

پانکراتیت مزمن ایدیوپاتیک و درمان جراحی آن: معرفی سه بیمار

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۷/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۹/۱۰

چکیده

عبداللهی*

قدرت... مداد

علیرضا توسلی

گروه جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*تویینده مستول، مشهد، بیمارستان قائم (عج)

تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۸۴۱

email: AbdollahiA@mums.ac.ir

زمینه و هدف: پانکراتیت مزمن یک فیبروز پیشروندۀ پانکراس است که منجر به نارسایی اگزوکرین و اندوکرین پانکراس می‌گردد و اغلب به طور مشخص با درد مداوم اپی‌گاستر که به درمان‌های طبی پاسخ نمی‌دهد بروز می‌کند و در این موارد بیماران نیازمند نوعی اقدام جراحی‌اند، هدف از این مطالعه معرفی سه بیمار با پانکراتیت مزمن است. **معرفی بیمار:** در این مطالعه سه بیمار که با تشخیص پانکراتیت مزمن تحت عمل جراحی پانکراتیکو رژنوس‌تومی (در مرکز پزشکی جراحی عمومی بیمارستان قائم (عج) - دانشگاه علوم پزشکی مشهد) قرار گرفته‌اند معرفی می‌شوند. در هر سه مورد علت اصلی مراجعته آنان درد مقاوم به درمان بوده است. پس از انجام عمل جراحی در سه بیمار فوق‌الذکر درد بیماران کاملاً برطرف شده و در یک بیمار که عملکرد اگزوکرین پانکراس نیز مختلف بوده پس از اقدام جراحی سوء جذب بیمار اصلاح گردید. **نتیجه‌گیری:** هر چند پانکراتیت مزمن در جامعه ما به علت کاهش مصرف الکل نادر است لیکن باستی به عنوان یکی از علل دردهای مزمن و رنج‌آور شکم مدنظر قرار گیرد. و در موارد دردهای مداوم و مقاوم به درمان طبی، جراحی می‌تواند کمک‌کننده باشد و سبب بهبودی بیماران گردد.

كلمات کلیدی: پانکراس، پانکراتیت مزمن، puestow procedure

مقدمه

معیارهای تشخیصی پانکراتیت مزمن شامل هر کدام از موارد زیر می‌توانند باشد:^۱ درد فوقانی شکم به صورت متواتر تا شدید با انتشار به پشت، در مراحل زودرس بیماری حملات دردناک فوقانی شکم بروز می‌کند که حداقل شش ساعت طول کشیده و حدود سه بار در روز در پنج سال اول تکرار می‌شود. دیابت ملیتوس، قند ناشتاوی بالای ۱۴۰ mg/dl، قد دو ساعت بعد از صرف غذا بالای ۲۰۰ mg/dl جذب و سوء تغذیه: دفع مدفع حجمی، رنگ پریده، چرب و پرفشار همراه کاهش وزن بیشتر از ۲۰٪ در طول یک سال. ارزیابی‌های رادیولوژیک‌شکم، کلسفیکاسیون پانکراس در رایوگرافی ساده دیده می‌شود و در آسکن و ERCP اتساع مجرای پانکراس و چروکیدگی پانکراس اغلب مشاهده می‌شود. این مطالعه با هدف ارائه درمان موفقیت‌آمیز جراحی در سه بیمار با پانکراتیت مزمن ایدیوپاتیک که مبتلا به درد مقاوم به درمان طبی بوده‌اند ارائه شده است.

