

یك مورد تومور سرلوزالمعده همراه با کولسیستیت سنگی

یکی از استثنای قانون کوروازیه (Courvoisier)

دکتر فریدون امین صادقیه* دکتر ماهیار اردشیری**

متسع و قابل لمس بودن کیسه صفرا معمولاً نتیجه انسداد کولدوک بسبب سرطان سرلوزالمعده میباشد و در سنگهای کولدوک یا کولسیستیتها بسبب تورم و فیروز جدار کیسه صفرا، کیسه کوچک میگردد و قابل لمس نیست .
ولی در بیمار شرح داده شده پس از لاپاراتومی مواجه با سنگ کیسه صفرا و تومور سرلوزالمعده گردیدیم که پس از ذکر قانون کوروازیه شرح مفصل آن خواهد آمد .

قانون کوروازیه

هرگاه در بیمار یرقانی کیسه صفرا قابل لمس باشد یرقان بسبب انسداد مجرای کلدوک باسنگ نیست. زیرا در موارد وجود سنگ، کیسه صفرا در اثر کولسیستیتی که با سنگ همراه است فیروزه شده است و کیسه فیروزه هم دیگر دیلاتاسیون پیدا نمی کند . یرقانی که پیش رونده و همراه با بزرگی کیسه صفرا باشد خصوصاً در افراد پیر معمولاً در اثر تومور سرلوزالمعده است .
در مورد این قانون چند استثناء وجود دارد .

۱- وقتی انسداد دو گانه در کلدوك و مجرای مراره ای تواماً باشد «سنگ کلدوك و مجرای کیستیک»

۲- زمانی که يك سنگ پانكراسی آمپول و اثر را مسدود کند «مجرابسته کیسه صفرا سالم و قابل اتساع» .

۳- وقتی شخص مبتلا به تومور سر پانكراس ، کولسیستیت مزمن هم داشته باشد «کیسه صفرا قابل اتساع نیست در حالیکه انسداد مربوط به سنگ نمیباشد» .

اینک میپردازیم بشرح حال بیمار مورد بحث

آقای غ. الف ۳۱ ساله کشاورز اهل وساکن دشت مغان بعلت یرقان شدید و درد هیپوکندر راست به بخش جراحی بیمارستان رازی مراجعه نموده و در تاریخ ۲۶/۱۰/۴۶ بستری شده است .

درد ابتدا از ناحیه اپیگاستر شروع میشد و بنا بنگفته بیمار بعداً به کتف راست انتشار پیدا میکرده است . این درد باغذا ارتباط داشته و پس از خوردن غذای چرب شدیدتر میشده است .

سابقه شخصی :

بیمار مردیست ۳۱ساله اهل آذربایجان شغل کشاورز شانزده سال قبل ازدواج نموده و چهار بچه سالم دارد ، و همسر بیمار نیز سالم است . سابقه تنگ نفس از زمان بچگی داشته که در پائیز و زمستان شدت پیدا میکند سابقه خونریزی از بینی را در کودکی ذکر میکند .

بنا باظهار بیمار ۱۵سالست که درد ناحیه هیپوکندر راست دارد، در موقع کار و فعالیت دچار تنگ نفس میشود . یکسال است که دچار زردی واضح چشمها شده است . همزمان با این زردی ادرار پررنگ و مدفوع سفید شده و بیوست هم پیدا کرده است . یرقان بدون خارش بوده و اشتهای بیمار کم شده و در این مدت یکسال بیمار لاغر شده است .

یرقان بتدریج پیشرفت نموده و رنگ پوست نیز زرد شده و بتدریج این زردی به تیرگی گرائیده است، یرقان متناوب نبوده است .

بیمار اسهال و استفراغ ندارد .

معاینات عمومی

۱- سر و گردن - اندازه سر عادی و موهای سر و صورت طبیعی است، مخاط چشم و پلکها زرد پر رنگ است، در معاینه ظاهری چشم و گوش و حلق و بینی عارضه‌ای بنظر نرسید.

سر درد و سرگیجه ندارد، حس بویائی و بینائی و ذائقه طبیعی بنظر میرسد. ۳ دندان کشیده است که بجای آن دندان مصنوعی گذاشته است، قیافه بیمار کم خونی واضحی را نشان میدهد، تیر و تئید طبیعی بنظر می‌رسد. آدنوپاتی گردنی ندارد.

۲- معاینه قفسه صدری- قفسه صدری سیمتريك است ولی بیمار از تنگی نفس و طپش قلب بخصوص در موقع حرکت و فعالیت شکایت دارد صداهای قلبی در چهار کانون خفیف تر از عادی بگوش میرسند ولی سوفلی شنیده نمیشود و ریتم آن طبیعی است.

