

Ileo biliare: revisione della letteratura e presentazione di un caso clinico trattato con minilaparotomia



Ann. Ital. Chir., LXXI, 4, 2000

G. Galizia, E. Lieto, L. Pelosio,
V. Imperatore, P. Castellano, C. Pignatelli

Seconda Università di Napoli, Facoltà di Medicina e
Chirurgia
VII Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare
Direttore: Prof. Carlo Pignatelli
Dipartimento di Internistica Clinica e Sperimentale "F. Magrassi"

Introduzione

L'ileo biliare è un'occlusione intestinale meccanica causata dall'incuneamento di uno o più calcoli nel lume gastroenterico (8). Il primo caso venne descritto nel 1654 da Bartholin, ma fu Courvoisier il primo a descriverne 131 casi nel 1890, quasi tutti sottoposti ad intervento chirurgico, con alto tasso di mortalità (44%) (33). L'ileo biliare incide tra le occlusioni intestinali di tipo meccanico con una percentuale oscillante tra l'1 ed il 3% (5, 11, 17); tuttavia se si considerano i pazienti al di sopra dei 65 anni tale percentuale sale al 24% (2, 14, 26). L'ileo biliare, dunque, rappresenta un'evenienza molto rara valutabile intorno allo 0,00003% (3 su 10 milioni) dei ricoveri ospedalieri con una incidenza tra tutti gli interventi chirurgici soltanto dello 0,0015% (15 su 1 milione) (16). Tale patologia colpisce prevalentemente il sesso femminile con un rapporto medio F/M di 5/1 (24); naturalmente questa variabilità risente notevolmente della diversa incidenza della colelitiasi nelle diverse popolazioni: ciò sembra essere infatti confermato dal fatto che in Giappone, dove il rapporto M/F per la colelitiasi è all'incirca 1/1, l'incidenza dell'ileo biliare è la stessa nei due sessi (11, 15). Nonostante la litiasi biliare rappresenti il momento eziopatogenetico principale, solo una minima parte della colelitiasi si complica in ileo da calcoli (0.4%) (6, 29).

Eccettuato casi molto rari e ben selezionati nei quali è giustificata la vigile attesa di una risoluzione spontanea, la cura di questa malattia è elettivamente chirurgica. Esistono comunque disaccordi sulla strategia da adottare che scaturiscono da una serie di considerazioni che fanno pendere alcuni chirurghi per un intervento di *minima* (4,

Abstract

GALLSTONE ILEUS: LITERATURE REVIEW AND REPORT OF A CASE TREATED WITH MINILAPAROTOMY

Objective: *To evaluate the diagnostic and therapeutic approach to gallstone ileus.*

Material and methods: *A gallstone ileus report, diagnosed by integrated radiological approach, treated by minilaparotomy plus enterolithotomy and followed up for two years.*

Results: *Traditional radiologic findings, ultrasonography and computed tomography showed both the stone in the bowel lumen and the cholecystoduodenal fistula with air in the biliary tract. The enterolithotomy alone worked out the obstruction and no complication was observed.*

Discussion: *Integrated radiologic examinations are indicated in defining nature, site and seriousness of gallstone ileus. In most cases surgical treatment is mandatory to work out both the bowel occlusion and bilioenteric illness even though it is often wiser to perform an operation of enterolithotomy alone owing to the general and local conditions of the patient. After this surgical approach, bilioenteric fistula disappears in most cases with no residual lithiasis; in the cases in which fistula and/or lithiasis persist, a decisive surgical operation can be performed in a second step.*

Key words: Gallstone ileus, cholecystoenteric fistula, minilaparotomy and enterolithotomy.

9, 13), altri per un approccio *in due tempi* (31), altri ancora per un gesto più *radicale* (5, 7, 14) (Tab. I).

La rarità della malattia rende difficile sia studi prospettici randomizzati sia la possibilità di accumulare specifiche esperienze in un singolo Centro; tuttavia una revisione della letteratura internazionale, insieme con la descrizione di un caso clinico giunto recentemente all'osservazione e caratteristico per decorso, diagnosi e trattamento, sembrano utili al fine di individuare l'atteggiamento clinico-terapeutico più razionale sulla scorta delle esperienze maturate.