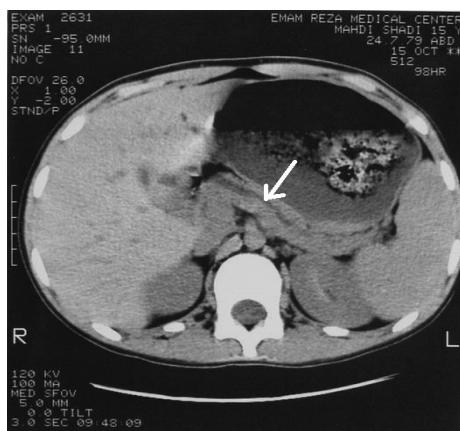
معرفی بیمار

بیمار اول: مرد ۲۴ ساله با شکایت درد شکمی به مدت هشت ماه

پانکراتیت مزمن (Chronic pancreatitis) یک فیبروز پیشروندۀ پانکراس است که منجر به نارسایی عملکرد اگزوکرین و اندوکرین پانکراس می‌گردد. شیوع آن در کشورهای غربی چهار در ۱۰۰/۱۰۰۰ جمعیت است ولی در جامعه ما نادر و ناشناخته است. علت آن احتمالاً نادر بودن الکلیسم مزمن در جامعه است. سن شایع آن در ۴-۵ و در مردان دو برابر بیشتر از دیده می‌شود. اکثر بیماران الکلیک بوده (۶۰-۸۰٪) و بیشتر بیماران در هنگام نیاز به جراحی معتمد هستند. سایر علل پانکراتیت مزمن شامل: هیپولیپوپروتئینمی، هیپرکالسیمی، سیتیک فیبروزیس، آنومالی‌های مادرزادی پانکراس، ترومای پانکراس و پانکراتیت ارشی می‌باشد.^۱ پانکراتیت مزمن اغلب به طور مشخص با درد مداوم همراه نارسایی پیشروندۀ اگزوکرین و اندوکرین پانکراس که منجر به بستری شدن‌های متواالی می‌گردد بروز می‌کند. بی‌اشتهاای و کاهش وزن از علائم دیگر بیماران است که در یک سوم بیماران دیابت و در یک چهارم استناتوره بروز می‌کند.

به میزان دو میلی لیتر انجام شد که اتساع واضح مجرای پانکراس داشت لذا عمل پانکراتیکو-ژئنستومی Puestow انجام گردید. (شکل ۱) درد بیمار بعد از عمل کاملاً برطرف شد و در پی گیری سالیانه (به مدت چهار سال) بیمار، عود مشاهده نشد.

بیمار دوم: پسری ۱۵ ساله با شکایت درد شکمی از یک هفته قبل (۱۳۷۶/۲/۴) مراجعه نمود که درد ناحیه اپی گاستر با انتشار به پشت داشت. درد به صورت متناوب بوده و در سونوگرافی در قسمت قدامی پانکراس نواحی توبولار کیستیک مانند مشاهده شد. سی تی اسکن نشان دهنده پانکراس ضخیم و مجرای پانکراسی متسع بود (شکل ۲). ERCP دیلاتاسیون شدید سگمان پروگریمال مجرای پانکراس، قطعه مجرأ در قسمت میانی را نشان داد در ضمن آزمایشات انجام شده در محدوده نرمال بودند. در این بیمار عمل جراحی پانکراتیو ژئنستومی به روش Puestow انجام شد و در پی گیری بیمار به مدت پنج سال هیچگونه علامتی از عود درد دیده نشد.



شکل - ۲: سی تی اسکن شکم: اتساع مجرای پانکراس



شکل - ۴: سنگ پانکراس که به دنبال عمل جراحی خارج شد.

که در تاریخ ۱۳۷۰/۶/۱۴ به درمانگاه جراحی بیمارستان قائم (عج) مراجعت نموده است، درد بیمار در ناحیه اپی گاستر با انتشار به دور کمر، از ابتدا شدید و مداوم بوده است بگونه‌ای که تزریق مواد مخدر نیز به مدت کوتاهی درد را تسکین می‌بخشید و حتی نظم بخش جراحی را بهم زده بود. در این مدت بیمار کاهش وزن به میزان ۱۵ کیلوگرم را نیز ذکر می‌نمود، در CT اسکن و سونوگرافی اتساع واضح مجرای پانکراس دیده نشده، آندوسکوپی انجام شده ولی انجام ERCP میسر نگردید. در آزمایشات انجام شده یافته‌ای غیر طبیعی دیده نشد و در محدوده نرمال بود. بیمار سابقه الکلیسم نداشت و در بررسی سنگ صفرایی نیز نداشت. همچنین لیپید و کلسیم سرم بررسی شد نرمال بود، هیچگونه سابقه درد شکمی قبل از شروع بیماری نداشته است. بالاجبار بیمار لایکاراتومی گردید. پانکراس کوچک و نسبتاً سفت و سفید رنگ بود و در قسمت میانی مجرای پانکراس متسع و برجسته بود. پانکراتیکوگرافی حین عمل با ماده حاجب اوروگرافین



