

# Bouveret-szindróma

Keszthelyi László, Fógel Kristóf, Vadinszky Péter,  
Sávolt Ákos, Pócze Balázs, Balogh István

**BEVEZETÉS** – Az epekő okozta bélelzáródás ritka, idős betegek között előforduló kórkép. Az epekő bilioenteralis fistulák kialakulása útján jut a gyomor-bél traktusba és – az esetek 0,5%-ában a duodenumba ékelődés miatt – bélelzáródást okozhat. A kórképet – első leírójáról – Bouveret-szindróma néven említi az irodalom.

**ESETISMERTETÉS** – A 72 éves nőbeteg anamnézisében ismert epekővesség szerepelt. A felvételét megelőző évben hasi panaszai háttérében epekővesség állt, az akkor javasolt műtétet nem fogadta el. Négy napja tartó hasi fájdalmak, hányás miatt vették fel aktuálisan a kórházba. A klinikum és a natív hasi röntgenvizsgálat alapján magas ileus gyanúja merült fel. A gyomor röntgenvizsgálata és a gasztroszkópia során a bélelzáródás okaként a duodenumba ékelődött epekő igazolódott. A műtét során gastrotomiából az epekövet eltávolítottuk, a beteg gyógyultan távozott.

**KÖVETKEZTETÉS** – Az epekőbetegséget időben, lehetőleg elektív műtéttel kell megoldani. Gyomorürülési zavar epekővesség esetén gondoljunk erre a ritka kórképre!

**epekőileus,  
gyomorürülési zavar,  
gyomor-röntgenvizsgálat,  
gastrotomia**

## BOUVERET'S SYNDROME

**INTRODUCTION** – Gallstone ileus is a rare disorder among elderly population. The gallstone coming through a bilioenteral fistula into the gastrointestinal tract is stuck into the duodenal lumen causing ileus in approximately 0,5% of all cases. The syndrome is named after Bouveret, the first describer.

**CASE REPORT** – Author present the case of 72 year old female patient with known cholelithiasis. Investigations proved existing cholelithiasis causing the patient abdominal pain one year before admission but she gave no consent to surgical intervention. An emergency admission to our department occurred after four days of abdominal pain and vomiting. The clinical status of the patient and abdominal X-ray examination suggested stomach evacuation disturbance. Double contrast barium swallow test and gastroscopy proved bowel obstruction caused by a gallstone. During surgery gastrotomy and the removal of gallstone was carried out. There were no postoperative complications and the patient was discharged home.

**CONCLUSION** – Cholelithiasis should be resolved at any chosen time well before complications may occur. The simultaneous appearance of stomach evacuation problems and cholelithiasis should draw attention to this rare disease.

**gallstone ileus,  
stomach evacuation disturbance,  
double contrast barium swallow test,  
gastrotomy**

dr. Keszthelyi László (levelező szerző/correspondent), dr. Fógel Kristóf, dr. Vadinszky Péter, dr. Sávolt Ákos,  
dr. Pócze Balázs: Szent János Kórház, Sebészeti Osztály/Szent János Hospital, Department of Surgery,  
H-1125 Budapest, Diósárok u. 1. E-mail: drkeszthelyi@freemail.hu  
dr. Balogh István: Szent János Kórház, Radiológiai Osztály/Szent János Hospital, Department of Radiology; Budapest

Érkezett: 2004. június 17. Elfogadva: 2004. október 12.

A gyomor-bél traktusban epekő miatt kialakuló obstrukció ritka kórkép, az összes ileusos eset 2-3%-át teszi ki. Az epekőileusban szenvedők átlagéletkora 65–75 év között mozog (1–5). Az epekőileusra a női predominancia (79–100%-os arányban) jellemző, dominálón a 70 év feletti, ősz hajjú, piknikus alkatú nők betegsége – ez a Thorek-triász (6–8). Az epekő bilioenteralis fistulák kialakulása után, feltehetően pericholecystás abscessus béltraktusba törése révén jut az emésztőrendszerbe. A gyomor-bél traktusba jutott epekő vagy az átjutás helyén, vagy a béltraktus fiziológiás szűkületeinél akad el. Az összes epekőilus 0,5%-ában ékelődik az epekő a duodenumba; első leírójáról Bouveret-szindróma néven említi az irodalom (6, 9–11).

