

کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک

دکتر محمد جواد احسانی اردکانی ×

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

کافی حین جراحی) و ریختن سنگهای کیسه صفرا به داخلی حفره شکم و تشکیل آبسه متعاقب آن است (۳،۲). عمده این عوارض در اثر محدودیت دید در این نوع جراحی ایجاد می شود. میزان بروز عوارض در جراحی به روش لاپاروسکوپیک همچنان به تبحر جراح نیز بستگی دارد.

در مطالعه Moore و همکاران ۸۸۰۰ جراحی لاپاروسکوپیک که توسط ۵۵ جراح انجام شده بود، مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی برآورد شد که ۹۰٪ آسیب به مجاری صفراوی در ۳۰ مورد اول جراحی هر جراح اتفاق افتاده است. بطوری که این عارضه از ۱۱٪ در اولین case به ۱۷٪ در پنجاهمین جراحی کاهش یافته است (۴).

در مطالعات دیگر بروز آسیب به مجاری صفراوی حین کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک بین ۴ تا ۵ درصد ثابت مانده است که بالاتر از میزان گزارش شده در جراحی باز است (۲-۱ درصد) (۵،۲).

انتخاب بیماران می تواند در میزان بروز عوارض موثر باشد. عوارض جدی در بیمارانی که کله سیستیت مکرر، التهاب حاد یا فیبروز مزمن در حفره کیسه صفرا و یا porta hepatis داشتند، بیشتر است.

اشکال در پیدا کردن نقاط کلییدی منجمله مجرای سیستیک، مجرای مشترک یا شریان سیستیک حتی در مواردی که جراح تبحر کافی داشته باشد، در بعضی موارد منجر به آسیب به سیستکتومی لاپاروسکوپیک به جراحی باز می شود.

از علل دیگر آسیب به مجاری صفراوی، وارد شدن گرمای بیس از حد و پیدایش حالت سوختگی است که معمولا

اواخر قرن بیستم اولین جراحی کله سیستکتومی به روش لاپاروسکوپیک بطور موفقیت آمیز در اروپا انجام شد و پس از آن این روش بطور روز افزون در تمامی دنیا گسترش پیدا کرد. علت این مقبولیت عمومی را می توان در کاهش قیمت، کم کردن میزان بستری بیمار و افزایش رضایت بیماران جستجو نمود.

با همه گیر شدن این روش جراحی، عوارضی که بندرت در کله سیستکتومی باز دیده می شد، منجمله صدمه به مجاری صفراوی، تا ۵٪ گزارش شد. در حال حاضر تقریباً ۷۰۰۰۰

کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک سالیانه در امریکا انجام می شود و عوارض جدی این جراحی در حال حاضر با جراحی باز کیسه صفرا قابل مقایسه است.

Strasberg و همکاران (۱) در گزارشی که ۷ مطالعه بزرگ را بررسی و جمع بندی کرده بودند در مجموع ۸۸۵۶ کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک، عوارض جدی در ۲/۶٪ گزارش شده بود. عوارض عمده عبارت بودند از: خونریزی شدیدی (۱/۴٪)، عفونت محل جراحی (۰/۶٪)، نشت صفرا (۰/۴٪)، آسیب مجرای صفراوی (۰/۲٪) و آسیب به روده (۰/۱۶٪).

بعضی عوارض در جراحی های مختلف مشترک هستند اما عوارضی که مختص کله سیستکتومی به روش لاپاروسکوپیک می باشند شامل آسیب به جدار روده و کبد همراه با خونریزی، عوارض در رابطه با پنوموپیری توان (تیزی هوا به داخل حفره صفاقی به منظور داشتن دید

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طالقانی،

دکتر محمد جواد احسانی اردکانی (email: mjehsani@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۸/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۹/۱۵

تی‌می از پزشکان شامل جراح، متخصصین گوارش و رادیولوژی را در بر می‌گیرد.

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 بی‌افته‌ها و بی‌ا بر طرف شدن موارد خفیف عوارض را نمی‌توان نادیده گرفت (۹).

مهمترین اشکال مقاله فوق تعداد کم بی‌ماران در مقایسه با سایر مطالعات است. به نظر می‌رسد نداشتن مرگ و بی‌سایر عوارض که در مقالات دی‌گر به آن اشاره شده است، با این استدلال قابل توجیه باشد. بنابراین نه تنها نمی‌توان 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 قرار گیرند.

در مطالعه 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 ۱۵۵ بی‌مار) نیز از جراحی لاپاروسکوپیک به جراحی باز تبدیل شدند که علت آن مشکلات بی‌ا 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 بی‌ا روش جراحی و بالارفتن مهارت پزشکانی که در این رشته فعالیت می‌کنند، می‌توان امیدوار بود که در آینده تعداد کمتری از بی‌مارانی که به روش لاپاروسکوپیک تحت عمل جراحی کی‌سه صفرا قرار می‌گیرند، دچار عوارض جدی شود.

مجرای هیاتیک راست بی‌ا مجرای مشترک را درگی‌ر می‌سازد.

آسیب به مجاری صفراوی به صور مختلف خود را نشان می‌دهد که می‌توان به نشت بدون علامت صفرا که خودبه‌خود بر طرف می‌شود و انسداد مجرای صفراوی خارج کبدی که تا چند سال پس از جراحی ظاهر نمی‌شود، اشاره نمود.

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

نشت صفرای بدون علامت همراه با تجمع مایع اطراف کبد درمحل جراحی درتقریباً بی‌نی‌می از بی‌ماران که در عرض ۲۴ ساعت پس از جراحی لاپاروسکوپیک تحت سونوگرافی قرار گیرند، دیده می‌شود. این عارضه بدون اهمیت بوده و خود به خود برطرف می‌گردد. عمده نشت صفراوی به فاصله ۲ تا ۱۰ روز پس از برداشتن کی‌سه صفرا دیده می‌شود. معمولاً بی‌ماران باتب، درد شکم با بی‌ا بدون آسیبت (تجمع مایع آزاد درحفره شکم) مراجعه می‌کنند. زردی در بی‌مار معمولاً خفیف است. لکوسی‌توز (بالارفتن تعداد گلبولهای سفید) و افزایش آلکالن فسفاتاز و گاماگلوبولین ترانسفراز بطور شایع در بی‌ماران مشاهده می‌شود.

نشت صفرا بدون آسیب به مجرای صفراوی در اثر باقی ماندن مجرای سیستیک بی‌ا مجرای طویل نابجایی که مستقیماً به کی‌سه صفرا بی‌ا مجرای سیستیک می‌ریزد (۸).

رسی‌دگی به بی‌ماران با آسیب مجاری صفراوی که حین کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک ایجاد شده مشکل بوده و

REFERENCES

1. 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.

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، ولانی ناصر و همکاران. عوارض مجاری صفراوی در کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک. مجله پژوهش در پزشکی، ۱۳۸۴؛ سال ۲۹، شماره ۳، صفحات ۲۷۹ تا ۲۸۱.