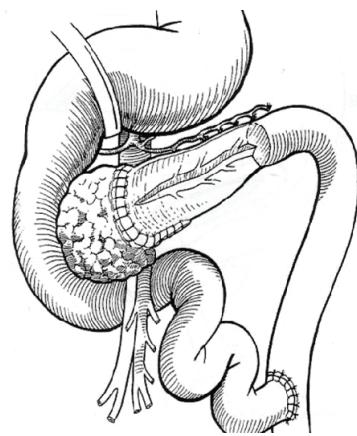
شکل - ۱: پانکراتوگرافی حین عمل: اتساع مجرای پانکراسی



شکل - ۳: سی تی اسکن شکم: وجود سنگ و اتساع در مجرای پانکراس

است. اتیولوژی درد در پانکراتیت مزمن به خوبی مشخص نشده است.^۱ اما التهاب پری نورال پانکراس به همراه اتساع مجرای پانکراس احتمالاً در بروز درد نقش دارند. در بیماران ما از ابتدا درد مداوم بوده و تنها در یک بیمار درد متناوب بوده است. درمان‌های پانکراس و در صورت الکلیسم مزمن قطع کامل الكل است. رعایت طبی: شامل کنترل درد، درمان نارسایی اندوکرین و اگزوکرین رژیم غذایی شامل غذاهای کم حجم با دفعات بیشتر صرف غذا، چربی پایین به همراه پروتئین و قند بالا ضروری است.^۲ تأثیر و سودمندی کاهش فشار مجرای پانکراس به وجود هیپرتانسیون داکتال پانکراس وابسته است. اندازه مجرای پانکراس نیز بیانگر میزان هیپرتانسیون مجارا است. اندازه نرمال مجرای پانکراس در ناحیه سر ۴-۵ میلی‌متر و در ناحیه تنه ۷-۸ میلی‌متر و در ناحیه دم ۲-۳ میلی‌متر است. هنگامی که اندازه مجرای سر پانکراس به ۷-۸ میلی‌متر یا بیشتر بر سر تکنیک پانکراتیکوژنوتومی به راحتی قابل انجام بوده و اثر آن در برطرف نمودن درد زیاد است.^۳ اگر این عمل در موارد با اندازه نرمال یا کوچک مجرای پانکراس انجام شود نتایج طولانی مدت آن نا امیدکننده خواهد بود و اکثر اوقات آناستوموز تنگ شده است. هر چند گزارشاتی نیز مبنی بر موفقیت این عمل حتی در موارد با اندازه نرمال مجرای پانکراس متشر شده است.^۴ تکنیک جراحی puestow در اینجا در حدود ۷ میلی‌متر بود و این در نتیجه از این عمل در ناحیه سر پانکراس را نشان داد. (شکل ۳)

در ابتدای مجرای پانکراس چندین تنگی وجود داشت و بعد از آن اتساع وجود داشته ولی مجرای پانکراس به طور کامل دیده نشده است. آزمایشات این بیمار نیز در محدود نرمال بوده است. در لایاتومی سنگی به قطر ۱۷ میلی‌متر درون مجرای پانکراس بوده که خارج شد (شکل ۴). عمل جراحی Puestow (پانکراتیکوژنوتومی) در این بیمار نیز انجام گردید و در پس گیری بیمار به مدت دو سال هیچگونه علامتی از تکرار و درد شکمی دیده نشد.



شکل - ۵: puestow procedure

بیمار سوم: بیمار خانمی است ۳۵ ساله با سابقه درد شکمی در ناحیه اپی‌گاستر و LUR از سه سال قبل (تاریخ مراجعه: ۱۳۸۲/۶/۶) مراجعه نموده است. درد کیفیت مداوم داشته است. از ۱/۵ سال قبل مدفوع چرب با حجم زیاد نیز داشته بیمار سابقه کاهش وزن به میزان شش کیلوگرم طی این مدت را ذکر می‌کند. در سونوگرافی، مجرای پانکراس به دیامتر ۱۲ میلی‌متر دیلاته بوده و سنگی به دیامتر ۱۷ میلی‌متر درون مجرای پانکراس وجود داشته است.

