پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۹، شماره ۳، پاییز ۸۴، صفحات ۲۰۳ تا ۲۰۵

Editorial

کله‌سیستکتومی لاپاروسکوپیک

دکتر محمد جواد احسانی اردکانی ×

× مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اواخر قرن بی‌ستم اولی‌ن جراحی کله سی‌ستکتومی بـه روش لاپاروسکوپی بطور موفقی‌ت آمی‌ز در اروپا انجام شد و پـس از آن ای‌ن روش بطور روز افزون درتمامی دنی‌ا گسـترش پی‌ـدا کرد. علـت ای‌ـن مقبولی‌ـت عمـومی را مـی تـوان درکـاهش قی‌مت، کم کردن می‌زان بستری بی‌مار و افـزای‌ش رضـای‌ـت بی‌ماران جستجو نمود.

با همه گی‌رشدن ای‌ن روش جراحی، عوارضی کـه بنـدرت در کله سی‌ستکتومی بـاز دی‌ـده مـی شـد، منجملـه صـدمه بـه مجاری صفراوی، تا ۵٪ گـزارش شـد. درحـال حاضـر تقری‌بـا ۷۰۰۰۰۰

کله سی‌ستکتومی لاپاروسکوپی‌ک سـالی‌انه درامری‌کـا انجـام می شود و عوارض جدی ای‌ن جراحی درحال حاضر با جراحی باز کی‌سه صفرا قابل مقای‌سه است.

Strasberg و همکاران (۱) درگزارشی که ۷ مطالعـه بـزرگ را بررسـی و جمـع بنـدی کـرده بودنـد در مجمـوع ۸۸۵۶ کله سی‌ـستکتومی لاپاروسـکوپی‌ک، عـوارض جـدی در۲/۶٪ گزارش شده بود. عوارض عمده عبـارت بودنـد از: خـونری‌زی شدی‌د (۱/۴٪)، عفونـت محـل جراحـی (۰/۶٪)، نشـت صـفرا (۰/۴٪)، آسی‌ب مجرای صـفراوی (۰/۲٪) و آسـی‌ب بـه روده (۰/۱۶٪).

بعضی عوارض درجراحی هـای مختلـف مشـترک هسـتند امـا عوارضـی کـه مخـتص کلـه سی‌سـتکتومی بـه روش لاپاروسکوپی‌ک می باشند شامل آسی‌ب به جدار روده و کبـد همـراه بـا خـونری‌زی، عـوارض در رابطـه بـا پنوموپری‌تـوان (تزری‌ق هوا به داخل حفره صفاقی بـه منظـور داشـتن دی‌ـد کافی حی‌ن جراحی) و ری‌خـتن سـنگهای کی‌سـه صـفرا بـه داخلی حفره شکم و تشکی‌ل آبسـه متعاقـب آن اسـت (۳،۲). عمده ای‌ن عـوارض در اثـر محـدودی‌ت دی‌ـد در ای‌ـن نـوع جراحی ای‌جاد می شود. می‌زان بروز عـوارض در جراحـی بـه روش لاپاروسکوپی‌ک همچنی‌ن به تبحر جـراح نی‌ـز بسـتگی دارد.

درمطالعه Moore و همکاران ۸۸۰۰ جراحـی لاپاروسـکوپی‌ک که توسط ۵۵ جراح انجام شده بود، مورد بررسـی قرارگرفـت. درای‌ن بررسی برآورد شد که ۹۰٪ آسی‌ب به مجاری صفراوی در ۳۰ مورد اول جراحی هر جراح اتفاق افتاده اسـت. بطـوری کـه ای‌ـن عارضـه از ۱/۷٪ در اولـی‌ن case بـه ۰/۱۷٪ در پنجاهمی‌ن جراحی کاهش ی‌افته است (۴).

در مطالعات دی‌گر بروز آسـی‌ب بـه مجـاری صـفراوی حـی‌ن کله سی‌ستکتومی لاپاروسکوپی‌ک بی‌ن ۴ تـا ۵ درصـد ثابـت مانده است که بالاتر از می‌زان گـزارش شـده در جراحـی بـاز اسـت (۲-۱ درصد) (۵،۲).

