

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۴، شماره ۱، صفحات ۴۵-۵۰ (بهار ۱۳۷۹)

اسفنکترتومی آندوسکوپیک در معالجه بیماران با عوارض بعد از جراحی برداشتن کیسه صفرا (مطالعه گذشته نگر ۳۴ بیمار در طول یکسال)

دکتر جواد میکائیلی*، دکتر رضا ملک زاده*، دکتر مرتضی خطیبیان*، دکتر رضا انصاری*، دکتر علی سیف الهی*،
دکتر بهروز زیاد علیزاده*

* مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، مرکز پزشکی آموزشی درمانی دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

خلاصه

مقدمه: سنگ‌های صفراوی از مشکلات شایع جوامع بشری بوده و شیوع آن در جوامع غربی حدود ۱۰٪ می‌باشد. نظر به اینکه درمان جراحی برداشتن کیسه صفرا هنوز بهترین روش درمان سنگ‌های صفراوی علامتدار می‌باشد، عوارض و مشکلاتی که بعد از عمل جراحی ایجاد می‌شود مانند سنگ باقیمانده در مجرای کلدوک موضوع این مطالعه می‌باشد. روش بررسی: در مطالعه حاضر پرونده بیماران که به خاطر عوارض بعد از جراحی برداشتن کیسه صفرا در طول سال ۱۳۷۵ در بخش گوارش بیمارستان شریعتی بستری بوده‌اند به صورت گذشته‌نگر مورد مطالعه قرار گرفته است. نتایج: در مطالعه ما ۳۴ بیمار مبتلا به سندرم بعد از کله سیستکتومی مورد بررسی قرار گرفتند. سن متوسط بیماران ۶۱ سال بود. و شایع‌ترین علامت موقع مراجعه درد شکمی در ناحیه اپیگاستر RUQ شایع‌ترین اختلال در آزمایش‌های بیوشیمیایی بالا بودن یا آلکالن فسفاتاز بوده است. بیشترین تشخیص در این بیماران سنگ‌های باقیمانده در مجاری صفراوی بود و بقیه مبتلا به تنگی مجاری صفراوی و سندرم استامپ بودند. از ۲۶ بیمار مبتلا به سنگ‌های باقیمانده در مجاری صفراوی در ۲۱ بیمار با سونوگرافی محرز گردید. ERCP تشخیص سنگ قطعی شد. در ۱۸ بیمار در آوردن سنگ با اسفنکترتومی امکانپذیر تشخیص تمام بیماران با شد و در بقیه موارد جراحی مجدد ضرورت پیدا کرد.

بحث: سنگ باقیمانده در مجاری صفراوی بیشترین اختلال در موارد سندرم بعد از کله سیستکتومی بوده و همواره موقع عمل جراحی کیسه صفرا به خصوص در افراد مسن باید به فکر وجود همزمان سنگ در مجاری صفراوی باشیم. در صورت وجود چنین یا عارضه‌ای ابتدا باید از طریق اسفنکترتومی برای در آوردن سنگ با Basket بالون تلاش کرد که این روش در بیش از نیمی از بیماران ما موفقیت‌آمیز بوده است و در صورتی که این کار مقدور نبود، باید برای جراحی مجدد اقدام کرد. واژگان کلیدی: سنگ‌های صفراوی، کله سیستکتومی، اسفنکترتومی آندوسکوپیک

مقدمه

پانصد هزار مورد کله سیستکتومی انجام می‌شود (۱)، عوارض و مشکلاتی که بعد از جراحی برداشتن کیسه صفرا ایجاد می‌شود مانند سنگ باقیمانده در مجرای کلدوک یا بوجود آمدن تنگی در مجاری صفراوی اهمیت و شیوع قابل توجهی داشته و همواره در بخش‌های فوق تخصصی گوارش تعداد زیادی از این بیماران مشاهده می‌شود.

سنگ‌های صفراوی از مشکلات شایع جوامع بشری بوده و شیوع آن در جوامع غربی حدود ۱۰٪ می‌باشد (۱). نظر به اینکه درمان جراحی برداشتن کیسه صفرا با یا بدون بررسی مجاری صفراوی علیرغم روش‌های درمانی دیگر مانند خرد یا حل کردن سنگ‌ها در درمان دارویی (۲ و ۳ و ۴) هنوز بهترین روش درمان سنگ‌های صفراوی علامت دار بوده و با توجه به این مسئله که همه ساله موارد زیادی از این جراحی به روش جراحی باز یا لاپاروسکوپیک (۵) در کشورهای مختلف انجام می‌شود (مثلاً در آمریکا هر سال

مواد و روشها

در مطالعه حاضر پرونده بیمارانیکه بخاطر عوارض بعد از

نفر و طبیعی بودن مجاری صفراوی در ۸ نفر گزارش گردید. در نهایت تشخیص تمام بیماران با انجام ERCP تأیید شد.

