

بررسی ارتباط بین جنسیت، سن و محل زندگی با شیوع بیماری کوله سیستیت حاد و مزمن و کارسینوم کیسه صفرا در بیماران کوله سیستکتومی شده در بیمارستان امیرالمومنین زابل در سال 1394

دکتر علیرضا ملک زادگان*، حمید رضائی گزیک**، علیرضا سرگزی**، محمد مهدی سرگزی مقدم**

چکیده:

زمینه و هدف: کوله سیستیت به التهاب کیسه صفرا گفته می‌شود که اغلب به دلیل انسداد مجرای سیستیک به وسیله سنگ ایجاد می‌شود. بیماری‌های کیسه صفرا به صورت سنگ‌های صفراوی یا کارسینوم کیسه صفرا تظاهر پیدا می‌کنند و 10 تا 15 درصد از جمعیت بزرگسالان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. هدف از این مطالعه بررسی شیوع کله سیستیت به صورت حاد، مزمن و کارسینوم کیسه صفرا در افراد مبتلا که تحت عمل جراحی قرار گرفتند، می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر روی بیمارانی که در طول سال 1394 در بیمارستان امیرالمومنین زابل با تشخیص کله سیستیت بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، انجام گرفت. تقسیم‌بندی بیماران در سه گروه کله سیستیت حاد و مزمن و کارسینوم کیسه صفرا بر اساس یافته‌های جراحی و پاتولوژی بیمار براساس سن، جنس و محل زندگی افراد انجام گرفت و داده‌ها توسط آزمون مجذور کای و با استفاده از نرم افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از 271 بیمار بررسی شده در این مطالعه 199 (73/44 درصد) مورد زن و 72 (26/56 درصد) مورد مرد، 131 (48/3 درصد) نفر روستایی و 140 (51/7 درصد) نفر شهرنشین بودند. 39 (51/3 درصد) مورد کله سیستیت مزمن، 124 (45/8 درصد) مورد کله سیستیت حاد و 8 (3 درصد) مورد مبتلا به کارسینوم کیسه صفرا بودند. بالاترین میزان شیوع کله سیستیت در سنین بین 40 تا 50 سالگی (24/7%) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مورد مطالعه میزان کارسینوم کیسه صفرا در زنان بیشتر از مردان است و عمدتاً در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود، بنابراین بررسی پاتولوژیک همه نمونه‌های کوله سیستکتومی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان کیسه صفرا، کله سیستیت، سن، جنسیت

نویسنده پاسخگو: دکتر علیرضا ملک زادگان

تلفن: 0543-2295121

E-mail: malekzadehgan@gmail.com

* استادیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی زابل، بیمارستان امیرالمومنین (ع)

** دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زابل

تاریخ وصول: 1395/11/25

تاریخ پذیرش: 1396/01/15

زمینه و هدف

می‌کنند.¹¹ در این مطالعه بر آن شدیم تا شیوع بیماری کوله سیستیت حاد و مزمن و کارسینوم کیسه صفرا براساس جنسیت، سن و محل زندگی در بیماران کوله سیستکتومی شده در بیمارستان امیرالمومنین (ع) شهر زابل را مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی به صورت گذشته‌نگر بر روی پرونده 287 بیمار که در سال 1394 با تشخیص کوله سیستیت در بیمارستان امیرالمومنین (ع) شهر زابل تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی قرار گرفته بودند، صورت گرفته است. 16 پرونده به دلیل نقص در اطلاعات از مطالعه ما خارج گردید. اطلاعات مربوط به سن، جنس، محل زندگی و نتیجه پاتولوژی از پرونده‌های بیماران استخراج گردید. معیار تقسیم‌بندی بیماران به دو گروه کوله سیستیت حاد و مزمن یافته‌های جراحی و گزارش پاتولوژی بوده است، همچنین معیار اصلی تشخیص سرطان کیسه صفرا، گزارش پاتولوژی بعد از عمل موجود در داخل پرونده بیماران در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS 21 و با استفاده از آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه از میان 271 بیمار 199 نفر مؤنث (72/4%) و 72 نفر (26/6%) مذکر با نسبت مرد به زن 1 به 3/6 مورد بررسی قرار گرفتند. کوله سیستیت مزمن (5/3%)، 139/271) شایعترین تشخیص در این مطالعه بود. همچنین در این مطالعه میزان شیوع کوله سیستیت حاد و مزمن در افراد مؤنث بیشتر از مذکر بود (جدول 1). کارسینوم کیسه صفرا در 6 (3%) بیمار مشاهده شد که 4 مورد آن در میان افراد مؤنث و 2 مورد آن در میان افراد مذکر بوده است. براساس محل زندگی افراد از کل 271 مورد بررسی شده 140 نفر (51/7%) شهرنشین و 131 نفر (48/3%) روستا نشین بودند. بیشترین تعداد کله سیستیت در زندگی شهرنشین و کمترین مقدار آن در زندگی روستایی مشاهده شد (جدول 2).