صداهای ریوی طبیعی و فقط بیمار در موقع فعالیت دچار تنگ نفس میشود تعداد قرعات نبض ۷۸ در دقیقه و فشار خون ۱۰/۵۵ است.

۳- معاینه شکم - در معاینه شکم دردی در هیپو کندر راست دارد که بطرف پشت انتشار پیدا میکند. کبد در حدود ۱۵ سانتیمتر بزرگتر از معمول و در لمس ودق دردناک است. مدفوع بیمار سفید رنگ است.

طحال قابل لمس نبوده و طبیعی بنظر میرسد، در ناحیه اپیگاستر درد وجود دارد. نواحی کلیه‌ها و ماک بورنه دردناک نیستند، غدد لنفاوی کشاله ران متورم نیستند.

۴- معاینه دستگاه ادراری تناسلی - بیمار دیزوری ندارد در معاینه ظاهری دستگاهها طبیعی بنظر میرسند فقط ادرار بیمار پر رنگ است.

۵- معاینه اندامها- سابقه درد و ورم اندامها ندارد- حرکات دست و پا طبیعی است، کلیه رفلکسها طبیعی هستند.

۶- نتایج آزمایشگاهی - قبل از عمل نتایج آزمایشگاهی بشرح زیر گزارش شده است.

آزمایش کامل ادرار - طبیعی.

در آزمایش خون اووره ۳۵ سانتیگرم درلیتر - قند ۷۰ سانتی گرم درلیتر.

انعقاد ۵ دقیقه - سیلان ۴ دقیقه

سدیمانتاسیون ۴۱ میلیمتر در ساعت اول

زمان کوئیک

زمان کوئیک ۱۳ ثانیه

شاهد

مقدار پروترومبین ۱۰۰٪

زمان کوئیک ۱۴ ثانیه

بیمار

پروترومبین ۸۴٪

تست کبدي

تیمول ۱۰ واحد - سفالین کلاسترویل - کلاسترویل ۲۱۰ گرم در لیتر - بیلیروبین
تو تال ۲۸ میلیگرم در لیتر - بیلیروبین مستقیم ۱۸ میلیگرم - بیلیروبین غیر مستقیم ۱۰
میلیگرم در لیتر.

۷- نتیجه پر تو شناسی - بعلت وجود یرقان شدید موفق به رادیوگرافی باماده
حاجب نشدیم لذا از بیمار فقط رادیوگرافی ساده شکم بعمل آمد و در ناحیه هیپو کندر
راست لکه تیره رنگی وجود داشت .

شرح عمل اول

در تاریخ ۱۱/۱/۴۶ ۴۶ ریهوشی عمومی و با شکاف پارامیدیان بالا و راست بیمار
تحت عمل حراحی قرار گرفت پس از باز شدن شکم جستجوی راههای صفراوی آغاز
گردید . در ناحیه سرلوزالمعده توموری باندازد يك پرتقال لمس شد که باطراف
چسبیده ثابت بود و بنظر رسید که همین تومور باعث انسداد کلدوک و یرقان بیمار
شده است لذا روی کانال کلدوک شکافی داده شد و از این راه سند داخل گردید ، سند
تابالای دوازدهه باسانی وارد ولی در آنجا متوقف گردید و معلوم شد که همین تومور
باعث انسداد شده است ، زیرا جستجوی مجرای هپاتیک عارضه ای را نشان نداد .
برداشتن تومور با چسبندگیهائی که داشت بنظر مشکل آمد لذا این فکر پیش آمد که
آناستوموز بین کیسه صفرا و دوازدهه انجام گیرد ولی متأسفانه کیسه صفرا سالم نبود
و مشاهده گردید که داخل آن پر از سنگ است لذا کیسه صفرا برداشته شد پس از باز-
کردن کیسه صفرا قریب ۸۰ قطعه سنگ کوچک و مقداری چرك در داخل آن وجود
داشت .

پس از بیوپسی که از تومور بعمل آمد سند T در کلدوک گذاشته شد و جدار ترمیم گردید .

متأسفانه جواب بیوپسی نسج پانکراس بود و این نشان می‌دهد که بیوپسی از تومورهای سرپانکراس مشکل است چون نسج تومورال در عمق قرار داشته و دسترسی بآن بعلت امکان خونریزی دشوار است « گزارش ۱۰ مورد از آقای Birnstingel جراح انگلیسی که هیچکدام موفق به بیوپسی از خود تومور نشدند و بیماران پس از ۳ سال در اثر کارسینومای سرپانکراس فوت کردند مؤید نظریه بالاست».

قریب یکماه از سند مزبور مرتباً صفرا خارج میگردید و بالنتیجه یرقان بیمار روبه بهبودی گذارد البته در این مدت معالجات معمولی داروئی اجرا میشد .

