

سنگ اوپریه صفر اوی 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٪ (۶) تمام سنگ‌های صفراتاً (۱) گزارش شده است. در بعضی مقالات نسبت شیوع در مردان بیش از زنان بوده است (۱ و ۲). سن بیماران در یک گزارش بین ۶-۶۹٪ (۲) و در دیگری بین ۱۷-۷۶ سال (۸) بوده است. اکثر بیماران (۸۶٪) بین سنین ۲۱-۵۰ سال بوده‌اند (۸). Wen, Lee, Bymarی سنگ داخل کبد و خارج کبد را از جنبه‌های گوناگون مقایسه کرده‌اند.

جدول شماره ۱- مقایسه سنگ‌های داخل و خارج کبد

سنگ‌های داخل کبد	سنگ‌های خارج کبد	
اکثراً ذکر	اکثراً مؤنث	جنس
» بین ۵۰-۲۰	۴۰ »	سن
» بیلر و بینات کلسیم	» کلسترولی	نوع سنگ
» تغذیه ناکافی	» چاق و پرخور	وضع تغذیه
» شدید و توکسیک	» نسبتاً خفیف	نشانه‌های بالینی
» ناموفق (عدوی بیماری)	» خوب	نحوه درمان

مقدمه: درباره سنگ‌های کیسه صفراء و مجرای صفراء اطلاعات و 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 این‌همه 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 مجرای صفراء سر و کار دارد، لازم می‌باشد. در این مقاله یک مورد این بیماری معرفی می‌شود و مقالاتی که اخیراً درباره این بیماری منتشر شده است، بررسی می‌گردد.

تعریف: سنگ‌های داخل کبد به سنگ‌های اطلاق می‌شود که در داخل کبد و در بالای محل اتصال مجرای کبدی راست و چپ قرار گرفته باشند (۱ و ۳ و ۶ و ۸). درواقع از ساهاها پیش جراحان و بخصوص آسیب‌شناسان وجود سنگ‌های را در داخل کبد گزارش کرده‌اند (۸). کورووازیه در سال ۱۸۹۰ (۸)، جاد در سال ۱۹۶۱ (۵) و روانف در سال ۱۹۳۶ (۷) و گلن در سال ۱۹۲۶ (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 گزارش مشابهی در مجلات پزشکی ایران دسترسی نیافردايم.

* دانشکده پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.

** تهران - بیمارستان قلب - بنیاد ملکه پهلوی.

نشانه‌های بالینی: حملات معمولاً بصورت کلانژیت بروز می‌کند. بیمار تب ولرز دارد و از درد اپیگاستر یا هپپو کندر راست با انتشار به پشت و شانه، تهوع و استفراغ، خارش پوست، کمرنگ شدن مدفوع و پررنگ شدن ادرارشکایت می‌کند. معمولاً بیماری با لرز، تب و درد هپپو کندر راست شروع می‌شود. زردی معمولاً پس از یک تا دو روز نمایان می‌شود. شدت تب متفاوت است و گاهی به ۳۹-۴۰ درجه سانتیگراد میرسد و اکثر آن پس از ۴-۲ روز فروکش می‌کند. در این ضمن درد هپپو کندر راست و زردی شدت می‌باشد. حملات معمولاً یک تا دو هفته و گاهی بیش از دو هفته طول می‌کشند. نشانه‌ها اغلب خود بخود بهبود می‌یابند. در بعضی از بیماران نشانه‌های توکسمی وجود دارد و بیمار در معرض شوک و کلاپس قرار می‌گیرد. در این مراحل قبل از پیشرفت بیشتر بیماری و مرگ بیمار، باید با عمل جراحی بدرودند بیماری خاتمه داد. فواصل حملات از یکبار در هفته تا یکبار در چند سال گزارش شده است (۸). در معاینه بالینی معمولاً حساسیت و اپیاس هپپو-کندر راست و یا اپیگاستر وجود دارد. در تعدادی از بیماران هپاتومگالی، اسپلئونومگالی و کیسه صفرای قابل لمس دیده شده است (۸).

روشهای تشخیصی: داده‌های آزمایشگاه در تشخیص بیماری کمک قاطعی نمی‌کنند.

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

۷۶	درصد بیماران	هپر یلیر و ینمی
۶۰	درصد بیماران	نوتروفیلی
۵۴	درصد بیماران	لکوسیتوز
۲۷	درصد بیماران	هپوپر و تئینمی

آزمون‌های ترانس آمنیازها والکالن فسفاتاز بندرت اندازه گیری و گزارش شده است. در تشخیص قطعی بیماری پرتو نگاری کمک فوق العاده مؤثری نمی‌کند.

پرتو نگاری ساده شکم بعلت غیر حاجب بودن سنگها اکثر آن کمکی نمی‌کند. کوله سیستو گرافی خوراکی و کلانژیو گرافی داخل وریدی بعلت بالابودن یلیر و ینم خون اکثر آن نتیجه بخش نیست. Wen, Lee گزارش کرده‌اند که از طریق کولانژیو گرافی کبدی از راه پوست اکثر سنگها داخل کبد را مشخص کرده‌اند (۸). در مواد دیگر کلانژیو گرافی کبدی از راه پوست انجام پذیر نیاشد از طریق لپاراتومی و کلانژیو گرافی جبن عمل تشخیص قطعی بیماری داده می‌شود (۱ و ۸).

