

## Insolita causa di addome acuto in paziente adulto: l'ileo biliare

E. SPAZIANI, C. VERGARO<sup>1</sup>, M. PICCHIO<sup>2</sup>, A. DI FILIPPO, F. CECI, E. FAIOLA<sup>1</sup>,  
M. OTTAVIANI<sup>2</sup>, F. PARISELLA<sup>1</sup>, A. MARTELLUCCI, F. STEFANELLI, G. NARDECCHIA,  
O. IORIO, F. DE ANGELIS, B. CIPRIANI, S. NICODEMI, G. PATTARO, F. STAGNITTI

**RIASSUNTO:** Insolita causa di addome acuto in paziente adulto: l'ileo biliare.

E. SPAZIANI, C. VERGARO, M. PICCHIO, A. DI FILIPPO, F. CECI, E. FAIOLA, M. OTTAVIANI, F. PARISELLA, A. MARTELLUCCI, F. STEFANELLI, G. NARDECCHIA, O. IORIO, F. DE ANGELIS, B. CIPRIANI, S. NICODEMI, G. PATTARO, F. STAGNITTI

*Introduzione.* L'ileo biliare è una condizione morbosa rara descritta tra le complicanze della litiasi della colecisti. È causa dell'1-3% delle ostruzioni meccaniche del piccolo intestino. Interessa più frequentemente pazienti di età compresa tra 63 e 85 anni. La diagnosi pre-operatoria è generalmente posta con ritardo variabile da 1 a 10 giorni per l'assenza di una sintomatologia specifica.

*Caso clinico.* Gli Autori riportano il caso di un uomo di 50 anni in cui è stata posta diagnosi di occlusione meccanica del piccolo intestino da voluminosa concrezione litiasica. L'occlusione ileale è stata dimostrata con la TC. Il paziente è stato sottoposto in urgenza ad intervento chirurgico, in un unico tempo, di enterolitotomia, colecistectomia e riparazione della fistola duodenale. Il decorso clinico è stato regolare e il paziente è stato dimesso in XIV giornata.

*Discussione.* Nel nostro caso la diagnosi di ileo biliare è stata posta con un ritardo di 5 giorni. L'ecotomografia del fegato e delle vie biliari non è stata in grado di visualizzare la colecisti. La diagnosi è stata posta con la TC che si conferma gold standard diagnostico.

*Conclusioni.* Lo stato clinico del paziente influenza la strategia chirurgica. Nel nostro paziente, considerato a basso rischio, è stato possibile l'intervento chirurgico in un unico tempo. La procedura in due tempi, enterolitotomia e successiva colecistectomia con riparazione della fistola, va riservata ai pazienti ad alto rischio.

**SUMMARY:** Unusual cause of acute abdomen in adult patient: gallstone ileus.

E. SPAZIANI, C. VERGARO, M. PICCHIO, A. DI FILIPPO, F. CECI, E. FAIOLA, M. OTTAVIANI, F. PARISELLA, A. MARTELLUCCI, F. STEFANELLI, G. NARDECCHIA, O. IORIO, F. DE ANGELIS, B. CIPRIANI, S. NICODEMI, G. PATTARO, F. STAGNITTI

*Introduction.* Gallstone ileus is a rare complication of cholecystolithiasis. It causes 1-3% of the mechanical obstructions of the small bowel. It often affects patients between 63 and 85 years old. Pre-operative diagnosis is usually delayed 1-10 days because there is not a specific symptomatology.

*Case report.* The authors report the case of a 50 year-old man with diagnosis of mechanical obstruction of the small bowel caused by a voluminous gallstone. Ileal occlusion was showed by CT. The patient underwent to one-stage emergency surgery with enterolithotomy, cholecystectomy and duodenal fistula repair. Patient's recovery was regular and he was discharged fourteen days after surgery.

*Discussion.* In our case gallstone ileus was diagnosed with a delay of 5 days. Ultrasonography was not able to show the gallbladder. Diagnosis was made by CT, which is the diagnostic gold standard.

*Conclusion.* Patient's performance status influences surgical strategy. In our experience, the patient underwent one-stage surgery because he was considered at low risk. Instead staged procedure with enterolithotomy and delayed cholecystectomy and fistula repair, is performed only in patients at high risk.

