

گزارش مورد

کله سیستیت بدون سنگ بدنبال ترومای متعدد؛ گزارش یک مورد

مجید شجاعی، ستاره عسگرزاده*، آنیثا سبزه قبابی

گروه طب اورژانس، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
گروه طب اورژانس، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: ستاره عسگرزاده؛ دپارتمان طب اورژانس، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۰۹۸۹۱۲۲۰۶۹۵۲۱؛

پست الکترونیک: asgarzadeh_s_md@yahoo.com

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۴

خلاصه:

کوله سیستیت بدون سنگ عارضه ای با مرگ و میر بالا و ناشایع است که به عنوان یک بیماری ثانویه در شرایطی نظیر ترومای شدید و سوختگی وسیع رخ می دهد. تشخیص این بیماری مشکل بوده و احتمال آن براساس شک بالینی و معاینات فیزیکی مطرح شده و به کمک سونوگرافی و سی تی اسکن به تایید می رسد. گزارش حاضر یک مورد کوله سیستیت بدون سنگ به دنبال تروما در یک بیمار ۷۵ ساله را مطرح می کند.

واژگان کلیدی: کوله سیستیت بدون سنگ؛ کوله سیستیت حاد؛ ترومای متعدد

مقدمه:

کوله سیستیت حاد بدون سنگ از جمله تشخیص های افتراقی بیماران بدحال دچار درد شکم می باشد که اولین بار در سال ۱۸۴۴ میلادی توصیف شده است (۱، ۲). این بیماری با مرگ و میر بالایی همراه بوده و ۲-۱۵ درصد مجموع موارد کله سیستیت حاد را شامل می شود (۳، ۴). این بیماری به دنبال عوارض مختلفی نظیر شوک، جراحی، سوختگی و تروما رخ داده و در ۰.۵ تا ۱۸ درصد بیماران بسیار بدحال گزارش شده است (۲). در اثر کاهش پرفیوژن ایسکمی و نکروز در غیاب سنگ، موجب بروز التهاب دیواره کیسه صفرا می شود و به سمت نکروز و گانگرن پیشرفت می کند (۴-۶). در ادامه گزارش یک مورد کوله سیستیت بدون سنگ به دنبال تروما مطرح می شود.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۷۵ ساله ای و عابر پیاده ای بود که به دنبال تصادف با اتومبیل دچار ترومای متعدد شده و توسط پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی به بخش اورژانس بیمارستان امام حسین شهر تهران ارجاع گردید. در بدو ورود بیمار کاملاً هوشیار بود (سطح هوشیاری ۱۵ از ۱۵ بر اساس معیار کما گلاسکو)، تنفس خود به خودی داشت و شواهد خونریزی در ناحیه سر و صورت ناشی از بریدگی وسیع پوست سر مشهود بود. در بدو ورود فشار خون ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه، ضربان قلب ۷۶ بار در دقیقه، تعداد تنفس ۱۱ در دقیقه و درصد اشباع اکسیژن ۹۴٪ در هوای اتاق داشت. در معاینه انجام شده پارگی حدود ۲۵ سانتی متر از ناحیه فرونتال تا اکسی پوت با درگیری گال آ و همچنین خونریزی کنترل شده بدون شواهد شکستگی جمجمه دیده شد.

تندرنس مختصر در لمس ستون فقرات گردنی در محاذات مهره های گردنی سوم و چهارم بدون علائم نورولوژیک، تندرنس ژنرالیزه اما خفیف شکم، تندرنس مختصر در سمت راست لگن، اکیموز و خراشیدگی مختصر در محل ران و ساق اندام تحتانی راست، ساعد راست و پشت دست چپ نیز در معاینه رویت گردید. سایر معاینات نکته قابل توجهی نداشت. رادیوگرافی های ساده، سونوگرافی بر بالین بیمار، تست های آزمایشگاهی و نتایج سی تی اسکن سر بیمار فاقد یافته پاتولوژیک بودند. بعد از چند ساعت حال عمومی بیمار رو به بهبود گذاشت و تحمل خوراکی پیدا کرد اما به دلیل درد قادر به راه رفتن نبود. به علت شلوعی بسیار زیاد و عدم بهبود درد، بیمار در بخش اورژانس تحت نظر قرار گرفت. حدود ۴۸ ساعت بعد بیمار دچار حالت تهوع و استفراغ شد و در معاینه دقیق شکم تندرنس ربع فوقانی مشخص گردید. مجدداً جهت بیمار تست های آزمایشگاهی شامل شمارش سلول های خونی، آنزیمهای کبدی، آلبان فسفاتاز، بیلیروبین مستقیم و غیر مستقیم و آنزیم های پانکراس درخواست گردید که لکوسیتوز تنها یافته جدید بود. سونوگرافی مجدد انجام گرفت که حاکی از افزایش ضخامت جدار کیسه صفرا بدون شواهدی از وجود سنگ به همراه وجود مایع آزاد مختصر در اطراف دئودنوم، کیسه صفرا و فضای موریسون بود. جهت بیمار سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی درخواست گردید که مویید تمامی یافته های سونوگرافی برای تشخیص کوله سیستیت حاد بدون سنگ بود (شکل شماره یک). بیمار در بخش مراقبت های ویژه بستری شد و تحت درمان حمایتی و آنتی بیوتیکی قرار گرفت. در نهایت بعد از یک هفته ضمن بهبود علائم بالینی، نرمال شدن آزمایشات و بازگشت تحمل خوراکی با حال

عمومی خوب ترخیص گردید.

دچار بیماری زمینه ای شدید رخ می دهد، بر خلاف کله سیستیت حاد با



شکل ۱: نمای سی تی اسکن آگزیکال شکم و لگن با کنتراست داخل وریدی بیمار.

