

Paradicsomhéj: az epeúti elzáródás ritka oka

Hagymási Krisztina dr. ■ Péter Zoltán dr. ■ Csöregyh Éva dr.
Szabó Emese dr. ■ Tulassay Zsolt dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Az idegen testek, illetve a táplálékbezoárok ritkán okoznak epeúti elzáródást. Általában korábbi epeúti beavatkozást követően (endoszkópos sphincterotomia, biliodigestív anastomosis) vagy duodenumdiverticulum jelenlétekor jönnek létre. Legtöbbször nem okoznak panaszt, elhagyják a gyomor-bél rendszert, de epeúti elzáródáskor hasi görcsös fájdalom, elzáródásos sárgaság jelentkezik. Az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia nyújt segítséget a felismerésben és a kezelésben. A szerzők 91 éves nőbetegük kórtörténetét ismertetik, akinél hányás, jobb bordaív alatti nyomásérzékenység hátterében paradicsomhéj okozta epeúti elzáródás igazolódott. Orv. Hetil., 2011, 152, 1907–1910.

Kulcsszavak: ductus choledochus, epeúti elzáródás, idegen test

Tomato peel: rare cause of biliary tract obstruction

Foreign bodies in the biliary tree are rare causes of obstructive jaundice. Food bezoars are infrequent as well. They can cause biliary obstruction after biliary tract interventions, or in the presence of biliary-bowel fistula or duodenum diverticulum. Food bezoars usually pass the gastrointestinal tract without any symptoms, but they can cause abdominal pain and obstructive jaundice in the case of biliary tract obstruction. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography has the major role in the diagnosis and the treatment of the disease. Authors summarize the medical history of a 91-year-old female patient, who developed vomiting and right subcostal pain due to the presence of tomato peel within the ductus choledochus. Orv. Hetil., 2011, 152, 1907–1910.

Keywords: ductus choledochus, biliary tract obstruction, foreign body

(Beérkezett: 2011. október 1.; elfogadva: 2011. október 10.)

Rövidítések

ERCP = endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia;

MRCP = mágneses rezonanciás cholangiopancreatographia

Az idegen testek az epeúti elzáródások ritka okai. Hal-szálkát, cseresznyemagot, zöldséghéjat, lövedéket, repeszt, Dormia-kosarat, érklipet, sebészeti fonalat, gézt távolítottak már el az extrahepaticus epeutakból [1, 2, 3, 4, 5].

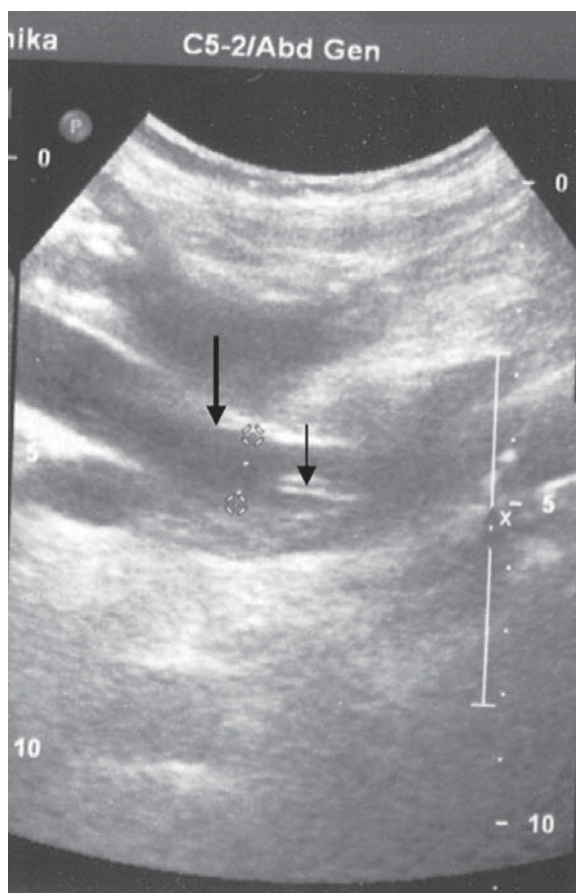
Esetbemutató

A 91 éves nőbeteg kórelőzményében appendectomia, tonsillectomia, hysterectomia, cholecystectomy, fissura ani, kezelt hypertonia, ischaemiás szívbetegség, idült obstruktív légúti betegség és depresszió szerepeltek.

