sempre più frequentemente all'esame radiografico diretto dell'addome come esame di prima istanza nelle patologie che si presentano con caratteristiche cliniche di urgenza.

Nel caso dell'ileo biliare il riconoscimento della causa di occlusione non è possibile quando a determinarla è un calcolo colesterinico radiotrasparente, così come accade nella maggior parte dei casi. Una formazione così costituita, per la sua impedenza acustica, può essere identificata con l'esame ecografico dell'addome, che può integrare le informazioni radiografiche sia contribuendo ad analizzare lo stato delle anse intestinali, ben valutabili nella loro porzione distesa da liquido, sia dimostrando l'eziologia, visualizzando, cioè, direttamente il calcolo radiotrasparente all'interno dell'ansa dilatata, documentandolo come formazione iperecogena con netto cono d'ombra posteriore, sia identificando la pneumobilia.

CONCLUSIONI

Sebbene raro quadro di occlusione intestinale, l'ileo biliare andrebbe sempre sospettato in pazienti donne, con storia di colecistopatia e con quadro di addome acuto. Ancor più raro è il ritrovamento di ileo biliare in paziente colecistectomizzato, evenienza che, come riportato nel nostro studio ma anche in letteratura, non andrebbe mai esclusa. L'impiego poi dell'ecografia associata all'esame radiografico diretto dell'addome può far riconoscere la presenza di calcoli radiotrasparenti e dare informazioni indispensabili per una corretta diagnosi.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DAY EA, MARKS C. *Gallstone ileus*. Am J Surg 1975; 129: 552-8
- (2) BOREA B, CASAGRANDE M, SPIVACH A. *L'ileo biliare: considerazioni su 23 casi*. Ann Chir Ital 1980; 52(4): 417-32
- (3) KURTZ RJ, HEIMANN TM, KURTZ AB. *Gallstone ileus: a diagnostic problem*. Am J Surg 1983; 146: 314-7