

سنگ اولیه صفراوی داخل کبد و معرفی یک بیمار

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۳، صفحه ۲۶۹، ۲۵۳۶

دکتر سیروس وکیلی* دکتر الیاس کهن زاده**

شیوع: با توجه به مقاله‌های مختلف شیوع سنگهای داخل کبد از ۶/۵٪ (۶) تمام سنگهای صفرا تا ۱۰٪ (۱) گزارش شده است. در بعضی مقالات نسبت شیوع در مردان بیش از زنان بوده است (۱ و ۲). سن بیماران در يك گزارش بین ۶۹-۶ (۲) و در دیگری بین ۷۶-۱۷ سال (۸) بوده است. اکثر بیماران (۸۶٪) بین سنین ۵۰-۲۱ سال بوده‌اند (۸). Wen, Lee بیماری سنگ داخل کبد و خارج کبد را از جنبه‌های گوناگون متایسه کرده‌اند.

جدول شماره ۱- مقایسه سنگهای داخل و خارج کبد

سنگ‌های داخل کبد	سنگ‌های خارج کبد	
اکثرأ مذکر	اکثرأ مؤنث	جنس
بین ۲۰-۵۰	۴۰	سن
بیلیروبینات کلسیم	کاسترولی	نوع سنگ
تغذیه ناکافی	چاق و پر خور	وضع تغذیه
شدید و توکسیک	نسبتأ خفیف	نشانه‌های بالینی
ناموفق (عود بیماری)	خوب	نتیجه درمان جراحی

مقدمه: درباره سنگهای کیسه صفرا و مجاری صفرا اطلاعات تجارب عمومی زیادی در دست است ولی در مورد سنگهای داخل کبد در کتب جراحی کلاسی و کتب طبی مربوط به کبد، معمولاً اشاره مختصری میشود. با این همه بیماری فوق خیلی نادر نیست و در بعضی از نقاط دنیا مانند چین و ژاپن و جنوب شرقی آسیا بیماری نسبتاً شایعی به شمار می‌رود. اطلاع از وجود این بیماری برای پزشک و جراحی که با بیماریهای کبد و مجاری صفرا سر و کار دارد، لازم میباشد. در این مقاله يك مورد این بیماری معرفی میشود و مقالاتی که اخیراً درباره این بیماری منتشر شده است، بررسی میگردد.

تعریف: سنگهای داخل کبد به-نگهائی اطلاع میدهد که در داخل کبد و در بالای محل اتصال مجاری کبدی راست و چپ قرار گرفته باشند (۱ و ۳ و ۶ و ۸). در واقع از سالها پیش جراحان و بخصوص آسیب‌شناسان وجود سنگهایی را در داخل کبد گزارش کرده‌اند (۸). کورووازیه در سال ۱۸۹۰ (۸)، جاد در سال ۱۹۲۶ (۵)، رووانف در سال ۱۹۳۶ (۷) و گلن در سال ۱۹۶۱ (۳) مقالاتی در این زمینه منتشر کرده‌اند. مقالات منتشر شده در دهه اخیر اکثراً از نواحی جنوب شرقی آسیا و چین و ژاپن که بیماری در این نواحی شیوع بیشتری دارد، بوده است. چنین بنظر میرسد که سنگهای داخل کبد در ایران نسبتاً نادر باشد، چون ما به مقاله یا گزارش‌هایی در مجلات پزشکی ایران دسترسی نیافته‌ایم.

* دانشکده پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.

** تهران - بیمارستان قلب - بنیاد ملکه پهلوی.

تقسیم بندی: سنگهای داخل کبد را بطور کلی از نظر محل تشکیل به سه دسته تقسیم میکنند (۱ و ۲).

گروه اول: سنگهایی هستند که در کیسه صفرا و مجاری صفراوی خارج از کبد تشکیل شده با پس روی « Retrograde » وارد مجاری صفراوی داخل کبد میگرددند. ایندسته ۹۵٪ از موارد سنگهای داخل کبد را تشکیل میدهند.

گروه دوم: سنگهایی هستند که از ابتدا در داخل کبد تشکیل میشوند. در این موارد معمولاً سنگی در مجاری صفراوی خارج از کبد و کیسه صفرا وجود ندارد. بیمار ما جزء ایندسته میباشد و بررسی ما در این مقاله مربوط به این گروه است.

گروه سوم: سنگهایی که در داخل کیستهای کبد تشکیل میشوند. سبب: علت تشکیل سنگهای گروه اول را معمولاً: ۱- اختلالات متابولیک، ۲- رکود « Stase »، ۳- عفونت بشمار میآورند. علت تشکیل سنگهای گروه دوم بطوردقیق مشخص نیست ولی اکثر محققین علل مختلفی را در تشکیل آنها دخیل دانسته اند که عبارتند از:

۱- انگلها بخصوص کلو نورسیس سی نین سیس و اسکاریس که بصورت هسته اولیه در تشکیل سنگها مؤثر اند.

