

گزارش یک مورد نادر فیستول کیسه صفرا به پوست

دکتر فرشته کمانی^۱، دکتر محمود حسین زاده ملکی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: از عوارض کله سیستیت حاد پرفوراسیون کیسه صفرا است شیوع نسبتاً بالایی دارد. این عارضه در موارد نادر به صورت فیستول خود به خودی کیسه صفرا به پوست گزارش شده است. در این مقاله به معرفی یک مورد بیمار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۱ با همین مشکل اقدام گردیده است.

معرفی مورد: بیمار مرد ۴۸ ساله دیابتی، با تورم و سیاه شدن پوست ناحیه فوقانی و راست شکم و ترشح چرکی سفید رنگ مراجعه نموده که با وجود درمان آنتی بیوتیکی بهبود نیافته است. در فیستولوگرافی احتمال ارتباط کیسه صفرا داده شده و تحت عمل جراحی قرار گرفت. کیسه صفرا فیبروزه با سنگ ۳×۲ سانتیمتر به همراه فیستولی بین کیسه صفرا و پوست وجود داشت که با انجام کله سیستکتومی و کورتاژ فیستول، بهبود یافت.

نتیجه گیری و توصیه ها: در هر بیمار با فیستول قسمت بالا و راست شکم و سابقه علائم کله سیستیت باید با توجه به موارد نادر گزارش شده، بیماریهای سیستم صفراوی و کیسه صفرا را مطرح کرد.

واژگای کلیدی: کله سیستیت، فیستول، پرفوراسیون

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۷/۱۱

تاریخ تایید مقاله: ۸۴/۴/۷

۱- استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه جراحی

۲- دستیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه جراحی

• پاسخگو: دکتر فرشته کمانی

کج تهران، ولنجکف جنب دانشگاه شهید بهشتی، بخش جراحی، بیمارستان طالقانی

مقدمه

- $WBC=17,500$
- $Na=139$
- $BUN=12$
- $BS=426$
- $CRP=Negative$
- $PPD\ test=28mm\ after\ 48h$
- $HIV=Negative$
- $PLT=166,000$
- $K=4.3$
- $Cr=1.1$
- $Cr=$
- $ESR=10/1hr$

نتایج اقدامات قبلی:

فیستولوگرافی: محل خروج ترشحات به حفره ای که احتمالاً در جدار توراکس می باشد، مرتبط است.

- سی تی اسکن: توده ای جداری که مختصر به داخل شکم برجسته شده است.
- سونوگرافی: یافته قابل توجهی در حد قابل رویت ندارد.
- کشت: در دو نوبت در دو مرکز جداگانه کلبسیلا رشد کرد.

بیمار تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفت و انسولین تراپی جهت کنترل دیابت انجام شد. به دلیل عدم پاسخ به درمان تحت عمل جراحی بیوپسی از فیستول تراکت قرار گرفت که پاتولوژیست بافت گرانولاسیون گزارش نمود. مجدداً برای بیمار فیستولوگرافی انجام شد. ماده حاجب وارد روده کوچک شد و به نظر می رسید مسیر احتمالی از طریق مجاری صفراوی باشد. در سونوگرافی مجدد کیسه صفرا کاترکت بود و یافته پاتولوژیک دیگری گزارش نشد.

بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت که فیستول کیسه صفرا به پوست (*Cholecystocutanes*) وجود داشت. کله سیستکتومی انجام شد در فیستول تراکت کورت کشیده شد. یک سنگ 3×2 سانتی متری داخل کیسه صفرا فیروزه وجود داشت.

جواب پاتولوژی، کله سیستیت اولسراتیو مزمن (*Ulcerative chronic cholecystitis*) اعلام شد. بیمار بعد از عمل بهبودی کامل یافت.

بحث

کله سیستیت حاد یک بیماری شایع است که ۹۰ تا ۹۵٪ آن ناشی از سنگ صفراوی و ۵ تا ۱۰ درصد فاقد سنگ می باشد. تظاهرات شایع بیماری شامل درد در قسمت فوقانی و راست شکم، تهوع، استفراغ و تب می باشد. در معاینه تندرست و گاردینگ زیردنده های سمت راست، گاهی لمس توده در قسمت فوقانی و راست شکم و گاهی نیز علامت مورفی مثبت وجود دارد.

روشهای تشخیصی پاراکلینیکی شامل سونوگرافی و اسکن رادیونوکلئید می باشد.

کله سیستیت حاد در ۹۵ درصد موارد به علت سنگ و در ۱۰-۵ درصد بدون سنگ می باشد. در موارد واجد سنگ، سنگ مجرای سیستیک را مسدود می کند و سبب التهاب و ادم کیسه صفرا می شود. در موارد بدون سنگ، علت همچنان نامعلوم است هرچند که برخی استاز و ایسکمی کیسه صفرا را مسبب می دانند (۱،۲).

از جمله عوارض کله سیستیت حاد می توان به آمپیم، کله سیستیت آمفیوماتو، پرفوراسیون کیسه صفرا، گانگرن کیسه صفرا، ایلئوس صفراوی، سندرم میریزی و انسداد مجرای مشترک صفراوی اشاره کرد (۱،۲،۴،۶).

