

کله لیتیاز (سنگ صفرا)^۱

۱- هر ساله سنگهای صفراوی در بیش از یک میلیون آمریکایی بالغ یافت می‌شوند. ۸۰٪ از این بالغین هیچ علائمی را تجربه نکرده‌اند. بروز سنگهای صفراوی با افزایش سن و در جنس مونث افزایش می‌یابد، بطوریکه در ۲۰٪ زنان و ۵٪ مردان ۵۰ تا ۶۵ ساله یافت می‌شود. اکثر سنگهای صفراوی (۷۵٪) حاوی مخلوطی از رنگدانه‌های صفراوی و کلسترول هستند. تشکیل سنگ کلسترولی به اشباع صفرا از کلسترول، ایستایی در کیسه صفرا و تجمع بقایا نسبت داده می‌شود. عوامل خطر شامل چاقی، حاملگی‌های متعدد، ضد بارداریهای خوراکی، سابقه خانوادگی، و نژاد بومی آمریکایی هستند. سنگهای رنگدانه‌ای سیاه (۲۰ - ۱۰٪ سنگهای صفراوی در ایالات متحده) تمایل دارند که با کم خونی همولیتیک، سیروز، یا ایستایی صفرا همراهی داشته باشند. سنگهای گروه بیلی روبینات کلسیم (قهوه‌ای - نارنجی روشن) با عفونت همراه هستند.

۲- در ۹۰٪ تا ۹۵٪ بیماران، سونوگرافی سنگهای صفراوی را مشخص میکند و همچنین ممکن است در بیماران مبتلا به زردی جهت تشخیص اتساع مجاری صفراوی بکار گرفته شود. کله سیستوگرافی خوراکی مختصری دقیقتر است اما نیاز به زمان بیشتری برای انجام دارد و باید در بیماران مبتلا به زردی از آن اجتناب شود. برای تشخیص کله سیستیت، ممکن است تصویربرداری اسکن رادیونوکلئید با استفاده از ^{99m}Tc نشاندار شده با ایمینو دی استیک اسید (اسکن HIDA)^۲ بکار گرفته شود. عدم ورود نشانگر

1 Cholelithiasis

2 Hydroxy Iminodiacetic Acid Scan

رادیونوکلئید به داخل کیسه صفرا مطرح کننده کله سیستیت است و دقتی حدود ۹۰٪ دارد. ممکن است یافته‌های مثبت کاذب با مصرف الکل، مصرف غذایی اخیر، یا عدم برداشت و دفع رادیو نوکلئید (بیماری اخیر) توسط کبد ایجاد شوند. کلانژیو پانکراتوگرافی تشدید مغناطیسی (MRCP) یک آزمایش تشخیصی غیر تهاجمی برای مشخص کردن سنگهای مجرای صفراوی مشترک است (به فصل ۵۰ مراجعه کنید).

۳- حدود ۲۰٪ تا ۴۰٪ بیماران با سنگهای صفراوی بدون علامت طی ۱۰ سال علامتدار می‌شوند و نیاز به برداشتن کیسه صفرا دارند. بقیه ۵٪ تا ۱۸٪ به علت عوارض سنگهای صفراوی تحت برداشتن اورژانسی کیسه صفرا قرار می‌گیرند. درمان بالینی بستگی به علائم دارد. کاربردهای برداشتن پیشگیرانه کیسه صفرا در کله لیتیز بدون علامت شامل بیماری سلول داسی در کودکان؛ کیسه صفراوی بدون عملکرد؛ کیسه صفراوی کلسیفیه شده؛ سنگهای بزرگتر از 2.5 cm؛ و عمل جراحی چاقی هستند. شغلهایی که از مراقبتهای پزشکی دور هستند (نظیر جویندگان قطب، خلبانها، فضانوردان) اندیکاسیون نسبی کله سیستکتومی هستند. دیابت به تنهایی، اندیکاسیون مطلق نیست، اگرچه حدود ۵۰٪ آنها بطور ناگهانی علامتدار می‌شوند که با عوارض زیاد همراه می‌باشد. مرگ ناشی از کله سیستیت در دیابتی‌ها ممکن است به میزان ۱۰٪ باشد.