۲- کلانژیولیت های عفونی بخصوص بعلت اشریشیا کولی که بتا- گلو کورونید از مترشحه توسط اشریشیا کولی موجب تغییرات سازمان ترکیبی صفرا و باعث رسوب آن میگرددند.

و نیز عوامل زیر را مؤثر دانسته اند: تنگی های مجاری صفراوی بعد از عمل، ناهنجاری های مادرزادی مجاری صفرا، کیست یا تومورهای خارج از مجاری صفرا و تئوپلاسم های داخل مجاری صفرا. ماکری و همکارانش محل شیوع انواع سنگها را از نظر ترکیب شیمیایی مقایسه کرده اند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- مقایسه محل شیوع انواع سنگها از نظر ترکیب شیمیایی

نوع سنگ	کیسه صفرا	مجاری صفراوی خارج از کبد	مجاری صفراوی داخل کبد
کلسترولی	۸۴٪	۱۵٪	۱٪
بیلروبینات کلسیم	۲۶٪	۴۷٪	۲۷٪
رنگدانه های خالص	۹۵٪	۵٪	-

نشانه های بالینی: حملات معمولاً بصورت کلانژییت بروز میکند. بیمار تب ولرز دارد و از درد اپیگاستر یا هیپوکندر راست با انتشار به پشت و شانه، تهوع و استفراغ، خارش پوست، کمرنگ شدن مدفوع و پررنگ شدن ادرار شکایت میکند. معمولاً بیماری با لرز، تب و درد هیپوکندر راست شروع میشود. زردی معمولاً پس از یک تا دو روز نمایان میشود. شدت تب متفاوت است و گاهی به ۴۰-۳۹ درجه سانتیگراد میرسد و اکثراً پس از ۲-۴ روز فروکش میکند. در این ضمن درد هیپوکندر راست و زردی شدت مییابد. حملات معمولاً یک تا دو هفته و گاهی بیش از دو هفته طول میکشند. نشانه ها اغلب خود بخود بهبود مییابند. در بعضی از بیماران نشانه های توکسمی وجود دارد و بیمار در معرض شوک و کلاپس قرار میگردد. در این مراحل قبل از پیشرفت بیشتر بیماری و مرگ بیمار، باید باعمل جراحی بدون بیماری خاتمه داد. فواصل حملات از یکبار در هفته تا یکبار در چند سال گزارش شده است (۸). در معاینه بالینی معمولاً حساسیت و اسپاسم هیپوکندر راست و یا اپیگاستر وجود دارد. در تعدادی از بیماران هپاتومگالی، اسپلنومگالی و کیسه صفرا قابل لمس دیده شده است (۸).

روش های تشخیصی: داده های آزمایشگاه در تشخیص بیماری کمک قاطعی نمیکند.

داده های آزمایشگاه در ۱۵۰ بیمار Wen, Lee بدینقرار بوده است (۸):

هیپر بیلیروبینمی	۷۴ درصد بیماران
نوتروفیلی	۶۰ درصد بیماران
لکوسیتوز	۵۴ درصد بیماران
هیپوپروتئینمی	۲۷ درصد بیماران

آزمون های ترانس آمینازها و الکالین فسفاتاز بندرت اندازه گیری و گزارش شده است. در تشخیص قطعی بیماری پرتو نگاری کمک فوق العاده مؤثری میکند.

پرتو نگاری ساده شکم بعلت غیرحاجب بودن سنگها اکثراً کمکی نمی کند. کوله سیستوگرافی خوراکی و کولانژیوگرافی داخل وریدی بعلت بالا بودن بیلیروبین خون اکثراً نتیجه بخش نیست. Wen, Lee گزارش کرده اند که از طریق کولانژیوگرافی کبدی از راه پوست اکثر سنگهای داخل کبد را مشخص کرده اند (۸). در مواردیکه کلانژیوگرافی کبدی از راه پوست انجام پذیر نباشد از طریق لاپاراتومی و کلانژیوگرافی حین عمل تشخیص قطعی بیماری داده میشود (۱ و ۸).

فسفاتاز ۱۵ واحد کینگ بود. ترانس آمینازها در حد بالای طبیعی بودند. آمیلاز طبیعی بود. بیلیروبین تمام ۴ میلی گرم درصد و بیلیروبین مستقیم ۳ میلی گرم درصد بود. پروتئین تمام ۶/۹ میلی گرم درصد و آلبومین سرم ۲/۶ گرم درصد بود. پرتو نگاری ساده ریه و شکم نکته مرضی را نشان نداد. بیمار مورد لا پارا تومی قرار گرفت و با تعجب مشاهده شد که کیسه صفرا برداشته نشده و ظاهراً عملی روی مجاری صفرا انجام نگرفته است. سنگی در کیسه صفرا وجود نداشت. چون کلدوک متسع بود و بیمار زردی داشت، کلدوک کاوش گردید و سنگ یا انسدادی در آن دیده نشد. کله سیستکتومی انجام گردید و لوله T در کلدوک قرار داده شد. و کلانژیوگرافی انجام گردید و تشخیص واقعی روشن شد در کلانژیوگرافی شاخه راست کبدی بخوبی نمایان گردید. ولی شاخه چپ گشاد و حاوی چند جسم فضا گیر با اندازه $4 \times 2/5$ سانتیمتر بود. تشخیص سنگ داخل کبد داده شد. لب چپ کبد اتروفیه بود و در ضخامت آن چندین سنگ لمس گردید. از راه شکافی که روی سطح تحتانی لب چپ کبد داده شد سنگها خارج گردیدند. سنگ بزرگ سیاهی بقطر $4 \times 2/5$ سانتیمتر درون مجرای خیلی گشاد در داخل کبد وجود داشت که خارج گردید. در کنار سنگ یک اسکاریس زنده دیده شد که آن نیز خارج گردید. پس از شستوی مجاری صفرا، کبد دوخته و عمل کولدو کودئودنو-ستومی نیز برای تأمین جریان بهتر انجام شد. زردی و حال عمومی بهبود یافت و بیمار مرخص گردید. سنگ کبدی سبک، شکننده، مطبق و در قسمت مرکزی تقریباً متخلخل بود.

