

## **Case Report**

### **Surgical treatment of choledochal cyst**

H Parsa\*      L Hajimaghsoudi\*\*      HR Alizadeh\*\*

\*Assistant professor of general and vascular surgery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

\*\*Resident of general surgery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

#### **\*Abstract**

---

**Background:** Choledochal cysts are congenital cystic dilatation of the extrahepatic and / or intrahepatic biliary tree. Treatment of choice is surgery which varies according to the type of choledochal cysts. The present case was a woman with abdominal pain, jaundice, nausea, vomiting and pruritus, underwent surgery at Shahid Rajai Hospital in Qazvin. Intraoperative finding was choledochal cyst (Type V). The extrahepatic cysts were excised and Roux- en-y hepaticojejunostomy, end to side jejunojunostomy and cholecystectomy was performed which was accompanying with a good response.

**Keywords:** Choledochal Cyst, Biliary Tract, Surgery operative, Liver, Hepaticojejunostomy, Jejunojunostomy

---

**Corresponding Address:** Shahid Rajaee Hospital, Padegan St., Qazvin, Iran

**Email:** hoparsaar2004@yahoo.com

**Tel:** +98 281 3335800

**Received:** 2008/04/24

**Accepted:** 2008/10/05

## گزارش مورد یک مورد عمل جراحی کیست کلدوک

دکتر حسین پارسا\*      دکتر لیلا حاجی مقصدی\*\*      دکتر حمیدرضا علیزاده\*\*

\* استادیار جراحی عروق دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\* دستیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Email: hoparsaar2004@yahoo.com

آدرس مکاتبه: قزوین، بیمارستان شهید رجایی، گروه جراحی، تلفن ۰۲۸۱-۳۳۳۵۸۰۰

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۴      تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۵

### \*چکیده\*

کیست کلدوک دیلاتاسیون کیستیک مادرزادی در مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی است. درمان قطعی آن عمل جراحی است و بر اساس نوع کیست کلدوک که با توجه به آناتومی مجاری صفراوی مشخص می‌شود، نوع عمل جراحی متفاوت خواهد بود. در این مقاله خانمی ۲۴ ساله با درد شکم، زردی، تهوع، استفراغ و خارش در کل بدن معرفی می‌شود که با تشخیص احتمالی کیست کلدوک در بیمارستان شهید رجایی قزوین عمل جراحی شد. یافته‌ها حین عمل کیست کلدوک نوع پنج بود. برداشتن کیست مجرای صفراوی خارج کبدی انجام شد و بیمار تحت هیپاتیکوژنوستومی Roux-en-y، ژژنوژنوستومی end to side به همراه کله سیستکتومی قرار گرفت که به خوبی به درمان پاسخ داد.

**کلیدواژه‌ها:** کیست کلدوک، مجرای صفراوی، عمل جراحی، کبد، هیپاتیکوژنوستومی، ژژنوژنوستومی

### \*مقدمه\*

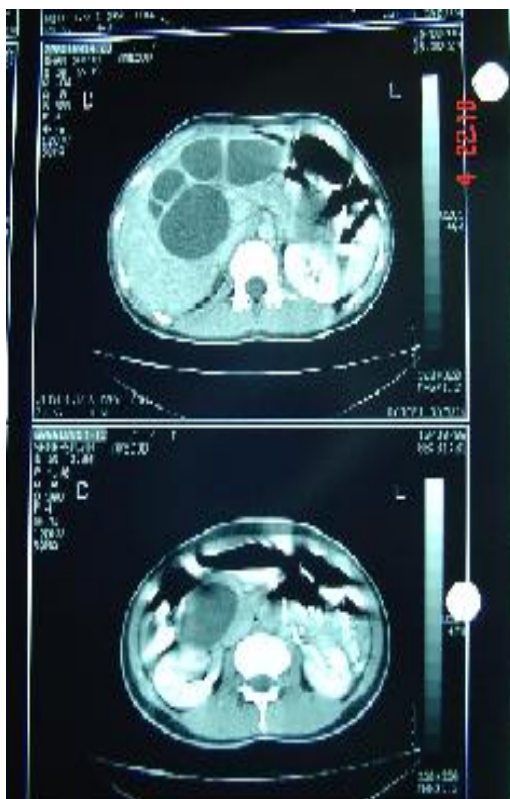
ترشح‌های پانکراسی به داخل مجرای صفراوی و تغییر التهابی، افزایش فشار در مجرای صفراوی و تشکیل کیست می‌شود. کیست‌های کلدوک به پنج نوع تقسیم می‌شوند. این کیست‌ها با اپی تلیوم مکعبی مفرش می‌شوند و اندازه آنها از کیست‌های با قطر ۲ سانتی‌متر تا کیست‌های بسیار بزرگ متغیر است.<sup>(۱،۴)</sup>