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

گروه اول: سنگهای هستند که در کیسه صفراء و مجرای صفر اوی خارج از کبد تشکیل شده با پس روی «Retrograde» وارد مجرای صفر اوی داخل کبد می‌گردند. ایندسته ۹۵٪ از موارد سنگهای داخل کبد را تشکیل میدهند.

گروه دوم: سنگهای هستند که از ابتدا در داخل کبد تشکیل می‌شوند. در این موارد معمولاً سنگی در مجرای صفر اوی خارج از کبد و کیسه صفراء وجود ندارد. بیمار ما جزء ایندسته می‌باشد و بررسی ما در این مقاله مربوط به این گروه است.

گروه سوم: سنگهای 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 بطور دقیق مشخص نیست ولی اکثر محققین علل مختلفی را در تشکیل آنها دخیل دانسته‌اند که عبارتند از:

۱- انگلها بخصوص کلونورسیس سی نن سیس و اسکارس که بصورت هسته اولیه در تشکیل سنگها مؤثراند.

۲- کلانژیولیت‌های عفونی بخصوص بعلت اشريشاکولی که بتا- گلوکورونید از مرشحه توسط اشريشاکولی موجب تغییرات سازمان ترکیبی صفراء و باعث رسوب آن می‌گردد.

و نیز عوامل زیر را مؤثر دانسته‌اند: تنگی‌های مجرای صفر اوی بعد از عمل، ناهنجاری‌های مادرزادی مجرای صفراء، کیست یا تومورهای خارج از مجرای صفراء و نتوپلاسم‌های داخل مجرای صفراء. ماقی و همکارانش محل شیوع انواع سنگها را از قدر تر کیب شیمیائی مقایسه کرده‌اند (جدول شماره ۲).

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

نوع سنگ	کیسه صفراء	مجاری صفر اوی خارج از کبد	مجاری صفر اوی داخل کبد
کلسترولی	%۸۴	%۱۵	%۱
بیلر و بینات	%۲۶	%۴۷	%۲۷
کلسم	-	%۵	-
رنگدانه‌ای	%۹۵	-	-
حالص	-	-	-

فسفات‌از ۱۵ واحد کینگ بود. ترانس آمیناژها در حد بالای طبیعی بودند. آمیلاز طبیعی بود. بیلیر وین تام ۴ میلی گرم درصد و ۶/۹ بیلیر وین مستقیم ۳ میلی گرم درصد بود. پروتئین تام 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 لپاراتومی قرار گرفت و با تعجب مشاهده شد که کیسه صفراء برداشته شده و ظاهرًا عملی روی مجاری صفراء انجام نگرفته است. سنگی در کیسه صفراء وجود نداشت. چون کلدوك متسع بود و بیمار زردی داشت، کلدوك کاوش گردید و سنگ یا انسدادی در آن دیده نشد. کله سیستکتومی انجام گردید و لوله T در کلدوك قرارداده شد. و کلانتریو گرافی انجام گردید و تشخیص واقعی روشن شد در کلانتریو گرافی شاخه راست کبدی پخوبی نمایان گردید. ولی شاخه چپ گشاد و حاوی چند جسم فضایی باندازه ۴×۲/۵ 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 ۲/۵ × ۴ 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 شستشوی مجاری صفراء، کبد دوخته و عمل کولدو کودنودن. ستومی نیز برای تأمین جریان بهتر انجام شد. زردی و حال عمومی بهبود یافت و بیمار مخصوص 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 ظاهرًا نادر است ولی شناسایی آن برای تشخیص‌های افتراقی انواع زردی لازم می‌باشد.

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.

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

۱- لیتوتومی یا خارج کردن سنگهای داخل کبد از طریق کاوش مجاری صفر اوی خارج از کبد.

۲- کلانتریو لیتوتومی 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 عمل انجام می‌شود که معمولاً لب ضایعه دیده اتروفیه و خراب است و طرز کار آن مختلف می‌باشد و لذا برداشتن آن تیجه بهتری میدهد (۶).

آسیب شناسی: اتساع مجاری صفراء، افزایش فیبروز، هپرپلازی کاتالیکولهای صفراء، اتروفی و خرابی سلولهای کبد و نشانهای آماس حاد یا مزمن بافت کبد و مجاری آن دیده می‌شود. این ضایعات پیش‌ونده می‌باشند و در صورت عدم تشخیص ممکن است منجر به تکروز 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 اشتهاي، تهوع و استفراغ، عدم تحمل به چربی، درد هپیو کندر راست با انتشار به شانه راست، پررنگ شدن ادرار، خارش و وزردی به بیمارستان پهلوی مراجعه می‌آمد و در بخش طبی بستری می‌گردد. در معاینه کبد حساس و ۲ سانتیمتر زیر لبه دنده قابل لمس بود و جاز خم عمل جراحی قبلی روی شکم بیمار مشاهده می‌گردد. بیمار اظهار میداشت که سه سال قبل در بیمارستان دیگری بعلت نشانهای مشابه تحت عمل جراحی قرار گرفته بوده است. بیمار به بخش جراحی ۲ بیمارستان منتقل می‌گردد. آزمایش‌های پیرا بالینی نشان داد که هموگلوبین ۱۰/۷ گرم درصد و هماتوکریت ۳۱ درصد بود. در آزمایش ادرار اورو- بیلینوژن وجود داشت. اوره و قند در حد طبیعی بودند. الکالن