

## خونریزی گوارشی فوقانی حجیم، تظاهراتی نادر از عوارض کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی

حسین همتی<sup>۱</sup>، افروز حد دوست<sup>۲</sup>، پیروز سامی دوست<sup>۳</sup>، میلاد صرافی<sup>۴</sup>، محمد تقی آشوبی<sup>۵</sup>، ذکیه جعفری پرور<sup>۵</sup>

## گزارش مورد

## چکیده

**مقدمه:** کوله سیستکتومی به روش لاپاراسکوپی، درمان استاندارد بسیاری از بیماری‌های کیسه‌ی صفا می‌باشد. سودآنوریسیم شریان هپاتیک، عارضه‌ی نادری است که در آسیب مجاری صفراوی رخ می‌دهد و در صورت پارگی، با درد شکم، خونریزی اینتراپریتونال، زردی و Gastrointestinal bleeding (GIB) همراه می‌شود. در این مقاله، به معرفی بیماری می‌پردازیم که تحت کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی قرار گرفته و حین عمل به علت خونریزی، نیازمند عمل باز شده و یک ماه پس از آن با UGIB حجیم مراجعه کرده بود.

**گزارش مورد:** بیمار خانم ۴۳ ساله، با سابقه‌ی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی یک ماه قبل بود که با شکایت درد شکم و هماتمز مراجعه کرد. در آندوسکوپی بیمار، زخم بولب دئودنوم و در Computed tomography (CT) اسکن، شواهد به نفع سودآنوریسیم شریان کبدی گزارش شد. بیمار به علت شوک هموراژیک، تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در اکسپلور هماتوم و سودآنوریسیم شریان هپاتیک راست با منشأ شریان مزانتریک فوقانی مشاهده گردید. بیمار تحت اکسپلور هماتوم ساب‌هپاتیک و ترمیم شریان هپاتیک و درناژ حفره‌ی شکم قرار گرفت. چند روز پس از عمل، بیمار با حال عمومی مناسب، علایم حیاتی پایدار، آزمایش‌های نرمال و تحمل رژیم خوراکی مرخص گردید. در پیگیری یک ماهه نیز عارضه‌ای مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** آسیب‌های عروقی، از جمله عوارض نادر بیماران تحت کوله سیستکتومی می‌باشد و تظاهر آن به صورت UGIB بسیار نادرتر است و با توجه به میزان بالای عوارض و مرگ و میر آن، باید مورد بررسی و درمان سریع قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی؛ سودآنوریسیم؛ شریان هپاتیک؛ خونریزی گوارشی

**ارجاع:** همتی حسین، حد دوست افروز، سامی دوست پیروز، صرافی میلاد، آشوبی محمد تقی، ذکیه جعفری پرور. خونریزی گوارشی فوقانی حجیم، تظاهراتی نادر از عوارض کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۵۴): ۹۸۶-۹۸۲.

پس از عمل رخ داده است، نادر می‌باشد. میزان رخداد این عارضه به دنبال کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی، ۰/۰۶ درصد و مرگ و میر آن، ۲/۳ درصد گزارش شده است (۳). سودآنوریسیم شریان هپاتیک به صورت پارگی با درد شکم، خونریزی اینتراپریتونال، زردی و Gastrointestinal bleeding (GIB) همراه می‌شود و این مسأله نشان می‌دهد که تشخیص و رویکرد درمانی آن می‌تواند یک چالش پزشکی باشد. این عارضه اگرچه نادر است، اما می‌تواند جان بیمار را به مخاطره بیندازد و توجه به آن می‌تواند مانع مرگ و میر ناشی از آن گردد (۴).

در پژوهش حاضر به معرفی بیماری پرداخته شد که تحت کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی قرار گرفته بود و حین عمل به علت خونریزی، نیازمند عمل باز شد و یک ماه پس از آن، با خونریزی

## مقدمه

کوله سیستکتومی به روش لاپاراسکوپی، درمان استاندارد بسیاری از بیماری‌های کیسه‌ی صفا می‌باشد که با وجود مزیت‌های فراوان، عوارض مهمی از جمله خونریزی، آسیب مجاری صفراوی، نشت صفراوی و Dropped Gallstone دارد. سودآنوریسیم شریان هپاتیک، عارضه‌ی نادری است که در آسیب مجاری صفراوی ناشی از مواردی همچون تروما، التهاب یا اعمال جراحی مجاری صفراوی رخ می‌دهد و در صورت عدم پارگی و به طور اتفاقی در CT Scan یافت می‌شود (۱-۲).

