3° Πανελλήνιο Συνέδριο
Ιατρικής Φυσικής

27° Διαπανεπιστημιακό Συνέδριο
Ακτινολογίας

Ειλεός από χολόλιθο μέσω χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου σε ασθενή με ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα

Gallstone Ileus Through a Cholecystoduodenal Fistula in a Patient with Intrahepatic Cholangiocarcinoma

Φωτεινή Ψωμά[1], Νίνικα Αναστασία[1], Εξάρχου Μαρία-Ειρήνη[1], Τασούδη Άννα[1], Βιδούρας Χρήστος[1], Λάκογλου Παντελεήμων[1], Γούτα Χαρίκλεια[2], Μπαρά Αθανασία[2], Αλεξίου Ευάγγελος[3]

[1] Ειδικευόμενος Ιατρός, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
[2] Ακτινολόγος, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
[3] Διευθυντής – Συντονιστής, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο

psomafotini106@gmail.com

30, 31 ΟΚΤ + 1 ΝΟΕ
2026

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
- ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΛΑΡΙΣΑ

Οργάνωση

ΕΦΙΕ
Ένωση Φυσικών Ιατρικής Ελλάδος

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή

Εισαγωγή

Ο ειλεός από χολόλιθο αποτελεί σπάνια αιτία μηχανικής εντερικής απόφραξης και ευθύνεται για μικρό ποσοστό των αποφράξεων του λεπτού εντέρου. Εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Συνήθως προκαλείται όταν ένας χολόλιθος εισέρχεται στον γαστρεντερικό σωλήνα μέσω χολοκυστοεντερικού συριγγίου. Το συρίγγιο σχηματίζεται συνήθως έπειτα από φλεγμονή και συμφύσεις, σε συνδυασμό με την παρατεταμένη πίεση του χολόλιθου στο παρακείμενο τοίχωμα, η οποία μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία και νέκρωση [1, 2]. Σε χειρουργική σειρά 37 ασθενών, οι αποφρακτικοί λίθοι εντοπίζονταν συχνότερα στον τελικό ειλεό (73%), ενώ ο συχνότερος τύπος συριγγίου είναι το χολοκυστοδωδεκαδακτυλικό (68%) [5].

Η κλασική απεικονιστική τριάδα του Rigler περιλαμβάνει πνευμοχολία, εντερική απόφραξη και έκτοπο χολόλιθο [1–3]. Ωστόσο, σε ασθενείς με προηγηθείσα παρέμβαση στα χοληφόρα ή με τοποθετημένη ενδοπρόθεση (stent), η πνευμοχολία μπορεί να αποτελεί μη ειδικό εύρημα, δυσχεραίνοντας την απεικονιστική ερμηνεία και τη διαγνωστική προσέγγιση [3].

Σκοπός

Σκοπός είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού ειλεού από χολόλιθο μέσω χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου σε ασθενή με τοπικά προχωρημένο ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα, καθώς και η ανάδειξη της καθοριστικής συμβολής της υπολογιστικής τομογραφίας (CT) στη διάγνωση, στην αναγνώριση των επιπλοκών και στον θεραπευτικό σχεδιασμό [2–4].

Κλασική απεικονιστική τριάδα του Rigler

1 Πνευμοχολία

2 Εντερική απόφραξη

3 Έκτοπος χολόλιθος

Μέθοδοι & Υλικά

Ασθενής	Γυναίκα 74 ετών με γνωστό ηπατικό μόρφωμα και ενδοπρόθεση (stent) στον κοινό χοληδόχο πόρο, η οποία είχε τοποθετηθεί προ μηνών.
Κλινική εικόνα	Οξεία κοιλία με κοιλιακό άλγος, εμέτους και αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων.
Απεικόνιση	Υπολογιστική τομογραφία (CT) κοιλίας μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου για τη διερεύνηση μηχανικής εντερικής απόφραξης.
Παρέμβαση	Ευρεία χειρουργική διερεύνηση και τμηματική εντερεκτομή, με αφαίρεση των ενδοαυλικών λίθων που προκαλούσαν την απόφραξη.
Ιστολογία	Βιοψία του ηπατικού μορφώματος.

Αποτελέσματα



Εικόνα 1. ΥΤ κοιλίας, εγκάρσιο επίπεδο: ενδοαυλικά μορφώματα με εγκλωβισμένο αέρα στον τελικό ειλεό (κόκκινα βέλη), συμβατά με έκτοπους χολολίθους.



Εικόνα 2. ΥΤ κοιλίας, εγκάρσιο επίπεδο: ήπια διάταση ελίκων λεπτού εντέρου (κόκκινος κύκλος) και σημείο μετάπτωσης στον τελικό ειλεό.