Caso clinico

Paziente di sesso maschile, di anni 62, portatore di cal-

Tab. I – POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE NELL'ILEO BILIARE

<i>Ileo biliare</i>	
Intervento di minima	Enterolitotomia
Intervento in due tempi	Enterolitotomia
	Successiva colecistectomia con riparazione della fistola bilio-digestiva
Intervento Radicale	Enterolitotomia, colecistectomia e riparazione della fistola digestiva in un solo tempo

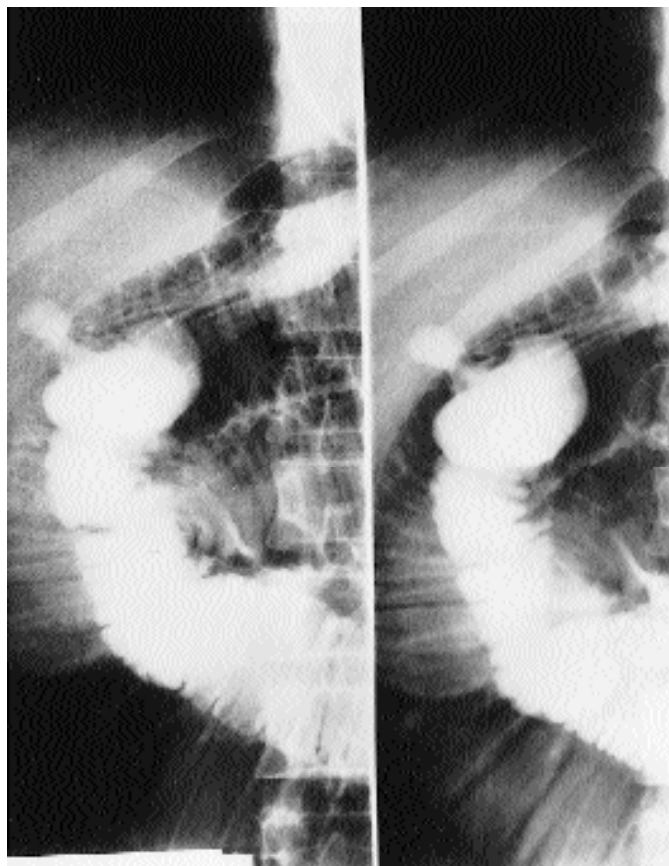


Fig. 1: Duodenografia con mezzo di contrasto idrosolubile. È chiaramente evidente la presenza di una fistola colecisto-duodenale.

colo unico di diametro di 3,5 cm localizzato al fondo della colecisti, diagnosticato circa 15 anni prima con un esame colecistografico. Il paziente aveva lamentato, negli anni, frequenti episodi di dolore in ipocondrio dx con irradiazione epigastrica, mai associati a rialzi termici e/o ad ittero. Dieci giorni prima del ricovero comparivano dolori addominali con vomito e nausea resistenti a terapia antispastica, ad andamento ingravescente. L'addome era disteso, dolente con alvo chiuso a feci e gas. Una diretta addome in bianco dimostrava la presenza di livel-

li idroaerei prevalentemente localizzati nei quadranti superiori dell'addome e di alcune immagini aeree che si proiettavano in corrispondenza del lobo destro del fegato. Un sondino naso-gastrico messo a dimora dava esito a circa un litro di materiale enterale nel corso delle 24 ore. Un esame ultrasonografico dell'addome dimostrava la presenza di una formazione iperecogena con cono d'ombra posteriore localizzata in fossa iliaca sinistra del diametro massimo di 3,2 cm con modesto versamento peritoneale; era presente inoltre aerobilia e marcata distensione delle anse addominali, la loggia colecistica appariva vuota. Il transitto intestinale con mezzo di contrasto idrosolubile (Fig. 1) e la tomografia computerizzata (TC) addominale e pelvica (Fig. 2) dimostravano la presenza di una fistola colecisto-enterica e di una formazione litiasica localizzata all'interno del lume intestinale (Fig. 3).

Sulla scorta delle indagini preoperatorie che avevano individuato la natura dell'occlusione intestinale, la sua sede e soprattutto consentito di valutare la presenza di una fistola colecisto-duodenale circondata da intenso tessuto infiammatorio, non si riteneva di trattare la fistola bilio-enterica in quella sede sia per le condizioni generali del

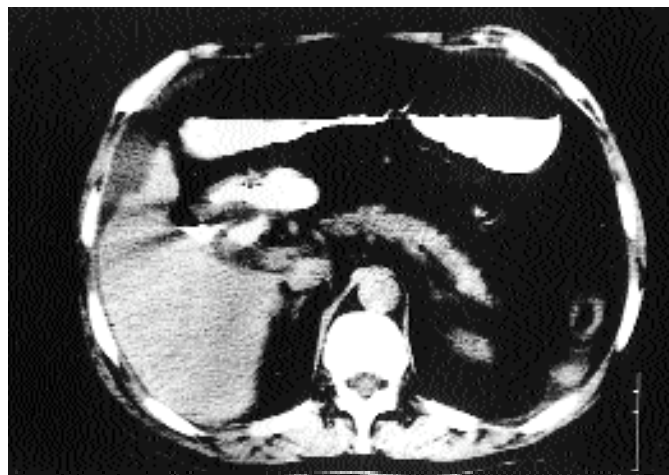


Fig. 2: La TC addome eseguita sfruttando il mdc usato per la duodenografia conferma la presenza del contrasto nella sede della colecisti. Sono altresì evidenti i livelli idro-aerei ileali.