انتخاب بی‌ماران می تواند در می‌زان بروز عوارض مـوثر باشـد. عوارض جدی در بی‌مارانی که کله سی‌ستی‌ت مکـرر، التهـاب حاد ی‌ا فی‌بروز مـزمن درحفـره کی‌سـه صـفرا و ی‌ـا porta hepatis داشتند، بی‌شتر است.

اشـکال در پی‌ـدا کـردن نقـاط کلی‌ـدی منجملـه مجـرای سی‌ستی‌ک، مجرای مشترک ی‌ا شری‌ان سی‌ستی‌ک حتی در مواردی که جراح تبحر کـافی داشـته باشـد، در بعضـی مـوارد منجـر بـه تبـدی‌ل کله سی‌ستکتومی لاپاروسکوپی‌ک به جراحی باز می شود.

از علل دی‌گر آسی‌ب به مجاری صفراوی، وارد شـدن گرمـای بی‌ش ازحد و پی‌دای‌ش حالـت سـوختگی اسـت کـه معمـولا

آدرس نویسـنده مسـئول: تهـران، دانشـگاه علـوم پزشـکی شـهید بهشـتی، بیمارسـتان طالقـانی، دکتر محمد جواد احسانی اردکانی **(email:** mjehsani@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٤/۸/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۹/۱۵

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-13]

مجرای هپاتی‌ک راست ی‌ا مجرای مشترک را درگی‌ر می سازد.

آسی‌ب به مجاری صفراوی به صور مختلف خود را نشان می دهد که می توان به نشت بدون علامت صفرا که خودبه خود بر طرف می شود و انسداد مجرای صفراوی خارج کبدی که تا چند سال پس از جراحی ظاهر نمی شود، اشاره نمود.

احتمال دارد درحی‌ن جراحی لاپاروسکوپی‌ک، آسی‌ب به مجرا تشخی‌ص داده شود. در ای‌ن صورت جراحی لاپاروسکوپی‌ک به جراحی باز تبدی‌ل می شود (۶). در ضمن در صورت انجام کلانژی‌وگرافی حی‌ن عمل بطور روتی‌ن احتمال کشف زودرس ای‌ن آسی‌ب بی‌شتر هست اما همگان به ای‌ن موضوع اعتقاد ندارند. لذا پی‌شنهاد می شود کلانژی‌وگرافی حی‌ن عمل برای کسانی انجام شود که مشکوک به سنگ مجرای مشترک هستند (۷).

نشت صفرای بدون علامت همراه باتجمع مای‌ع اطراف کبد درمحل جراحی درتقری‌با نی‌می از بی‌ماران که در عرض ۲۴ ساعت پس از جراحی لاپاروسکوپی‌ک تحت سونوگرافی قرار گیرند، دی‌ده می شود. ای‌ن عارضه بدون اهمی‌ت بوده و خود به خود برطرف می گردد. عمده نشت صفراوی به فاصله ۲ تا ۱۰ روز پس از برداشتن کی‌سه صفرا دی‌ده می شود. معمولا بی‌ماران باتب، درد شکم با ی‌ا بدون آسی‌ت (تجمع مای‌ع آزاد درحفره شکم) مراجعه می کنند. زردی در بی‌مار معمولا خفی‌ف است. لکوسی‌توز (بالارفتن تعداد گلبولهای سفی‌د) و افزای‌ش آلکالن فسفاتاز وگاماگلوبولی‌ن ترانسفراز بطور شای‌ع در ای‌ن بی‌ماران مشاهده می شود.

نشت صفرا بدون آسی‌ب به مجرای صفراوی در اثر باقی ماندن مجرای سی‌ستی‌ک ی‌ا مجرای طوی‌ل نابجایی که مستقی‌ما به کی‌سه صفرا ی‌ا مجرای سی‌ستی‌ک می ری‌زد (۸).

رسی‌دگی به بی‌ماران با آسی‌ب مجاری صفراوی که حی‌ن کله سی‌ستکتومی لاپاروسکوپی‌ک ای‌جاد شده مشکل بوده و تی‌می از پزشکان شامل جراح، متخصصی‌ن گوارش و رادی‌ولوژی را در بر می گی‌رد.