سی‌تی اسکن: نواحی کلسفیه در پانکراس و تصویر دانسیته (سنگ) کلسفیه در ناحیه آمپول واتر همراه با اتساع پارشیل مجرای پانکراس در ناحیه سر پانکراس را نشان داد. (شکل ۳)

ERCP: در ابتدای مجرای پانکراس چندین تنگی وجود داشت و آن اتساع وجود داشته ولی مجرای پانکراس به طور کامل دیده نشده است. آزمایشات این بیمار نیز در محدود نرمال بوده است. در لایاتومی سنگی به قطر ۱۷ میلی‌متر درون مجرای پانکراس بوده که خارج شد (شکل ۴). عمل جراحی Puestow (پانکراتیکوژنوتومی) در این بیمار نیز انجام گردید و در پس گیری بیمار به مدت دو سال هیچگونه علامتی از تکرار و درد شکمی دیده نشد.

بحث

الکلیسم شایع‌ترین علت پانکراتیت مزمن در کشورهای غربی است اما در بیماران مورد بحث ما بر خلاف گوارش کشورهای غربی الکلیسم دیده نشده و ما نتوانستیم فاکتور مستعد کننده‌ای را کشف کنیم. شایع‌ترین علامت بیمار در پانکراتیت مزمن درد مقاوم به درمان

موفق بود. در این بیمار که قبل از عمل امکان بررسی مجرای پانکراس نبود پانکراتوگرافی حین عمل انجام گردید که اتساع واضح مجرای پانکراس دیده شد و آناستوموز در محل اتساع مجرای انجام گردید. در مورد بیماران مورد مطالعه ما هر سه مورد به درمان طبی مقاوم بوده و درمان جراحی Puestow در ۱۰۰٪ موارد مفید بوده و درد بیماران بعد از عمل به طور کلی از بین رفته است. در سایر مطالعات درمان‌های طبی به میزان ۴۳٪^{۱۲} و درمان جراحی Puestow ۶۳٪^{۱۳} و در مطالعات دیگر تا ۹۰٪ درمان جراحی مؤثر بوده‌اند.^{۱۴}

در هر سه مورد بعد از عمل درد بیماران از بین رفت استاتوره نیز که در یک بیمار وجود داشت بهبود یافت و افزایش وزن تدریجی نیز در هر سه مورد دیده شد. در هیچکدام از بیماران در پی گیری‌های سال‌به‌سال عود درد دیده نشد. در مطالعات دیگر موفقیت برطرف شدن درد در این بیماران ۸۵-۷۵٪ در اولین سال بعد از جراحی بوده اما درد در ۲۰٪ موارد در طی پنج سال بعد از جراحی برگشت نموده است.^{۱۵} هر چند درناز باعث حفظ عملکرد اندوکرین و اگزوکرین پانکراس می‌شود ولی بهبود عملکرد پانکراس به‌دبال عمل درناز گزارش نشده است.^{۱۶} هیچکدام از بیماران ما نقص عملکرد آندوکرین (دیابت) نداشتند، لیکن در یک بیمار ما که نقص عملکرد اگزوکرین (اسهال چرب) داشت بعد از عمل اصلاح گردید.

References

- James C, Thompson M, Courtney M. Chronic pancreatitis. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2008. p. 1606-10.
- Hines OJ, Reber HA. Chronic pancreatitis. In: Zinner M, Maingot R, Schwartz SI, Ellis H. *Maingot's Abdominal Operations*. 11th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2007. p. 983-97.
- Delcore R, Rodriguez FJ, Thomas JH, Forster J, Hermreck AS. The role of pancreaticojejunostomy in patients without dilated pancreatic ducts. *Am J Surg* 1994; 168: 598-601.
- Izbicki JR, Bloechle C, Broering DC, Kuechler T, Broelsch CE. Longitudinal V-shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis: prospective evaluation of a new surgical procedure. *Ann Surg* 1998; 227: 213-9.
- Fisher WE, Anderson DK, Bell RH, Angel RV, Ball RC, Ballantine CR, et al. Chronic pancreatitis. Schwartz D, Kaplin KL, Schwartz SI. *Schwartz's Principles of surgery*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 1240-75.
- Sato T, Miyashita E, Yamauchi H, Matsuno S. The role of surgical treatment for chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1986; 203: 266-71.
- Ramesh H, Augustine P. Surgery in tropical pancreatitis: analysis of risk factors. *Br J Surg* 1992; 79: 544-9.
- Sawyer R, Frey CF. Is there still a role for distal pancreatectomy in surgery for chronic pancreatitis? *Am J Surg* 1994; 168: 6-9.
- Taylor A, Sobn M, Kurtis A, Campbell M. Quality of life and long-term survival. *J of Gastrointestinal Surg* 2000; 355-65.
- Lillemeier KD. Chronic pancreatitis. American College of Surgeons. Web MD Company; 2004.
- Jeremiah C, Turcoff M. Chronic pancreatitis. In: Zuidema GD, Condon RE, editors. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. Philadelphia: WB Saunders; 2001; 890-8.
- Talamini G, Bassi C, Falconi M, Sartori N, Salvia R, Di Francesco V, et al. Pain relapses in the first 10 years of chronic pancreatitis. *Am J Surg* 1996; 171: 565-9.
- William H, Nealon MD. Operative drainage of the pancreatic duct. *ANN Surg* 1988; 208: 321-8.
- Sidhu SS, Nundy S, Tandon RK. The effect of the modified puestow procedure on diabetes in patients with tropical chronic pancreatitis--a prospective study. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 107-11.
- Frey CF, Amikura K. Local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy in the management of patients with chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1994; 220: 492-504.
- Jalleh RP, Williamson RC. Pancreatic exocrine and endocrine function after operations for chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1992; 216: 656-62.
- O'Neil SJ, Aranha GV. Lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *World J Surg* 2003; 27: 1196-202.