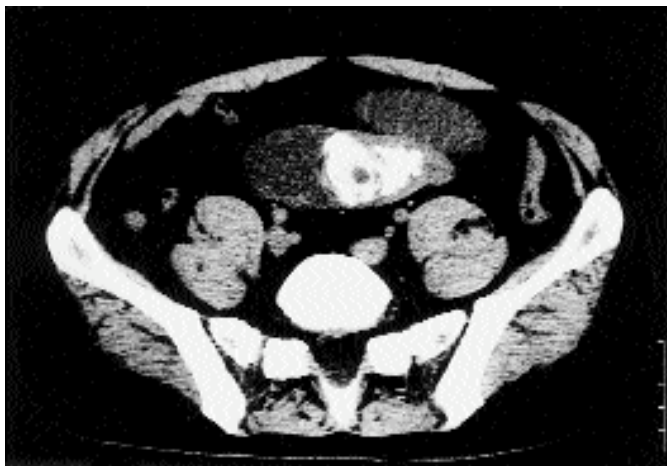


Fig. 3: La TC pelvica evidenzia all'interno di un'ansa ileale la presenza di una grossa formazione litiasica.



Fig. 4: Reperio intraoperatorio: dopo enterotomia longitudinale si asporta il voluminoso calcolo responsabile dell'ileo biliare.

paziente, compromesse da una storia di circa 10 giorni di occlusione intestinale, sia per la situazione anatomica locale. Pertanto si procedeva a minilaparotomia sopra e sottombelica di circa 5 cm. di lunghezza con individuazione delle anse ileali non distese poste distalmente al punto di occlusione. Procedendo in senso prossimale, con progressiva estrinsecazione delle anse successive e riposizione in cavità delle precedenti, si identificava agevolmente il tratto ileale occupato dal calcolo. Continuando questa manovra si procedeva alla valutazione ispettiva e palpatoria dell'integrità di tutta la matassa intestinale fino all'angolo duodeno-digiunale. Riposizionate le anse in cavità, si estrinsecava l'ansa sede dell'occlusione e si procedeva a sospingere il calcolo verso il tratto ileale dilatato a monte, onde evitare una enterotomia nel segmento intestinale maggiormente sofferente. Veniva quindi praticata l'enterotomia longitudinale a circa 15 cm. dal punto di incuneamento del calcolo e si estraeva la formazione litiasica (Fig. 4). Suturata trasversalmente l'enterotomia si drenava con un piccolo

tubo il Douglas. Il decorso postoperatorio era regolare ed il paziente poteva essere dimesso in sesta giornata postoperatoria.

Ad oltre due anni dall'intervento il paziente è asintomatico; non si sono mai verificati episodi di colangite e gli esami ecografici di controllo dimostrano la loggia colecistica vuota in assenza di aerobilia. Il paziente ha inoltre praticato una radiografia del tubo digerente con mezzo di contrasto idrosolubile che non ha evidenziato passaggio del mezzo di contrasto nella via biliare accessoria, ed una colangiografia endovenosa integrata da studio tomografico che ha dimostrato l'integrità dell'albero biliare intra ed extra-epatico con regolare deflusso in duodeno; la via biliare accessoria non è risultata apprezzabile né al contrasto x-grafico né all'immagine tomodensitometrica.

Discussione

Le fistole bilio-digestive costituiscono il prerequisito patogenetico essenziale dell'ileo biliare e riconoscono nella loro genesi essenzialmente due fattori: quello flogistico e quello meccanico (8). La flogosi reattiva che può accompagnare un episodio colecistico è responsabile della formazione di aderenze tra il viscere e gli organi circostanti, mentre il fattore meccanico, determinato dal decubito del calcolo sull'area infiammata, provoca un'ischemia tissutale con necrosi e successiva formazione del tragitto fistoloso attraverso il quale transita il materiale litiasico. Non vanno, comunque, misconosciute più rare cause di migrazione del calcolo conseguenti a processi neoplastici o ad ulcere peptiche penetranti (12).

