● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شمارهٔ ۲، فروردین – اردیبهشت ۱۳۸۵، صفحه ۸۶-۸٤
دریافت: ۸۳/۸/۳، پذیرش: ۸۳/۱۱/۷

گزارش یک مورد پیچش کیسه صفرا

سیدرضا هاشمی*
استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: پیچش کیسه صفرا یک حالت نادری از شکم حاد جراحی است که منجر به کله‌سیستیت حاد و گانگرن کیسه صفرا می شود. تشخیص قبل از عمل با روش تشخیصی معمول مشکل است و اکثرا ضمن عمل تشخیص داده می شود. درمان آنتخابی آن جراحی فوری است. با در نظر داشتن این حالت در تشخیص شکم حاد جراحی و کله سیستیت حاد و درمان جراحی به موقع آن می توان از عوارض کشنده آن مانند پرفوراسیون کیسه صفرا، پریتونیت و مرگ و میر ناشی از آن جلوگیری کرد.

گزارش مورد: یک مرد ۸۲ ساله با علائم کله سیستیت حاد تابستان ۸۳ به اورژانس بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه نمود. سونوگرافی از کیسه صفرا، کله سیستیت ناشی از سنگ گزارش نمود. چون بیمار تب دار و توکسیک بود با تشخیص بالینی آمپیم کیسه صفرا تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی قرار گرفت تشخیص حین عمل پیچش کیسه صفرا بود.

نتیجه گیری: تشخیص پیچش کیسه صفرا در بیماران مسن که با علائم شکم حاد و کله سیستیت مراجعه می نمایند باید در تشخیص افتراقی مطرح گردد تا از عوارض و مرگ و میر آن جلوگیری نمود.

واژه های کلیدی: *کیسه صفرا، کله سیستیت حاد، پیچ خوردگی.*

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شمارهٔ ۲، فروردین - اردیبهشت ۱۳۸۵، صفحه ۸۶-۸۴

مقدمه

پیچش کیسه صفرا یک حالت نادر از شکم حاد جراحی است که حدود ۴۰۰ مورد در دنیا گزارش شده است(۱). در دهه های اخیر، شاید به علت افزایش طول عمر ، شیوع آن افزایش یافته است. این حالت بیشتر در افراد مسن بالای ۸۰-۶۰ سال با ارجحیت ۳ به ۱ در زنان اتفاق می افتد(۲). پیچش کیسه صفرا در هر سنی ممکن است ایجاد شود(۳) اما بیشتر در زنان پیر گزارش شده است(۴). علت چرخش کیسه صفرا شناخته نشده است ولی در زمینه مساعد یک آنومالی، وجود یک مزوی طویل و باریک و عدم چسبندگی کیسه صفرا در بستر خود به کبد و کیسه صفرای متحرک و آویزان (۵) حرکات ناگهانی بدن و پریستالتیسم شدید احشای مجاور و ترومای غیر نافذ به شکم، می تواند منجر به پیچش کیسه صفرا در جهت یا خلاف جهت عقربه های ساعت گردد(۵-۳). این نوع ناهنجاری مادرزادی در کیسه صفرا فقط در ۵٪ موارد دیده می شود(۵) ولی ممکن است در سالمندان، اکتسابی و ناشی از پتوز و افتادگی عمومی احشایی، آتروفی کبد، از بین رفتن چربی ها و بافت الاستیک و دفورماسیون ستون فقرات باشد(۳). این وضعیت متحرک بودن کیسه صفرا، می تواند منجر به چرخش کیسه صفرا در حول محور طولی پدیکول آن گردد و شریان و مجرای سیستیک مسدود شود و حتی مجرای کلدوک نیز مکمن است دچار کشش و انسداد گردد(۶). علائم بالینی چرخش کیسه صفرا شبیه به علائم کله سیستیت حاد می باشد ولی تیپیک نیست (۷). معمولا قبل از عمل تشخیص داده نمی شود، سونوگرافی و CT اسکن تورم ایجاد شده در مجرای سیستیک و گردن کیسه صفرا در اثر چرخش را، سنگ نشان می دهد(۶). امروزه E.R.C.P و M.R.C.P را که قطر نمای مجرای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.15.1]

سیستیک و پیچش V شکل کلدوک در اثر کشش مجرای سیستیک پیچ خورده را نشان می دهد، جهت تشخیص قبل از عمل و حتی رفع پیچش آن پیشنهاد می نمایند(۸و۶). درمان انتخابی، جراحی و کوله سیستکتومی فوری است (۴) ولی این عمل را می توان از طریق لاپاراسکوپی نیز انجام داد(۹و۱).