کوله سیستیت به التهاب کیسه صفرا گفته می‌شود که اغلب به دلیل انسداد مجرای سیستیک به وسیله سنگ ایجاد می‌شود. عوامل خطر برای ایجاد کوله سیستیت شامل افزایش سن، جنسیت مؤنث، چاقی یا کاهش وزن سریع، داروها و بارداری می‌باشد.¹ بیماری‌های کیسه صفرا به صورت سنگ‌های صفراوی یا کارسینوم کیسه صفرا تظاهر پیدا می‌کنند و 10 تا 15 درصد از جمعیت بزرگسالان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. برآورد می‌شود 20 درصد از بزرگسالان با سن بیش از 40 سال و 30 درصد از افراد بالای 70 سال سنگ صفراوی دارند. در سنین باروری نسبت ابتلا زن به مرد 4 به 1 است در حالی که در افراد مسن اختلاف بسیار کمی وجود دارد و این نسبت بسیار به یکدیگر نزدیک می‌باشند.² سنگ‌های صفراوی بر دو نوع علامت دار و بدون علامت تقسیم می‌شوند، سنگ صفراوی علامت‌دار خود را با کولیک صفراوی، کوله سیستیت حاد و مزمن نشان می‌دهد.³ به التهاب حاد کیسه صفرا ثانویه به استاز ایجاد شده به دلیل انسداد مجاری صفراوی به وسیله سنگ کوله سیستیت حاد گفته می‌شود. کوله سیستیت مزمن ناشی از التهاب مزمن کیسه صفرا است که باعث افزایش ضخامت کیسه صفرا می‌شود و زمینه‌ساز کارسینوم کیسه صفرا نیز می‌باشد.⁴ براساس مطالعات انجام شده میزان شیوع کوله سیستیت مزمن بیشتر از کوله سیستیت حاد است و در دو جنس متفاوت است.⁵⁻⁷

التهاب مزمن کیسه صفرا نظیر فیستول کوله سیست به روده و عفونت مزمن ناشی از باسیل تیفوئید با کارسینوم کیسه صفرا ارتباط دارد. کارسینوم کیسه صفرا پنجمین سرطان شایع دستگاه گوارش در سراسر جهان است⁸ و در طی 5 سال دارای میزان بقای کمتر از 5 درصد می‌باشد.⁹ شیوع کارسینوم کیسه صفرا در سراسر جهان متفاوت است، به گونه‌ای که در بعضی از مناطق و اقوام به سطح اپیدمی رسیده است، سرطان کیسه صفرا دارای شیوع بالا در مناطقی همچون شیلی، ژاپن و شمال هند است.⁸ وجود سنگ کیسه صفرا ریسک فاکتور مهم برای سرطان کیسه صفرا در 85 درصد بیماران می‌باشد که میزان کارسینوم کیسه صفرا در میان بیماران دارای سنگ کیسه صفرا 0/3 تا 3 درصد متغیر است.¹⁰ عوامل اقتصادی اجتماعی و فاکتورهای ژنتیکی در بروز این بیماری نقش مهمی ایفا

