

گزارش دو مورد پیچ خوردگی حاد کیسه صفرا

دکتر جلال واحدیان اردکانی^۱، دکتر علیرضا ستوده‌نژاد^۱ و دکتر سید محسن میرحسینی^۲

خلاصه

پیچ خوردگی کیسه صفرا یک فوریت جراحی بسیار نادر است که معمولاً نمی‌توان آن را از التهاب حاد این عضو افتراق داد. گرچه این حالت بیشتر در زنان مسن دیده شده، ولی در سنین پایین و در هر دو جنس نیز گزارش گردیده است. وضعیت آناتومیک زمینه‌ساز ایجاد این عارضه، نحوه چسبیدن کیسه صفرا به کبد است. در صورتی که بیمار با تشخیص التهاب حاد کیسه صفرا به درمان غیرجراحی سریع جواب ندهد، لازم است در اسرع وقت جراحی شود، زیرا تشخیص پیچ خوردگی کیسه صفرا قبل از عمل، با معاینه بالینی و روش‌های پاراکلینیک به راحتی امکان‌پذیر نیست. در این مقاله دو مورد از این عارضه یک مرد جوان و یک زن سالمند معرفی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیسه صفرا، پیچ خوردگی، التهاب حاد

مقدمه

چرخش کیسه صفرا عارضه نادری است که تقریباً ۳۰۰ مورد از آن در متون مختلف گزارش شده است (۴). اولین مورد آن توسط وندل (Wendel) در سال ۱۸۹۸ به صورت یک کیسه صفرای شناور (Floating Gall bladder) در یک زن ۲۳ ساله گزارش گردید (۶). بر اساس گزارش Yeh و همکاران بروز (Incidence) تخمینی چرخش کیسه صفرا حدود ۱ مورد از ۳۶۵۵۲۰ بیمار پذیرفته شده در بیمارستان است (۸). این حالت قبل از ۶۰ سالگی نادر بوده و شایع‌ترین سن آن بین ۶۰ تا ۸۰ سالگی می‌باشد (۶)، ولی در اطفال هم گزارش شده است (۱،۸). نسبت گرفتاری زن به مرد ۳ به ۱ می‌باشد (۶). موارد گزارش شده

چرخش کیسه صفرا عارضه نادری است که تقریباً ۳۰۰ مورد از آن در متون مختلف گزارش شده است (۴). اولین مورد آن توسط وندل (Wendel) در سال ۱۸۹۸ به صورت یک کیسه صفرای شناور (Floating Gall bladder) در یک زن ۲۳ ساله گزارش گردید (۶). بر اساس گزارش Yeh و همکاران بروز

۱- استادیار جراحی و عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

۲- دستیار ارشد جراحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

شد کیسه صفرا کاملاً گانگرن بوده و حول محور مجرا و شریان خود یک دور کامل در جهت حرکت عقربه‌های ساعت پیچ خورده بود. این بیمار نیز دوره بیمارستانی را به خوبی طی کرد و با وضع رضایت‌بخش از بیمارستان مرخص شد.

بحث

از نظر جنین‌شناسی، کیسه صفرا و مجرای آن بین هفته ۴ و ۷ زندگی جنینی از بخش انتهایی دیورتیکول کبدی به وجود می‌آیند. در ابتدا، کیسه صفرا یک استوانه متراکم است که همراه با کلدوک از دوازده منشعب می‌شود و ضمن جایگزینی در موقعیت نهایی خود، بزرگتر می‌گردد. عدم تناسب از نظر مهاجرت جنین‌شناسی در این ناحیه، منجر به ایجاد ناهنجاری مادرزادی کیسه صفرا می‌گردد (۴).

کیسه صفرا در محل طبیعی خود در زیر کبد واقع شده و به آن چسبیده است که این ناحیه را «ناحیه عربان کیسه صفرا» (Bare Area of the Gallbladder) می‌گویند. بنابراین کیسه صفرا تحرک کافی جهت چرخش ندارد (تصویر ۱ الف).