گزارش مورد

بیمار آقای ۸۲ ساله ای است که از پنج روز قبل از مراجعه دچار درد در ربع فوقانی و راست شکم شده بود. درد به جایی انتشار نداشته و مداوم بود و در روز اول دچار تهوع و استفراغ شده بود. بیمار ۴ روز در بیمارستان دیگری بستری و تحت نظر بود و تحت درمان داروئی قرار داشت. در این مدت درد بیمار افزایش یافته بود که با رضایت شخصی از آن بیمارستان مرخص و به اورژانس بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه نمود. در بدو ورود تب ۳۹ درجه داشته ولی زردی نداشت. در معاینه، درد شکم، تندرنس اپی گاستر و R.U.Q داشت که همراه با گاردینگ شکم بوده و توده ای حساس با ابعاد تقریبی ۱۰×۱۰ سانتی متر در R.U.Q لمس می شد. در بررسی آزمایشگاهی فقط لکوسیتوز ۱۵۹۰۰ داشت و تستهای دیگر، بیلیروبین، آلکالن فسفاتاز و آنزیمهای کبدی در حد نرمال بود. در سونوگرافی، کیسه صفرا متسع با جداری ضخیم و متورم همراه با وجود ضایعه هیپراکو در گردن کیسه صفرا با سایه خلفی که مطرح کننده سنگ در گردن کیسه صفرا بود، گزارش گردید. قطر مجاری صفراوای نیز طبیعی گزارش شد. بیمار با تشخیص آمپیم کیسه صفرا به طور اورژانسی تحت عمل جراحی قرار گرفت که ضمن عمل گانگرن کیسه صفرا در اثر چرخش ۳۶۰ درجه بدور پدیکول آن مشاهده گردید.

پس از رفع پیچش، مزوی باریک و آویزان بودن کیسه صفرا به این پدیکول باریک و عدم چسبندگی کیسه صفرا در بستر معمول خود به کبد، مشهود بود. کیسه صفرا برداشته شد. پس از شستشو و گذاشتن درن شکم دوخته شد. گزارش پاتولوژی نیز کله‌سیستیت حاد گانگرنوز، با انفاکتوس هموراژیک جدار کیسه صفرا بود. بیمار ۵ روز پس از عمل با حال عمومی خوب و بدون عارضه از بیمارستان مرخص شد.

بحث و نتیجه گیری

در این گزارش پیچ خوردگی کیسه صفرا که ۳۶۰ درجه در جهت عقربه های ساعت چرخیده بود مزوی کاملا طویل و باریک آن مشخص گردید. کیسه صفرا هیچ چسبندگی به کبد نداشت و بستر کیسه صفرا در کبد نیز وجود نداشت. این وضعیت آناتومیک به نظر می رسید که مادرزادی باشد اما می تواند در اثر پتوز احشائی ناشی از پیری نیز تشدید یافته باشد.

از نظر علائم بالینی در پیچش کیسه صفرا علائم تیپیک کله سیستیت حاد ظاهر نمیگردد بلکه علائم غیر اختصاصی است. هر چند که علائم عمومی کله سیستیت حاد تا حدی وجود دارد(۳و۲). چون چرخش باعث انسداد مجرا و شریان سیستیک می گردد، درد معمولا به صورت ناگهانی و شدید در R.U.Q احساس می گردد ولی به ندرت به شانه راست انتشار می یابد(۳).

در این بیمار نیز درد شدید و ناگهانی در R.U.Q وجود داشت ولی به جائی انتشار نداشت که تشخیص کله سیستیت حاد را مشکل کرده بود. بتدریج توده حساس در R.U.Q لمس شد که این یافته تشخیص را مسجل می کند، چون لمس توده حساس شکمی در ۵۴ درصد موارد وجود دارد(۳). بر خلاف انتظار این بیماران توکسمی یا زردی ندارند ولی اگر درمان نشوند پریتونیت در اثر پرفوراسیون کیسه صفرا ایجاد میشود(۳). یافته های آزمایشگاهی هم اختصاصی نیست(۳و۲) در این بیمار فقط لکوسیتوز وجود داشت و LFT نیز نرمال بود. بررسی رادیولوژیک و سونوگرافیک نیز در حدود ۲۵٪ موارد همراه با سنگ می باشد(۲). به هر حال فقط ۱۰٪ موارد پیچش کیسه صفرا قبل از عمل تشخیص داده می شود(۲). در مورد بیمار ما نیز با وجود درد و حساسیت در R.U.Q، در معاینه بالینی تشخیص کله سیستیت حاد مطرح شد که در سونوگرافی افزایش ضخامت جداره کیسه صفرا تایید شد. اما تورم گره مانند ناشی از پیچش پدیکول، سنگ گردن کیسه صفر گزارش شد. با توجه به تب بالای بیمار و وجود توده حساس درR.U.Q، در نهایت، بیمار با تشخیص آمپیم کیسه صفرا، با تصور گیر کردن سنگ در گردن آن، جراحی شد. تشخیص پیچش کیسه صفرا قبل از عمل مشکل است و اکثرا تشخیص داده نمی شوند. با تجارب اخیر در سونوگرافی و سی تی اسکن ممکن است کیسه صفرای مخروطی و یا مکعبی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.15.1]

