
Gallesteinsileus

KORT KASUISTIKK

INTHUMAN SHANMUGARAJAH

Inthuman.shanmugarajah@so-hf.no

Kirurgisk avdeling

Sykehuset Østfold

Inthuman Shanmugarajah er lege i spesialisering i plastikkirurgi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORD S. LETTING

Avdeling for bildediagnostikk

Sykehuset Østfold

Tord S. Letting er spesialist i radiologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HEGE RUSTAD

Kirurgisk avdeling

Sykehuset Østfold

Hege Rustad er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gallestein er vanlig, men gir sjelden ileus. Denne kasuistikken illustrerer forløpet til en pasient som utviklet gallesteinsileus uten tidligere erkjente gallsteinsplager.

En mann i 80-årene ble innlagt ved kreftavdelingen for biopsi av en malignsuspekt forandring i galleblærområdet. Han var tidligere operert for urinblærestein og nyrecyster og hadde i tillegg fått hormonbehandling for en stadium T4-prostatakreft.

Ti dager før det aktuelle var han innlagt til observasjon ved kirurgisk avdeling grunnet magesmerter og oppkast. Han fikk påvist covid-19, som ble vurdert som årsak. Grunnet bedring ble han utskrevet uten bildediagnostikk. En uke senere ble han innlagt på nytt ved medisinsk avdeling med samme symptomer. Initialt ble dette også relatert til covid-

19, men pga. forhøyede leverprøver med aspartataminotransferase (ASAT) på 47 U/L (referanseområde 15–45), alaninaminotransferase (ALAT) på 80 U/L (< 70) og alkalisk fosfatase (ALP) på 115 U/L (35–105), ble det gjort ultralyd av lever og galleblære.

Ultralyd viste metastasesuspekterte forandringer i lever. Supplerende CT viste en malignitetssuspekt oppfylning svarende til galleblæren og flere mindre lesjoner i leverparenkymet. Man så også en bred fistel mellom galleblæren og duodenum samt distenderte tynntarmsslynger i øvre abdomen. Bekkenet var ikke inkludert i den første CT-undersøkelsen, og nivå for eventuelt passasjehinder ble ikke fremstilt. Pasienten ble overflyttet til kreftavdelingen for å ta biopsi.

Leverlesjonene var vanskelig tilgjengelig for biopsi, og det ble derfor tatt biopsi av de mer omfattende tumorsuspekterte forandringene i galleblæreregionen. Radiologen som utførte biopsien, fattet mistanke om gallesteinsileus på bakgrunn av CT-funn med dilatert tynntarm og kolecystoduodenal fistel. Med ultralyd kunne man følge tarmen til et segment med fekalisert innhold som lå an mot et skyggegivende, avrundet konkrement. Vakthavende gastrokirurg ble kontaktet, og pasienten ble overflyttet til kirurgisk avdeling.

Ved tilsyn var pasienten i god allmenntilstand, med normale vitale parametere, men klaget over magesmerter. Abdomen var utspilt, myk og lett, diffust øm ved palpasjon. Det ble lagt nasogastrisk sonde, med god effekt på smertene. Ny CT viste ileus med rotasjonstendens i krøset og kaliberveksling sentralt i tynntarmen.

Galleblærekongregmentet ble imidlertid ikke identifisert ved første granskning.

Orienterende blodprøver preoperativt, inkludert lever- og galleprøver, viste nå normale funn, med unntak av CRP 121 mg/L (< 5). Det ble funnet indikasjon for laparotomi, og piperacillin 4 g / tazobaktam 0,5 g × 4 intravenøst ble gitt grunnet risikoen for bakteriell translokasjon.

Ved midtlinjelaparotomi fant man en adheransestreng fra det store omentet til tynntarmkrøset, og denne ble delt. En intraluminal struktur ble identifisert 200 cm fra Treitz' ligament, og det ble gjort enterotomi og uthenting av en 5 × 1,6 cm stor gallestein (figur 1). Pasienten kom seg fint og ble skrevet ut til egen bolig tre dager etter operasjonen, med videre oppfølging av kreftavdelingen. Før utskrivning fortalte pasienten om et gallesteinsanfall for over 30 år siden, men at man da valgte å ikke operere. Han hadde ikke hatt plager siden.



Figur 1 Passasjehinder i tynntarm før enterotomi (til venstre) og uthentet gallestein (til høyre).

Biopsien viste adenokarsinom utgått fra enten pankreas eller galleveier. Pasienten ble senere vurdert av onkologene til å kun være kandidat for cellegiftbehandling, noe han selv ikke ønsket. Man avstod derfor fra all tumorrettet behandling.