## Esetismertetés

A 72 éves nőbeteg anamnézisében hypertonián kívül egyéb lényeges megbetegedés nem szerepelt. Huszonhét(!) éve igazolták panaszokat okozó epekőességét. Egy éve felhasi panaszai hátterében akut calculosus cholecystitis állt. Ekkor a hasi ultrahangvizsgálatnál 63 mm átmérőjű epekövet verifikáltunk, az akkor készített gyomor-röntgenvizsgálat során atrophias gastritis röntgenképén kívül egyéb radiológiai eltérést nem találtunk.

Egy évvel később négy napja tartó hasi fájdalmak, hányás miatt vettük fel osztályunkra.

*Statusából:* sovány nőbeteg, a has, a mellkas szintjében, puha, betapintható. Kóros rezisztenciát nem észleltünk, nyomásérzékenységet nem jelzett. A hepar, lien nem tapintható. Normális bélhangok hallhatók. A vesék ütögetésre nem érzékenyek.

*Laboratóriumi leleteiből:* fehérvérsejtszám: 8600 g/l, Hbg: 132 g/l, Htk: 0,43, seNa: 143 mmol/l, seK: 4,3 mmol/l, CN: 6,8 mmol/l, szérumkreatinin: 86  $\mu$ mol/l, szérumbilirubin: 13  $\mu$ mol/l, SGOT: 32 U/l, SGPT: 22 U/l, GGT: 27 U/l, LDH: 389 U/l.

### *Képzőanyagvizsgálatai:*

**Hasi ultrahangvizsgálat:** A hepar rendes nagyságú, szerkezete homogén, körülírt eltérés, tágult epeút nem látható. A cholecysta rendes nagyságú, csak kevés folyadékot tartalmaz, fala nem vastagabb, benne egy körülbelül 3 cm-es és néhány apró echodens képlet látható hangárnyékkal. Vetülete nem nyomásérzékeny. A ductus choledochus tágassága rendes, ábrázolódott szakaszában kőjel nem látható. A pancreas szerkezete megtartott. A lép rendes nagyságú, kontúrja ép. Szerkezete homogén. A vesék helyzete, nagysága rendes, a parenchyma megtartott, szerkezeti eltérés, kőjel, üregrendszeri tágulat nem látható. Vélemény: cholelithiasis.

**Gyomor-röntgenvizsgálat (1. ábra):** a nyelés akadálytalan. A gyomor két harántujjal helyezkedik el a crista alatt, megtartott tónusú, kampó alakú. Elsimult, de párhuzamos nyálkahártya-redőzet. Ép kontúrok. A perisztaltika végig jól követhető. Fekvő, illetve Trendelenburg-helyzetben: a pars cardiaca és a fornix is ép, normális helyzetű. A pylorus szabad. A bulbosban

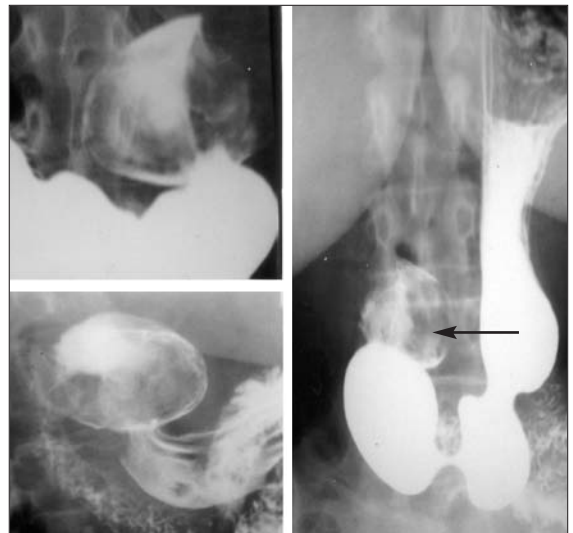
### 1. ÁBRA

*A gyomor és duodenum negatív röntgenképe. A cholecysta vetületének megfelelően tojásnyi, meszes szegélyű árnyék látható*