Dalla revisione della letteratura si evince che la fistola è più frequentemente colecisto-duodenale (69%), come nel nostro caso; segue quindi quella colecisto-ileale (20,3%), colecisto-colica (8,5%) e colecisto-gastrica (1,6%) (3, 22, 24, 33). A seconda del livello di arresto del calcolo nel lume intestinale si distinguono una forma *alta*, quando la sede dell'occlusione è situata nella II-III o IV porzione duodenale o nel digiuno, una forma *media*, quando l'arresto del calcolo avviene nell'ileo (60-80%) ed una forma *bassa* se il calcolo si arresta nel colon (27). La sede più comune dell'arresto del calcolo sembra quindi essere il punto più ristretto del tubo digerente, ossia la valvola ileo-cecale (6, 29); sebbene qualsiasi segmento possa costituire un ostacolo al transito per fenomeni flogistici, neoplastici o anatomici, congeniti o acquisiti (1, 24). È opportuno ricordare inoltre una rara varietà di ileo biliare nota col nome di sindrome di Bouveret, caratterizzata da una occlusione piloro-bulbare in cui, il calcolo biliare migrato non riesce a progredire distalmente e rimane imprigionato a causa dell'importante reazione infiammatoria che si traduce in un imponente edema della mucosa duodenale (8, 19). Oltre che il diametro del lume intestinale, sono naturalmente molto importanti le dimensioni del calcolo migrato; è comunemen-

te accettato che i calcoli in grado di provocare ostruzione intestinale sono di diametro superiore a 2,5 cm. In letteratura, tuttavia, sono riportati casi di ileo-biliare causati da calcoli inferiori a 2,5 cm e, d'altra parte, calcoli maggiori di 5 cm sono passati spontaneamente attraverso tutto l'intestino (5, 16, 32).

Dal punto di vista clinico l'ileo biliare è generalmente preceduto da un episodio di colecistite acuta con successiva remissione della sintomatologia dolorosa e febbrile; dopo alcuni giorni si instaura il quadro di ileo meccanico che talora può presentare alternanze di miglioramento e di riacutizzazioni occlusive, cosiddetta *tumbling obstruction* (21). Mondor invece ne ha riconosciuto 5 varianti cliniche (20):

- una forma iperacuta emorragica o diarroica
- una forma acuta
- una forma subacuta o a tappe di Leriche
- una forma cronica o sindrome di Karensky
- una forma ricorrente o recidivante

La lunghezza del periodo di latenza tra l'episodio colecistitico e l'insorgenza dell'ileo meccanico è estremamente variabile e ciò, insieme alla frequente mancanza di segni clinici o di laboratorio dirimenti, avvalora la difficoltà del tentativo di una diagnosi eziologica in sede clinica, possibile infatti solo nel 38% dei casi (3, 32). Risulta invece di notevole ausilio nella diagnosi preoperatoria di ileo-biliare la diagnostica strumentale ed in particolare quella radiologica tradizionale. All'esame diretto dell'addome è, talvolta, di possibile riscontro una triade patognomica, descritta per la prima volta nel 1941 da Rigler (25), caratterizzata da pneumobilia, livelli idroaerei e calcolosi ectopici. L'occlusione intestinale è evidente nel 70% dei casi, nel 34% è presente pneumobilia e nel 35% un calcolo in sede anomala (3, 5, 16, 23, 24). Nelle fasi di remissione della sintomatologia può inoltre essere utile il ricorso alle metodiche contrastografiche (8, 28). Il clisma opaco a doppio contrasto può dimostrare la presenza del tramite fistoloso o l'arresto del calcolo in sede colica. L'esame radiologico del digerente con contrasto idrosolubile può evidenziare la caratteristica immagine del *serpent a tête claire* (20) e, nei casi più fortunati, direttamente la fistola bilio-enterica (Fig. 1) (9).

Come dimostrato dalla letteratura più recente e confermato dalla nostra esperienza, risulta attualmente, di particolare utilità ai fini diagnostici, avvalersi dell'esame ecografico e della TC (10, 28). Accanto ai segni ultrasonografici comuni delle occlusioni intestinali meccaniche, come il rilievo di anse intestinali a contenuto misto con valvole conniventi e peristalsi apprezzabile, possono rendersi evidenti segni ecografici specifici dell'ileo biliare rappresentati dalla presenza di una formazione iperecogena endoluminale con netto cono d'ombra posteriore, pneumobilia, colecisti non riconoscibile o adesa e, di grande importanza quando confortata dal rilievo anamnestico di calcolosi biliare precedentemente nota, la diminuzione o scomparsa di materiale litiasico in colecisti (18).

La tomografia computerizzata è senz'altro meno nota nel

work-up preoperatorio dell'ileo biliare; essa, tuttavia, può essere diagnostica, soprattutto se eseguita con mezzo di contrasto per os, perché è indagine fine nell'evidenziare la fistola bilio-enterica (Fig. 2) e addirittura patognomica dimostrando la presenza di materiale litiasico nell'intestino (Fig. 3) (28).