۴- کله سیستیت مزمن علائم غیر اورژانسی (معمولا درد شکمی اپیگاستر یا ربع فوقانی راست بصورت متناوب و پس از غذا) دارد. علائم (نظیر سوءهاضمه) اغلب مبهم هستند. طی ۱۰ سال، حدود ۵۰٪ از بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن نیاز به برداشتن کیسه صفرا یا بستری بدون جراحی خواهند داشت. به علت این خطر، برداشتن انتخابی کیسه صفرا توصیه می‌شود. افزایش شمارش گلبول سفید، فسفاتاز قلیایی و آمیلاز ممکن است وجود داشته باشد. سونوگرافی در ۹۵٪ موارد سنگهای صفراوی را نشان می‌دهد. در صورتیکه سونوگرافی منفی باشد، اسکن HIDA توصیه می‌شود. اگر هنوز تشخیص مبهم باشد، جهت ارزیابی بی‌حرکتی صفراوی اسکن «HIDA» با تحریک کله سیستوکینین را در نظر بگیرید. کله سیستیت مزمن بدون سنگ (۶-۱۰٪) نظیر کلسترولوز کیسه صفرا یا آدنومیوماتوز اغلب به سختی تشخیص داده می‌شوند، اما در صورت مشکوک بودن، اغلب به روش برداشت انتخابی کیسه صفرا درمان می‌گردند.

۵- کله سیستیت حاد با درد شکمی در ربع فوقانی راست، تهوع، تب، و لوکوسیتوز مشخص می‌شود. ممکن است زردی تظاهر یابد (۱۰٪). سن معمول ۳۰ تا ۷۰ سالگی با ارجحیت جنس مونث است. انسداد مجرای سیستیک ناشی از سنگ یا لجن^۱ صفراوی است. ممکن است نتایج آزمایشگاهی افزایش شمارش گلبول سفید، فسفاتاز قلیایی، بیلی روبین، آنزیمهای عملکردی کبد، و یا آمیلاز را نشان دهد. اسکن «HIDA» ایده آل است، اما معمولا سونوگرافی کافی است. درمان سریع باید شامل آنتی بیوتیکها برای پوشش جرمهای گرم منفی و بی‌هوازیها (۹۰-۶۰٪ پوشش) باشد. کله سیستیت حاد بدون سنگ (۵٪) اغلب عارضه‌ای از سپسیس است و با نارسایی متعدد ارگانها یا تجویز وریدی طولانی مدت همراه

است. به نظر می‌رسد بیماری کلاژن - عروقی و دیابت، خطر را افزایش می‌دهند. خطر گانگرن یا سوراخ شدن کیسه صفرا ناشی از کله سیستیت حاد با سنگ ۲۰ - ۱۵٪ و بدون سنگ ۳۰ - ۲۵٪ است. تشخیص ممکن است مشکل باشد و معمولاً در بیماران مبتلا به سپسیس پایدار بدون منشاء شناخته شده، تشخیص داده می‌شود. معمولاً سونوگرافی، کیسه صفرا بی متسع با دیواره ضخیم شده همراه با لجن صفراوی، بدون سنگ و همراه با مایع در اطراف کیسه صفرا را نشان می‌دهد. درمان برداشتن کیسه صفرا است؛ در مواردی که بیمار کاندید مناسبی برای برداشتن کیسه صفرا نباشد، کله سیستوستومی باید انجام شود.

بیمار با کله سیستیت حاد باید تحت درمان با آنتی بیوتیک و مسکن و سرم درمانی قرار گیرد. آنتی بیوتیک مناسب نسل سوم سفالوسپورین و پوشش مناسب بی‌هوازی می‌باشد. در بیماران حساس به سفالوسپورین از آمینوگلیکوزید به همراه مترونیدازول استفاده می‌شود. التهاب اولیه در کوله سیستیت حاد ممکن است استریل باشد ولی در طی زمان در بیش از ۵۰٪ بیماران عفونت میکروبی سوار می‌شود و به همین خاطر از هنگام تشخیص باید آنتی بیوتیک تجویز شود. کله سیستکتومی درمان قطعی می‌باشد و در صورتی که بیمار در ۳ - ۲ روز اول از شروع علائم مراجعه کند باید انجام شود. در صورتی که بیماران پس از ۴ - ۳ روز مراجعه کنند یا بیمار مناسب جراحی نباشد، درمان آنتی بیوتیکی انجام و کله سیستکتومی ۲ ماه بعد انجام می‌شود. حدود ۲۰٪ بیماران به این درمان حمایتی پاسخ نمی‌دهند و باید تحت کله سیستوستومی قرار گیرند. پس از انجام کلانژیوگرافی و اطمینان از باز بودن مجرای سیستیک می‌توان لوله کله سیستوستومی را کشید. (شوارتز)