پس از مدتی گاهی روی سند پنس گذاشته می‌شد و زمانی برداشته می‌شد ولی در زمانی که سند بسته بود از اطراف آن صفرا تراوش میکرد در تاریخهای ۸ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۶ آزمایش مدفوع برای تجسس استرکوبیلین بعمل آمد که نتیجه منفی بود ناچار فیستولوگرافی با تزریق ماده حاجب از داخل سند بعمل آمد که باز هم انسداد را نشان داد .

از تاریخ ۸ و ۱۸ و ۲۱ و ۲۴ و ۲۷ تزریق آتروپین و اتافیلین تجویز گردید و مجدداً فیستولوگرافی بعمل آمد که باز هم انسداد وجود داشت .

در این احوال بیمار مبتلا به خونریزیهای مخاطی پوستی گردید که خونریزی بامختصر تماس بامخاط یا خاراندن پوست ایجاد میشد ناچار باتجویز ۳۰۰ میلیگرم ویتامین K تزریقی بمدت ۱۰ روز در تاریخ ۱۷ و ۲۱ و ۲۴ و ۲۷ که انعقاد و سیلان در حدود طبیعی شده بود برای باردوم بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت .

شرح عمل دوم

باشکاف پارامدیان راست و بالا سیکاتریس عمل قبلی برداشته شد و بمجرای کلدوک دسترسی پیدا شد ، ویک آناستوموزین کلدوک و ژژونوم بعمل آمد «کولدو-کوژژونوستومی em-y» پس از چند روز بتدریج خونریزیهای بیمار برطرف شد «باوجود قطع ویتامین K» حال عمومی بیمار روبه بهبودی گذارد ، اشتهای بیمار بهتر شد و کم کم شروع بچاق شدن نمود . ۱۵ روز پس از عمل آزمایشات زیر بعمل آمد :

۱- تست اشمیت - منفی است «الیاف عضلانی هضم نشده دیده نشد».

۲- آمیلاز سرم ۱۴۰ واحد سوموگی.

۳- فرمول خون

هموگلوبین ۵۰ درصد	۷۰ درصد	پلی مورف
هماتوکریت ۱۶ »	۱ »	اٹوزینوفیل
گلبولهای سفید ۶۸۰۰	۱ »	بازوفیل
پلاکت ۴۴۰۰۰۰۰	۲۴ »	لنفوسیت
دانه‌های توکسیک در سیتوپلاسم گلبولهای سفید دارد	۴ »	مونوسیت

۴- الکتروفورز

کمبود آلفادو و بتاگلوبولین و افزایش گاما «۳۳» وجود دارد. یکماه پس

از عمل دوم آزمایشات زیر بعمل آمد و تغییراتی مشاهده گردید:

۱- فرمول و شمارش گلبولی

گويچه قرمز ۴,۲۰۰,۰۰۰ گويچه سفید ۸۰۰	۷۵ درصد	هموگلوبین
لنفوسیت ۲۰ درصد	۶ »	اٹوزینوفیل
مونوسیت ۲ »	۷۲ »	سگمانته

انعقاد ۷ دقیقه - سیلان ۳ دقیقه

۲- آمیلاز سرم ۲۰ واحد سوموگی

۳- مدفوع استرکوبیلین دارد - خون ندارد

۴- زمان کوئیک

زمان کوئیک ۲۰ ثانیه	} بیمار	زمان کوئیک ۱۳ ثانیه	} شاهد
مقدار پروترومبین ۳۸ درصد		پروترومبین ۱۰۰ درصد	

۵- تست‌های کبدی

تیمول ۷ واحد - سفالین کلسترول +

تاکاتا آرا به نسبت $\frac{1}{138}$ مثبت است.

۶- کلانژیوگرافی در تاریخ ۴۷ ر ۴۵ عمل آمد و روز ۴۷ ر ۴۶ بیمار با حال

عمومی خوب مرخص گردید ولی به بیمار توصیه شد که هر شش ماه یک مرتبه جهت کنترل به بیمارستان مراجعه نماید.

نتیجه کلانژیوگرافی

در کلانژیوگرافی که بعمل آمد، مجاری صفراوی کبندی و کلدوک واضح بوده و صفرا بطرف محل آناستوموز جریان دارد.

رادیوگرافی از معده و اثنی عشر

در رادیوگرافی که با ماده حاجب از معده و اثنی عشر بعمل آمد کادر اثنی عشر از باریم پر شده و وسیع تر از معمول بوده و کنگره دار بنظر میرسد ضمناً در دو از دهه دیورتیکولهای مشاهده میگردد.

در پایان این مقاله مبادرت بدرج سه تابلو نموده و سپس نتیجه گیری مینمائیم.