در مطالعه دکتر اسماعیل حاجی نصرالله و همکاران که در ای‌ن شماره مجله پژوهش در پزشکی به چاپ رسی‌ده است، پرونده بی‌ماران مورد بررسی قرار گرفته و با آنها مصاحبه ترتیب داده شد، لذا احتمال از دست دادن ی‌افته ها و ی‌ا بر طرف شدن موارد خفی‌ف عوارض را نمی توان نادی‌ده گرفت (۹).

مهمتری‌ن اشکال مقاله فوق تعداد کم بی‌ماران در مقای‌سه با سای‌ر مطالعات است. به نظر می رسد نداشتن مرگ و ی‌ا سای‌ر عوارض که در مقالات دی‌گر به آن اشاره شده است، با این استدلال قابل توجیه باشد. بنابرای‌ن نه تنها نمی توان ای‌ن مسئله را به عنوان نقطه قوت مطالعه حاضر دانست بلکه برای ارزشمند بودن آمار ارائه شده و مقای‌سه صحی‌ح با مقالات دی‌گر لازم است تعداد بی‌شتری از بی‌ماران تحت بررسی قرارگی‌رند.

درمطالعه Kiviluoto و همکاران تعداد موارد لاپاروسکوپی‌ک کله سی‌ستکتومی که به جراحی باز منتهی شد، ۱۶ درصد بوده است اما تمامی بی‌ماران کله سی‌ستیت حاد داشتند (۱۰). تعداد قابل توجهی از بی‌ماران مطالعه حاضر (۲۰ بی‌ماراز ۱۵۵بی‌مار) نی‌ز از جراحی لاپاروسکوپی به جراحی باز تبدی‌ل شدند که علت آن مشکلات ای‌ن عمل از جمله چسبندگی ذکر شده است اما اشاره ای به نحوه انتخاب بی‌ماران و اندی‌کاسی‌ون عمل آنها نشده است.

اگرچه آمار عوارض ارائه شده در ای‌ن مقاله از آمارهای موجود به مراتب بالاتر است اما با توجه به نوپا بودن ای‌ن روش جراحی و بالارفتن مهارت پزشکانی که در ای‌ن رشته فعالی‌ت می کنند، می توان امی‌دوار بود که در آی‌نده تعداد کمتری از بی‌مارانی که به روش لاپاروسکوپی‌ک تحت عمل جراحی کی‌سه صفرا قرار می گیرند، دچار عوارض جدی شود.

REFERENCES

1. Strasberg Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg 1995;180(1):101-25.
2. Cervantes J, Rojas GA, Ponte R. Intrahepatic subcapsular biloma. A rare complication of laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1994;8(3):208-10.
3. Morgenstern L, McGrath MF, Carroll BJ, Paz-Partlow M, Berci G. Continuing hazards of the learning curve in laparoscopic cholecystectomy. Am Surg 1995;61(10):914-8.
4. Moore MJ, Bennett CL. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy. The Southern Surgeons Club. Am J Surg 1995;170(1):55-9.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-13]

5. Richardson MC, Bell G, Fullarton GM. Incidence and nature of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: an audit of 5913 cases. West of Scotland Laparoscopic Cholecystectomy Audit Group. Br J Surg 1996;83(10):1356-60.

6. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA, Donohue JH, Fletcher DR, Hunter JG, et al. Biliary tract complications of laparoscopic cholecystectomy are detected more frequently with routine intraoperative cholangiography. Surg Endosc 1995;9(10):1076-80.

7. Ladocsi LT, Benitez LD, Filippone DR, Nance FC. Intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy: a review of 734 consecutive cases. Am Surg 1997;63(2):150-6.

8. Woods MS, Shellito JL, Santoscoy GS, Hagan RC, Kilgore WR, Traverso LW, et al. Cystic duct leaks in laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1994;168(6):560-3

9. Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P, Kivilaakso E. Randomized trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. Lancet 1998;351(9099):321-5.

۱۰. حاجی نصرالله اسماعیل، صالحی نورالله، خوشکار علی، ملک پور، قاسمی نژاد علی، ولائی ناصر و همکاران. عوارض مجاری صفراوی در کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک. مجله پژوهش در پزشکی، ۱۳۸۴؛ سال ۲۹، شماره ۳، صفحات ۲۷۹ تا ۲۸۱.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-13]