### 2. ÁBRA

*A gyomor és a duodenum röntgenképe. A bulbosban kis tojásnyi éles kontúrú polypoid képlet ábrázolódik, amelyet a kontrasztanyag körbefolyt, a képlet jelentős passzázsakadályt nem okoz*



körülbelül kis tojásnyi, éles kontúrú polypoid képlet ábrázolódott, amelyet a kontrasztanyag körbefolyt (2. ábra). A leírt képlet a pars horisontalis sup. duodenire is követhető, amely azonban jelentős passzázsakadályt nem okoz. A duodenumpatkó lefutása, tágassága egyébként rendes. A pars descendens és a pars horisontalis duodeni redőzete nem kóros. Lassultabb kezdeti ürülés. Radiológiai vélemény: a bulbosban, il-

letve részben a postbulbaris duodenumban térszűkítő folyamat, amely intermittáló ürülési zavar okozója. (Bár az epeutakban levegő nem verifikálható, a radiológiai kép elsősorban Bouveret-szindrómára utal.) Az endoszkópos vizsgálat elvégzése szükséges.

**Gasztroszkópia:** Az eszközt bal oldalfekvésben vezetjük le a duodenum leszálló száráig. A nyelőcső nyálkahártyája a cardia felett körkörös hyperaemiás. A cardia centralis elégtelenül zár. Kis axialis hiatus hernia. A gyomorban nagy mennyiségű ételmaradék; a kiscső mentén haladva jutunk az antrumba. A pylorus szabályos felépítésű, rajta öntvényyszerű, zöldessárga idegen solidum lóg a lumenbe, a továbbhaladást akadályozva (3. ábra). A biopsziás fogó lepattan a csontkemény solidumról. Hurokkal, illetve Dormia-kosárral próbálom befogni – sikertelenül – az idegen testet. Az endoszkóppal a solidum mellé jutva, a bulbusban körülbelül 2 cm szájadékú, mélybe penetráló granulációs szövet alapú üreg látható. Az elváltozás a továbbhaladást akadályozza, a postbulbaris duodenumba nem jutunk. Vélemény: Idegen test a bulbusban – epekő? Részleges passzázsakadály. Ulcus/fistula bulbi duodeni. Opus javasolt.

Vizsgálataink során tehát a gyomor-röntgenvizsgálat igazolta a bulbusban elhelyezkedő térszűkítő folyamatot. A klinikum és a radiológiai kép ismeretében már ekkor felmerült a Bouveret-szindróma lehetősége. Az endoszkópos vizsgálat megerősítette a diagnózist, a követ endoszkópos úton – annak mérete, fixált helyzete miatt – nem tudtuk eltávolítani.

A műtét során a 63×30 mm nagyságú követ gastrotomiából – a követ a pyloruson átnyomva – eltávolítottuk. Több követ sem a műtét alatt, sem a kontrollvizsgálatok – hasi ultrahangvizsgálat, gyomorröntgen – során nem sikerült kimutatnunk. A beteg gyógyultan távozott.

## Megbeszélés

A pylorusstenosis klinikai képét utánzó, duodenumba penetráló, azt obstruáló epekő okozta ileus tünetegyüttesét először Bouveret írta le, 1896-ban. A nemzetközi szakirodalom közel 200 esetet említ, hazánkban az elmúlt 25 évben hat közlés történt (három esetben a budapesti János Kórházban zajló kórtörténet ismertetésével) (1–3, 7).

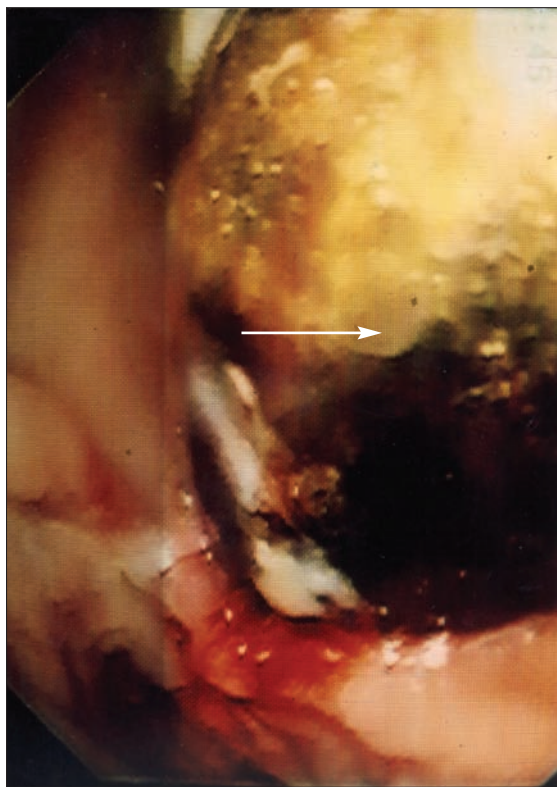
Az epekő természetes úton, a ductus choledochuson, a Vater-papillán keresztül, illetve spontán, a belső bilioidigestív sipolyon át juthat a béltraktusba, és okozhat közvetlenül obstrukciót, illetve – a gyomorfal rétegei közé beékelődve, kompresszió útján – közvetve pylorusstenosist (1, 2, 4, 12–15).