۶- فیستول کیسه صفرا به روده ممکن است از التهاب مزمن کیسه صفرا ناشی شود. ممکن است مجرای از کیسه صفرا به دوازدهه، کولون یا معده ایجاد شود. اکثراً بصورت اتفاقی حین جراحی کیسه صفرا کشف می‌شوند. فیستول کیسه صفرا به کولون ممکن است سبب سوء جذب و اسهال چرب شود. سنگهای بزرگتر از ۲ سانتی‌متر ممکن است منجر به ایلئوس صفراوی با متوسط سنی ۷۰ سال و اغلب در خانمها شود. ۱۵٪ این بیماران قبل از انسداد روده باریک، کله سیستیت حاد داشته‌اند. در حدود ۴۰٪ موارد در گرافیهای ساده در درخت صفراوی گاز دیده می‌شود. ممکن است گرافی مکرر از مجرای گوارش فوقانی، فیستول کیسه صفرا به دوازدهه را نشان دهد. ایمن‌ترین رویکرد (با کمترین مرگ و میر) درمان جراحی انسداد روده درمان تأخیری فیستول می‌باشد، چرا که در اکثر موارد خودبخود بسته می‌شوند.

۷- بطور شایع سطح آمیلاز سرمی در کله سیستیت حاد افزایش می‌یابد. در ۱ تا ۳٪ موارد، عبور سنگ مجرای صفراوی مشترک سبب پانکراتیت بالینی می‌شود. پس از بهبود پانکراتیت و قبل از ترخیص از بیمارستان، برداشتن کیسه صفرا باید انجام شود.

۸- برداشتن انتخابی کیسه صفرا به روش لاپاروسکوپی در ۹۵٪ بیماران با سنگ کیسه صفراوی علامتدار قابل انجام است. میزان برداشتن کیسه صفرا طی سالها افزایش یافته است که بطور عمده مربوط به افزایش تشخیص کله سیستیت مزمن و روش لاپاراسکوپی می‌شود. میزان آسیب مجرای صفراوی به دنبال برداشتن کیسه صفرا به روش لاپاروسکوپی حدود ۱٪ است، اما امروزه این میزان

برای جراحی باز حدود ۰/۱٪ یا کمتر است. کله سیستیت حاد و پانکراتیت سنگ صفراوی با افزایش خطر آسیب مجرای صفراوی همراه هستند. زمانی که ساختار تشریحی مثلث کالوت نامشخص باشد، برداشتن کیسه صفرا به روش باز توصیه می‌شود. تغییر روش لاپاروسکوپی، به برداشتن کیسه صفرا به روش باز یک عارضه در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه یک رویکرد جایگزین است. میزان مرگ و میر برای سنین کمتر از ۵۰ سال ۰/۱٪ و برای سنین بالای ۵۰ سال ۰/۵٪، و برای افراد مبتلا به کله سیستیت حاد حدود ۵٪ است.

۹- آنتی بیوتیک‌هایی که جهت پوشش گرم منفی‌ها (مانند اشرشیاکولی) و بی‌هوازیها (مانند کلوستریدیوم) استفاده می‌شوند، جهت بیمارانی که شواهدی از سپسیس یا کله سیستیت شدید دارند تجویز می‌شود. برداشتن زودرس کیسه صفرا طی ۷۲ ساعت از شروع، معمولا توصیه می‌شود. اگر تظاهرات بیش از ۷۲ ساعت طول بکشد و آنتی بیوتیکها پاسخ خوبی را نشان دهند، ممکن است جراحی به تاخیر بیفتد. اکثر بیماران (بیش از ۸۵٪) مبتلا به کله سیستیت حاد سریعا به درمان طبی پاسخ می‌دهند، به این معنی که درد، تب و لوکوسیتوز معمولا طی ۳-۲ روز بهبود می‌یابد. زمانی که با تاخیر ۷۲ ساعته مقایسه می‌شود، برداشتن کیسه صفرا به روش لاپاروسکوپی طی ۷۲ ساعت با میزان تبدیل کمتر به جراحی باز (۱۲٪ در برابر ۳۰٪)، اشکالات تکنیکی کمتر، مدت عمل کمتر، مدت بهبودی کمتر، و هزینه کل کمتر همراه است. در بیمارانی که پس از ۷۲ ساعت مراجعه می‌کنند ممکن است پس از بهبود التهاب حاد، جراحی انتخابی تاخیری در نظر گرفته شود. اگر علائم طی درمان بدتر شوند (بخصوص در افراد مسن یا دیابتی)، جراحی اورژانس به منظور جلوگیری از آمپییم، گانگرن، کله سیستیت آمفیزماتو یا سوراخ شدن، که هر یک باعث سه برابر شدن مرگ و میر می‌شود، بکار گرفته می‌شود. درمان اولیه برای کله سیستیت آمفیزماتو آنتی بیوتیک با دوز بالا (جهت پوشش بیهوازیها و گرم منفی‌ها)، احیا و به دنبال آن جراحی است.