گراس (Gross) دو نوع ناهنجاری مادرزادی را ثانویه به تکامل غیرطبیعی "Pars Cystica" بیان کرده است، که در ۵ درصد جمعیت رخ می‌دهد؛ و می‌تواند زمینه‌ساز چرخش کامل یا ناکامل کیسه صفرا باشد (۵،۷). در نوع اول، کیسه صفرا در طول مزاتر خودش به کبد متصل شده است. در نوع دوم، کیسه صفرا به طور کامل توسط صفاق احاطه شده و در حفره صفاق آزادانه شناور بوده و تنها بوسیله یک پایک (متشکل از مجرا و شریان کیسه صفرا) به ناف کبد اتصال دارد. کیسه صفرا در هر دو بیمار گزارش شده از این نوع بود. اختلالات تکاملی دیگر نیز بین این دو نوع شرح داده شده است (تصویر ۱ ب و ج).

شروع علائم اغلب حاد بوده و بیشترین تمرکز درد در ناحیه ربع فوقانی راست شکم وجود دارد؛ و گاهی با تهوع و استفراغ همراه است. این علائم به دنبال رفع چرخش مجدداً تخفیف پیدا می‌کنند (۱،۴،۷). لذا علائم بیماری می‌تواند متناوب باشد. بیمار اول این گزارش نیز، دل‌درد متناوب را از دو سال قبل ذکر می‌کرد. در چرخش کامل کیسه صفرا، پیچ‌خوردگی بیشتر از ۱۸۰ درجه است؛ و سبب انسداد مجرا و شریان کیسه صفرا و قطع کامل جریان خون و انفارکتوس ایسکمیک آن می‌شود (۵،۶،۷). درد شکم غالباً توأم با ایجاد توده قابل لمس در طرف راست شکم است (۵،۶).

گرچه این ناهنجاری را می‌توان توسط رادیوگرافی کیسه صفرا با ماده حاجب خوراکی و یا رادیوگرافی مجاری صفراوی با ماده

در دو دهه اخیر بیشتر بوده که شاید با افزایش طول عمر افراد در ارتباط باشد (۶). به علت نادر بودن این عارضه، دو بیمار که پیچ‌خوردگی کیسه صفرا در آنها پس از جراحی تشخیص داده شده است، گزارش می‌شود.

مورد اول

خانم ۷۵ ساله‌ای به علت شروع دل‌درد ناگهانی، در بخش اورژانس بستری شده بود. درد، مداوم و حداکثر شدت آن در بالا و راست شکم متمرکز بود. سابقه دردهای مشابه از ۲ سال قبل وجود داشته، که خود به خود بهبود می‌یافته ولی درد فعلی شدیدتر و در حال افزایش بود. بیمار سابقه افزایش فشار خون شریانی و اعتیاد نیز داشت. در معاینه بالینی، خانمی سالمند و لاغر با علائم حیاتی در حد طبیعی بود. انحراف ستون فقرات پشتی و کمبری (Scoliosis) و حالت قوز (Kyphosis) به چشم می‌خورد. درد و حساسیت شدید در ناحیه فوقانی و راست شکم وجود داشت و علامت مورفی مثبت بود، توده‌ای دردناک نیز در ناحیه زیر کبد لمس می‌شد. سونوگرافی، علائم التهاب حاد کیسه صفرا بدون وجود سنگ را نشان داد.