بالا بودن آلکالن فسفاتاز در ۲۲ بیمار و بالا بودن بیلی روبین، ALT و AST به ترتیب در ۱۸، ۱۲، ۱۱ بیمار وجود داشت.

لازم به یادآوری است که از ۳۴ بیمار مبتلا به سندرم بعد از کله سیستکتومی ۱۹ بیمار در بیمارستان‌های دانشگاهی و ۱۰ بیمار در بیمارستان‌های دولتی غیردانشگاهی و ۵ بیمار در بیمارستان خصوصی تحت عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا قرار گرفته بودند (۲۰ نفر در تهران و ۱۴ نفر در سایر شهرستانها). کمترین فاصله بین کله سیستکتومی و شروع علائم سندرم بعد از کله سیستکتومی صفر روز و بیشترین فاصله ۵ سال بود و کمترین فاصله بین شروع علائم این سندرم و مراجعه به این مرکز (بیمارستان دکتر شریعتی) صفر روز و بیشترین فاصله ۹ ماه بوده است. تعداد اعمال جراحی که روی این بیماران قبل از مراجعه به این مرکز انجام شده در اکثر موارد یک نوبت (عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا) بوده و در بعضی موارد برای در آوردن سنگ‌ها و اصلاح تنگی‌های مجاری صفراوی و ... تعداد اعمال جراحی بیشتری انجام شده بود (جدول ۳).

اقدام درمانی انجام شده روی این بیماران در ۱۸ مورد اسفنکتر وتومی و خارج کردن سنگ با Basket یا بالون بوده و در بقیه موارد (۱۶ بیمار) جراحی مجدد برای خارج کردن سنگ باقیمانده یا اصلاح تنگی مجاری صفراوی یا سندرم استامپ ضرورت پیدا کرده است. خارج کردن سنگ‌های باقیمانده در مجرای کلدوک که قطر بیش از ۱۵ میلی‌متر دارند با اسفنکتر وتومی و Basket مشکل بوده و نیز اسفنکتر وتومی در مواردیکه آمپول واتر در داخل یا دهانه یک دیورتیکول دثودنوم قرار گرفته کار پر خطری می‌باشد و در این موارد معمولاً نیاز به جراحی مجدد وجود دارد.

عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا در طول سال ۱۳۷۵ در بخش گوارش بیمارستان شریعتی بستری بوده‌اند بصورت گذشته‌نگر مورد مطالعه قرار گرفته و علائم بالینی و آزمایشگاهی و روش‌های تشخیصی و درمانی در این بیماران مورد تجزیه و تحلیل واقع شده است.

یافته‌ها

در مطالعه ما ۳۴ بیمار مبتلا به سندرم بعد از کله سیستکتومی که در طول یکسال به بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه و تحت بررسی‌های تشخیصی و اقدامات درمانی قرار گرفته‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. از ۳۴ بیمار ۲۴ نفر زن و ۱۰ نفر مرد بودند و سن متوسط بیماران ۶۱ سال بود. جوانترین بیمار ۳۲ سال و پیرترین آنها ۸۴ سال سن داشتند. دیابت قندی در ۸ نفر و هیپرتری‌گلیسریدمی (تری‌گلیسرید سرمی بالاتر از ۱۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) در ۶ نفر از این بیماران مشاهده گردید. علائم و نشانه‌هایی که بیماران در مواقع مراجعه داشتند بترتیب درد شکمی در ناحیه اپی‌گاستر یا RUQ، یرقان، تب و لرز، کاهش وزن، خارش، بزرگی کبد و حساسیت شکمی بود (جدول ۱). بیشترین تشخیص در بیماران مبتلا به عوارض بعد از عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا، سنگ‌های باقیمانده در مجاری صفراوی بود و تعداد کمتری از بیماران مبتلا به تنگی مجاری صفراوی و سندرم استامپ بودند. (جدول ۲). در ۱۶ نفر از ۲۶ بیمار مبتلا به سنگ باقیمانده مجاری کلدوک یک سنگ باقیمانده بود و در ۱۰ بیمار بیش از یک سنگ در مجرای کلدوک وجود داشت. در بررسی‌های تشخیصی این بیماران بعد از شرح حال و معاینه از آزمایشهای بیوشیمیایی و سونوگرافی استفاده شد. در آزمایشهای بیوشیمیایی بیشترین اختلال در آلکالن فسفاتاز گزارش شد. از ۲۶ بیمار مبتلا به سنگ‌های باقیمانده در مجاری صفراوی در ۲۱ بیمار تشخیص سنگ در سونوگرافی مطرح گردید و در ۵ بیمار که سونوگرافی طبیعی بود، سنگ با ERCP تشخیص داده شد. ضمناً در سونوگرافی ۲۶ بیمار فوق‌الذکر دیلاتاسیون مجاری صفراوی خارج کبدی در ۱۸