بحث:

علائم کوله سیستیت حاد بدون سنگ مانند علائم کوله سیستیت حاد با سنگ شامل درد ربع فوقانی راست شکم، تهوع، استفراغ، عدم تحمل خوراکی و تب می باشد. تشخیص این بیماری مشکل بوده و احتمال آن براساس شک بالینی و معاینات فیزیکی مطرح شده و توسط سونوگرافی و سی تی اسکن به تشخیص می رسد (۷). درمان قطعی کوله سیستیت بدون سنگ، کوله سیستکتومی است که با مرگ و میر بالایی همراه است. لذا در برخورد با بیماران بسیار بدحال دچار این عارضه روش درمان انتخابی مورد بحث است. نظر اکثریت در این موارد بر انجام کله سیستوستومی از طریق پوست و آنتی بیوتیک تراپی به عنوان قدم اول است. برخی معتقدند که این اقدام میتواند به عنوان درمان قطعی نیز در نظر گرفته شود ولی برخی دیگر اعتقاد به انجام کله سیستکتومی بعد از سپری کردن فاز حاد بیماری زمینه ای دارند (۲، ۸-۱۲). باتوجه به اینکه کله سیستیت حاد بدون سنگ معمولا در افراد

سنگ با پیش آگهی بدتری همراه است و مورتالیتیه حدود ۵۰ درصد برای آن در نظر گرفته می شود (۱۳). مورد گزارش شده حاضر از جمله موارد معدودی است که بدون جراحی و صرفا با انجام اقدامات حمایتی و آنتی بیوتیک تراپی بهبود یافته است و می تواند به عنوان شاهدهی برای حمایت از نظریه درمان غیرجراحی این عارضه در نظر گرفته شود.

سهم نویسندگان:

نویسندگان معیار های استاندارد کمیته بین المللی ناشرین مجالت پزشکی را دارا می باشند.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.

منابع:

1. Forouzanfar M, Hatamabadi H, Hashemi B, et al. Outcome of nonspecific abdominal pain in the discharged patients from the emergency department. J Gorgan Uni Med Sci. 2014;16(2):62-8.
2. Treinen C, Lomelin D, Krause C, Goede M, Oleynikov D. Acute acalculous cholecystitis in the critically ill: risk factors and surgical strategies. Langenbecks Arch Surg. 2014;1-7.
3. Shapiro MJ, Luchtefeld WB, Kurzweil S, Kaminski DL, Durham RM, Mazuski JE. Acute acalculous cholecystitis in the critically ill. Am Surg. 1994;60(5):335-9.
4. Kalliafas S, Ziegler DW, Flancbaum L, Choban PS. Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis, and outcome. Am Surg. 1998;64(5):471-5.

5. Tsai Y-M, Yu J-C, Chen C-J, et al. Clinical pitfall and challenge: acute acalculous cholecystitis in a critically ill traumatic patient in the intensive care unit. J Med Sci. 2011;31(6):289-91.
6. Baratloo A, Rahmati F, Rouhipour A, et al. Correlation of Blood Gas Parameters with Central Venous Pressure in Patients with Septic Shock; a Pilot Study. Bull Emerg Trauma. 2014;2(2 APR):77-81.
7. DuPriest Jr R, Khaneja SC, Cowley RA. Acute cholecystitis complicating trauma. Ann Surg. 1979;189(1):84.
8. Kim KH, Kyung KH, Kim JS, Kim KU, Kim WW, Kim JW. Acalculous Cholecystitis Following Multiple Trauma with Fractures. J Trauma Inj. 2012;25(4):203-8.
9. Chang YR, Ahn Y-J, Jang J-Y, et al. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in patients with high comorbidity and re-evaluation of treatment efficacy. Surgery. 2014;155(4):615-22.

10. Griniatsos J, Petrou A, Pappas P, et al. Percutaneous cholecystostomy without interval cholecystectomy as definitive treatment of acute cholecystitis in elderly and critically ill patients. *South Med J*. 2008;101(6):586-90.
11. Simorov A, Ranade A, Parcells J, et al. Emergent cholecystostomy is superior to open cholecystectomy in extremely ill patients with acalculous cholecystitis: a large multicenter outcome study. *Am J Surg*. 2013;206(6):935-41.
12. Kirkegård J, Horn T, Christensen S, Larsen L, Knudsen A, Mortensen F. Percutaneous Cholecystostomy is an Effective Definitive Treatment Option for Acute Acalculous Cholecystitis. *Scand J Surg*. 2015:[In press].
13. Ueno D, Nakashima H, Higashida M, et al. Emergent laparoscopic cholecystectomy for acute acalculous cholecystitis revisited. *Surg Today*. 2015:1-4.

CASE REPORT

Post-traumatic Acalculous Cholecystitis; a Case Report

Majid Shojaee, Setareh Asgarzadeh*, Anita Sabzghabaei

Department of Emergency Medicine, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Department of Emergency Medicine, Lohmane Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding author:**

Setareh Asgarzadeh; Emergency Department, Imam Hossein Hospital, Shahid Madani Street, Tehran, Iran.
Tel: 00989122069521; Email: asgarzadeh_s_md@yahoo.com

Abstract

Acalculous cholecystitis, is a rare disease with a high morbidity and mortality, which is developed due to various reasons, including trauma and burn. Its diagnosis is based on clinical suspicion and physical examination. Ultrasonography and computed tomography scan can help in this regard. This report presents a case of post-traumatic acalculous cholecystitis in a 75-year-old patient expressing its method of diagnosis, treatment and outcome.

Key words: Acalculous cholecystitis; cholecystitis, acute; multiple trauma