**KEY WORDS:** Litiasi colecisti - Ileo biliare - Chirurgia.  
Cholecystolithiasis - Gallstone ileus - Surgery.

## Introduzione

La litiasi della colecisti è causa di molteplici manifestazioni cliniche che vanno dalla semplice colica biliare alla pancreatite. Meno frequentemente l'infiammazione cronica della colecisti può determinare comparsa della sindrome di Mirizzi. Raramente si forma una fistola biliodigestiva con migrazione di concrezioni litiasiche attraverso il tramite fistoloso: ne può conseguire un'occlusione

"Sapienza" Università di Roma  
Polo Pontino, Ospedale "A. Fiorini", Terracina, AUSL Latina  
UOC Chirurgia Universitaria  
(Direttore: Prof. F. Stagnitti)  
<sup>1</sup> UOC Radiologia  
(Direttore: Dott. E. Monti)  
<sup>2</sup> Ospedale "P. Colombo", Velletri, AUSL RMH  
UOC Chirurgia Generale  
(Direttore: Dott. G. Marino)

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

intestinale nota come ileo biliare da "calcolo perso" (1).

L'ileo biliare è causa di occlusione meccanica del piccolo intestino in una percentuale variabile dall'1% al 3% dei casi (2). Solitamente il calcolo si incunea nel tratto terminale dell'ileo, anche se sono state descritte inusuali localizzazioni nella flessura duodeno-digiunale (3). L'ileo biliare ricorrente è stato descritto in presenza di una rara fistola colecisto-duodeno-colica (4).

L'ileo biliare, causa non comune di addome acuto, interessa solitamente pazienti anziani e solo raramente è diagnosticato preoperatoriamente (3). L'età media dei pazienti è di 74.3 anni (range 63-85), con patologie associate spesso gravi, talvolta settici (5).

Clinicamente l'ileo biliare si manifesta con dolore addominale acuto, vomito e quadro radiografico tipico dell'ostruzione del tenue (3). La durata media dei sintomi è di 6 giorni (range 2-14) e il ritardo diagnostico medio è di 3.5 giorni (range 1-10) (6).

La diagnosi preoperatoria viene generalmente posta con la TC (7). L'ileo biliare va ovviamente differenziato dalle altre cause più frequenti di addome acuto (7).

È tuttora aperto il dibattito sulla procedura chirurgica ottimale (2). Quella in un unico tempo, enterolitomia e colecistectomia con riparazione della fistola, trova indicazione nei pazienti più giovani, in buone condizioni generali, emodinamicamente stabili, ASA 2 e con diagnosi precoce (2). I pazienti più anziani, con patologie associate talvolta gravi, ASA 3, diagnosi tardiva, emodinamicamente instabili vanno invece preferibilmente trattati con procedura in due tempi. In questo caso si fa la sola enterolitomia seguita, in un secondo tempo, dalla colecistectomia con riparazione della fistola (2).

La degenza post-operatoria successiva alla sola enterolitomia è in media di 14 giorni (range 6-31), rispetto ai 19 giorni (range 5-28) della enterolitomia con colecistectomia e riparazione della fistola (6).

Entrambe le procedure chirurgiche (in un unico tempo o in due tempi) generalmente non sono comunque gravate da mortalità (6). Alcuni Autori riportano i vantaggi della enterolitomia laparoscopica in pazienti anziani e debilitati ASA 3 (8).

## Caso clinico

A.M., uomo di 50 anni in buone condizioni generali, senza precedenti anamnestici degni di nota. Da 5 giorni lamenta vomito, biliare nei primi giorni, enterico nei successivi. Si associa intenso dolore addominale diffuso di tipo colico con alvo chiuso alle feci e ai gas. All'esame obiettivo l'addome appare modicamente disteso, diffusamente dolente alla palpazione superficiale e profonda, poco trattabile. La peristalsi è presente. Si apprezzano rumori metallici prevalenti in ipocondrio destro.

L'emocromo risulta positivo per modesta leucocitosi neutrofila (GB 11.4).