موارد سنگ کلدوک نیز یافت می‌شود (۲) و طبق آمار حدود ۵٪ موارد بعد از جراحی کیسه صفرا سنگ باقیمانده در کیسه صفراوی مشاهده می‌شود (۱). بنابراین موقعی که تصمیم به برداشتن کیسه صفرا می‌گیریم باید احتمال وجود سنگ در مجاری صفراوی را مخصوصاً در افراد مسن در نظر داشته باشیم.

علائم بالینی و آزمایشگاهی می‌توانند قبل از اقدامات تشخیصی دقیق‌تر ما را در مورد احتمال وجود سنگ در مجاری صفراوی آگاه سازند. وجود علائم سه‌گانه شارکو یعنی تب و لرز، یرقان و درد کولیکی که در موارد کلاتریت دیده می‌شود و نیز حملات پانکراتیت می‌توانند نشانه عبور یا وجود سنگ در مجاری صفراوی باشند. (۶ و ۷)

در تست‌های آزمایشگاهی بالا بودن آلکالن فسفاتاز بیش از همه کمک‌کننده است. به طوری که در مطالعه ما در ۲۲ بیمار از ۳۴ بیمار مبتلا به عوارض بعد از کله سیستکتومی آلکالن فسفاتاز بالا بوده است و در مرحله بعد بالا بودن بیلی روبین، ALT و AST مخصوصاً در مواقع درد می‌تواند نشانگر وجود سنگ در مجاری صفراوی باشد.

سونوگرافی در اکثر بیماران مبتلا به سنگ مجاری صفراوی (۲۱ نفر از ۲۶ بیمار) توانسته وجود سنگ را نشان دهد و در ۱۸ مورد دیلاتاسیون مجاری صفراوی نیز گزارش شده است. اگر چه طبیعی بودن قطر مجاری صفراوی یا ندیدن سنگ در سونوگرافی ردکننده وجود سنگ در مجاری صفراوی نیست و سنگ‌هایی که در قسمت دیستال کلدوک هستند به خاطر وجود گاز در دئودنوم و بقیه قسمت‌های روده ممکن است از دید سونوگرافیک مخفی بمانند و در تشخیص سنگ‌های صفراوی علاوه بر ERCP که در تمامی بیماران، توانسته وجود سنگ را نشان دهد، می‌توان از تکنیک‌های دیگر مانند CT اسکین، اولتراسونوگرافی آندوسکوپی (۱۰ و ۹ و ۸) و MRCP (۱۱) نیز استفاده کرد.

در صورتی که سنگ در مجاری صفراوی باقیمانده باشد می‌توان با اسفنکترتومی و خارج کردن سنگ با بالون یا Basket به بیمار کمک کرد (۱۳ و ۱۲) و در ۱۸ نفر از ۳۴ بیمار مورد مطالعه ما این مسئله امکان‌ناپذیر بوده

جدول ۱- علائم و نشانه‌های موجود در ۳۴ بیمار مبتلا به عوارض پس از برداشتن کیسه صفرا (موقع مراجعه)

| علائم و نشانه‌ها | تعداد بیماران |
|-----------------------------------|---------------|
| درد شکمی در ناحیه اپیگاستر یا RUQ | ۳۰ |
| یرقان | ۱۱ |
| کاهش وزن | ۱۰ |
| تب و لرز | ۸ |
| خارش | ۸ |
| بزرگی کبد | ۶ |
| حساسیت شکمی | ۱۴ |

