

گزارش یک مورد بروز بزوار در مجرای صفراوی بعد از انجام کلهسیستکتومی به علت تشکیل فیستول بین کلدوک و دوازدهه

دکتر جمال اخوانمقدم*، دکتر محسن امینی**، دکتر سهیل ادیب‌نژاد***

چکیده:

زمینه و هدف: تشکیل بزوار در داخل مجرای صفراوی به خودی خود پدیده نادری است. هنگامی که این پدیده بدون سابقه قبلی آناستوموز کلدوکوانتریک و یا وجود دیورتیکول دئودنال رخ می‌دهد، پدیده بی‌سابقه‌ای محسوب می‌شود، به طوری که در بررسی متون و مقالات پزشکی مورد مشابه آن یافت نشده است.

مواد و روش‌ها: ما در این مقاله به معرفی یک مورد ایکتر انسدادی به دنبال تشکیل بزوار در داخل مجرای مشترک صفراوی (CBD) خواهیم پرداخت که به علت تشکیل فیستول کلدوکو دئودنال ایجاد شده است.

یافته‌ها: بیمار خانم ۶۰ ساله‌ای است که ۶ سال پس از انجام جراحی کلهسیستکتومی (به علت آمپیم کیسه صفرا)، با علائم ایکتر و درد شکمی مراجعه کرده است. بررسی‌های انجام شده توسط ERCP سنگ‌های متعدد صفراوی را در داخل مجاری صفراوی نشان داد. به علت اندازه بزرگ سنگ‌ها، بیمار تحت جراحی قرار گرفت و سنگ‌ها خارج شدند. توده‌های خارج شده نمایی شبیه بزوار داشتند که بررسی پاتولوژیک آنها نیز مواد فیبرینوئید به همراه دبری‌های سلولی را تایید کرد. در کلاتژیوگرافی (T-Tube) بعد از عمل، مجاری صفراوی کاملاً باز بود و علائمی دال بر سنگ یافت نشد، ولی بطور غیرمنتظره‌ای، فیستولی بین کلدوک و دئودنوم مشخص گردید که احتمالاً عامل زمینه‌ساز بزوار نیز همین فیستول بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته فوق ضرورت در نظر گرفتن بزوار مجرای صفراوی به عنوان یک تشخیص افتراقی ایکتر انسدادی که ممکن است بتوان آن را بدون مداخله جراحی و از طریق روش‌های غیرتهاجمی (مانند روش‌های خاص ERCP) برطرف ساخت را مطرح می‌کند.

واژه‌های کلیدی: بزوار، مجرای صفراوی، ایکتر انسدادی، فیستول صفراوی - رودهای

زمینه و هدف

این علائم ممکن است به دنبال وجود سنگ‌های باقیمانده که در هنگام انجام جراحی یافت نشده‌اند و یا به علت تنگی مجرای صفراوی و نیز به علت باقی ماندن یک قسمت طویل از

میزان بروز ایکتر انسدادی پس از انجام کلهسیستکتومی بر اساس یافته‌های موجود در مقالات بین ۷-۱٪ برآورد می‌شود.^{۴-۱}

نویسنده پاسخگو: دکتر جمال اخوانمقدم

تلفن: ۸۸۰۴۰۰۶۰

Email: Akhavan_J@Yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم، بخش جراحی عمومی

** استادیار گروه بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم

*** پزشک عمومی، دستیار پژوهش گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۰۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۰۶/۰۸

www.SID.ir

صفرای در قسمت لوب راست کبد مشاهده شد. بیمار متعاقباً تحت ERCP قرار گرفت که در آن سنگ‌های متعدد (بزرگترین آنها به قطر ۲/۵cm) مشاهده شده که برخی از آنها با موفقیت خارج گردید، ولی به علت عدم موفقیت در خارج کردن سنگ‌های بزرگتر بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت که در طی آن کلیه سنگ‌ها ضمن اکسپلور کلدوک خارج گردیدند (شکل شماره ۱).

در حین جراحی چسبندگی شدید و آناتومی مخدوش شده ناحیه قابل توجه بود ولی یافته‌ای به نفع آناستوموز در عمل جراحی قبلی مشاهده نشد. همچنین سنگ‌های متعدد از کلدوک خارج شد که بزرگترین آنها ظاهری شبیه بزوار داشت. در دوره پس از جراحی مشکل خاصی وجود نداشت. در T-Tube کلانژیوگرافی پس از عمل یک فیستول کلدوکتودونال به طور اتفاقی یافت شد (شکل شماره ۲).