حجیم و شناور در قسمت قدامی شکم و خارج از بستر آن در کبد، همراه با لایه های چند اکویی در انتهای مخروط دیده شود که یافته های اختصاصی چرخش کیسه صفرا می باشند(۳و۲). وانگ و همکاران تصویر "Bull,s eye" را در بررسی پیچش کیسه صفرا با ایزوتوپ اسکن، گزارش کردند که ناشی از تجمع باریک شونده ماده ایزوتوپ در مجرای سیستیک در کنار تصویر کیسه صفرایی که بخوبی پر نشده است، می باشد(۱۰و۳و۲). در E.R.C.P وM.R.C.P قطع نمای مجرای سیستیک و پیچش V شکل کلدوک در اثر تراکشن مجرای سیستیک پیچ خورده، ممکن است دیده شود(۶). به هر حال تشخیص پیچ خوردگی کیسه صفرا در بیماران با علائم کله سیستیت حاد بدون سنگ و بویژه در بیماران مسن باید مد نظر باشد. درمان انتخابی پیچ خوردگی کیسه صفرا، کله سیستکتومی فوری باز و یا لاپاراسکوپیک، پس از رفع پیچ خوردگی و دکمپرشن کیسه صفرا، می باشد(۹و۴) اگر پیچ خوردگی کیسه صفرا به موقع تشخیص داده و درمان شود، مورتالیته کمتر از ۵٪ می باشد(۴و۲). بیمار ما نیز بدون عارضه بهبود یافت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی که در درمان این بیمار مرا یاری نمودند تشکر می شود و همچنین از آقای دکتر نیک بخش بخاطر همکاری در تدوین این مقاله و از خانم حسین خانی بخاطر تایپ قدردانی می شود.

****

References

1. Amarillo HA, Pirchi ED, Mihura ME. Complete gallbladder and cystic pedicle torsion. Surg Endosc 2003; 17(5): 832-3.

2. Kalimi R, Zarcone J, Mcnelis J. Acute necrotizing torsion of the gallbladder (online resource). Am Surg 2001; 67(8): 748-51.

3. Losken A, Wilson BW. Torsion of the gallbladder. A case report and review of the literature. Am Surg 1997; 63(11): 975-8.

4. Hsu YP, Chen RJ, Fang JF, et al. Gallbladder torsion: Case report and review of the literature. Chang Gung J 2001; 24(3): 208-11.

5. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Schwartz, principles of surgery, Chapter of gallbladder, Mc Graw Hill 1999; pp: 1440.

6. Usui M, Matsuda S, Ogura Y. Preoperative diagnosis of gallblsdder torsion by magnetic resonance cholangiopancreatography. Scand J Gastroenterol 2000; 2(2): 218-22.

7. Desmaizieres FC, Montemagno S , De Lavernette XB , et al. Torsion of the gallbladder in an adult: a rare case of acute cholecystitis. Int Surg 2002; 87(2): 87-9.

8. Aharoni D, Hadas Halpern I, Fisher D, et al. Torsion of the fundus of gallbladder demonstrated on ultrasound and treated with ERCP. Abdomen Imaging 2000; 25(3): 269-71.

9. Kim SY, Moore JT. Volvulus of the gallbladder: Laparoscopic detorsion and removal. Surg Endosc 2003; 17(11): 1849.

10. Baylor R, Hallett J. Scintigraphic demonstration of a mobile gallbladder. Clin Nucl Med 1997; 22(5): 320-1.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه جراحی، تلفن: ۴-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.
r.hashemi@mubabol.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.2.15.1]