شمارش گلبول‌های سفید خون نشانگر افزایش آنها با برتری چند هسته‌ای‌ها بود. بقیه آزمایش‌های خون و کبدی، طبیعی گزارش شد. بیمار با تشخیص کوله‌سیستیت حادی که به درمان غیر جراحی پاسخ نمی‌دهد، مورد عمل جراحی قرار گرفت. کیسه صفرا بزرگ و متمایل به سیاه (گانگرن شده) و آویزان در حفره شکم مشاهده شد که ۱/۵ دور حول محور شریان و مجرای کیسه در خلاف جهت حرکت عقربه‌های ساعت پیچ خورده بود. کیسه صفرا برداشته شد و آزمایش آسیب‌شناسی وجود گانگرن را تأیید نمود. بیمار با وضع رضایت‌بخش پس از طی دوره بیمارستانی، مرخص گردید.

مورد دوم

مرد ۱۸ ساله‌ای به علت دل‌درد، اسهال و استفراغ از ۲۴ ساعت قبل در بخش اورژانس بستری شده بود. در چند ساعت اول بعد از بستری، دل‌درد بیمار در ناحیه راست شکم متمرکز شد. درد شکم مداوم بود و به جایی انتشار نداشت. در معاینه بالینی، جوانی لاغر اندام با علائم حیاتی طبیعی بود و علامت مورفی مثبت داشت. با انجام سونوگرافی، تشخیص کوله‌سیستیت بدون سنگ مطرح گردید. شمارش سلولی خون نشانگر افزایش تعداد گلبول‌های سفید با اکثریت چند هسته‌ای‌ها بود و آزمایش‌های کبدی، طبیعی گزارش شد. با عمل جراحی مشاهده



الف : در حالت عادی، کیسه صفرا در محل بستر خود کاملاً به کبد چسبیده است

ب : در یک حالت غیر عادی، کیسه صفرا به وسیله مزوی کامل و نسبتاً طویل با کبد ارتباط دارد

ج : در یک حالت غیر عادی دیگر، کیسه صفرا کاملاً آزاد و آویزان بوده و تنها به وسیله شریان و مجرای خود به ناف کبد ارتباط دارد

تصویر ۱: ارتباط طبیعی و غیر طبیعی کیسه صفرا با کبد

صفرا را در موقعیت آویزان و مستعد به چرخش قرار دهد. حرکت ناگهانی بدن نیز می‌تواند زمینه‌ساز چرخش کیسه صفرا باشد (۶). زمانی که چرخش رخ می‌دهد، جریان خون عضو - خصوصاً بازگشت وریدی - متوقف می‌شود، کیسه صفرا بزرگ و گانگرنه می‌گردد و پریتونیت موضعی و تجمع چرک رخ می‌دهد. لذا عمل جراحی باید هر چه سریع‌تر انجام شود، زیرا تأخیر در درمان منجر به سوراخ شدن کیسه صفرا، عفونت صفاق و عفونت منتشر (Sepsis) می‌شود. متأسفانه هیچ آزمون خاص یا نمای بالینی که بتواند این حالت را قبل از عمل تشخیص دهد، وجود ندارد. بیماران معمولاً با حدس آپاندیسیت حاد یا کوله سیستیت حاد، جراحی می‌شوند (۱). با وجودی که چرخش کیسه صفرا یک اتفاق نادر است، ولی در بیماران مسن که با علائم بالینی کوله سیستیت حاد مراجعه می‌کنند، باید مدنظر قرار گیرد. در بیمارانی که با کوله سیستیت حاد تحت درمان غیر جراحی قرار گرفته‌اند و سریعاً به درمان پاسخ نداده‌اند، باید عمل جراحی انجام شود؛ زیرا امکان رد تشخیص قبل از عمل وجود ندارد (۲،۳).

سپاسگزاری

از خانم صدیقه خیابزاده به خاطر همکاری صمیمانه در بازنویسی ویرایش‌های مکرر و از خانم زکبه واحدیان‌اردکانی به خاطر ترسیم تصویر زیبای موجود در این مقاله صمیمانه قدردانی می‌شود.