تصویر شماره ۱- سنگ‌ها و مواد خارج شده از کلدوک



تصویر شماره ۲- نمای T-Tube کلانژیوگرافی پس از عمل جراحی وجود فیستول بین کلدوک و دئودنوم را نشان می‌دهد.

مجرای سیستیک، ایجاد شوند. بعلاوه، عفونت‌های انگلی سیستم کبد و مجاری صفرای، مانند آلودگی به فاسیولا یا آسکاریس، نیز می‌تواند از دلایل نسبتاً نادر عود انسداد در مجرای صفرای به شمار رود که عیناً نمای سنگ کلدوک را بازسازی می‌کند.^{۵-۹}

در این گزارش، ما عامل دیگری را برای بروز ایکتر انسدادی معرفی خواهیم کرد که تا به حال به عنوان تشخیص افتراقی ایکتر انسدادی مطرح نشده است و آن عبارت است از تجمع مواد فیبریئوئید به شکل بزوار در داخل مجاری صفرای خارج کبدي که به دنبال تشکیل فیستول بین دئودنوم و مجرای صفرای رخ داده است.

گزارش مورد

بیمار خانم ۶۰ ساله اهل آذربایجان که با سابقه چند هفته‌ای دردهای شکمی، خارش شدید بدن، ایکتر مشهود و تهوع و استفراغ مراجعه کرده است. بیمار از ۲ ماه پیش دچار دردهای متناوب شکمی شده است که با مصرف غذا تشدید شده و به ناحیه پشت انتشار داشته و نیز همراه دوره‌هایی از حملات تب و لزر بوده است. بیمار ۶ سال قبل تحت کله‌سیستکتومی به علت آمپیم کیسه صفرا قرار گرفته است. بیمار مورد شناخته شده آرتریت روماتوئید و دیابت ملیتوس بوده که تحت درمان با پردنیزولون، کلروکین و متوتروکسات قرار داشت.

بیمار در هنگام بستری تب ۳۸/۵° داشت. در معاینه، شکم نرم، بدون دیستانسیون بوده و در ناحیه اپی‌گاستر و قسمت فوقانی راست (RUQ) تندرین واضح داشت. علائمی به نفع درگیری پریتون وجود نداشت.

یافته‌های آزمایشگاهی بیمار در هنگام بستری عبارت بودند از: بیلی‌روبین توتال، ۷/۱ (نرمال: ۰/۲-۱/۱) بیلی‌روبین مستقیم ۴/۷ (نرمال تا ۰/۵)، آلکالین فسفاتاز ۱۲۱۷ (نرمال ۴۶-۳۰۶)، SGOT معادل ۷۸ (نرمال ۵-۴۰) و SGPT معادل ۱۸۵ (نرمال ۵-۴۰). همچنین WBC=۱۰۰۰۰ و نیز PT معادل ۱۳ ثانیه و CRP=2+ گزارش شد.

در سونوگرافی شکم، اتساع مجاری صفرای و سنگ‌های متعدد صفرای مشهود بود. در CT شکم نیز اتساع مجاری صفرای به همراه تجمع هوا در مجاری

بررسی هیستولوژیک و پاتولوژیک، سنگ‌های خارج شده، مواد فیبری نوئید و باقیمانده‌های سلولی را نمایان کرد. بیمار در طی یک سال پیگیری بعد از عمل خوب بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی مقالات موجود در زمینهٔ ایکتر انسدادی و بزوار مجاری صفراوی، مشخص می‌شود که موارد گزارش شده ایکتر ثانویه به تشکیل بزوار می‌تواند در زمینه کلستاز ثانویه به بزوار داخل دیورتیکول دئودنوم ایجاد شود که توسط Seyrig, JA و همکاران در سال ۱۹۸۹ گزارش شده است و تا آن زمان هیچ مورد مشابهی حداقل در متون یافت نشده بود.^{۱۰} علت دیگری که برای تشکیل بزوار صفراوی گزارش شده، وجود آناستوموز بیلاری - انتریک می‌باشد که در سال ۱۹۹۵ و توسط Lamottem و همکارانش منتشر شده و به توصیف بروز یک مورد فیتوبزوار، ۱۵ سال پس از جراحی کله‌سیستکتومی پرداخته است^{۱۱} و از آن زمان تا به امروز مورد مشابه دیگری گزارش نشده است.