جدول ۲- تشخیص‌های مختلف در ۳۴ بیمار مبتلا به عوارض پس از برداشتن کیسه صفرا

| | |
|-----------------------------------|----|
| سنگ باقیمانده | ۲۳ |
| سندرم استامپ | ۴ |
| تنگی مجاری صفراوی | ۴ |
| سنگ باقیمانده + سندرم استامپ | ۲ |
| سنگ باقیمانده + تنگی مجاری صفراوی | ۱ |

جدول ۳- تعداد اعمال جراحی روی بیماران قبل از مراجعه به این مرکز (با احتساب عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا)

| تعداد بیماران | تعداد جراحی |
|---------------|-------------|
| ۲۸ | ۱ |
| ۴ | ۲ |
| ۱ | ۵ |
| ۱ | ۷ |

بحث

در بیماران ما شایع‌ترین عارضه بعد از کله سیستکتومی باقیماندن سنگ در مجاری صفراوی بود که در ۲۶ نفر از ۳۴ مورد عارضه بعد از کله سیستکتومی مشاهده گردید. ضمناً سن متوسط بیماران بالا و در حدود ۶۱ سال بود.

تقریباً در ۱۵ - ۱۰٪ بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفرا این سنگ‌ها به کلدوک مهاجرت می‌کنند و این مهاجرت با گذشت سن بیشتر شده و در بیماران پیری که تحت جراحی برداشتن کیسه صفرا قرار می‌گیرند، در ۲۵٪

است و در بقیه موارد (۱۶ بیمار) به علت بزرگی سنگ‌ها یا وجود عوارض دیگر مانند تنگی مجاری صفراوی جراحی مجدد انجام شده است.

لازم است امکانات و وسایل کلانژیوگرافی حین عمل در اتاق عمل‌هایی که جراحی روی کیسه صفرا و مجاری صفراوی انجام می‌شود فراهم باشد تا جراح اقدام به انجام کلانژیوگرافی حین عمل نموده و در صورت مشاهده سنگ با بازکردن مجرا سنگ‌ها را تخلیه و T-tube در مجرای صفراوی قرار دهد و اگر مجرای صفرا فراخ شده باشد می‌تواند عمل اتصال کلدوک به روده را انجام دهد و یا پس از جراحی بیمار را جهت اسفنکتر وتومی بفرستد.

در پایان چند مطلب مهم را در مورد سنگ‌های صفراوی و نحوه برخورد با مبتلایان به این سنگ‌ها را یادآور می‌شویم. اگرچه در ۷۵ تا ۹۰٪ موارد علائم بیماران بعد از برداشتن کیسه صفرا به طور کامل یا نزدیک به کامل بهبود پیدا می‌کند (۱۴) ولی در مواردی درد و ناراحتی بیمار بعد از جراحی نیز ادامه پیدا می‌کند که این مسئله می‌تواند دو علت داشته باشد یا تشخیص از ابتدا غلط بوده و درد بیمار رابطه‌ای با سنگ صفراوی نداشته و مربوط به علل دیگری مانند زخم پپتیک، ازوفازیت، سندرم روده تحریک پذیر یا پانکراتیت بوده است (۱۵) یا اینکه عوارض مربوط به جراحی عامل تداوم دردها می‌باشد که شایع‌ترین این عوارض می‌تواند سنگ‌های باقیمانده در مجاری صفراوی، تنگی مجاری ناشی از ترومای جراحی، باقیماندن مقداری از مجرای سیستیک که باعث ایجاد stump syndrome می‌شود و نیز اختلال عملکرد اسفنکتر

اودی باشد. (۱۶)

بسیاری از سنگ‌های صفراوی در طول حیات افراد مبتلا بدون علامت بوده و در یک مطالعه فقط ۱۰٪ از سنگ‌های صفراوی بدون علامت در طول ۵ سال علامت‌دار شده‌اند (۱۷) و افرادی که به مدت ۱۵ سال بدون علامت می‌مانند در پیگیری‌های بعدی معمولاً علامتی پیدا نمی‌کنند (۱۴). سنگ‌های صفراوی تا زمانی که بدون علامت هستند بجز در موارد نادری نیاز به درمان ندارند.