Il paziente rifiuta il ricovero in ospedale, ma nei giorni successivi, per il persistere della sintomatologia addominale, viene sotto-

posto ambulatorialmente a nuova Rx diretta dell'addome che dimostra un quadro francamente occlusivo (Figg. 1-3). Si ricovera infine nella nostra Unità di Chirurgia. In urgenza la TC torace-addome-pelvi con mezzo di contrasto iodato non ionico dimostra, a livello dell'ilo epatico, la presenza di una raccolta aerea strettamente contigua alla seconda porzione duodenale (Fig. 4). In sede pelvica si nota un'ansa intestinale dilatata e distesa, a pareti ispessite, contenente una grossolana immagine a bersaglio di verosimile natura litiasica (Fig. 5). La colecisti non è riconoscibile alla TC e all'indagine ecotomografica.

Si pone diagnosi di addome acuto da ileo biliare e indicazione all'intervento chirurgico urgente. All'apertura del peritoneo le anse del piccolo intestino appaiono notevolmente distese e congeste. Si osserva la presenza di secrezione siero-copuscolata libera nella cavità peritoneale. A circa 15 cm dalla valvola ileo-ciecale è evidente una formazione del volume di un mandarino e di consistenza duro-ligneo che occlude completamente il lume dell'ansa. In sede sottoepatica si osserva un'area di tessuto cicatriziale che si estende dalla faccia viscerale del fegato alla prima e seconda porzione del duodeno. La colecisti, fibrotica e retratta, appare completamente inglobata dalla massa apparentemente infiammatoria. Si esegue l'intervento in un unico tempo: enterolitomia, colecistectomia e riparazione della fistola colecistoduodenale repertato.

Il decorso post-operatorio è stato regolare con dimissione del paziente in XIV giornata.

## Discussione

L'ileo biliare è infrequente. La diagnosi preoperatoria è difficile per l'assenza di una sintomatologia specifica. Alcuni Autori hanno descritto casi in cui la fistola



Fig. 1 - Rx diretta dell'addome: presenza di alcuni livelli idroaerei nei quadranti addominali superiori.



Fig. 2 - Rx diretta dell'addome: ansa del tenue notevolmente distesa e livelli idroaerei nei quadranti addominali superiori.



Fig. 3 - Rx diretta dell'addome: multipli e ampi livelli idroaerei dell'intestino tenue prevalenti nei quadranti addominali superiori; assenza di immagini riferibili al colon.