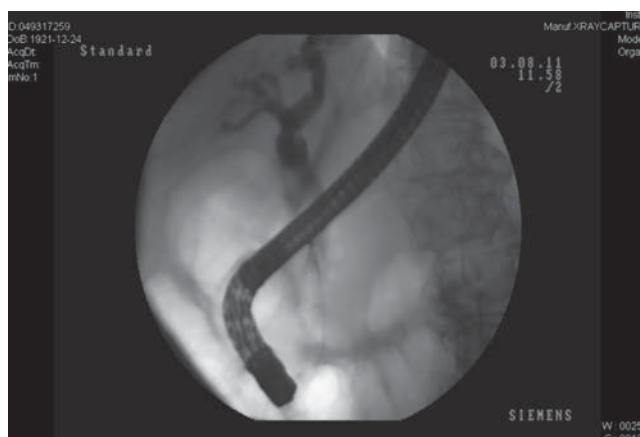
2008-ban epigastriális fájdalom, májenzimaktivitás-emelkedés, tág ductus choledochus (10 mm) miatt endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) történt. Epeúti kövesség nem igazolódott, Oddi-sphincter-diszfunkció lehetősége miatt endoszkópos sphincterotomia történt.

2011. augusztusban a betegnél hányinger, hányás jelentkezett. Fizikális vizsgálattal enyhe, jobb bordaív alatti nyomásérzékenységet észleltünk. Laboratóriumi paramétereiben kóros alkalikusfoszfát-aktivitást (357 U/l, normális: 64–300), gyorsult vörösvértest-süllyedést (29 mm/h; normális 20 alatt), kissé emelkedett szérumkreatinin-szintet (97 mmol/l) észleltünk. Rutin laboratóriumi leleteiben egyéb eltérés nem volt.

Hasi ultrahangvizsgálattal centrálisan jelzeten tágabb intrahepaticus epeutak, tágabb (13 mm) átmérőjű ductus choledochus ábrázolódott, lumenében bizonyta-



1. ábra | Hasi ultrahangvizsgálat: Tág ductus choledochus (13 mm [vastag nyíl]) lumenében bizonytalan reflektív képlet (vékony nyíl)

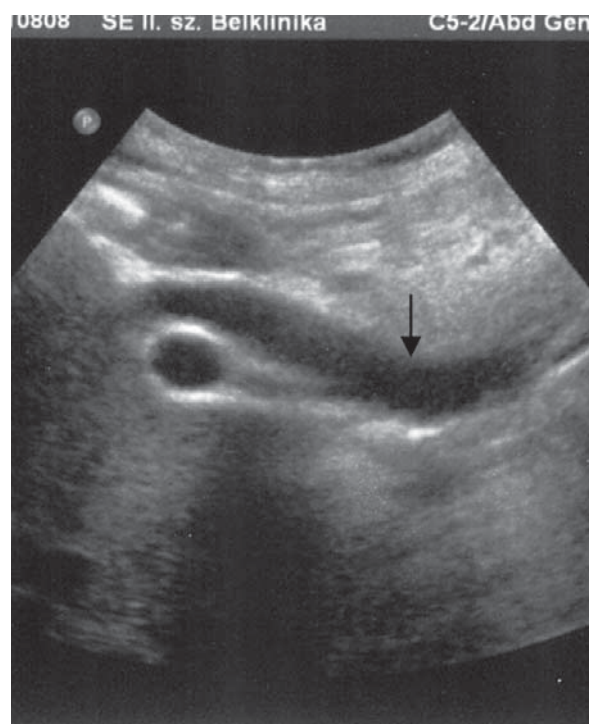


2. ábra | ERCP-vizsgálat: tág intra- és extrahepaticus epeutak, a choledochus és a hepaticus communis telődése inhomogén

lan reflektív képlettel (1. ábra). ERCP során a sphincterotomiás nyíláson át kanulálva tág extra- és intrahepaticus epeutak telődtek, a choledochus és a hepaticus communis telődése inhomogén volt (2. ábra). Ballonkatéterrel áthúzva az epeutakat egy hosszúkas, körülbelül 18×3 mm-es narancssárga képlet és kevés sludge távozott (2. ábra). A sphincterotomiás nyílástól orális irányba egy másik, choledochoduodenalis fistulának vé-



