**SCIENCE MAGAZINE**

**Rivista Scientifica Aziendale**

**Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli**

**Reggio Calabria**

Azienda Ospedaliera “Bianchi-Melacrino-Morelli” Reggio Calabria

U.O.S. Osservazione Breve Intensiva

**Dirigente Responsabile Dott. Francesco Moschella**

F. Moschella-F. Caccamo-M.R. Giofrè-D. Giustra-G. Lavilla-M. G. Pensabene-L. Africa

**UN RARO CASO DI ILEO BILIARE (SINDROME DI BOUVERET)**

**Dott. Francesco Moschella Via S. Caterina Dir. I n. 14 Reggio Calabria. Email:f.moschella@alice.it**

Dott. Filippo Caccamo

Dott. Maria R. Giofrè

Dott. Diego Giustra

Dott. Giuseppe Lavilla

Dott. Maria Grazia Pensabene

Dott. Liana Africa

**Parole chiave:** Fistola colecisto-digiunale, calcolosi colecistica, sindrome di Bouveret

**Key words**: Jejunal fistula cholecysto, gallbladder calculi, Bouveret syndrome.

**Riassunto**: Gli autori descrivono un raro caso di fistola colecisto-digiunale secondaria a calcolosi colecistica.

**Summary**: The authors describe a rare case of jejunal fistula cholecysto secondary to gallbladder stones.

**Introduzione**

La sindrome di Bouveret è una complicanza molto rara della litiasi biliare è stata descritta per la prima volta da Beaussier nel 1770 ed è conosciuta dal 1896 come Sindrome di Bouveret.

E’ causata 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.

Le cause che determinano l’arresto in un viscere così ampio come il duodeno sono l’edema e la deformazione dello stesso, causati dalla periviscerite fistolosa che si viene ad instaurare o da una concomitante lesione peptica.

Il bulbo duodenale è quello maggiormente interessato come sede di ostruzione.

Per quanto riguarda il quadro clinico di presentazione, la sindrome si presenta con vomito alimentare, dolore epigastrico, nausea, emorragia gastroenterica superiore. L’alvo è aperto ed il quadro può durare settimane o mesi e nella gran parte dei casi di sindrome di Bouveret descritti in letteratura, la fase prediagnostica è piuttosto lunga.

Si individua aria nell'albero biliare ([pneumobilia](http://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Pneumobilia&action=edit&redlink=1) o [aerobilia](http://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Aerobilia&action=edit&redlink=1)), ostruzione completa o parziale dell'intestino, calcoli biliari [ectopici](http://it.wikipedia.org/wiki/Ectopia): la cosiddetta *triade di* [*Rigler*](http://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Leo_George_Rigler&action=edit&redlink=1).

La diagnosi, nella maggior parte dei casi, viene posta in corso di intervento chirurgico.

La diagnosi tempestiva di sindrome di Bouveret, anche se difficile è molto importante perché in letteratura il tasso di mortalità post-operatoria riportato è di oltre il 30%.

**Caso clinico**

Paziente di sesso maschile di anni 69, viene ricoverato in Osservazione Breve Intensiva per colica addominale.

In anamnesi presentava: cardiopatia ischemica, diabete mellito, insufficienza renale cronica.

All’ingresso l’obiettività cardiorespiratoria e addominale erano nella norma.

In Pronto Soccorso, veniva sottoposto a elettrocardiogramma, Cons. Cardiologica in cui veniva consigliato il monitoraggio degli enzimi miocardiospecifici, Cons. Chirurgia Generale che non rilevava urgenze chirurgiche.

Gli esami di laboratorio eseguiti in PS, risultavano nella norma ad eccezione di un aumento dell’urea e della creatinina.

In OBI il paziente veniva sottoposto a Rx diretta addome che evidenziava solo qualche livello idroereo in mesogastrio, ecografia addome che metteva in evidenza la presenza di calcolosi colecistica, monitoraggio degli enzimi miocardiospecifici risultati sempre nella norma, esami di laboratorio che confermavano l’insufficienza renale (urea 170 mg/dl, creatinina 1.95 mg/dl), mentre si mantenevano sempre nella norma emocromo, transaminasi, bilirubina, LDH.

Durante la degenza, il paziente alternava momenti di benessere ad altri con riacutizzazione della sintomatologia dolorosa addominale e vomito, con obiettività addominale che risultava sempre nella norma, per cui in seconda giornata ripeteva Rx diretta addome che evidenziava solamente la presenza di alcuni livelli idroarei senza distensione gassosa delle anse intestinali.

In terza giornata, a completamento diagnostico, veniva effettuata una TC addome che evidenziava la presenza di una fistola colecisto-digiunale per cui il paziente veniva trasferito per competenza presso l’UOC di Chirurgia Generale.

**Discussione**

L’ileo biliare è una delle complicanze della calcolosi colecistica, in cui generalmente, in seguito a processi flogistici ripetuti si realizza un tragitto fistoloso tra colecisti e via biliare e un tratto intestinale con migrazione dei calcoli.

Una delle varianti di tale patologia è la sindrome di Bouveret, rara localizzazione a livello della flessura duodeno-digiunale.

La patologia interessa prevalentemente pazienti anziani e si manifesta con dolore addominale, vomito e la durata media dei sintomi è di 6 giorni, con un ritardo diagnostico medio di 3.5 giorni.

La sindrome presenta la caratteristica di un andamento clinico in cui si alternano periodi di acuzie con periodi di risoluzione spontanea della sintomatologia dovuti a mobilizzazione del calcolo.

L’unico esame che consente di porre con certezza la diagnosi è la TC addome, la quale permette di apprezzare un’immagine di aerobilia suggestiva per fistola bilio-digestiva.

**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 bilia- re*. 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
6. ZEMAN RK. *Cholelithiasis and cholecystitis.* Textbook of Gastrointestinal Radiology, WB Saunders 2000:1335-1336.
7. LOBO DN, JOBLING JC, BALFOUR TW. *Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes.* J Clin Gastroenterol 2000; 30:72-76.
8. DAY EA, MARK C. *Gallstone ileus: a review of the literature and presentation of 34 new cases.* Am J Surg 1975; 129:552-558.
9. DELABROUSSE E, BARTHOLOMOT B, SOHM O, *Gallstone ileus: CT findings.* Eur Radiol 2000; 10:938-940.
10. LOREN I, LASSON A, NILSSON A, et al. *Gallstone ileus demonstrated by CT.* J Comput Assist Tomogr 1994; 18:262-265.