تابلو II

تعداد	علائم
۸۰	درد
۲۲۲	درد و یرقان
۸	درد و تب
۱۱۶	درد و یرقان و تب
۹	یرقان بدون تب
۲	یرقان و تب
۱	بدون علائم
۴۳۸	جمع
	عملیات اولیه :
۱۹۳	سنگ قابل لمس در مجرای عمومی
۹۲	مجرای عمومی اتساع یافته
۱۵	سختی سرلوزالمعده
	سنگهای آشکار شده بوسیله رادیوگرافی
۲۵	قبل از عمل جراحی
۱۶	در حین عمل جراحی

تابلو I

در مورد ۵۸۶ بیمار که در آنها سنگ از مجرای عمومی صفراوی خارج گردیده است.	تعداد
	علائم
	درد
	درد و یرقان
	درد و تب
	درد و یرقان و تب
	یرقان بدون درد
	یرقان و تب
	بدون علامت
	جمع
	بیمارانیکه سنگ در عملیات اولیه آنها پیدا شد
	سنگهای قابل لمس در مجاری عمومی
	مجاری اتساع یافته
	سختی سرپانکراس
	سنگهای صفراوی که در رادیوگرافی آشکار شدند
	قبل از عمل
	در حین عمل

تابلو III

در عمل جراحی خارج از دستگاه صفراوی سنگ در مجاری صفراوی کشف شده است:

علائم	تعداد	عملیات اولیه :
درد	۲۰	سنگ قابل لمس در مجاری عمومی
درد و یرقان	۴۷	۶۹
درد و یرقان و تب	۳۴	۳۰
درد و تب	۷	سختی سرپانکراس
یرقان بدون درد	۱۴	سنگ‌هایی که با رادیوگرافی آشکار شده‌اند
یرقان و تب	۶	۵۲
بدون علائم	۲۰	قبل از عمل جراحی
جمع	۱۴۸	۲

بطوریکه ملاحظه میشود در تابلو I ۱۶ مورد سختی سرپانکراس بین ۵۸۶ بیمار و در تابلو II ۱۵ مورد سختی سرپانکراس بین ۴۲۸ بیمار و در تابلو III يك مورد سختی سرپانکراس بین ۱۴۸ بیمار مشاهده شده که میتواند ایجاد سنگ در مجاری صفراوی را در اثر احتباس صفرا توجیه نماید .

خلاصه

در این نوشته بیماری مورد بررسی قرار میگیرد که با داشتن کولیسیتیت سنگی مبتلا به تومور سر لوزالمعده نیز میباشد (یکی از استثنای قانون کوروازیه) ضمن مطالعه متوجه میشویم که :

- ۱- بیوپسی تومورهای سر لوزالمعده فوق‌العاده مشکل است و در این مقاله مطالعه و نظریه Birstingel جراح انگلیسی تأیید میشود .
- ۲- با توجه به سه تابلو ضمیمه معلوم میشود که سختی‌های سر لوزالمعده بعلت احتباس صفرا باعث سنگ در مجاری صفرا میشود .
- ۳- در اثر مرور زمان فونکسیون کبد و لوزالمعده بیمار بتدریج مختل می‌شود که پس از رفع انسداد مجدداً بهبود می‌یابد .

SUMMARY

In this case, we are dealing with a patient who has calculus cholecystitis and tumour of the head of Pancreas at the same time (one of the exceptions of the courvoisier's

Law). with thorough study We Have found that

1- It is difficult to get a biopsy from Pancreas gland (as Birstingel also mentioned in his report).

2- With reference to the three attached tables, it is clear that rigidity of the head of Pancreas causes bile retention, which results in the formation of stone in bile ducts.

3- As time passes by, it affects the function of liver and Pancreas badly. But fortunately it will be reversible if treated at the exact time.

R É S U M É :

Dans cet article le cas d'un malade atteint de Cholécystite Calculaire, associée à une tumeur de la tête du pancréas, est discuté; ce fait est l'une des exceptions de la loi de (Courvoisier).

L'interêt de cette publication reste dans les faits suivants :

1- La biopsie des tumeurs de la tête du Pancréas est trop difficile. Ce qui Confirme, une fois de plus, la théorie de Birstingel, Célèbre chirurgien Anglais.

2- En Comparant les trois tableaux Ci - joints, nous estimons que la riégidité de la tête du pancréas engendre la lithiase par rétention biliaire.

3- Après quelque temps, les fonctions du foie et du pancréas seraient perturbées, mais elles seraient reversibles, si l'obstacle est enlevé.

4- Après quelque temps les fonctions du foie et du pancréas seraient perturbés; mais elles pourraient retrouver leur état normal une fois que la cause de l'affection seroit

References:

1- Meingot, Abdominal operation, 1961, Appleton Century Crafft's Inc, New York, 1076

2-Christopher's, Text book of Surgery, 1960, W.B. Saunders Co. Philadelphia, 812

3- H. Baily, Mc. Neill Love, a Short Practice of Surgery' H.K. Lewis and Co., London p.447