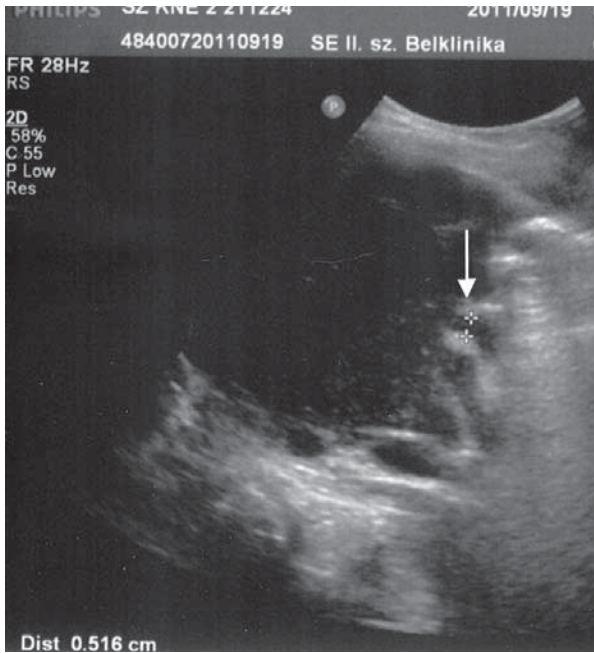
3. ábra | Az epeutakból eltávolított paradicsomhép



4. ábra | ERCP, paradicsomhép- és sludge extractio utáni ultrahangvizsgálat: tágabb choledochus (nyíl), a korábban látott reflektív képlet nem ábrázolódott

leményezett, orifitium is látható volt a papillán, a sphincterotomiás nyílás meghosszabbításával a két nyílást egybenyitottuk. Ezt követően ballonkatéterrel átjárva az epeutakat, azok szabadok voltak. A beavatkozással eltávolított hosszúkas képlet paradicsomhépnek bizonyult (3. ábra). A beavatkozást követően fellépő láz miatt ciprofloxacin (2×400 mg) és metronidazol (2×500 mg) iv. adását kezdtük. A kezelés megkezdését követően a beteg láztalanná vált, hányása nem ismétlődött, hasi nyomásérzékenysége megszűnt, általános állapota javult (4. ábra).

2011. szeptemberben a beteget cardialis decompensatio miatt utalták osztályunkra. A szérum alkalikus



5. ábra | Hasi ultrahangvizsgálat: normális tágasságú intrahepaticus epeutak és ductus choledochus (nyíl) ábrázolódott

foszfatáz aktivitása ekkor normális volt, hasi ultrahangvizsgálat normális tágasságú intrahepaticus epeutakat, illetve ductus choledochust véleményezett (5. ábra).

Megbeszélés

Extrahepaticus epeúti elzáródást leggyakrabban epeúti kő vagy hasnyálmirigyák okoz. A kevésbé gyakori okok közé tartozik a pancreaspseudocysta, az idült hasnyálmirigy-gyulladás, a szklerotizáló cholangitis, az epevezeték szűkülete és az epeutak parazitás megbetegedése.

Az idegen testek az epeúti elzáródás ritka okai. Az idegen testek korábbi műtétek, beavatkozások következményei, maradványai, lenyelt tárgyak, különböző táplálékreszkek, paraziták, lövedékek lehetnek [2] (1. táblázat).

A nem fertőzőes eredetű idegen testek leggyakoribb okai műtétek, beavatkozások során bent hagyott

idegen testek (fémklippek, endoklippek, varratok, géz). A cholecystectomiát követően fennmaradó, vagy bizonyos időtartamot követően kialakuló panaszokért felelősek lehetnek [6, 7, 8].

Lövedék okozta áthatoló hasi trauma leggyakrabban a májat és az epeutakat érinti. A lövedékek közvetlenül jutnak az epeúti rendszerbe vagy lassú vándorlással jutnak el oda, így a sérülés és az elzáródás kialakulásáig eltelt idő különböző, 4 hónap–49 év lehet [2].

A parazitafertőzések az endémiás területeken gyakoriak, jelentőségüket az utazások növelték. A *Clonorchis sinensis*, az *Opisthorchis viverrini*, az *Opisthorchis felinus* és a *Fasciola hepatica* okoznak leggyakrabban epeúti fertőzéseket. A fertőzések általában tünetmentesen zajlanak. Az *Ascaris lumbricoides* a vékonybelekből a Vater-papillán keresztül az epeutakba vándorolva okozhat hasi görcsöt, elzáródásos sárgaságot [9].

A táplálékbezoárok ritkák. Általában korábbi epeúti beavatkozást (sphincterotomiát, biliodigestív anastomosist) követően, biliodigestív fistula vagy duodenumdiverticulum esetében alakulnak ki [10, 11]. A sphincterotomia vagy kövek passzálódása következtében a záróizom-működés sérül, a bélrendszerből a duodenobiliaris reflux révén emésztetlen rostok, táplálékdarabok jutnak vissza az epeutakba. Epeút-bél összeköttetés (anastomosis, fistula) nélkül észlelt fitobezoárokról is vannak irodalmi adatok [11, 12, 13].