۳-۰ به روش منقطع و در یک لایه انجام می‌شود ابتدا لبه تحتانی مجرای به زننوم آناستوموز شده و مخاطها در مجاورت هم قرار می‌گیرند. در ادامه لبه فوقانی مجرای نیز آناستوموز می‌شود. متعاقباً انترو-انتروستومی در فاصله ۶۰ سانتی‌متری از بازوی زننوم انجام می‌گردد (شکل ۵). سایر درمان‌های جراحی: اسفنکتروپلاستی: اسفنکتروپلاستی اسفنکتراودی و مجرای پانکراس باعث تسهیل درناز به دئوندنوم می‌شود که در موارد تنگی اسفنکتر به‌دبال پانکراتیت صفرایی می‌تواند باعث برطرف شدن درد بیماران گردد.^۷ رزکسیون پانکراس: در موارد با التهاب فوکال که محدود به ته یا دم پانکراس و مخصوصاً در مواردی که با اتساع مجرای پانکراس همراه نباشد می‌تواند باعث برطرف شدن علائم (درد) بیماران گردد.^۸ روش‌های قطع عصب سمباتیک: در موارد دردهای مقاوم و ناتوان‌کننده پانکراس مخصوصاً در مواردی که بیماران کاندید جراحی‌های درناز یا رزکسیون نیستند انجام می‌گردد که می‌تواند از طریق شکم یا توراکس انجام گردد.^۹ تمام بیمارانی که جهت درمان جراحی انتخاب می‌شوند بایستی متتحمل یک سی‌تی اسکن شکم و معمولاً ERCP قرار گیرند. این مطالعات اطلاعات مهمی را در رابطه با نوع اقدام جراحی که ممکن است مورد داشته باشد فراهم می‌کند.^{۱۰} در همه بیماران ما سی‌تی اسکن و ERCP انجام شد و تنها در یک بیمار ERCP مکرر نا

surgical treatment for chronic pancreatitis: report of three cases

Abdollahi A.*

Maddah GH.

Tavassoli A.

Department of General Surgery,
Mashhad University of Medical
Sciences

Abstract

Received: September 03, 2008 Accepted: October 29, 2008

Background: Chronic pancreatitis is a progressive fibrosis of the pancreas that leads to loss of endocrine and exocrine function of pancreas. The most common symptom is intractable pain. Which adversely effects quality of life, remains the most common indication for surgery in patients with chronic pancreatitis.

Case report: Three patients underwent operations for chronic pancreatitis at the Ghaem hospital, Mashhad University of Medical Sciences Mashhad, Iran. Indication for operation in all cases were intractable abdominal pain. In all of the three patients complete relief of symptoms was obtained. There was no morbidity and mortality. In one patient exocrine function of pancreas and malabsorption resolved after surgery.

Conclusions: Although chronic pancreatitis is uncommon, but in persistent abdominal pain surgery should be considered. Surgery for patients with chronic pancreatitis can be performed safely with minimal morbidity and effective in control of pain and malabsorption.

Keywords: Pancreas, chronic pancreatitis, puestow procedure.

*Corresponding author: Quaem hospital,
Mashhad, Iran
Tel: +98-511-8417452
email: AdollahiA@mums.ac.ir