مطالعات مشابه همخوانی دارد،^{13,12} به اثبات رسیده است که بیماری‌های کیسه صفرا زنان را بیشتر از مردان در سنین میانسالی درگیر می‌کند¹⁴ که در این مطالعه نیز میزان شیوع کوله سیستیت حاد و مزمن در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. میزان شیوع کوله سیستیت مزمن در این مطالعه 51/3 درصد (139/271) است که با نتایج مطالعه Amjad (78%)، Faisal (92/3%) متفاوت می‌باشد، این تفاوت می‌تواند ناشی از حجم نمونه بالای این مطالعات نسبت به مطالعه ما باشد.^{14,15}

کوله سیستیت مزمن با بر اساس نتایج در افراد شهرنشین شیوع کله سیستیت نسبت به روستائین بالاتر است. دلیل این اختلاف می‌تواند به تفاوت میان نوع فعالیت و تغذیه افراد در این دو محیط وابسته باشد، زیرا براساس مطالعات، تنوع رژیم غذایی و فعالیت بدنی افراد از عوامل بروز کله سیستیت می‌باشد.¹⁶ میزان شیوع کارسینوم کیسه صفرا در سراسر جهان به صورت غالب در میان زنان بیشتر از مردان است.¹⁷

جدول 1- نتایج هیستوپاتولوژیک نمونه‌های کیسه صفرا

متغیر	مذکر	مؤنث	جمع
کوله سیستیت مزمن	22 (30/6%)	117 (58/8%)	139 (51/3%)
کوله سیستیت حاد	48 (38/2%)	76 (66/7%)	124 (45/8%)
سرطان کیسه صفرا	2 (2/8%)	6 (3%)	8 (3%)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه 271 بیمار تحت کوله سیستکتومی در طی سال 1394 مورد بررسی قرار گرفتند. محدوده سنی این بیماران 17 تا 79 سال با میانگین سنی $52 \pm 12/87$ سال می‌باشد که بیشترین میزان آن در دهه 5 زندگی (24/7%)، 67/279) رخ داده است و نسبت ابتلای مرد به زن 1 به 3/6 می‌باشد. در جمعیت مورد بررسی میزان شیوع کوله سیستیت تا 60 سالگی افزایش و سپس کاهش می‌یابد. محدوده سنی بیماران مبتلا به کارسینوم کیسه صفرا 44 تا 79 سال با میانگین $55 \pm 11/55$ سال می‌باشد که با نتایج

جدول 2- میزان شیوع کوله سیستیت حاد، مزمن و کارسینوم کیسه صفرا بر اساس سن و جنسیت

متغیر	مذکر		مؤنث		جمع (%)
	کوله سیستیت مزمن (%)	کوله سیستیت حاد (%)	کوله سیستیت مزمن (%)	کوله سیستیت حاد (%)	
محل زندگی					
شهر	12	42	54	26	140 (51/7)
روستا	10	6	63	50	131 (48/3)
سن					
دهه اول	0	0	0	0	0
دهه دوم	1	1	2	0	4 (1/5%)
دهه سوم	4	11	26	4	45 (16/6%)
دهه چهارم	3	16	32	10	61 (22/5%)
دهه پنجم	2	5	13	44	67 (24/7%)
دهه ششم	12	12	30	8	65 (24%)
دهه هفتم و بیشتر	0	3	14	10	29 (10/7%)
جمع	22 (30/6%)	48 (66/7%)	117 (58/8%)	76 (38/2%)	271
		72 (26/56%)		199 (73/44%)	

بیشتر کارسینوماهای کیسه صفرا در اقدامات قبل از عمل جراحی نظیر سونوگرافی و در هنگام جراحی تشخیص داده نمی‌شوند و مشاهده تغییرات ماکروسکوپی در طی عمل جراحی به تنهایی نمی‌تواند معیاری برای نمونه‌برداری از کیسه صفرا و بررسی پاتولوژیک آن باشد.²¹ با توجه به این موضوع بررسی هیستوپاتولوژیک بر روی تمامی نمونه‌های کوله سیستکتومی ضروری به نظر می‌رسد.