موارد گزارش شده‌ی مبنی بر سودآنوریسیم شریان هپاتیک به دنبال کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی که در دوره‌ی کوتاه یا طولانی

۱- دانشیار، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

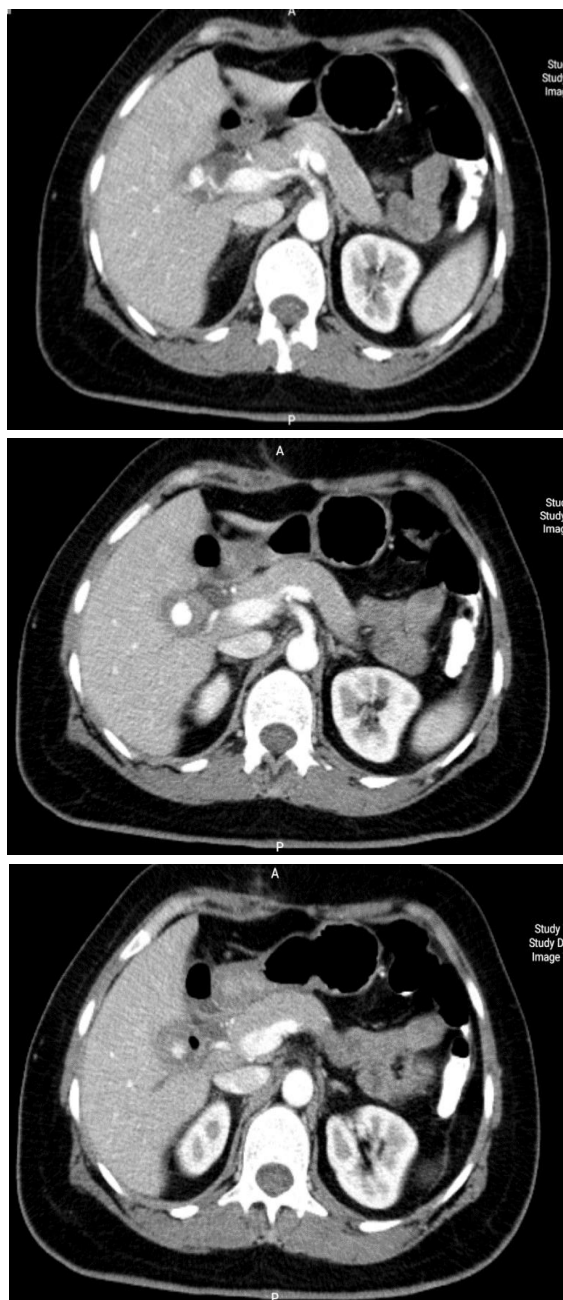
۲- دستیار تخصصی، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳- استادیار، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴- دستیار فلوشیپ جراحی عروق، گروه جراحی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۵- واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: پیروز سامی دوست؛ استادیار، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران



شکل ۱. مقطع عرضی از کبد، عروق کبدی و سودوآنوريسم شريان کبدی در CT Scan با کنتراست وریدی در مقاطع مختلف

بیمار به بخش جراحی عروق انتقال یافت و با توجه به حال عمومی خوب و علائم حیاتی پایدار، کاندید آنژیوگرافی الکتیو و درمان اندوسکولار روز بعد گردید. ساعاتی پس از انتقال بیمار به بخش جراحی عروق، بیمار مجدد دچار استفراغ خونی شد. به علت افت فشار خون و هموگلوبین و شوک هموراژیک پس از اقدامات اولیه، بیمار به طور اورژانسی به اتاق عمل منتقل شد و تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت.

گوارشی فوقانی حجم مراجعه کرد. در مطالعه‌ی حاضر، علائم و روش تشخیصی این عارضه‌ی نادر عمل کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در این بیمار و درمان موفقیت‌آمیز آن شرح داده شد.