خلاصه:

یک مورد بیمار با سنگ اولیه داخل کبد که در بیمارستان دانشکده پزشکی پهلوی تحت عمل جراحی قرار گرفته است معرفی گردید و مقالات جدید در مورد سنگهای داخل کبد بررسی شدند. گرچه این بیماری در ایران ظاهراً نادر است ولی شناسایی آن برای تشخیصهای افتراقی انواع زردی لازم میباشد.

درمان: تنها جراحی است. البته بیمار را قبل از عمل باید تا حد ممکن آماده کرد. چون بعضی دچار عفونت شدید و نزارهستند. اعمال جراحی پیشنهاد شده برای درمان عبارتند از:

- ۱- لیتوتومی یا خارج کردن سنگهای داخل کبد از طریق کاوش مجاری صفراوی خارج از کبد.
- ۲- کلانژیولیتوتومی از راه کبد یا خارج کردن سنگهای داخل کبدی از راه برش بافت کبد (Incision).
- ۳- برداشتن لب حاوی سنگ (Lobectomy). روش سوم بیشتر باین علت انجام میشود که معمولاً لب ضایعه دیده اتروفیه و خراب است و طرز کار آن مختل می باشد و لذا برداشتن آن نتیجه بهتری میدهد (۴).

آسیب شناسی: اتساع مجاری صفرا، افزایش فیبروز، هیپرپلازی کانالیکولهای صفرا، اتروفی و خرابی سلولهای کبد و نشانه های آماس حاد یا مزمن بافت کبد و مجاری آن دیده میشود. این ضایعات پیش رونده می باشند و در صورت عدم تشخیص ممکن است منجر به نکروز حاد و وسیع سلولهای کبد و یا نارسائی کبد گردد. از این نظر تشخیص سریع و درمان جراحی توصیه میشود (۴).
معرفی بیمار: ع. د. مرد ۵۳ ساله در فروردین ۲۵۳۴ بعلت تب و لرز، بی اشتهائی، تهوع و استفراغ، عدم تحمل به چربی، درد هیپوکندر راست با انتشار به شانه راست، پررنگ شدن ادرار، خارش وزردی به بیمارستان پهلوی مراجعه می کند و در بخش طبی بستری میگردد. در معاینه کبد حساس و ۲ سانتیمتر زیر لبه دنده قابل لمس بود و جازخم عمل جراحی قبلی روی شکم بیمار مشاهده میگردد. بیمار اظهار میداشت که سه سال قبل در بیمارستان دیگری بعلت نشانه های مشابه تحت عمل جراحی قرار گرفته بوده است. بیمار به بخش جراحی ۲ بیمارستان منتقل میگردد. آزمایش های پیرا بالینی نشان داد که هموگلوبین $10/7$ گرم درصد و هماتوکریت ۳۱ درصد بود. در آزمایش ادرار اورو-بیلینوژن وجود داشت. اوره و قند در حد طبیعی بودند. الکالین

REFERENCES :

- 1- Balasegaram, M.: Hepatic calculi. Ann. Surg. 175: 149 - 154. 1972.
- 2- Bove, P. et al: Intra - hepatic cholelithiasis. Gastroenterology, 44: 251 - 256, 1963.
- 3- Glenn, F. and Moody, F. G.: Intrahepatic calculi. Ann. Surg. 153: 711 - 724, 1961.
- 4- Huang, C. et al: Intrahepatic stones and their surgical management. Chinese. Med. J. 81: 287 - 294. 1962.
- 5- Judd, E. S. and Burden: V. G.: Intrahepatic Cholelithiasis. Surg. Gynec. Obst., 42: 322, 1926.
- 6- Maki, T. et al: A reappraisal of Surgical treatment for intrahepatic gallstones. Ann. Surg. 175: 155, -165 1972.
- 7- Rufanov, I. G.: Liver Stones. Ann. Surg. 103-580, 1936.
- 8- Wen, C. C. and Lee, H.: Intrahepatic stones. Ann. Surg. 175: 166 - 177, 1972.