A betegek anamnézisében fontos az epekőesség, illetve – az elakadó epekőnek tulajdonítható – recidiváló subileus. A bélelzáródás klinikai-radiológiai képét nagy fájdalom, penetráció, majd a fájdalom megszűnte előzheti meg (1–3, 7, 16).

A diagnózis alapja a radiológiai vizsgálat, majd az azt követő endoszkópia.

### 3. ÁBRA

*Gasztroszkópia során készített felvétel. Jól elkülöníthető a bulbusba ékelődött epekő*



A röntgenvizsgálat során kimutatható a gyomor-bél traktusban elhelyezkedő és röntgenárnyékot adó kő, a vékonybélileus, a levegő az epeutakban.

A gastrografinnal végzett gyomor-röntgenvizsgálat során a kontrasztanyag az epekő körül lecsorog, annak kontúrajait kirajzolhatja, illetve az epeutakban is megjelenhet (1–3, 7).

A röntgenvizsgálatot követő endoszkópia alátámaszthatja a röntgenvizsgálat gyanúját, de a kő teljes eltávolítása – annak mérete, fixált helyzete miatt – nehézségekbe ütközhet. A hazánkban közölt minden esetben műtétet végeztek.

A műtéti beavatkozást a kisebb kockázatú gastrotomiából ajánlott elvégezni, a pyloruson visszapréselt kő extrakciójával. Javasolt a teljes bélrendszer alapos átvizsgálása egy esetlegesen továbbhaladt epekő vékonybélben lehetséges elakadása miatt. Az egy ülésben végzett cholecystectomya létjogosultsága kérdéses – felesleges egy jól működő spontán bilioidigestív sipoly mellett –, a gyulladt környezet, a betegek idős kora, alapbetegségei miatt szükség esetén a két ülésben végzett műtét lehetősége merül fel (1–3, 17).

Az epekőbetegséget időben, lehetőleg elektíven kell

Gyomorürülési zavar és egyidejű cholelithiasis esetén a vizsgálat gondoljon e ritka kórképre!

megoldani. A minimálisan invazív laparoszkópos epehólyagműtétek megkönnyítik az elektív beavatkozások indikálását, javítják a beteg együttműködését, így re-

mélhető a kórkép még ritkább előfordulása. Gyomorürülési zavar és egyidejű cholelithiasis esetén a vizsgáló gondoljon e ritka kórképre!