میزان شیوع بدخیمی کیسه صفرا در این مطالعه 2/8 درصد است که نسبت به مطالعات مشابه با میزان شیوع 6/9 تا 12 درصد به طور قابل توجهی کمتر است.¹⁸⁻²¹ بدخیمی کیسه صفرا در زنان کشورهای شیلی، پاکستان، ژاپن و شمال هند شیوع بالایی دارد. اغلب کارسینوم کیسه صفرا در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود در حالی که تشخیص کارسینوم کیسه صفرا در مراحل ابتدایی با میزان بقاء 90 تا 100 درصد در طی 5 سال همراهی دارد.²²

Abstract:**Investigation of Relationship between Gender, Age and Living Place with Outbreak of Acute and Chronic Cholecystectomy and Gall Bladder Carcinoma in Amiralmomenin Hospital of Zabol in 1394**

Malekzadegan A. R. MD^{}, Rezaie Ghazik H.^{**}, Sargazi A. R.^{**}, Sargazi M. M.^{**}*

(Received: 13 Feb 2017 Accepted: 4 April 2017)

Introduction & Objective: Cholecystitis is one the most common disease in gastrointestinal tract which can be presented as acute or chronic cholecystitis. Several environmental, pathological and physiological factors cause this disease .On the other hand gall bladder carcinoma 2-4 percent of gastrointestinal tract malignancies included, that prevalence in 1 to 2 percent of patients who have cholecystectomy. The outbreak and epidemiologic features of chilecystitis has changed clue to revolutionized style of living. The purpose of this study was to investigation of prevalence of acute, chronic of this disease and gall bladder carcinoma and relation with envirement and physiological parameter patient who have cholecystitis.

Materials & Methods: The patient who operated of cholecystectomy in 1394 in Amiralmomenin Hospital of Zabol with diagnosis of cholecystectomy were selected and assessed. The patient were divided into acute, chronic and gallbladder carcinoma groups based on their surgical and pathological finding and patient information records. The data analyzed by using SPSS.

Results: 271 patients in the study were evaluated 199 (73.4%) patients were women and 72 (26.6%) patients were men and also 131 (48.3%) patients were living in the villages while 140 (51.7%) patient were living in the city. 142 (52.4%) patients were chronic cholecystitis and 129 (47.6%) patients were acute cholecystitis and 8 patients were gall bladder carcinoma. Gallbladder carcinoma was higher in women (60%). The highest incidence of the gall bladder carcinoma were between 40-50 years (24.7%). The Prevalence of cholecystitis were significant relationship with sex and age.

Conclusions: According to this study age, sex and living place is effective in present of cholecystitis (acute, chronic, gallbladder carcinoma).This could be related to hormonal differences personal activity due to the diversity of urban and rural life. In the most patient of gall bladder carcinoma, carcinoma occurs with manifestation of gall stone. So maybe prophylactic cholecystectomy be useful for chronic gall stone.

Key Words: Gall Bladder Carcinoma, Cholecystitis, Age, Sex

* *Assistant Professor of Thoracic Surgery, Zabol University of Medical Sciences and Health Services, Amir-al-Momenin Hospital, Zabol, Iran*

** *Medical Student, Student Research Committee, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran*

References:

1. Huffman JL, Schenker S. Acute acalculous cholecystitis: a review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2010; 8(1): 15-22.
2. Vogt DP. Gallbladder disease: an update on diagnosis and treatment. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2002; 69(12): 977-84.
3. Brunicaardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock RE. *Schwartz's principles of surgery: McGraw-Hill Professional*; 2004.
4. Gutkin E, Hussain SA, Kim SH. The Successful Treatment of Chronic Cholecystitis with SpyGlass Cholangioscopy-Assisted Gallbladder Drainage and Irrigation through Self-Expandable Metal Stents. *Gut and liver*. 2012; 6(1): 136.
5. Jonnalagadda S. Endoscopic therapy of acute cholecystitis. *Techniques in gastrointestinal Endoscopy*. 2009; 11(1): 13-8.
6. Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, Verlato G, Di Pietrantonj C, De Manzoni G, et al. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surgical endoscopy*. 2008; 22(1): 8-15.
7. Bergman S, Sourial N, Vedel I, Hanna WC, Fraser SA, Newman D, et al. Gallstone disease in the elderly: are older patients managed differently? *Surgical endoscopy*. 2011; 25(1): 55-61.
8. Shenghong Z. Thirty cases of chronic cholecystitis treated by acupuncture and oral administration of da chai hu tang. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2008; 28(3): 173-4.
9. Mulholland M, Lillemoe K, Doherty G, Maier R, Simeone D. *Upchurch GR Greenfields Surgery: Scientific Principles & Practice*. Michigan: Lippincott Williams; 2010.
10. Hashemi F, Alamdar S. Correlation between Helicobacter Pylori and Chronic Cholecystitis in Gallbladder Specimens. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2003; 9(31): 623-7.
11. Gharaibeh KI, Ammari F, Al-Heiss H, Al-Jaberi TM, Qasaimh GR, Bani-Hani K, et al. Laparoscopic cholecystectomy for gallstones: a comparison of outcome between acute and chronic cholecystitis. *Annals of Saudi medicine*. 2001; 21(5/6): 312-6.
12. Hussain MI, Khan A-FA. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute and chronic cholecystitis. *Saudi medical journal*. 2006; 27(5): 657-60.
13. Derakhshanfar A, Niayesh A, GHASEMI FM, HOMAIEI J. Assessment of the frequency of complications due to laparoscopic cholecystectomy at Hamedan hospitals (1997-2005). 2008.
14. Agah S, Fereshtehnejad S, Neshat R. Assessment of the Prevalence of Gallstone in Ultrasonography of Gallbladder and Biliary Duct among Hospitalized Patients in. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2008; 14(57): 7-13.
15. Schirmer B, Hallowell P. *Maingot's abdominal operations*. 2013.
16. Heaton K, Braddon F, Mountford R, Hughes A, Emmett P. Symptomatic and silent gall stones in the community. *Gut*. 1991; 32(3): 316-20.
17. Piehler J, Crichlow RW. Primary carcinoma of the gallbladder. *Surgery, gynecology & obstetrics*. 1978; 147(6): 929-42.
18. Paraskevopoulos JA, Dennison A, Ross B, Johnson AG. Primary carcinoma of the gallbladder: a 10-year experience. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1992; 74(3): 222.
19. Voyles CR, Smadja C, Shands WC, Blumgart LH. Carcinoma in choledochal cysts: age-related incidence. *Archives of Surgery*. 1983; 118(8): 986-8.
20. Zou S, Zhang L. Relative risk factors analysis of 3,922 cases of gallbladder cancer. *Zhonghua wai ke za zhi [Chinese journal of surgery]*. 2000; 38(11): 805-8.
21. Habib FA, Kolachalam RB, Khilnani R, Preventza O, Mittal VK. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of gangrenous cholecystitis. *The American journal of surgery*. 2001; 181(1): 71-5.
22. Vitetta L, Sali A, Little P, Mrazek L. Gallstones and gall bladder carcinoma. *Australian and New Zealand journal of surgery*. 2000; 70(9): 667-73.
23. Dorostan N, Paziari F, Mirrokni M. Evaluation of Relationship between Complications of Cholecystitis and Gender based on Findings during Laparoscopic Cholecystectomy in Educational Hospitals of Ahvaz. *Scientific Medical Journal/Majalleh Elmi Peseshki Daneshgahe Elome Pezeshki Ahwaz*. 2011.
24. Lee H, Han HS, Min S, Lee JH. Sex-based analysis of the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *British journal of surgery*. 2005; 92(4): 463-6.
25. Rodríguez-Sanjuán JC, Arruabarrena A, Sánchez-Moreno L, González-Sánchez F, Herrera LA, Gómez-Fleitas M. Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystostomy or emergency cholecystectomy? *The American Journal of Surgery*. 2012; 204(1): 54-9.
26. Wudel LJ, Wright JK, Debelak JP, Allos TM, Shyr Y, Chapman WC. Prevention of gallstone formation in morbidly obese patients undergoing rapid weight loss: results of a randomized controlled pilot study. *Journal of Surgical Research*. 2002; 102(1): 50-6.
27. Gürleyik G, Gürleyik E, Öztürk A, Ünal miser S. Gallbladder carcinoma associated with gallstones. *Acta Chirurgica Belgica*. 2002; 102(3): 203-6.