Se da una parte la diagnostica dell'ileo biliare ha trovato oggi, in un imaging radiologico sempre più raffinato, maggiori possibilità e più rapida interpretazione, la strategia chirurgica, invece, non ha ancora incontrato una univoca definizione. Un approccio aggressivo viene preferito da alcuni che considerano l'enterolitotomia, con colecistectomia e riparazione della fistola in un solo tempo, l'intervento ideale, capace non solo di risolvere l'occlusione intestinale, ma anche di prevenire una serie temibile di complicanze quali le recidive di ileo biliare, le sequele colangitiche e le riacutizzazioni flogistiche della colecisti ed il maggior rischio di carcinoma della cistifellea, tutte gravate da elevata mortalità (5, 7, 14, 29). Al contrario, la maggior parte degli autori predilige, come soluzione terapeutica più idonea, l'enterolitotomia semplice soprassedendo ed eventualmente demandando ad un secondo tempo la correzione della patologia biliare e della fistola bilio-digestiva (4, 9, 13, 19, 23, 24, 32). Il presupposto teorico di tale atto chirurgico risiede nella bassa invasività dell'intervento, nella bassa incidenza di ileo biliare recidivo nonché nella possibilità di guarigione spontanea della fistola stessa (16). Se la diagnostica preoperatoria ha chiarito la natura e sede dell'occlusione e fa fortemente sospettare la presenza di tenaci aderenze bilio-enteriche, l'atto chirurgico può, come nel nostro caso, essere eseguito con una minilaparotomia al solo scopo di risolvere l'occlusione intestinale. Questo intervento di minima può essere seguito da una seconda operazione in elezione per trattare la patologia biliare (31). È questa ad esempio, la strategia scelta allorché persistano sintomi bilio-digestivi oppure si accerti una calcolosi colecistica residua o in presenza di fistole complicate da una flogosi, in cui è meno lecito attendersi una risoluzione spontanea (30).

Conclusioni

Pur costituendo affezione relativamente rara, l'ileo biliare deve essere sempre sospettato in presenza di un caratteristico quadro sub-occlusivo intermittente in un paziente anziano, colelitiasico e con pregressi episodi colecistitici. La diagnosi di certezza viene posta, nella maggioranza dei casi attraverso la diagnostica strumentale ed in particolare mediante un esame in bianco dell'addome (triade di Rigler). Nel nostro caso la diagnosi preoperatoria di ileo biliare è stata possibile attraverso la diagnostica radiologica tradizionale (diretta addome e transito intestinale con mezzo di contrasto idrosolubile) integrata dall'ecografia e dalla TC. Il problema più dibattuto è sicuramente rappresentato dagli orientamenti non

univoci in tema di tattica operatoria, e cioè se sia più corretto trattare contemporaneamente l'ostruzione e la fistola biliare (one stage) o effettuare la correzione della fistola in un secondo momento (trattamento in due tempi) o non correggerla affatto.

L'intervento ad un tempo dovrebbe essere riservato ad un gruppo selezionato di pazienti: età non troppo avanzata, assenza di patologie gravi concomitanti, condizioni generali soddisfacenti. In tal caso l'intervento consente di risolvere l'occlusione intestinale ed al contempo il trattamento della fistola, evitando il rischio di complicanze. Sono tuttavia questi i casi meno frequenti; infatti l'enterolitotomia semplice rappresenta il 73% di tutti gli interventi per ileo biliare e ciò perché l'ileo biliare colpisce prevalentemente pazienti con età avanzata, gravi patologie spesso associate ed uno squilibrio metabolico al momento dell'intervento chirurgico. In accordo con la maggior parte degli autori, sembra che l'approccio più razionale sia costituito da un intervento di minima, anche con minilaparotomia, volto a risolvere l'occlusione intestinale astenendosi da atti chirurgici potenzialmente dannosi in presenza di estese e tenaci aderenze infiammatorie. Il decorso clinico generalmente benigno può consentire una tattica astensionista che dovrà invece essere abbandonata in presenza di sintomi biliari o bilio-digestivi che obblighino alla risoluzione di una persistente fistola enterica e/o di una calcolosi residua.

Riassunto

Obiettivo: Valutare, partendo da un caso clinico e dalla revisione della letteratura, l'attuale approccio diagnostico-terapeutico all'ileo biliare.

Materiale e metodo: Un recente caso clinico di ileo biliare diagnosticato con approccio radiologico integrato, trattato con minilaparotomia ed enterolitotomia, e seguito per due anni.