## IRODALOM

- Balogh I, Tóka M, Kiss S. Időszakos pyloruselzáródást okozó epekő a patkóbélben. *Magyar Radiológia* 1978;30:212-6.
- Ondrejka Pál, et al. Az epekő ileus ritka formája: Bouveret-szindróma. *Magyar Sebészet* 1996;49:39-43.
- Ondrejka P, Balogh I, Bodnár A, Tóth E, Forgács B, Sugár I, et al. Gastric outlet obstruction caused by gallstone: Bouveret syndrome. *Acta Chir Austriaca Heft* 1999;1:48.
- Ihász M, Váczi F. Az epekőileusról. *Orvosképzés* 1971;46:469.
- Brennan GB, Rosenberg RD, Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics* 2004;24(4):1171-5.
- Csermely L, et al. Endoscopos vizsgálat során felismert Bouveret-szindróma. *Orv Hetil* 1991;131:2715-7.
- Gajdos B. Endoscopos úton igazolt Bouveret-szindrómás esetünk. *Nógrád megye orvosainak és gyógyszerészeinek közleménye*. 1992;4:50.
- Bouveret L. *Rev Med Paris* 1896;16:1.
- Bottari M, et al. Pyloroduodenal obstruction by a gallstone: Bouveret's syndrome. *Gastrointestinal Endoscopy* 1988;34:440-4.
- Bedogni, et al. Fistola biliodigestiva con stenosi duodenale: sindrome di Bouveret. *Min Chir* 1985;40:1583-3.
- Matur R, Yuçel T, Gurdal SO, Akpınar A. Bouveret's syndrome: gastric outlet obstruction by a gallstone. *Ulus Travma Derg* 2002;7:179-82.
- Juhász M, Sugár I. Az epekőileusról. *Magyar Seb* 1976;29:31.
- Khan AZ, Escofet X, Miles Singh. The Bouveret syndrome: an unusual complication of gallstone disease. *Jr Soc Health* 2002;122(26):125-6.
- Radonak J, Vajo J, Jeger T, Stebnicky M, Eperjesi O. Recurrent acute hemorrhage in the duodenum as a symptom of Bouveret's syndrome. *Rozhl Chir* 2000;79(6):228-30.
- Deitz DM, et al. Improving the outcome in gallstone ileus. *Am J Surgery* 1986;151:572.
- Vörös A, et al. Az atípusos epekőileusokról. *Orv Hetil* 1978;119:2997.
- Chati M, et al. Bouveret's syndrome presenting as upper gastrointestinal haemorrhage. *Am J Gastroenterology* 1986;81:1199.



HÍR

## A KÉZENFOGVA ALAPÍTVÁNY ÚJ INFORMÁCIÓS SZOLGÁLATA

### INFORMÁCIÓS



### SZOLGÁLAT

Az értelmi fogyatékos, halmozottan fogyatékos és autista emberek mindennapjainak segítésére a Kezenfogva Alapítvány új, internetes és telefonos információs szolgálatot indított. Az adatbázis célja, hogy az érintett népesség szükségleteire építve az ország egész területén érvényes, teljes körű információkat adjon a hozzáférhető szolgáltatásokról, támogatási formákról, illetve folyamatosan nyomon kövesse ezek változásait, és informálja a családokat az aktuális fejleményekről. Az adatbázis a Kezenfogva Alapítvány honlapjáról ([www.kezenfogva.hu](http://www.kezenfogva.hu)), a telefonos szolgálat a 06-40-200-320-as kékszámmon érhető el.

Az internetes adatbázisnak három nagy szerkezeti egysége van:

- A *szociális ellátások* terén fellelhető valamennyi, a jogszabályokban rögzített pénzbeni és természetbeni támogatás, kedvezmény, személyes gondoskodást nyújtó és gyermekjóléti ellátás, valamint a munkaerőpiaci szolgáltatásokat és a foglalkoztatást segítő támogatási formák. A szociális ellátások kereshetőek az ellátások típusa, a jogosultak köre és a jövedelemi helyzet szerint.

- Az értelmi, halmozottan fogyatékos és autista emberek felé nyitott *intézmények* körében kereshetünk a fenntartó, a szolgáltatás típusa és a lakóhely (megye) szerint. A keresés lehetővé teszi azoknak a szolgáltatásoknak a kiválasztását, amelyekre leginkább szüksége van valakinek. A megadott keresési feltételek alapján (megye, település, fenntartó, érintettek köre vagy akár a keresett terápiás segítség) arra a kérdésre kaphat választ az érdeklődő, hogy saját lakóhelyén, illetve annak közelében működik-e olyan szolgáltatás, amely az ő családtagja, gyermeke számára szükséges terápiás segítséget ad. Az egyes terápiák közötti választást segíti az a fogalomgyűjtemény, amelyben e terápiákhoz rövid magyarázat kapcsolódik.

- Az ország területén élő *szakemberek* nevét és elérhetőségét tartalmazó listára olyan gyógyterapeuta, terapeuta és más rehabilitációs szakemberek kerültek fel, akiknek szabad kapacitása lehetővé teszi, hogy fogyatékos emberek intézményen kívüli, egyéni fejlesztését vállalják. A szakember-adatbázis már olvasható, azonban folyamatos fejlesztés alatt áll.

A honlapról letölthető jelentkezési lapon várjuk azoknak a szakembereknek és intézményeknek a jelentkezését, akik a jelenlegiek mellett szerepelni szeretnének az adatbázisban.