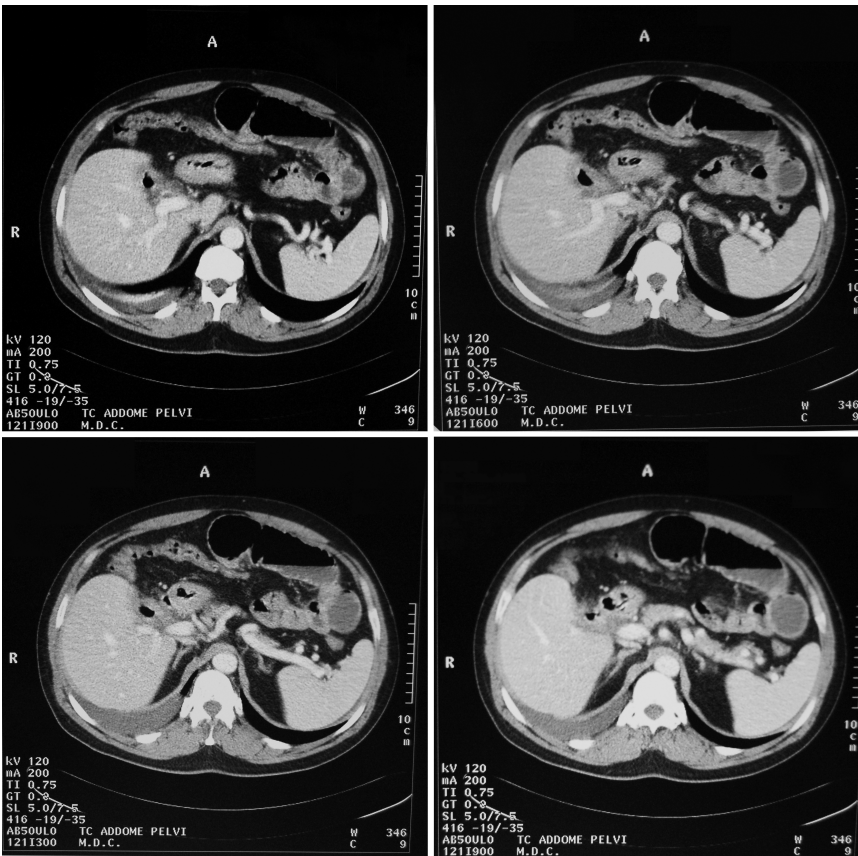


Fig. 4 - TC. Presenza di un'area di ipodensità con raccolta aerea a livello dell'ilo epatico, strettamente contigua alla seconda porzione duodenale. Sembra apprezzarsi tramite fistoloso colecistoduodenale. Si rileva lieve ectasia perilare delle vie biliari intraepatiche e delcoledoco.

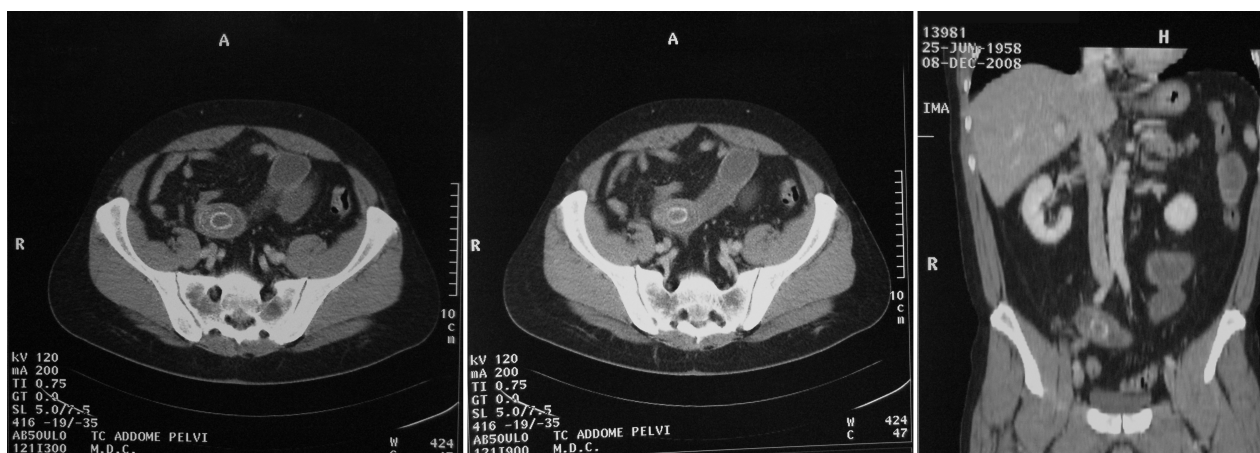


Fig. 5 - TC. Presenza di immagine a bersaglio riferibile ad un calcolo nel lume del tenue che ne viene ostruito.

è stata per lunghissimi periodi, oltre 30 anni, completamente asintomatica (9). La patologia è prevalente nei pazienti anziani e associata ad elevata mortalità in caso di grave comorbidità e diagnosi tardiva (10).

Nel nostro caso, come riportato da altri Autori, l'ecotomografia addominale è stata di scarso ausilio diagnostico non essendo stata in grado di dimostrare la colecisti e il voluminoso calcolo in sede ileale (11). La diagnosi di ileo biliare è stata posta con la TC che si è confermata metodica *gold standard* (10). L'indagine ha infatti dimostrato, nella presumibile sede della colecisti, un'immagine di aerobilia fortemente sospetta per fistola biliodigestiva. La diagnosi di certezza è stata posta con la dimostrazione della formazione litiasica in sede ileale. Va ovviamente eseguita come prima indagine, come in tutti i casi di addome acuto, una radiografia diretta dell'addome con paziente in ortostatismo. Nel nostro paziente l'indagine radiografica ripetuta ha dimostrato la progressione dell'occlusione, testimoniata dall'aggravarsi del quadro clinico. Infine, la RM con acquisizioni colangiografiche si è dimostrata di scarsa utilità diagnostica (10).