Risultati: Gli esami x-grafici tradizionali, l'ecografia e la tomografia computerizzata furono in grado di precisare la natura dell'occlusione intestinale evidenziando il calcolo nell'intestino e la presenza di una fistola colecistico-duodenale con aerobilia. L'enterolitotomia semplice risolse lo stato occlusivo e non fu seguita da complicanze.

Discussione: Le attuali indagini radiologiche integrate dimostrano possedere una elevata capacità diagnostica specificando natura, sede e gravità dell'ileo biliare. Esse consentono una precisa valutazione della patogenesi e decorso dell'affezione. Il trattamento chirurgico si impone nella grande maggioranza dei casi e può essere rivolto alla risoluzione sia dell'occlusione sia della patologia bilio-enterica sebbene a causa delle condizioni generali e locali del paziente spesso appaia più prudente eseguire interventi di semplice enterolitotomia. Dopo questo intervento, in molti casi la fistola bilio-digestiva scompare e non è presente calcolosi residua; nei casi meno fortunati con persistenza del tragitto e/o calcolosi si

potrà, successivamente, procedere all'intervento definitivo.

Parole chiave: Ileo biliare, fistola colecisto-enterica, minilaparotomia ed enterolitotomia.

Bibliografia

- 1) Akgun Y.: *Management of ileosigmoid knotting*. Br J Surg, 84:672-73, 1997.
- 2) Brockis J.C., Gilbert M.C.: *Intestinal obstruction by gallstone. A review of 179 cases*. Br J Surg, 44:461-66, 1957.
- 3) Clavien P.A., Richon J., Burgan S., Rohner A.: *Gallstone ileus*. Br J Surg, 77:737-42, 1990.
- 4) Cooperman A.M., Dickson E.R., Remine W.H.: *Changing concept in the surgical treatment of gallstone ileus. A review of 15 cases with emphasis on diagnosis and treatment*. Ann Surg, 167:377-83, 1968.
- 5) Day E.A., Marks C.: *Gallstone ileus. A review of the literature and presentation of 34 new cases*. Am J Surg, 129:552-58, 1975.
- 6) Deits D.M., Standage B.A., Wright Pinson C., Mc Connell D.B., Krippaehne W.W.: *Improving the outcome in gallstone ileus*. Am J Surg, 151:572-76, 1986.
- 7) Fox F.F.: *Planning the operation for cholecystoenteric fistula with gallstone ileus*. Surg Clin North Am, 50:93-102, 1970.
- 8) Giani L., Nobili P., Corti G.L., Cacopardo E.: *Ileo biliare. La nostra esperienza*. Giorn Chir, 16:227-32, 1995.
- 9) Glenn F., Reed C., Grafe W.R.: *Biliary enteric fistula*. Surg Gynecol Obstet, 153:527-31, 1981.
- 10) Grassi R., Pinto A., Rossi E., Rossi G., Scaglione M., Lassandro F., Romano L.: *Nove pazienti consecutivi con ileo biliare. Esperienza personale*. Radiol Med, 95:177-81, 1998.
- 11) Guerzoni A.P., Armaroli R., Martuzzi F., Rossi G., Tomaiuoli M., Tonelli B.: *Ileo biliare. Considerazioni su 14 casi clinici*. Min Chir, 42:543-46, 1987.
- 12) Gullino D., Gardino L., Giordano O., Chiarle S.: *Fistole bilio-digestive spontanee*. Minerva Chir, 31:1403-16, 1976.
- 13) Hesselheldt P., Jess P.: *Gallstone ileus. A review of 39 cases with emphasis on surgical treatment*. Acta Chir Scand, 148:431-33, 1982.
- 14) Hudspeth A.S., Mc Guirt W.F.: *Gallstone ileus: a continuing surgical problem*. Arch Surg, 100:668-72, 1970.
- 15) Kasahara Y., Umemura H., Shiraha S., Kuyama T., Sakata K., Kubota H.: *Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature*. Am J Surg, 140:437-40, 1980.
- 16) Kurtz R.J., Helmann T.M., Kurtz A.B.: *Gallstone ileus, a diagnostic problem*. Am J Surg, 146:314-17, 1983.
- 17) Kvist E.: *Gallstone ileus. A retrospective study*. Acta Chir Scand, 145:101-103, 1979.
- 18) Lasson A., Loren I., Nilsson A., Nirhov N., Nilsson P.: *Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge*. Eur J Surg, 161:259-63, 1995.
- 19) Martino G., Mandriani D., Carnali M., Chiarucci T., Rossini