حاجب تزریقی در بین حملات تشخیص داد، ولی تشخیص قبل از عمل تنها در دو مورد گزارش شده است (۴). لاغر بودن باعث شانس بیشتر برای چرخش کیسه صفرا می‌شود؛ که علت آن را کاهش فشار داخل حفره صفاق و آزادتر بودن کیسه صفرا و در نتیجه استعداد بیشتر چرخش آن ذکر کرده‌اند (۸). لاغری در هر دو بیمار این گزارش وجود داشت. با وجودی که با بخیه‌نمودن این عضو به جدار قدامی شکم از چرخش کیسه صفرا پیشگیری می‌شود، ولی برداشتن آن منطقی‌ترین اقدام پیشگیری کننده می‌باشد (۷).

پیچ خوردگی می‌تواند هم در جهت حرکت عقربه‌های ساعت و هم خلاف آن ایجاد شود؛ و هر دو نوع چرخش به نسبت مساوی رخ می‌دهند (۱). چرخش این عضو در دو بیمار اخیر، یکی در جهت حرکت عقربه‌های ساعت و دیگری بر خلاف آن ایجاد شده بود. طبق نظریه لون (Levene)، چرخش در جهت حرکت عقربه‌های ساعت توسط پریستالتیسم شدید معده و دوازدهه ایجاد می‌شود، در حالی که چرخش خلاف آن ثانویه به پریستالتیسم کولون عرضی به وجود می‌آید (۴).

قوز در تعدادی از افراد که دچار چرخش کیسه صفرا شده‌اند مشاهده گردیده؛ که این موضوع احتمالاً باعث پایین افتادگی احشاء می‌شود (۴). در یکی از بیماران ما نیز این عارضه وجود داشت. تغییر شکل ستون فقرات به صورت قوز ممکن است کیسه

Summary

Acute Torsion of the Gallbladder: a Report of Two Cases

J. Vahedian Ardakani, MD¹; AR. Sotoudehnejad, MD¹; and SM. Mirhosseini, MD²

1. Assistant Professor of Surgery, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

2. Senior Resident of Surgery, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Gallbladder torsion is a rare surgical emergency that can not be differentiated from acute cholecystitis. This condition occurs primarily in elderly women, although it may be encountered in early adulthood of both sexes. The anatomic background is based on variation in the attachment of the gallbladder to the inferior surface of the liver. If a patient with the diagnosis of acute cholecystitis does not respond quickly to non invasive interventions, it would be essential that he/she be operated upon as soon as possible, since diagnosis of gallbladder torsion prior to surgery through physical examinations and laboratory tests is difficult. In this article, two cases of patients, one adult man and another an elderly woman, with gallbladder torsion are reported.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1996; 3(4): 206-209

Key Words: Gallbladder, Torsion, Acute cholecystitis

References

1. Brasso K and Rasmussen O V. Gallbladder torsion . *Acta Chir Eur J Surg* 1991; 157(8): 493-494.
2. Macdonald PH and Pace RF. Volvulus of the gallbladder: a case report. *Can J Surg* 1990; 33(4): 282-283.
3. Rosen Y and Chen C. Infarction of the gallbladder: a complication of hypertension. *Am J Gastroenterol* 1977; 67(3): 249-252.
4. Stieber AC and Bauer JJ. Volvulus of the gallbaldder. *Am J Gastroenterol* 1993; 78(2): 96-98.
5. Taha AM and Welling RE. Acute torsion of the gallbladder in a 100-year- old female patient. *J Natl Med Assoc* 1985; 77(5): 404-410.
6. Wetstein L, Attkiss M and Aufses AH jr. Acute torsion of the gallbladder: review of the literature and report of a case. *Am Surg* 1976; 42(2): 138-141.
7. Whipple RD and Sabo RR. Acute torsion of the gallbladder. *Am J surg* 1979; 137(6): 798-799.
8. Yeh HC, Weiss MF and Gerson CD. Torsion of the gallbladder: the ultrasonographic features. *Jcu J Clin Ultrasound* 1989; 17(2): 123-125.