

Bolnik z dvojnimi ekstrahepatalnimi žolčevodoma – klinični primer

Double extrahepatal common bile duct – a case report

Tjaša Povšič¹, Luka Strniša^{*2}, Samo Plut²

¹Oddelek za bolezni prebavil, Splošna bolnišnica Celje

²Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

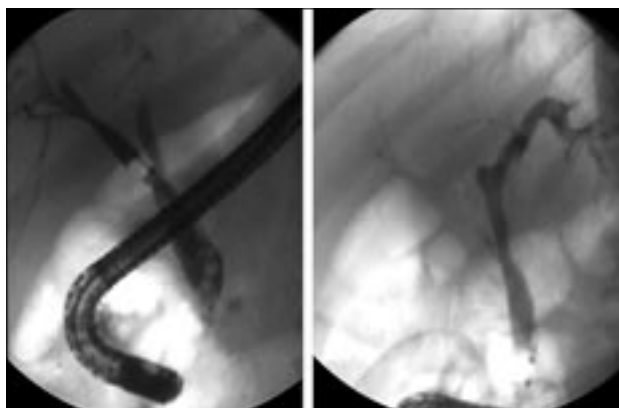
Gastroenterolog 2022; suplement 1: 83–85

RAZŠIRJEN POVZETEK

Anatomske variacije biliarnega sistema so pogoste ter raznolike, glede na pregledno literaturo naj bi se pojavljale v okviru 42 %. (1) Podvojen ekstrahepatalni žolčevod je ena izmed najredkejših prirojjenih anomalij, kjer en od žolčevodov ponavadi normalno preko papile Vateri izteka v dvanajstnik, medtem ko drugi, navadno imenovan akcesorni žolčevod izteka v drug predel gastrointestinalnega trakta. Lahko pa se žolčevoda združita tudi že pred papilo ter se v dvanajstnik iztekata preko enojnega izvodila (2). Predstavili bomo primer bolnika z ugotovljenim dvojnimi ekstrahepatalnimi žolčevodoma tip Va, potem ko je bil obravnavan zaradi holecistolitiaz.

76-letni bolnik z več pridruženimi kroničnimi internističnimi boleznimi, po ERCP zaradi holecistolitiaz in holangitisa leta 2020 in po holecistektomiji, je bil sprejet v našo ustanovo zaradi bolečin v zgornjem delu trebuha ter febrilnega stanja. Ultrazvočno smo ugotavljali blago razširjene intrahepatalne žolčne vode, ductus choledochus je meril 7,7 mm. V sklopu dodatne diagnostike je imel opravljen CT abdomna s kontrastnim sredstvom, kjer so opisovali

normalno širok ductus choledochus s holecistolitiazom. Opravili smo ERCP, kjer smo ob kanilaciji ugotavljali dvojni ekstrahepatalni žolčevod, torej ločen ekstrahepatalni žolčevod za leva in desna jetra (Slika 1 in 2), ki sta se združila tip pred papilo Vateri - tip Va po klasifikaciji Choi (Slika 3). To smo potrdili s selektivnim polnjenjem vsakega od žolčevodov nad napihnjanim ekstrakcijskim balonom. Cistični vod se je odcepil iz žolčevoda za desna jetra. Opravljena je bila balonska dilatacija, nato smo iz vsakega žolčevoda odstranili po en kamen. (Slika 4) Po posegu zapletov nismo beležili.

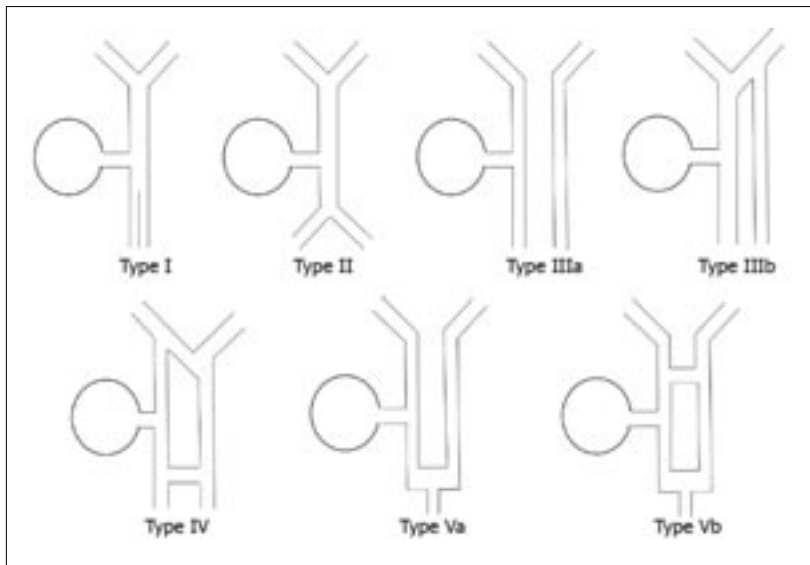


Slika 1. in Slika 2. ERCP - prikazano selektivno polnjenje obeh žolčevodov

*Luka Strniša, dr. med.