- L., Parca A., Tobaldi F., Aleffi F.: *Il trattamento chirurgico dell'ileo biliare. Nostra esperienza.* Min Chir, 50:47- 50, 1995.
- 20) Mondor H.: *Diagnostic urgents.* Masson et Cie, Paris, 251-60, 1965.
- 21) Napolitano A.M., Cortellese R., Napolitano L., Ucchino S.: *Considerazioni cliniche su alcuni casi di ileo biliare.* Giorn Chir, 17:577-80, 1996.
- 22) Oliaro A., Beccaria A. et al.: *Ileo biliare a localizzazione colica.* Minerva Chir, 35:329-35, 1980.
- 23) Piedad O.M., Wels P.B.: *Spontaneous internal biliary fistulas; obstructive and non obstructive types. Twenty years review of 55 cases.* Ann Surg, 175:75-80, 1972.
- 23) Porelli P., Masroiani U., Della Beffa V., Bonini A., Giustetto A., Iseri P., Bevilacqua S.: *L'ileo biliare.* Min Chir, 44:1089-94, 1989.
- 24) Rigler L.G., Borman C.M., Noble J.F.: *Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestation.* JAMA, 117:1753-68, 1941.
- 25) Rodriguez - Sanjuan J.C., Casado F., Fernandez M.J., Morales D.J., Narando A.: *Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus.* Br J Surg, 84:634-37, 1997.
- 26) Sciacca P., Benini B., Borrello M.: *Occlusione meccanica di tenue da calcoli biliari.* Minerva Chir, 52:39-44, 1997.
- 27) Sfairi A., Farah A., Patel J.C.: *La tomodensitométrie dans le diagnostic d'iléus biliaire.* Gastroenterol Clin Biol, 19:735-36, 1995.
- 28) Sfairi A., Patel J.C.: *L'iléus biliaire: plaidoyer pour le traitement simultané de l'occlusion et de la maladie biliaire.* J Chir (Paris), 134:59-64, 1997.
- 29) Syme R.G.: *Management of gallstone ileus.* Can J Surg, 32:61-64, 1989.
- 30) Van Hillo M., van der Vliet J.A., Wiggers T., Obertop H., Terpstra O.T., Greep J. M.: *Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of 10 patients and a review of the literature.* Surgery, 101:273-76, 1987.
- 31) Van Landingham S.B., Broders C.W.: *Gallstone ileus.* Surg Clin North Am, 15:276-83, 1982.
- 32) Warsaw A.L., Bartlett M.K.: *Choice of operation for gallstone intestinal obstruction.* Ann Surg, 164:1051-55, 1966.

Commento

Commentary

Carlo V. Feo, Alberto LIBONI
Ordinario di Chirurgia Generale
Università di Ferrara

Galizia e Coll. propongono un'interessante revisione della letteratura sull'ileo biliare presentando un caso giunto alla loro attenzione. L'ileo biliare è una rara malattia dell'anziano che rappresenta, però, il 25% delle ostruzioni dell'intestino tenue senza strangolamento nei pazienti con più di 65 anni (1). Deve quindi essere sempre incluso nella diagnosi differenziale dell'occlusione intestinale in pazienti anziani non precedentemente operati, senza ernie inguinali o laparorotole. Nel caso descritto, il paziente era un sessantenne con litiasi della colecisti (calcolo di 3,5 cm di diametro) che si presentava occluso. La diagnosi d'ileo biliare era già evidente dopo la rx-diretta addome e l'ecografia addominale che mostravano aereobilia e un quadro di occlusione intestinale, causata da un calcolo non più nella colecisti. Un rx-transito dell'intestino con mezzo di contrasto idrosolubile metteva in evidenza la fistola colecisto-duodenale. La tomografia computerizzata (TC) addomino-pelvica confermava il quadro già emerso. Il paziente è stato operato attraverso una minilaparotomia, estraendo il calcolo dall'intestino senza trattare la fistola colecisto-duodenale che si è poi chiusa spontaneamente senza complicanze.

Il paziente con ileo biliare presenta due problemi distinti: l'occlusione intestinale e la fistola colecisto-enterica. Sono quindi possibili due approcci chirurgici: a) risolvere l'occlusione intestinale, b) trattare sia la fistola sia l'occlusione. Non ci sono studi prospettici e randomizzati che pongano a confronto queste due strategie terapeutiche e difficilmente tali trial saranno condotti, vista la rarità della patologia in questione. Tuttavia, studi retrospettivi hanno messo in evidenza come la risoluzione dell'occlusione intestinale sia associata ad una mortalità del 11.7%, mentre il trattamento combinato della fistola e dell'ileo abbia una mortalità del 16.9% (1). Le fistole colecisto-enteriche, inoltre, si chiudono spontaneamente nella maggior parte dei casi dopo la risoluzione dell'ileo (1). Il 15% dei pazienti con ileo biliare trattati con la sola enterolitotomia sviluppa complicanze legate alla presenza della colecisti: colecistite, colangite o cancro della colecisti (1). Ad ogni modo, solo il 10% merita un reintervento chirurgico e il rischio di carcinoma sarebbe più elevato solo in presenza di fistola colecisto-enterica persistente (1).