Εικόνα 3. ΥΤ κοιλίας, εγκάρσιο επίπεδο: εξεργασία στον δεξιό ηπατικό λοβό με λοβωτά/ασαφή όρια και δακτυλιοειδή σκιαγραφική ενίσχυση (κόκκινο βέλος).



Εικόνα 4. ΥΤ κοιλίας, εγκάρσιο επίπεδο: εξεργασία στον δεξιό ηπατικό λοβό, διήθηση της χοληδόχου κύστης, παρουσία αέρα εντός αυτής και εξάλειψη του φυσιολογικού λιπώδους επιπέδου μεταξύ χοληδόχου κύστεως και δωδεκαδακτύλου, ευρήματα ύποπτα για χολοκυστοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο (κόκκινος κύκλος) .

Απεικονιστικά ευρήματα και χειρουργική επιβεβαίωση

Οι εικόνες παρουσιάζουν ΥΤ κοιλίας μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού, στην πυλαία φάση καθώς και per os γαστρογραφίνη.

- Ήπια διάταση ελίκων λεπτού εντέρου με σημείο μετάπτωσης στον τελικό ειλεό, πλησίον της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.
- Ενδοαυλικά μορφώματα με εγκλωβισμένο αέρα στον τελικό ειλεό, συμβατά με έκτοπους χολολίθους.
- Ηπατική εξεργασία στον δεξιό λοβό (τμήματα V και IVa), με λοβωτά/ασαφή όρια και δακτυλιοειδή σκιαγραφική ενίσχυση και διήθηση της χοληδόχου κύστεως.
- Παρουσία αέρα εντός της της χοληδόχου κύστης και εξάλειψη του φυσιολογικού λιπώδους επιπέδου μεταξύ χοληδόχου κύστης και δωδεκαδακτύλου, ευρήματα ύποπτα για χολοκυστοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο.

Η χειρουργική επέμβαση επιβεβαίωσε την παρουσία έκτοπων χολολίθων. Η βιοψία του ηπατικού μορφώματος ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα συμβατό με πρωτοπαθές ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα.

Λόγω νεοπλασματικής διήθησης και εξωγενούς συμπίεσης του δωδεκαδακτύλου με απόφραξη, πραγματοποιήθηκε μεταγενέστερα γαστρεντεροαναστόμωση.

Συμπεράσματα

1. Η υπολογιστική τομογραφία είναι καθοριστική και αναντικατάστατη για την ακριβή αναγνώριση του σημείου απόφραξης, των έκτοπων χολολίθων και της πιθανής χολοκυστοπεπτικής επικοινωνίας [2, 3].

2. Σε ασθενείς με προηγηθείσα παρέμβαση στα χοληφόρα, η πνευμοχολία πρέπει να ερμηνεύεται με ιδιαίτερη προσοχή [3].

3. Η συνύπαρξη τοπικά προχωρημένης νεοπλασματικής νόσου απαιτεί εξατομικευμένη, διεπιστημονική και προσεκτικά σχεδιασμένη θεραπευτική προσέγγιση [4, 6].
Η χειρουργική αντιμετώπιση εξατομικεύεται βάσει του χειρουργικού κινδύνου και των διεγχειρητικών ευρημάτων [5]. Όταν οι τοπικές ή χειρουργικές συνθήκες δεν επιτρέπουν επέμβαση ενός χρόνου, μπορεί να εξεταστεί σταδιοποιημένη αντιμετώπιση· σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου, μπορούν να εξεταστούν μη χειρουργικές μέθοδοι [5].

Βιβλιογραφία

1. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, et al. Gallstone ileus: an overview of the literature. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(3):248–254. doi:10.1016/j.rgmx.2016.07.006.

2. Alexiou K, Ioannidis A, Sikalias N, et al. Gallstone Ileus: A Case Report and Our Clinic's Experience. Surgical Science. 2014;5(1):10–14. doi:10.4236/ss.2014.51003.

3. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and its complications. AJR Am J Roentgenol. 2005;185(5):1159–1165. doi:10.2214/AJR.04.1371.

4. Rizvi S, Khan SA, Hallemeier CL, et al. Cholangiocarcinoma — evolving concepts and therapeutic strategies. Nat Rev Clin Oncol. 2018;15(2):95–111. doi:10.1038/nrclinonc.2017.157.

5. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. Br J Surg. 1990;77(7):737–742. doi:10.1002/bjs.1800770707.

6. Catena F, De Simone B, Coccolini F, et al. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. World J Emerg Surg. 2019;14:20. doi:10.1186/s13017-019-0240-7.