### گزارش مورد

بیمار خانم ۴۳ ساله‌ای بود که یک ماه قبل تحت عمل کوله سیستکتومی انتخابی به دنبال سنگ کیسه‌ی صفرا قرار گرفته بود. فرایند عمل کوله سیستکتومی به علت خونریزی با منشأ نامشخص بعد لیگاتور و قطع شریان سیستیک از لاپاراسکوپیک به باز تغییر یافته بود. پس از باز شدن شکم و شستشوی محل با وجود اکسپلور مجدد توسط جراح منشأ دقیق خونریزی یافت نشد و با احتمال خونریزی از منشأ شریان سیستیک با توجه به قطع خونریزی، درن تعبیه گردید و عمل خاتمه یافت. ۴۸ ساعت پس از عمل، بیمار با حال عمومی خوب و بدون ترشح از محل درن از بخش جراحی مرخص شد. بیمار هفته‌ی بعد از عمل، از درد شکم مبهم و مداوم با Right Upper Quadrant (RUQ) شکایت داشت و شرح حال دو نوبت غش (Faint) در منزل را داد که با درمان سرپایی در درمانگاه بهبود یافته بود. یک ماه بعد، بیمار با درد شکم، (Upper GIB) UGIB، هماتم و بدون زردی به اورژانس مراجعه نمود. در سرویس داخلی بستری شد و تحت آندوسکوپي قرار گرفت. در گزارش آندوسکوپي اول، معده پر از ترشحات کافی گراند بود و در بولب دئودنوم، ضایعه‌ی توده‌ای شکل بزرگ اولسراتیو بدون خونریزی فعال مشاهده گردید. در آندوسکوپي ۴۸ ساعت بعد، زخم منتشر در معده و زخم مختصر در بولب گزارش شد.

همچنین، بررسی سونوگرافی شکم با توجه به درد بیمار پس از آندوسکوپي اول انجام شد. در سونوی کالرداپلر در محل بستر کیسه‌ی صفرا ناحیه‌ی هاپواکو، سیستیک و Round به قطر ۱۵ × ۹ میلی‌متر و دارای فلوی شریانی رؤیت گردید که دارای گردن ظریف ۴ میلی‌متری متصل به شریان کبدی بود. در اطراف آن نیز ناحیه‌ی هیپراکو با قطر ۳۷ × ۲۵ دارای Gass flake بدون جدار مشخص با احتمال هماتوم- کالکشن مشاهده شد.

سپس بیمار تحت مشاوره‌ی جراحی عروق اورژانس قرار گرفت. جهت بیمار CT Scan شکم و لگن با کنتراست (IV) Intra-venous اورژانسی انجام شد که کالکشن حاوی Gass flake به ابعاد ۳۷ × ۲۵ در بستر کیسه‌ی صفرا با اثر فشاری بر قسمت نزولی دئودنوم و تصویر کانون سیستیک به ابعاد ۱۰ × ۹ میلی‌متر دارای افزایش در فاز آرتریوپورتال در هیلوم کبد گزارش گردید که در فاز تأخیری Wash out داشته است و مطرح‌کننده‌ی سودوآنوريسم شريان کبدی می‌باشد (شکل ۱).

پس از عمل باید مورد بررسی قرار گیرد (۷). سودوآنوریزم شریان هپاتیک می‌تواند با US تشخیص داده شود. اگرچه CT Scan و آنژیوگرافی گزینه‌های ترجیحی برای بررسی سودوآنوریزم می‌باشند (۸). بیمار مطالعه‌ی حاضر ابتدا مورد آندوسکوپی قرار گرفت و با توجه به شواهد موجود، سونوگرافی و CT Scan شکم با کنتراست IV شد. اگرچه انجام آندوسکوپی اورژانسی برای بیمار با GIB اقدام صحیحی می‌باشد، اما توجه به شرح حال بیمار و سابقه‌ی عمل جراحی، می‌تواند به انتخاب روش‌های تشخیصی مناسب کمک و رسیدن به تشخیص صحیح را تسریع نماید. اگرچه این عارضه بسیار نادر است، اما پزشکان باید به امکان وقوع این عارضه در بیمار تحت جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی آگاه باشند و روش‌های تشخیص صحیح را جهت کاهش طول مدت تشخیص به کار برند. توجه به علائم اولیه‌ی سودوآنوریزم بسیار مهم است؛ چرا که Free rupture آن، شانس اقدام بعدی را از پزشک خواهد گرفت.

درمان جراحی سودوآنوریزم شامل رزکسیون و بستن شریان می‌باشد که ۷۵ تا ۱۰۰ درصد موفقیت دارد. آمبولیزاسیون شریان هپاتیک، استراتژی سودمندی در درمان این عارضه در شرایط غیر اورژانس می‌باشد. در تحقیق Bulut و همکاران، ۸۲ درصد از بیماران با روش آمبولیزاسیون شریانی و ۱۸ درصد تحت عمل جراحی باز قرار گرفتند (۶).