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: luka.strnisa@kclj.si



Slika 3. Klasifikacija dvojnega ekstrahepatalnega žolčevoda po Choi



Slika 4. Viden odstanjen konkrement ob duodenoskopiji

Dvojni ekstrahepatalni žolčevod je redka kongenitalna anomalija biliarnega sistema. Do razvoja te anomalije naj bi prišlo zaradi abnormalnosti tekom embriogeneze. V začetku same embriogeneze je prisotnost dveh ekstrahepatalnih žolčevodov normalno stanje. Tekom razvoja pride do regresije enega od žolčevodov, toda v kolikor do tega ne pride sledi opisovana anomalija. (3, 4) Prvi je to stanje opisal Vesalius leta 1543. Od leta 1543 do leta 2007 število opisanih primerov v zahodni literaturi ne presega 30 primerov. (4) Resnične incidence same anomalije

verjetno nikoli ne bomo poznali, saj mnogo posameznikov s to anomalijo ostane asimptomatskih tekom življenja. (6) Prva klasifikacija dvojnega ekstrahepatalnega žolčevoda je bila opredeljena s strani Goor in Ebert (1972) in sicer glede na anatomsko strukturo. Klasifikacija je bila nato modificirana s strani Saito in sodelavcev (1988) in kasneje s strani Choi in sodelavcev (2007).

Klasifikacija po Choi, ki jo uporabljamo danes, opredeljuje 5 podtipov dvojnih ekstrahepatalnih žolčevodov (Slika 3):

- Tip I: septum, ki ločuje lumna žolčevoda;
- Tip II: bifurkacija distalnega holedohusa, vsak kanal nato ločeno izteka;
- Tip III: podvojen ekstrahepatični žolčevod brez (a) ali s povezovalnim intrahepatalnim kanalom (b);
- Tip IV: podvojen ekstrahepatični žolčevod z enim ali več povezovalnimi ekstrahepatičnimi kanali;
- Tip V: enojna biliarna drenaža dvojnega žolčevoda brez (a) ali s povezovalnim kanalom (b).

Najpogosteje opisana tipa sta III in IV, medtem ko je tip V najredkejši. (1, 3, 4, 6).

Sama anomalija je klinično pomembna, saj lahko vodi do hudih intraoperativnih poškodb enega od žolčevodov, ki ga operater lahko zamenja za cistični vod, ga ligira in s tem zapre drenažo polovice jeter. (7) Drugi opisani sopojavi so višja incidenca nenormalne pankreatikobiliarne združitve, tudi ti bolniki pogosto potrebujejo operativno razrešitev anomalije. (1) Bolniki z dvojnimi ekstrahepatalnimi žolčevodoma imajo pogostejše zaplete s holedo- in holecistolitiazama. Ta zaplet je imel tudi naš bolnik. Pri njih ugotovljamo tudi višjo incidence malignomov zgornjega gastrointestinalnega trakta, trebušne slinavke in biliarnega sistema. (4, 5) Za opredelitev anomalije žolčnih vodov prihajajo v poštev tako MRCP, CT s

kontrastnim sredstvom in EUZ, čeprav zlati standard ostaja ERCP. (3, 4, 6) Ker je MRCP neinvazivna metoda, brez sevanja ter z manjšo možnostjo zapletov se ta pogosto uporablja kot metoda izbora za opredelitev anatomije biliarnega sistema ter njegovih variacij. (3, 4, 6) Slabost v primerjavi z ERCP je odsotnost terapevtske intervencije. MRCP v primerjavi s CT slikanjem ne potrebuje intravenoznega kontrastnega sredstva, prav tako je CT omejen pri prikazu teh anomalij v primerjavi z ERCP in MRCP razen v primeru izrazite dilatacije in jasne prostorske ločenosti žolčnih vodov. Verjetna prednost CT je njegova dostopnost.

Pri našem bolniku MRCP nismo opravili, saj smo zaradi holangitisa ter potrjene holedoholitiaze na CT trebušnih organov pristopili k ERCP, kjer smo lahko opravili odstranitev žolčnih kamnov. Na ERCP smo ugotovili prisotnost dvojnega ekstrahepatalnega žolčevoda, ki smo ga potrdili s selektivnim polnjenjem obeh žolčevodov. Zaradi nizke incidence ter dejstva, da se redki endoskopisti kot tudi redki radiologi srečajo s to anatomsko varianto, je dvojni ekstrahepatalni žolčevod pogosto zamenjan za drugo patologijo (3). Tudi pri našem bolniku na predhodnem ERCP in opravljeni slikovni diagnostiki ta anomalija ni bila prepoznana.

Literatura

1. Ankur A, Sureka B, Kasana V, Patidar Y, Bansal K. Common Bile duct duplication: The more the murkier. *Saudi J Gastroenterol* 2015;21:51–4
2. Djuranovic SP, Ugljesic MB, Mijalkovic NS, Korneti VA, Kovacevic NV, Alempijevic TM, Radulovic SV, Tomic DV, Spuran MM. Double common bile duct: A report of a case. *World J Gastroenterol* 2007; 13(27): 3770–3772
3. Hwang JS, Ko SW. Duplication of the common bile duct manifesting as recurrent pyogenic cholangitis: A case report. *World J Gastroenterol* 2021; 27(4): 371–376
4. Kolli S, Etienne D, Reddy M, Shahzad G. A Review of Double Common Bile Duct and Its Sequelae. *Gastroenterology Res.* 2018;11(1):1–4. doi:10.14740/gr950w
5. Yamashita K, Oka Y, Urakami A, Iwamoto S, Tsunoda T, Eto T. Double common bile duct: a case report and a review of the Japanese literature. *Surgery.* 2002 Jun;131(6):676–81.
6. Fan X, He L, Khadaroo PA, Zhou D, Lin H. Duplication of the extrahepatic bile duct: A case report and review of the literatures. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:e9953.
7. Park JI, Oh SH. Double common bile duct with an ectopic drainage into the stomach. *Ann Surg Treat Res.* 2015 Apr;88(4):229–31. doi: 10.4174/astr.2015.88.4.229. Epub 2015 Mar 26.