پرفوراسیون کیسه صفرا در ۱۰ درصد موارد کله سیستیت حاد بروز می کند و به سه گروه قابل تقسیم است. گروه ۱: پرفوراسیون حاد با ایجاد پریتونیت صفراوی (۱۰٪)

گروه ۲: پرفوراسیون تحت حاد با التهاب اطراف کیسه صفرا یا آبسه قسمت فوقانی و راست شکم (۶۰٪)

گروه ۳: پرفوراسیون مزمن به روده یا پوست (۳۰٪) فیستول خود به خودی کیسه صفرا به پوست اولین بار در مطالعه ای در فوریه سال ۱۹۸۱ منتشر شد و متعاقب آن در ۴ مقاله دیگر نیز گزارش شد (۳،۶،۷،۸). از آنجا که ما نیز شاهد یک مورد مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۸۱ بوده ایم به معرفی آن اقدام نمودیم.

معرفی مورد

آقای م. س ۴۸ ساله زندانی که در تاریخ ۸۱/۲/۲۹ به علت تورم و سیاه شدن پوست فضای بین دنده ای ۱۱ و ۱۲ در خط میدکلاویکلار به ابعاد 2×3 سانتی متر با ترشح چرکی غلیظ سفیدرنگ به اورژانس بیمارستان طالقانی مراجعه نموده است.

بیمار از ۸۱/۲/۳ دچار درد ناحیه فوق شده که به تدریج تورم و تغییر رنگ نیز پیدا کرده است. بیمار سابقه دیابت و پرکاری تیروئید داشته و تحت درمان با قرص گلی بن کلامید و متی مازول بوده است.

علامت حیاتی بیمار در زمان بستری

$BP=120/70\ mmHg$ ، $PR=85/min$ ، $OT=38\ \square c$

آزمایشات به شرح زیر است:

- $HGB=12.8$
- $HCT=39\%$

علائم کله سیستیت را نداشته است که شاید به علت بیماری زمینه ای دیابت در این مورد باشد.

روش تشخیصی در گزارش فوق شامل: شرح حال، معاینه بالینی، سونوگرافی شکم، فیستولوگرافی و سی تی اسکن شکم و قفسه سینه با کنتراست بوده است. در بیمار فوق کیسه صفر فیروزه و حاوی سنگ ۳×۲ سانتیمتری بود و یک فیستول هم بین فوندوس کیسه صفرا و پوست ناحیه فوقانی و راست شکم وجود داشت. بیمار تحت عمل جراحی کله سیستکتومی و کورتاژ فیستول قرار گرفت و بهبودی کامل پیدا کرد.

در پایان می توان نتیجه گرفت که در هر بیمار با فیستول قسمت فوقانی و راست شکم و سابقه علائم کله سیستیت باید به فکر بیماریهای سیستم صفراوی و کیسه صفرا باشیم.

عوارض کله سیستیت حاد عبارتند از: امپیم کیسه صفرا، کله سیستیت امفیژماتو، گانگرن کیسه صفرا، پرفوراسیون کیسه صفرا، ایلئوس صفراوی، سندروم میریزی و انسداد مجرای صفراوی مشترک.

از نادرترین عوارض کله سیستیت حاد فیستول خودبخودی کیسه صفرا به پوست می باشد. در این مورد مشاهده شد که مسیر فیستول به پوست راه پیدا کرده است و یک سنگ داخل کیسه صفرا وجود داشت. تاکنون ۵ مورد مشابه در دنیا گزارش شده است (۴، ۵، ۶، ۷) که با انجام کله سیستکتومی و برداشتن فیستول بهبودی یافته اند. در ۵ مورد گزارش شده قبلی بیماران علائم کله سیستیت را در سابقه قبلی داشته اند که شامل درد قسمت فوقانی و راست شکم و تهوع استفراغ بوده است ولی در این گزارش، بیمار هیچ سابقه ای از

References :

1. *sabiston textbook of surgery :the biological basis of modern surgical practice. 6th ed. Courtney M.Townsend,jr.,editor-in-chief ; associate editor ,R.daniel beauchamp,b.Mark Evers,Kenneth L. Mattox*
2. *principles of surgery editor-in-chief Seymour I.schwartz;associate editors G. Tom Shires,Spencer,Daly Fischer , Galloway*
3. *Gatt,l L,Franchini R, D; lorenzo B, Gullotti, Messina G. Spontaneous cholecysto Cutsneous fistla. Observation of a case and review literature. Minerva Chir. 1989 nov; 44(21): 2263-5*
4. *Rundch S. Spontaneous cholecyo-cutaneous fistula: a forgotten disease entity. Med prax. 1988 may ; 77(18): 483-4*
5. *Zina AM, rotat, Carlon D. A Case of spontaneous cholecysto-cutaneous fistula. G Ital Dermatol Venevol. 1982 May. Jun; 117(3): 171-2*
6. *Sturniolo G, Carditello A, Cavallavo G. Spotuneous cholecysto-cutaneus fistula. Minrva Chir 1981 feb; 36(3):175-8*