در بیماران مبتلا به این عارضه، در صورت پایدار بودن بیمار، روش‌های اندوسکوپیک را ترجیح می‌دهد. اگرچه در شرایط اورژانسی، جراحی باز بهترین گزینه است. بیمار پژوهش حاضر مورد مناسبی برای تأکید بر اهمیت شرح حال‌گیری صحیح اولیه و توجه به سابقه‌ی پزشکی جهت انتخاب روش‌های تشخیصی و اهمیت همکاری بین رشته‌ای (طب اورژانس، متخصصان داخلی، رادیولوژیست، جراحان و...) و درخواست مشاوره‌ی به موقع و صحیح است.

### نتیجه‌گیری

آسیب‌های عروقی، عوارض نادر بیماران تحت کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی می‌باشد و تظاهر آن به صورت UGIB بدون زردی بسیار نادرتر است. اگر بیمار پس از عمل علائم و نشانه‌هایی از ضعف مداوم، درد شکم، زردی و یا GIB داشته باشد، باید به این آسیب‌های عروقی مشکوک شد و با توجه به میزان بالای عوارض و مرگ و میر آن، باید مورد بررسی و درمان سریع قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از بیمار محترم به دلیل اجازه‌ی نشر این گزارش موردی تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

از یافته‌های حین عمل، آنوریزم کاذب شریان هپاتیک راست بود که به صورت یک واریاسون شاخه‌ی جانبی (Accessory) از شریان مزاتریک فوقانی منشأ گرفته بود. هماتوم ۵ در ۵ سانتی‌متر با منشأ سودوآنوریزم شریان هپاتیک راست مشاهده شد. بیمار تحت اکسپلور هماتوم ساب‌هپاتیک و ترمیم سودوآنوریزم شریان هپاتیک و درناژ حفره‌ی شکم قرار گرفت و سپس به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل گردید و چند روز بعد با علائم حیاتی پایدار و آزمایش‌های نرمال و تحمل رژیم خوراکی به بخش جراحی انتقال یافت و پس از آن با حال عمومی مناسب مرخص گردید. در پیگیری یک ماهه نیز عارضه‌ی مشاهده نشد.

### بحث

آسیب عروقی در طی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی به علل مختلفی از جمله مونوپلار دیاترمی می‌تواند رخ دهد (۴-۵، ۱). در بیمار مورد بررسی، این آسیب عروقی احتمالاً به علت ایاتروژنیک و آسیب عروقی حین عمل ایجاد شد و تأکیدی بر این است که توجه و اکسپلور کامل در هر خونریزی حین عمل اهمیت فراوانی دارد.

با جستجوی متون انجام شده، گزارش‌های اندکی در دنیا سودوآنوریزم شریان هپاتیک را گزارش کرده‌اند. Bulut و همکاران مطالعه‌ای را بر روی ۵۴ بیمار مبتلا به سودوآنوریزم در زمینه‌ی کوله سیستکتومی انجام دادند و دریافتند که ۶۰ درصد موارد، شریان هپاتیک راست و ۲۷ درصد شریان هپاتیک مشترک و تنها یک مورد شریان سیستیک بود (۶). بیمار تحقیق حاضر نیز مورد نادری از سودوآنوریزم شریان هپاتیک بود.

بیماران مبتلا به سودوآنوریزم شریان هپاتیک اغلب با علائم درد شکم، زردی و هموپریتوئن مراجعه می‌کنند، اما در بیمار پژوهش حاضر، ابتدا درد شکمی مبهم، ضعف و بی‌حالی و به دنبال آن UGIB رخ داده بود و با زردی نیز همراه نبود که موارد نادری بدون ایکتر گزارش شده است (۵). با توجه به آندوسکوپی انجام شده، علت GIB، آسیب اثر فشاری سودوآنوریزم بر روی بولب دئودنوم و زخم آن بوده است.

فاصله‌ی زمانی بین عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی و علائم بالینی می‌تواند متغیر باشد. بیشتر بیماران یک ماه پس از عمل دچار علائم بالینی می‌شوند، اما تا ۵ سال تأخیر در علائم نیز می‌تواند مورد انتظار باشد (۴) که در بیمار مورد بررسی، عارضه‌ی GIB یک ماه بعد رخ داد.