بیماران بالغ به طور معمول با زردی و کلانژیت مراجعه می‌کنند. کم‌تر از یک سوم بیماران با تریاد کلاسیک درد شکمی، زردی و یک توده تظاهر می‌کنند. سونوگرافی یا سی تی اسکن شکم تشخیص را قطعی می‌کند، اما برای بررسی آناتومی درخت صفراوی و انتخاب نوع عمل جراحی مناسب انجام ERCP، PTC و MRCP مورد نیاز است.<sup>(۶)</sup>

برای کیست‌های کلدوک نوع یک، دو و چهار، خارج کردن مجاری صفراوی خارج کبدی به همراه کله سیستکتومی و هیپاتیکوژنوستومی درمان ایده آل است.<sup>(۷)</sup> در نوع پنج، علاوه بر اقدام‌های فوق ممکن است

کیست‌های کلدوک، دیلاتاسیون کیستی شکل مادرزادی در مجاری صفراوی خارج یا داخل کبد هستند. این کیست‌ها نادر بوده و میزان بروز بین ۱ در ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار در جمعیت کشورهای غربی دارند، اما در مردم کشورهای شرقی شایع‌تر هستند.<sup>(۱)</sup> کیست‌های کلدوک در زنان ۳ تا ۸ برابر مردان دیده می‌شوند.<sup>(۲)</sup> این کیست‌ها به طور معمول در دوره شیرخوارگی یا کودکی تشخیص داده می‌شوند، ولی حدود نیمی از کیست‌ها در سن بزرگ‌سالی تشخیص داده می‌شوند.<sup>(۳)</sup> علت تشکیل آنها مشخص نیست. برای تشکیل این کیست‌های صفراوی، ضعف دیواره مجرای صفراوی و انسداد مجرا لازم است. در بیش از ۹۰ درصد موارد یک ناهنجاری در محل پیوند مجرای صفراوی مشترک و مجرای پانکراس وجود دارد. به این ترتیب که مجرای پانکراس بیش از یک سانتی‌متر پروگزیمال به آمپول واتر به مجرای صفراوی مشترک می‌پیوندد. طولانی شدن مجرای مشترک صفراوی - پانکراسی، باعث بازگشت آزاد

را مطرح می‌کرد. آزمون الیزا جهت بررسی آنتی بادی کیست هیداتید انجام شد که منفی بود. در سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی متسع بود. توده‌های هیپودنس در لوب راست و چپ کبد مشاهده شد که با توجه به شکل ظاهر آن ماهیت کیستی داشت و کیست ساده کبدی، بیماری مادرزادی فون هیپیل لیندو و سندرم کارولی مطرح شد. لنفادنوپاتی اطراف آئورت مشاهده نشد (شکل شماره ۱).



شکل ۱- سی تی اسکن شکم و لگن بیمار با کنتراست وریدی

با توجه به یافته تصویر برداری و جهت تعیین نوع عمل جراحی، بیمار کاندید کلانژیوپانکرتوگرافی با مغناطیس (MRCP) گردید که متأسفانه با توجه به

برداشتن قطعه‌ای از کبد لازم باشد؛ به ویژه اگر سنگ‌های صفراوی داخل کبدی، تنگی‌ها یا آبسه‌های کبدی وجود داشته یا دیلاتاسیون مجاری به یک لوب کبد محدود باشد. خطر ایجاد کلانژیوکارسینوما در کیست‌های کلدوک بالغین، ۱۵ درصد است و این موضوع خارج کردن آنها به محض تشخیص را ایجاب می‌کند. در کیست‌های کلدوک نوع سه اسفنکتروتومی توصیه می‌شود.<sup>(۸)</sup>

### \*معرفی بیمار:

بیمار خانم ۲۴ ساله‌ای است که در تاریخ ۱۳۸۶/۸/۱۹ با شکایت اصلی درد شکم و زردی به بیمارستان شهید رجایی قزوین مراجعه کرد. درد بیمار یک هفته قبل از مراجعه در ربع فوقانی و راست (RUQ) و اپی‌گاستر آغاز شده بود و به ناحیه کمر انتشار داشت. تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، خارش و نیز سابقه زردی در سال گذشته داشت که خود به خود بهبود یافته بود. تنها نکته مثبت در معاینه بالینی زردی واضح بود. نتایج آزمایش‌های به عمل آمده قبل از عمل جراحی به قرار زیر بود:

بیلی روبین تام =  $13/1$  میلی‌گرم در دسی‌لیتر

بیلی روبین مستقیم =  $1/8$  میلی‌گرم در دسی‌لیتر

آلکالین فسفاتاز =  $471$  واحد در لیتر

هموگلوبین =  $12/1$  گرم در دسی‌لیتر

$WBC = 10^3 \times 4/3$  در میلی متر مکعب

$AST = 58$  واحد در لیتر

$ALT = 61$  واحد در لیتر

در روند بیماری قبل از عمل جراحی افزایش بیلی‌روبین تام در حد  $13/3$  میلی‌گرم در دسی‌لیتر و بیلی‌روبین مستقیم در حد  $4/7$  میلی‌گرم در دسی‌لیتر ایجاد شد.

در سونوگرافی به عمل آمده کیست‌های بزرگ کبدی مشاهده شد که احتمال کیست کلدوک و کیست هیداتید

مراجعه سرپایی بعدی به درمانگاه به ۹ میلی گرم در دسی لیتر کاهش یافت و به تدریج در عرض حدود یک ماه بعد از عمل به حد طبیعی رسید.

### \* بحث و نتیجه گیری:

با توجه به روند بیماری و یافته‌های حین عمل جراحی در این بیمار کیست کلدوک نوع پنج قویاً مطرح شد که به درمان به خوبی پاسخ داد. اگر چه در این بیماران با توجه به وسیع بودن درگیری، اغلب درمان نگه دارنده است ولی باید به خاطر داشت در بعضی از موارد جراحی بسیار کمک کننده است. در مواردی که جراحی انجام می‌شود تا حد امکان باید کیست را برداشت و گذاشتن استنت هم ضروری است.<sup>(۹و۸)</sup> قابل ذکر است که در این بیماران هر چند وسعت درگیری زیاد است درمان جراحی نجات دهنده بیمار از عوارض شدید بعدی است.<sup>(۱۰)</sup>

### \* مراجع:

1. Schawrtz principles of surgery, choledochal cysts, 2005. 1208 -10
2. Twnsend, sobiston textbook of surgery, choledocal cysts, 2004. 2124 -25
3. Saing H, Han H, Chan KL, et al. Early and late results of excision of choledochal cysts. J Pediatr Surg. 1997 Nov; 32(11): 1563- 6
4. Saxena R, Pradeep R, Chander J, et al. Benign disease of the common bile duct. Br J Surg 1988 Aug; 75(8): 803 -6
5. Dundas SE, Robinson - Bridge water LA Duncan ND and literature reviw, West Indian Med J. 2002 Sep; 51(3): 184 -7
6. Florencia G. Que .Natural history of choledochal cysts. Mayo clinic ACS 2002.
7. Powell CS, Sawyers JL, Reynolds VH. Management of adult choledochal cysts. Ann Surg 1981 May; 193(5):666 -76
8. Chijiwa K, Koga A, Surgical management and long term follow- up of

وضع اقتصادی - اجتماعی پایین بیمار انجام آن امکان پذیر نشد.

بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت. کیست وسیع کلدوک به ابعاد ۱۰×۱۰ سانتی متر در مجاری صفراوی خارج کبدی مشهود بود. کلانژیوگرافی حین عمل انجام شد که مجاری کیستی داخل کبدی وجود داشت و کیست وسیع کلدوک بعد از محل تلاقی مجرای کیستی مشاهده شد (شکل شماره ۲).



شکل ۲ - کلانژیوگرافی حین عمل بیمار

برش کیست خارج کبدی انجام شد و سپس بیمار تحت هیپاتیکوژژنوستومی، ژژنوژژنوستومی side همراه با کله سیستکتومی قرار گرفت.

بیمار پس از عمل به بخش جراحی منتقل شد و در آزمایش‌های به عمل آمده در روز اول پس از عمل، بیلی روبین توتال ۱۳/۱ میلی گرم در دسی لیتر، بیلی روبین مستقیم ۵/۱ میلی گرم در دسی لیتر و آلکالین فسفاتاز = ۲۷۵ واحد در لیتر بود. بیمار پس از تحمل رژیم غذایی، با حال عمومی خوب و در حالی که زردی داشت ترخیص شد. سطح بیلی روبین سرم بیمار طی

patients with choledochal cysts. Am J Surg. 1993 Feb; 165(2): 238-42

9. Liu YB, Wang JW, Devkota KR, et al. Congenital choledochal cysts in adults: twenty – five year experience. Chin. Med. J. 2007 Aug 20; 120(16): 1404-7

10. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures and review thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. AM J Surg 1977 Aug; 134(2): 263-9