در گزارش حاضر، همانطور که بعداً مشخص شد، هیچ سابقه‌ای دال بر آناستوموز بیلاری - انتریک یا دیورتیکول دئودنوم و نظایر آن وجود نداشته و تنها نکتهٔ غیر عادی تشکیل یک فیستول بین مجرای مشترک صفراوی و دئودنوم می‌باشد که می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد بزوار و انسداد بوده باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تشکیل بزوار به دنبال انتقال مواد داخل روده از طریق فیستول که در زمینهٔ عوامل مستعدکنندهٔ معمول مانند آناستوموز بین کلدوک و دئودنوم و یا دیورتیکول دئودنوم رخ نداده است نیز می‌تواند جزء تشخیص‌های افتراقی نادر ایکتر انسدادی قرار گیرد و لذا شک به وجود بزوار در داخل مجرای صفراوی به عنوان علت انسداد می‌تواند پزشکان را بر آن دارد تا با روش‌های کمتر تهاجمی (مثلاً اقدامات خاص در حین ERCP) اقدام به رفع انسداد کرده و از انجام جراحی اجتناب کنند.

Abstract:

Development of Bile Duct Bezoar after Cholecystectomy Caused by Choledochoduodenal Fistula Formation – A Case Report of an Extremely Rare Event

Akhavan Moghaddam J. MD^{}, Amini M. MD^{**}, Adibnejad S. MD^{***}*

Introduction & Objective: The formation of bile duct bezoar is a rare event, and when it occurs without previous history of choledochoenteric anastomosis, or duodenal diverticulum, it constitutes an extremely scarce finding with almost no reported case in literature.

Materials & Methods: We report a recent experience with obstructive jaundice following a bezoar development in the common bile duct caused by choledochoduodenal fistula development.

Results: A 60-year-old female, 6 years after cholecystectomy, was presented with abdominal pain and jaundice. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) demonstrated multiple stones in the biliary tract. Because of the size of stones, the patient underwent an operation, and the stones were retrieved. The histological assessment of the stones revealed fibrinoid materials with some cellular debris. Post-operative T-tube cholangiography illustrated an open bile duct without any sign of stone. Surprisingly, a relatively long choledochoduodenal fistula was detected. In fact, it was assumed that the fistula formation led to the bile duct bezoar development.

Conclusions: In final analysis, it is concluded that bezoar formation within bile duct should be taken into consideration as a differential diagnosis which can alter our treatment modality from surgery to more intra-ERCP efforts.

Key Words: Bezoar, Bile Duct, Obstructive Jaundice, Biliary Fistula

** Assistant Professor of General Surgery, Baghiatollah Medical Sciences University, Baghiatollah Hospital, Tehran, Iran*

*** Assistant Professor of Gastroenterology, Baghiatollah Medical Sciences University, Baghiatollah Hospital, Tehran, Iran*

**** General Practitioner, Baghiatollah Medical Sciences University, Baghiatollah Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. DenBesten L, Doty JE. Pathogenesis and management of cholelithiasis. *Surg Clin North Am* 1981; 61:893.
2. Tompkins RK, Doty JE. Modern management of biliary tract stone disease. *Adv Surg* 1987; 20: 279.
3. Dayton MT, Contor R, Tompkins RK. Incidence of complications with operative choledochoscopy. *Am J Surg* 1984; 147: 139.
4. Chan YL, Chan ACW, Lam WWM, et al. Choledocholithiasis: comparison of MR cholangiography and endoscopic retrograde cholangiography. *Radiology* 1996; 200: 85.
5. Hamaloglu E. Biliary ascariasis in fifteen patients. *Int Surg*. 1992 Apr Jun; 77(2): 77-9.
6. Liebe S, Stelt HJ, Jentzen H. Obstructive jaundice caused by *Ascaris lumbricoides*. *Z Gesamte Inn Med*. 1990 Dec 15; 45(24): 747-9.
7. Dennis MJ, Dennison AR, Morris DL. Parasitic causes of obstructive jaundice. *Ann Trop Med Parasitol*. 1989 Apr; 83(2): 159-61.
8. Wang J, Chirra A, French SW, Ash LR, Procaccino F. Fascioliasis causing obstructive jaundice. *Gastrointest Endosc*. 1998 Sep; 48(3): 287.
9. Kumar A, Gautam A, Chaturvedi S. Obstructive jaundice due to *Fasciola hepatica*. *Indian J Gastroenterol*. 1995 Apr; 14(2): 79-80.
10. Seyrig JA, Chambon J, Fritsch J, Berger M, Liguory C, Chousterman M. Cholestasis caused by an intradiverticular bezoar. Endoscopic treatment. *Gastroenterol Clin Biol*. 1989 Aug-Sep; 13 (8-9): 741-3.
11. Lamotte M, Kockx M, Hautekeete M, Holvoet J, Hubens H. Biliary phytobezoar: a medical curiosity. *Am J Gastroenterol*. 1995 Aug; 90(8):1346-8.

Archive of SID