

# Bouverets syndrom er en sjælden komplikation i forbindelse med kolecystolithiasis og en variant af galdestensileus

Mik Wetterslev<sup>1</sup>, Simon Bernth Andersen<sup>1</sup> & Jens Støvring<sup>1,2</sup>

## KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling, Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk  
2) Gastroenterologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg

Ugeskr Læger  
2017;179:V09160626

Bouverets syndrom er en sjælden variant af galdestensileus og er forårsaget af galdesten, som er lokaliseret i pylorus eller den proksimale del af duodenum pga. enterobiliær fisteldannelse [1, 2]. Syndromet blev første gang beskrevet i 1896 af *Leon Bouveret* [2]. Tilstanden giver ofte symptomer i form af smerter i den øvre del af abdomen, kvalme og hyppige opkastninger. Den primære behandling er at iværksætte understøttende terapi og fjerne galdesten.

## SYGEHISTORE

En 59-årig kvinde blev indlagt på en kirurgisk afdeling pga. hyppige opkastninger, mavesmerter og afføringsstop. Hun beskrev, at der var sket en forværring gennem de seneste 8-10 dage. Hun oplyste samtidig, at hun i flere måneder havde haft trykkende smerter i den øvre del af abdomen. Hun havde ikke tidligere opsøgt læge. Hun var afebril, og de vitale parametre var stabile. Ved den kliniske undersøgelse fremstod hun kronisk medtaget. Der fandtes trykømhed i epigastriet med udstråling til begge kurvaturer. Undersøgelsen af abdomen var dog vanskeliggjort af svær adipositas.

Den resterende del af den objektive undersøgelse var uden abnorme fund. Blodprøverne viste et let forhøjet leukocytalt ( $12,4 \times 10^9/l$ ), et C-reaktivt protein-niveau på 54 mg/l og hypokalæmi (2,4 mmol/l). Lever-, galde- og amylasetal var inden for de normale referencerværdier. Ved en akut CT af abdomen påvistes dilateret ventrikel, fortykket galdeblærevæg, luft i galdegangene og en obstruerende galdesten i bulbus duodeni (**Figur 1**). Patienten blev aflastet med nasogastrisk sonde, og der blev påbegyndt intravenøs væsketerapi.

Der blev udført gastroskopi i diagnostisk og terapeutisk øjemed. Stenen blev uden succes forsøgt fjernet med slynge, biopsitænger, stenkurv og dilatationsballon. Det var ikke muligt at mobilisere stenen til ventrikel eller den øvrige del af tyndtarmen.

Derfor blev der udført duodenotomi, hvor en ca. 4 × 4 cm stor galdesten i bulbus duodeni blev fjernet. Patienten gennemgik et postoperativt ukompliceret forløb og blev udskrevet efter fem dage.

## DISKUSSION

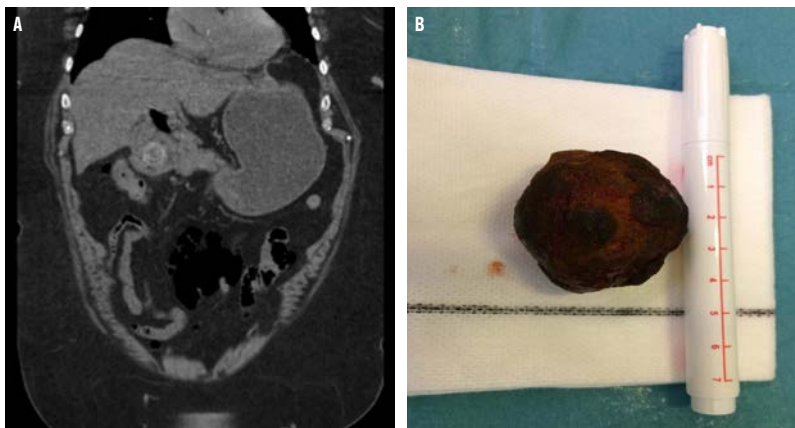
Migrerede galdesten som følge af fisteldannelse er en sjælden komplikation i forbindelse med kolecystolithiasis [2].