L'ileo biliare richiede una procedura chirurgica urgente, in uno o due tempi. Nel caso da noi osservato l'età del paziente, l'assenza di patologie associate, l'equilibrio metabolico ed idro-elettrolitico e la stabilità emodinamica hanno consentito l'approccio chirurgico in un so-

lo tempo. È stata eseguita un'enterolitotomia, con colecistectomia e riparazione della fistola. La procedura scelta si è dimostrata opportuna, ma bisogna notare che – come ampiamente riportato in letteratura – richiede un'accurata selezione dei pazienti (2, 6, 11).

La gestione in due tempi va riservata ai pazienti considerati ad alto rischio per età avanzata, patologie associate, instabilità emodinamica e diagnosi tardiva. È stata abbandonata definitivamente la strategia chirurgica limitata alla sola enterolitotomia perchè espone al rischio di colangite e di ileo biliare ricorrente (12).

## Conclusioni

L'ileo biliare è una complicanza piuttosto rara della litiasi della colecisti. La TC rappresenta il *gold standard* diagnostico. L'occlusione meccanica dell'ileo impone l'approccio chirurgico urgente. Le condizioni cliniche del paziente influenzano la strategia chirurgica: procedura in un unico tempo o procedura in due tempi.

Nel nostro caso, età non avanzata, assenza di comorbidità, equilibrio idro-elettrolitico e stabilità emodinamica hanno permesso di eseguire il trattamento in un unico tempo con enterolitotomia, colecistectomia e riparazione della fistola duodenale.

## Bibliografia

1. Zaliakas J, Hunson JL. Complications of gallstones: the Mirizzi syndrome, gallstone ileus, gallstone pancreatitis, complications of "lost" gallstones. *Surg Clin North Am* Dec; 88(6):1345-68.
2. Riaz N, Khan MR, Tayeb M. Gallstone ileus: retrospective review of a single centre's experience using two surgical procedures. *Singapore Med J* 2008 Aug; 49(8):624-6.
3. Chatterjee S, Chaudhuri T, Ghosh G, Ganguly A. Gallstone ileus. An atypical presentation and unusual location. *Int J Surg* 2008 Dec; 6(6):e 55-6. Epub 2007 Feb 16.
4. Pangan JC, Estrada R, Rosales R. Cholecystoduodenocolic fistula with recurrent gallstone ileus. *Arch Surg* 1984 Oct; 119(10):1201-3.
5. Du Quesnay DR, De Paz H, Munroe L. Primary repair of the cholecysto-enteric fistula in gallstone ileus. *West Indian Med J*

- 1992 Sep; 41(3):116-9.
6. Muthukumarasamy G, Venkata S P, Shaikh I A, Somani BK, Ravindran R. Gallstone ileus: surgical strategies and clinical outcome. *J Dig Dis* 2008 Aug; 9(3):156-61.
  7. Katz D S, Yam B, Hines J J, Mazzie J P, Lane M J, Abbas M A. Uncommon and unusual gastrointestinal causes of the acute abdomen: computed tomographic diagnosis. *Semin Ultrasound CT MR* 2008 Oct; 29(5):386-98.
  8. Owera A, Low J, Ammori B J. Laparoscopic enterolithotomy for gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008 Oct; 18(5):450-2.
  9. Stagnitti F, Mongardini M, Schillaci F, Dall'Olio M, De Pascalis M, Natalini E. Fistole bilio-digestive spontanee. Considerazioni cliniche, trattamento chirurgico e complicanze. *Giorn. Chir.* Vol. 21-n3-pp.110-117 Marzo 2000.
  10. Lakyova' L, Radonak J, Vajo' J, Toncr I, Kudlác M. Biliary ileus- a rare complication of cholecystolithiasis. *Rozhl Chir.* 2007 Oct; 86 (10). 526-32.
  11. Sapula R, Skibinski W. Gallstone ileus as a complication of cholecystolithiasis. *Surg Endosc.* 2002 Feb; 16 (2): 360. Epub 2001 Nov 16.
  12. Andronescu P, Miron A, Andronescu C, Seicaru T, Gradinaru V. The Therapeutic options in biliary ileus. *Chirurgia (Bucur).* 1996 Sep-Oct; 45 (5): 235-8.
-