L'atteggiamento più aggressivo (enterolitotomia, colecistectomia e chiusura della fistola) andrebbe riservato, a nostro avviso, ai casi in cui vi siano altri alcoli nella colecisti o nel coledoco. L'approccio terapeutico di Galizia e Coll., quindi, ci

pare corretto: risolvere l'occlusione intestinale subito, condizione che mette in pericolo la vita del paziente. A tal fine gli autori hanno scelto una minilaparotomia che non ha consentito loro di esplorare l'intestino, dal duodeno al retto alla ricerca di altri calcoli. Il paziente, infatti, aveva un calcolo unico della colecisti ad un'ecografia addominale eseguita trent'anni prima e avrebbe potuto formarne e passarne altri nell'intestino, condizione che occorre in circa nel 3-16% dei casi (1). Riteniamo, tuttavia, che gli autori abbiano deciso la minilaparotomia in ragione dell'assenza di altri calcoli evidenziabili alla TC.

Oggi giorno, infine, soprattutto qualora si decida di risolvere solo l'occlusione intestinale, è possibile eseguire l'intervento per via laparoscopica, offrendo al paziente i vantaggi della chirurgia mini-invasiva.

Bibliografia

1) Reisner R.M., Coben J.R.: *Gallstone ileus: A review of 1001 cases*. Am Surg, 60:441-6, 1994.

Galizia and co-authors report a case of gallstone ileus, presenting also an interesting review of the literature. Gallstone ileus is a rare disease of the elderly, representing 25% of nonstrangulated small bowel obstruction in patients over 65 years old (1). Therefore, it should always be suspected in elderly patients presenting with small bowel obstruction, not previously operated on, and without inguinal or incisional hernia. The authors report a case of a 62 yo man with gallstone disease (3.5 cm stone), presenting with intestinal obstruction. Gallstone ileus was diagnosed with a plain X-my of the abdomen and abdominal ultrasound, showing aereobilia, distended bowel loops with air-fluid levels, and absence of the stone in the gallbladder. Upper GI series showed the biliary-enteric fistula and abdominal CT scan confirm the diagnosis. The patient underwent enterolithotomy alone, and the biliary-enteric fistula closed spontaneously without complications.

Patients with gallstone ileus present two distinct problems: intestinal obstruction, and biliary-enteric-fistula. Therefore, two surgical approaches can be followed: a) to treat the intestinal obstruction, b) to treat both the occlusion and the fistula. No randomized prospective trial has compared these two surgical approaches and, most likely, it never will because gallstone ileus is a rare disease. However, retrospective studies have shown that mortality for enterolithotomy, cholecystectomy and fistula takedown is higher as compared to enterolithotomy alone (16.9% vs. 11.7%) (1). Furthermore, most biliary-enteric fistulas close spontaneously after treating the intestinal obstruction. Fifteen percent of patients undergoing enterolithotomy alone develop biliary complications; colocolitis, cholangitis, and gallbladder cancer (1). Only 10% of patients, however, are reoperated on and cancer risk is increased only in patients with persistent biliary-enteric fistula (1).

Enterolithotomy, cholecystectomy and fistula takedown should be reserved, in our opinion, for patients with residual stones in the gallbladder or common bile duct. Therefore, we think that the surgical approach followed by Galizia and co-authors is correct: to resolve immediately the intestinal obstruction, a life threatening complication for the patient. To that end, the authors performed a small abdominal incision that did not allow to explore the intestine from duodenum to rectum for multiple stones, reported in 3-16% of cases, (1) Most likely, however, additional stones should have been detected by the abdominal CT scan.

Lastly, nowadays, particularly if enterolithotomy alone is performed, the operation can be done laparoscopically, with all the advantages of minimally invasive surgery.

References

1) Reisner R.M., Cohen J.R.: *Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases*. Am Surg, 60:411-6, 1994.

Autore corrispondente:

Dr. Gennaro GALIZIA
Ricercatore Universitario
VII Divisione di Chirurgia Generale ed Epatobiliare
Seconda Università di Napoli, Facoltà di Medicina e Chirurgia
c/o II Policlinico, Ed. 17
Via S. Pansini, 5
80131 NAPOLI
Tel. +39 081 5666613
Fax +39 081 5666617
e-mail gennaro.galizia@unina2.it