تشخیص سودوآنوریزم شریان هپاتیک، چالش برانگیز و نیازمند شک بالینی قوی و بررسی‌های لازم در این زمینه است؛ چرا که علائم آن اختصاصی نیست و متنوع می‌باشد. هر بیمار با علائم GIB پس از کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی در مدت زمان کوتاه و یا بلند مدت

**References**

1. Kumar I, Verma A, Singh P, Puneet. Successful Endovascular Management of a Pseudoaneurysm of Replaced Right Hepatic Artery after Laparoscopic Cholecystectomy. *Indian J Surg* 2021.
2. Teimuri A, Mami M, Ghofrani H, Ebrahimi Daryani N. Dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Govareh* 2014; 19(1): 66-8.
3. Chigot V, Lallier M, Alvarez F, Dubois J. Hepatic artery pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Pediatr Radiol* 2003; 33(1): 24-6.
4. Gachabayov M, Kubachev K, Mityushin S, Zarkua N. Recurrent hemobilia due to right hepatic artery pseudoaneurysm. *Clin Med Res* 2017; 15(3-4): 96-9.
5. CreTu OM, Dan RG, Blidisel IAC, Sima LV, Munteanu M, Paun I. Hemobilia through aneurysm of the right hepatic artery, 22 months after laparoscopic cholecystectomy: Case presentation. *Rom J Morphol Embryol* 2017; 58(1): 197-9.
6. Bulut T, Yamaner S, Bugra D, Akyuz A, Acarli K, Poyanli A. False aneurysm of the hepatic artery after laparoscopic cholecystectomy. *Acta Chir Belg* 2002; 102(6): 459-63.
7. Rege S, Marathe S, Rohondia O. Hemobilia due to spontaneous rupture of cystic artery pseudoaneurysm: a rare complication of laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Case Reports* 2020; 10(2): 95-8.
8. Praveen Kumar Sunkara PRV, Shah PK, Rakshit K, Choudhary SR, Bohidar NP, Dubey SK. Rupture of cystic artery pseudoaneurysm: A rare complication of acute cholecystitis. *Indian J Surg* 2018; 80(1): 87-9.

## Massive Upper Gastrointestinal Bleeding; A Rare Manifestation of Complications of Laparoscopic Cholecystectomy

Hossein Hemmati<sup>1</sup>, Afroz Haghdoost<sup>2</sup>, Pirouz Samidoust<sup>3</sup>, Milad Sarrafi<sup>4</sup>,  
Mohammad Taghi Ashoubi<sup>4</sup>, Zakiyeh Jafaryparvar<sup>5</sup>

### Case Report

#### Abstract

**Background:** Laparoscopic cholecystectomy is the standard treatment for gallbladder diseases. Hepatic artery pseudoaneurysm is a rare complication of bile duct injury. Rupture is accompanied by abdominal pain, intraperitoneal bleeding, jaundice, and gastrointestinal bleeding (GIB). In this study, we introduce a patient who underwent laparoscopic cholecystectomy. During the laparoscopic operation the patient needed open surgery due to bleeding; and a month later, the patient presented with massive upper gastrointestinal bleeding.

**Case Report:** The patient was a 43-year-old woman with a history of laparoscopic cholecystectomy one month before. She presented with complaints of abdominal pain and hematemesis. Gastrointestinal endoscopy showed duodenal bulb erosion, and computed tomography (CT) scan showed evidence in favor of hepatic artery pseudoaneurysm. The patient underwent emergency laparotomy due to hemorrhagic shock. Hematoma and pseudoaneurysm of the right hepatic artery from superior mesenteric artery were seen in the exploration. The exploration of subhepatic hematoma, hepatic artery repair, and abdominal cavity drainage was done. A few days after the operation, the patient was discharged in good general condition, stable vital sign, normal laboratory tests, and PO tolerance. There was no complication in one month follow-up.

**Conclusion:** Vascular injuries are rare complications in patients undergoing cholecystectomy, and its manifestation as UGIB is very rare. Due to its high morbidity and mortality, it should be evaluated and treated as soon as possible.

**Keywords:** Laparoscopic cholecystectomy; Pseudoaneurysm; Hepatic artery; Gastrointestinal hemorrhage

**Citation:** Hemmati H, Haghdoost A, Samidoust P, Heidari Z, Sarrafi M, Ashoubi MT, Jafaryparvar Z. **Massive Upper Gastrointestinal Bleeding; A Rare Manifestation of Complications of Laparoscopic Cholecystectomy.** J Isfahan Med Sch 2022; 39(654): 982-6.

1- Associate Professor, Razi Clinical Research Development Unit, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2- Resident, Razi Clinical Research Development Unit, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3- Assistant Professor, Razi Clinical Research Development Unit, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4- Resident of Vascular Surgery Fellowship, Department of Surgery, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

5- Razi Clinical Research Development Unit, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

**Corresponding Author:** Pirouz Samidoust, Resident, Razi Clinical Research Development Unit, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran; Email: gil.vascular@yahoo.com