Az idegen testek a közös epevezeték elzárhatják, illetve a kristályképződést segítik. A klippek okoznak leggyakrabban kőképződést [3]. Gyakran észrevétlenül távoznak a gyomor-bél rendszerből [1].

A klinikai tüneteket a jobb bordaív alatti fájdalom (90%), az elzáródásos sárgaság (46%) és az epeúti gyulladás jellemzi (21%) [14, 15].

A natív hasi röntgenvizsgálat csak ritkán segíti a kórismét. A hasi ultrahangvizsgálat és a mágneses magrezgéses cholangiopancreatographia (MRCP) sem nyújt gyakran segítséget, vagy epeúti kövességet jeleznek. A kórkép felismerésében és kezelésében az ERCP alapvető vizsgálat, a legtöbb idegen test endoszkópos úton eltávolítható [14].

1. táblázat | A leggyakoribb epeúti idegen testek [3, 4, 5]

Sebészeti ok	Nem sebészeti ok			
	Emésztetetlen	Emészthető		Egyéb
Klipp	Lövedékdarabok	Paraziták	Étel	Kanálnyel
Nem felszívódó varratok	Fegyvergolyó	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Növényi rostok	Varrótű
Gumicső	Repszdarab	<i>Fasciola hepatica</i>	Paradicsomhéj	Farost
Kehr-cső			Cseresznyekocsony	
Géz			Jujube gyümölcs magja	
Dréncső			Halszálla	
Dormia-kosár			Csirkecsont	

Irodalom

- [1] Patel, V. M., Thomas, P. R.: A wandering fish bone. Postgrad. Med. J., 2006, 82, e9.
- [2] Somi, M. H., Rezaeifard, P.: Shrapnel splinter in the common bile duct. Arch. Iran. Med., 2010, 13, 53–56.
- [3] Kaji, H., Asano, N., Tamura, H. és mtsa: Common bile duct stone caused by a fish bone: report of a case. Surg. Today, 2004, 34, 268–271.
- [4] Ertugrul, I., Kilic, M. Z. Y., Parlak, E. és mtsa: Foreign body in the common bile duct for 15 years. Gastrointest. Endoscop., 2006, 63, 156.
- [5] Szanto, I., Gamal, E. M., Banai, J. és mtsai: Common bile duct stone formation induced by tomato skin following endoscopic sphincterotomy. Endoscopy, 1994, 26, 712.
- [6] Cimsit, B., Ozden, K. I., Alper, A.: Obstructive jaundice due to a textiloma mimicking a common bile stone. J. Hepatobiliary. Pancr. Surg., 2006, 13, 172–173.
- [7] Das, K.: Suture material in the common bile duct causing recurrent post-cholecystectomy pain. Endoscopy, 2010, 42, E258.
- [8] Goshi, T., Okamura, S., Takeuchi, H. és mtsai: Migrated endoclip and stone formation after cholecystectomy: a case treated by endoscopic sphincterotomy. Intern. Med., 2009, 48, 2015–2017.
- [9] Lim, J. H., Kim, S. Y., Park, C. M.: Parasitic diseases of the biliary tract. AJR, 2007, 188, 1596–1603.
- [10] Zuber-Jerger, I., Kullmann, F.: Prevention of food bezoar in the common bile duct by endoscopic stenting. Dig. Liv. Dis., 2006, 38, 529–530.
- [11] Cetta, F., Lombardo, F., Rossi, S.: Large foreign body as a nidus for common duct stone in a patient without spontaneous biliary enteric fistula or previous abdominal surgery. HPB Surgery, 1993, 6, 235–243.
- [12] Kim, T. O., Lee, S. H., Kim, G. H.: Common bile duct stone caused by a phytobezoar. Gastrointest. Endosc., 2006, 63, 324.
- [13] Moghaddam, J. A., Amini, M., Adibnejad, S.: Development of bile duct bezoars following cholecystectomy caused by cholechooduodenal fistula formation: a case report. BMC Gastroenterology, 2006, 6, 1–4.
- [14] Bhandari, V., Singh, M., Vyas, H. G. és mtsai: Diagnostic dilemma in an unusual case of common bile duct obstruction. Gut Liver, 2011, 5, 245–247.
- [15] Ban, J. L., Hirose, F. M., Benfield, J. R.: Foreign bodies of the biliary tract. Ann. Surg., 1971, 176, 102–107.

(Hagymási Krisztina dr.,
Budapest, Szentkirályi u. 46., 1088
e-mail: hagymasikriszti@freemail.hu)

A rendezvények és a kongresszusi híryananyagok leadásának határideje

a lap megjelenése előtt 40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryananyagokat a következő címre kérjük:
Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkr.hu
Akadémiai Kiadó Zrt.