Diskusjon

Ileus skyldes enten et mekanisk hinder eller paralyse av tarm som hindrer videre passasje av innhold. Dette innholdet akkumuleres og gir tarmdilatasjon. Gallestein er vanlig, med norsk prevalens estimert til 22 % i en eldre studie [\(1\)](#), men er årsak til under 1 % av tarmobstruksjoner [\(2, 3\)](#).

Vår pasient illustrerer et klassisk forløp av gallesteinsileus. Konkrementet har passert gjennom en fistel mellom galleblære og tarm, hvorav fistel til duodenum er det vanligste. Konkrementet vandrer så videre gjennom tynntarmen til det setter seg fast, typisk i distale ileum [\(3\)](#). En forutgående kolecystitt er den antatt vanligste årsaken til fisteldannelse [\(3\)](#). Steinsykdom i galleveier og kronisk kolecystitt er også predisponerende faktorer for galleblærekreft [\(4\)](#).

Gallesteinsileus er vanligere hos eldre og gir økt morbiditet, men mortaliteten har sunket til 7 % i de siste studiene [\(2, 3\)](#). Dette kan skyldes bedre og raskere diagnostikk og perioperativ behandling.

Pasienter med gallesteinsileus har som oftest hatt symptomer på gallesteinssykdom, men 1/3 av pasientene har ikke hatt slike plager [\(3\)](#). Symptomer på gallesteinsileus kan være akutte, intermitterende eller kroniske, og de vanligste er kvalme, oppkast, magesmerter og utspilt buk [\(3\)](#). Et intermitterende, subakutt forløp antar man skyldes at steinen vandrer i gastrointestinalkanalen inntil den setter seg fast. Symptomer og funn henger sammen med grad av obstruksjon samt steinens størrelse og lokalisasjon. Kliniske og biokjemiske funn kan variere fra ingen funn til tegn på peritonitt og perforasjon.

Ved mistanke om ileus gjøres oftest CT, eventuelt ultralyd og/eller røntgen oversikt abdomen. De mest karakteristiske bildefunnene er luft i galletreet (pneumobilia) og påvisbar gallestein i tarmlumen. Bildediagnostikk kan imidlertid være krevende, da ikke alle gallesteiner er røntgentette [\(3, 5\)](#). De fleste er kolesterolholdige, og kun 10 % er kalkholdige [\(6\)](#).

Vår pasient hadde et ikke-røntgentett konkrement som knapt lot seg avbilde på CT. Ultralyd viste et tydelig skyggegivende konkrement, og i lys av ultralydfunnet kunne man så vidt skimte konturen av dette på røntgen oversikt abdomen. Ved ny granskning så man også luft i galletreet og kolecystoduodenal fistel på CT (figur 2). På CT-bilder fra fire år tidligere kunne man ane et stort konkrement i galleblæren, men ingen fistel eller tumor.



Figur 2 CT, koronalt snitt. Pilen viser fistel mellom patologisk veggfortykket galleblære og duodenum. Duodenum og jejunum er distendert med væskeinnhold. Fremstilte segmenter av ileum er sammenfalt. Fri væske subfrenisk på høyre side.

Behandlingen av gallesteinsileus er primært kirurgisk, vanligvis med laparotomi, selv om også laparoskopiske inngrep er beskrevet (3, 5). Enterotomi med steinfjerning er den foretrukne behandlingen (2, 3). Kolecystektomi og lukking av fistel i samme seanse er kontroversielt, men kan vurderes hos lavrisikopasienter (5) eller utføres i en senere seanse (3). I noen tilfeller vil gallesteinen passere gjennom hele tynntarmen til colon, slik at man kan unngå operativ behandling.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Glambek I, Kvaale G, Arnesjö B et al. Prevalence of gallstones in a Norwegian population. Scand J Gastroenterol 1987; 22: 1089–94. [PubMed][CrossRef]

2. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg* 2014; 259: 329–35. [PubMed][CrossRef]
3. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* 2016; 8: 65–76. [PubMed][CrossRef]
4. Wernberg JA, Lucarelli DD. Gallbladder cancer. *Surg Clin North Am* 2014; 94: 343–60. [PubMed][CrossRef]
5. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31: 1292–7. [PubMed][CrossRef]
6. Schafmayer C, Hartleb J, Tepel J et al. Predictors of gallstone composition in 1025 symptomatic gallstones from Northern Germany. *BMC Gastroenterol* 2006; 6: 36. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. april 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0452

Mottatt 27.6.2022, første revisjon innsendt 2.11.2022, godkjent 5.12.2022.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.