به این نکته مهم باید توجه داشت که جراحی کیسه صفرا فقط در مواردی که ضرورت قطعی پیدا می‌کند انجام می‌شود و علائم هر بیماری که با درد شکم به ما مراجعه می‌کند نباید به صرف دیدن سنگ کیسه صفرا در سونوگرافی به حساب این سنگ‌ها گذاشته شود و جراحی کیسه صفرا را باید به بیمارانی محدود کرد که دردهای مشخص کولیک صفراوی دارند و شدت درد اغلب به حدی است که بیمار را به اورژانس می‌برد و تست‌های کبدی را معمولاً غیر طبیعی می‌کند، چه یک جراحی بدون مورد با یک آسیب جدی و ایجاد تنگی در مجاری صفراوی می‌تواند بیمار را حتی تا مرز سیروز صفراوی ثانویه سوق دهد. (۱۹ و ۱۸)

در نهایت باید تأکید کرد که جراحی کیسه صفرا یک عمل جراحی ساده مانند جراحی آپاندیس و یا فتق نبوده و به خصوص در مواردی که دستکاری روی مجاری صفراوی نیز باید صورت گیرد باید توسط جراحان مجرب انجام شود.

REFERENCES

1. Sheila Sherlock & James Dooly. Disease of the liver and Biliary system. 10th ed. 1997
2. Greiner C, Munks C, Wolfgang H et al. Gallbladder stone fragments in feces after biliaryextracorporeal shock - wave lithotripsy. Gastroenterology 1990; 98: 1620.
3. Hofmann AF. Medical dissolution of gallstone by oral bile acid therapy. Am. J.surg.1989;158:198.
4. Thistle JL, May GR, Bender CE et al. Dissoluion of cholesterol gallbladder stone by methyl tert - butyl ether administered by percutaneous transhepatic catheter. N. Engl. J. Med 1989; 320: 633.
5. Cox MR, Wilson TG, Iuck At et al. laparoscopic cholecystectomy for acute infammation of the gall bladder. Ann. surg. 1993; 218: 630.

6. Reynolds BM, Dargam FL. Acute obstructive cholangitis: a distinct clinical syndrome. *Ann surg.* 1959; 150: 299
7. Davidson BR, Neoptolemos JP, leeset et al. Biochemical prediction of gallstone in acute pancreatitis :a prospective study of three systems *Br. J. surg.* 1988; 75: 213
8. Combined Endoscopic Ultrasound Stimulated Biliary Drainage in Cholecystitis and Microlithiasis, Diagnosis and outcome. Dill JE, Hills, et al: *Endoscopy* 1995, 27 (August) 424 - 427 PRG 10 - 3 (12), February 1996
9. Endoscopic Ultrasonography choledocholithiasis Masanori Sugiyama MD, yutaka Atomi, MD *Gastrointestinal Endoscopy* 1997; 45: 143 - 6
10. Amouyal P, Amouyal G,levy P et al. diagnosis of choledocolithiasis by endoscopic ultrasonography. *Gastroenterology* 1994; 106: 1062.
11. Clinical Significance of magnetic Resonance Cholangiopancreatography compared to ERCP. Hintze RE, Adler A, et al: *Endoscopy* 1997, 29 (march): 182 - 187.
12. Horton RC, Lauri A, Dooley JS. Endoscopic removal of common duct sones: current indications and controversies. *postgard. Med. J.* 1991; 67: 107.
13. Vaira D, Ainley C, Williams S et al. Endoscopic Sphincterotomy in 1000 consecutive patients. *lancet* 1989; 431.
14. Harrison,s Principles of Internal Medicine Thirteenth Edition 1994
15. Ros E, Zambon D. post cholecystectomy symptoms. A prospective study of gallstone patient before and two years after surgery. *Gut* 1987; 28: 1500
16. Hernandez CA, lerch MM. sphincter stenosis and gallstone migration through the biliary tract. *lancet* 1993; 341: 1371
17. Mc sherry CK, Ferstenbery H, Calhoun WF et al. the natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann. surg.* 1985; 202: 59.
18. Schol FPG. Go PMNYH, Gouma DJ. Risk factors for bile duct injury in lapaorscopic cholecystectomy analysis of 49 cases. *Br. J. surg.* 1994; 81: 1786.
19. Rossi RL, schirmer WJ, Braasch JW et al Iaparoscopic bile duct injuries: risk factors, recognition and repair. *Arch. surg.* 1992; 127: 596.