۱۰- بیماری باقیمانده مجاری صفراوی ممکن است پس از برداشتن کیسه صفرا با علائم پایدار سوءهاضمه یا درد ربع فوقانی راست، همراه با آزمایش عملکرد کبدی مختل، زردی، یا کلانژیت همراه باشد. MRCP و ERCP ممکن است نشأت از مجرای سیستیک، مجرای سیستیک باقی مانده طولانی، سنگهای مجرای صفراوی مشترک، تنگی مجاری صفراوی، پانکراتیت، تنگی آمپول، یا عدم حرکت اسفنکتر ادی^۱ (از طریق فشار سنجی) را نشان دهند. اسفنکترتومی به روش ERCP ممکن است برای سنگهای باقیمانده انجام شود. نشأت واضح از نظر بالینی، از مجرای سیستیک باید توسط ERCP و برش اسفنکتر همراه با استنت گذاری درمان شود. علل خارج صفراوی ممکن است شامل بیماری زخم معده، بیماری بازگشت معده‌ای - مروی، نشانگان روده تحریک پذیر، یا عدم تحمل غذا باشد.

۱۱- ممکن است کلانژيوگرافی حین عمل از طریق مجرای سیستیک (۸۰٪ حساسیت، ۹۷٪ ویژگی، ۹۵٪ دقت) جهت سنگهای صفراوی غیر مشکوک (۵٪) و بررسی درخت صفراوی انجام شود. روش جایگزین، سونوگرافی حین عمل (۸۰٪ حساسیت، ۹۸٪ ویژگی، و ۹۷٪ دقت) است. ممکن است

استفاده از کلاژیوگرافی شدت آسیب مجرای صفراوی طی برداشتن کیسه صفرا به روش لاپاروسکوپی را کاهش دهد. اگر کلاژیوگرافی آسیب نسبی مجرای صفراوی را نشان دهد که به نظر برسد قابل اصلاح است، ترمیم اولیه مجرا به روش باز با استفاده از لوله T^۱ ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. برای آسیب وسیع یا قطع شدگی کامل، باید درخت صفراوی تخلیه شود و میانبر کامل کلدوک به روده یا مجرای کبدی به روده (همراه یا بدون استنت) در زمان دیگری انجام شود.

۱۲- برداشتن اورژانسی کیسه صفرا مخاطرات پس از عمل را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد. در بیماران بیش از ۶۰ سال، میزان مرگ و میر به ۱۰٪ یا بیشتر می‌رسد. تمام بیماران دارای شواهد بالینی پریتونیت یا شواهد گاز در کیسه صفرا و مجرای صفراوی باید پس از احیا تحت لاپاروتومی سریع قرار گیرند. میزان مرگ و میر در سیروز گروه Child C ممکن است ۴۰٪ باشد؛ بنابراین، جهت کاهش خونریزی وسیع از فضای کیسه صفرا، ممکن است بیشتر کیسه صفرا برداشته شود، در حالیکه بخش دیواره چسبیده به بستر کبد، باقی بماند و مجرای سیستیک با بخیه بسته شود.

۱۳- در بیماران با خطر جراحی بالا ممکن است کله سیستوستومی به برداشتن کیسه صفرا ارجح باشد. رویکردهای با تهاجم کمتر شامل تخلیه کیسه صفرا با کاتتر زیر جلدی با هدایت سونوگرافی یا لاپاروسکوپی است. سایر انتخابها شامل کله سیستوستومی باز با برش کوچک و برداشتن کیسه صفرا تحت بیحسی موضعی است. علیرغم مداخله تهاجمی کم، میزان مرگ و میر (۱۳ - ۶٪) و ناتوانی (۳۵٪) همچنان در بیماران با خطر بالا زیاد است. زمانیکه امکان داشته باشد، برداشتن کیسه صفرا پس از بهبودی بیمار توصیه می‌شود، زیرا تنها یک سوم بیماران پس از کله سیستوستومی، پس از بهبودی کله سیستیت بدون علامت باقی می‌مانند.

۱۴- ممکن است سنگ شکنی با امواج شوکی خارج بدنی الکتروهیدرولیک، سنگهای صفراوی کوچک را قطعه قطعه کند (در موردی که سنگ صفراوی واحدی کوچکتر از ۲cm باشد، ایده آل است)، اما تنها نیمی از بیماران به علت قطعات باقیمانده یا سنگهای تازه تشکیل شده طی ۲ سال بدون سنگ باقی می‌مانند. اضافه کردن درمان طبّی (مانند کنودزوکسی کولات و اورودزاکسی کولات) حل شدن قطعات را تسهیل کرده و از تشکیل سنگ جدید جلوگیری می‌کند. این روش ممکن است برای بیمارانی که از نظر جراحی خطر بالایی دارند در نظر گرفته شود.