Bouverets syndrom er forbundet med høj mortalitet, idet tilstanden oftest ses hos ældre patienter med konkurrerende medicinske lidelser. Tilstanden kan vise sig i form af uspecifikke symptomer, men oftest ses der smerter i øvre del af abdomen, kvalme og opkastninger.

Radiologisk udredning med CT eller ultralydskanning af øvre abdomen vil kunne vise fortykket galdeblærevæg, luft i galdegangene og varierende grader af dilatation oralt for galdestenen. Der findes forskellige noninvasive og invasive behandlingsmodaliteter i form af endoskopi, litotripsimetoder, laparoskopi eller laparotomi [3-5]. Hos patienten i sygehistorien var det nødvendigt at konvertere til åben kirurgi efter gentagne mislykkede forsøg på at fjerne stenen. Hvad der er den optimale terapeutiske behandling, er fortsat omdiskuteret. Det afhænger bl.a. af individuel helbredsstatus samt stenens størrelse og lokalisation [5]. Endoskopiske og laparoskopiske teknikker eller litotripsiteknik-

**FIGUR 1**

A. CT i koronalt snit af abdomen uden kontrast viser vægfortykket galdeblære med luft. Der ses en galdesten lokaliseret i duodenum med dilateret ventrikel. B. Galdesten på ca. 4 × 4 cm fjernet kirurgisk via duodenotomi.



ker bør foretrækkes, idet de er mindst invasive og forbundet med færre peri- og postoperative komplikationer end åben kirurgisk behandling. Kirurgisk behandling med laparoskopisk eller åben kirurgi vil ofte være den definitive behandling ved større sten eller efter mislykkede forsøg med andre teknikker [4, 5].

Man bør overveje, om den resterende del af tarmsystemet skal gennemgås, for at man kan udelukke, at der er andre galdesten, som potentielt kunne medføre mere distal galdestensileus eller anden form for tarm-læsion [4]. Der findes ingen klar konsensus om lukning af fistelgang, og kolecystektomi bør udføres ved den primære operation eller senere i forløbet for at undgå recidiv eller bør helt undlades, idet der ses en højere mortalitet, end hvis indgrebet ikke udføres [5]. Selv om tilstanden er yderst sjælden, bør den overvejes hos patienter, som har kolecystolithiasis, og ved klinisk mistanke om tyndtarmsobstruktion. Den operative strategi afhænger i høj grad af patientens individuelle helbredsprofil og stenens tilgængelighed for kirurgisk fjernelse.

## SUMMARY

Mik Wetterslev, Simon Bernth Andersen & Jens Støvring:

Bouveret's syndrome – a rare complication in connection with cholecystolithiasis and a variant of gallstone ileus

Ugeskr Læger 2017;179:V09160626

Bouveret's syndrome is a very rare complication to cholecystolithiasis resulting in gall stone ileus. It is caused by ectopic gallstones in the duodenum due to a bilioenteric fistula. Symptoms may include vomiting and upper abdominal pains. The condition is associated with high mortality, making it important to recognize. The treatment includes surgical removal of the gallstone. However, the optimal therapeutic approach has still not been found. In this case report a 59-year-old female with Bouveret's syndrome is presented.

**KORRESPONDANCE:** Mik Wetterslev. E-mail: m.r.wetterslev@gmail.com

**ANTAGET:** 14. februar 2017

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 17. april 2017

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Iancu C, Bodea R, Al Hajjar N et al. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis* 2008;17:87-90.
2. Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006;12:2620-1.
3. Langhorst J, Schumacher B, Deselaers T et al. Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. *Gastrointest Endosc* 2000;51:209-13.
4. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2139-46.
5. Nickel F, Müller-Eschner MM, Chu J et al. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of the literature and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surg* 2013;13:33.