پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۹، شماره ۳، پاییز ۸۴، صفحات ۲۶۷ تا ۲۶۹

Original Article

عوارض مجاری صفراوی در کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک

دکتر اسماعیل حاجی نصرالله، دکتر نورالله صالحی، دکتر علی خوشکار،
دکتر ملک پور، دکتر علی قاسمی نژاد، ناصر ولائی، دکتر محسن حجتی×

× گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *متعاقب گسترش جهانی کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک از سال ۱۹۹۰، در مورد عوارض و مرگ و میر این عمل بحثهای طولانی صورت گرفته است. افزایش ضایعات مجاری صفراوی و تنگی‌های مجاری صفراوی در مقایسه با کله‌سیستکتومی باز از عوارض انجام این عمل از طریق لاپاراسکوپیک می‌باشد.*

روش بررسی: *در یک بررسی توصیفی با استفاده از مطالعه پرونده بیماران و معاینه بالینی آنها پس از عمل و مصاحبه تلفنی تا یک سال بعد از عمل، عوارض این روش جراحی بررسی شد.*

یافته‌ها: *در ۱۵۵ نفر از بیماران که با روش کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک تحت عمل قرار گرفته بودند، ۴ نفر (۳/۸٪) دچار صدمه مجاری صفراوی شده که نیاز به لاپاراتومی و اعمال ترمیمی پیدا کردند.*

نتیجه‌گیری: *کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک روش جراحی با مرگ و میر پایین است ولی ضایعات مجاری صفراوی هنوز یک مشکل عمده به حساب می‌آید. برای جلوگیری از این گونه ضایعات، شناخت آناتومیک حین عمل جراحی یکی از نکات مهم است.*

واژگان کلیدی: *کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک، عوارض، ضایعات مجاری صفراوی.*

مقدمه

کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک روش جراحی مؤثر و قابل قبول در تمام دنیا است که در بیماران دارای سنگ کیسه صفرا و کله‌سیستیت حاد انجام می‌شود. بعد از گسترش جهانی این روش از سال ۱۹۹۰، در مورد عوارض و مورتالیته آن بحثهای طولانی صورت گرفته است. افزایش ضایعات مجاری صفراوی و تنگی‌های مجاری صفراوی از عوارض کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک می‌باشد (۱).

انجام کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک باعث کاهش مدت بستری بیماران، کاهش درد و کاهش احتمال فتق انسزیونال و برگشت زودتر بیماران به کار شده ولی در مجموع تأثیری در مورتالیته و موربیدیته بعد از عمل ندارد (۲). صدمات مجاری خارج کبدی عارضه خطرناک و حتی کشنده‌ای در کله‌سیستکتومی بدون ملاحظه نوع عمل (باز یا لاپاراسکوپی) به حساب می‌آید (۳). در ابتدا شواهد نامعینی وجود داشت که شیوع این عارضه را مستقیماً مربوط به آموزش و تجربه جراح در انجام کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک می‌دانست. ولی افزایش شیوع صدمات مجاری صفراوی در مراکزی که آموزش و تجربه فراوانی نیز داشتند، این مسئله را زیر سؤال برده است. شیوع صدمات مجاری صفراوی در کله‌سیستکتومی باز ۰/۱ تا ۰/۳٪ می‌باشد. در کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک این رقم به ۰/۴ تا ۰/۶٪ می‌رسد (۴). با وجود افزایش امیدواری در خصوص کاهش این صدمات در کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک، متأسفانه شیوع این گونه صدمات ثابت و حتی افزایش نیز یافته است (۵،۶).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان، دکتر اسماعیل حاجی نصرالله (**email**: esmaeil@sbmu.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۳/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۶/۲۶

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی با استفاده از پرونده بیماران بستری در بیمارستان لقمان حکیم برای عمل جراحی کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک صورت گرفت. در فاصله سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱، ۱۵۵ بیمار در این بیمارستان تحت عمل جراحی کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته بودند. به کمک معاینه بالینی کلیه عوارض بالینی حین عمل و یک سال بعد از عمل ثبت و مورد مطالعه قرار گرفت.

یافته‌ها

در مدت ۴ سال، ۱۵۵ بیمار تحت عمل کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفتند. در ۲۰ بیمار بعلت یافته‌های غیرمعمول همانند التهاب شدید، چسبندگی فراوان و آنومالی آناتومیک عمل جراحی به عمل باز تبدیل شد و از مطالعه خارج شدند. در بقیه عمل کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپی با موفقیت به اتمام رسیده بود. تعداد ۱۱۰ نفر از بیماران مؤنث (۷۸٪) و ۲۵ نفر مذکر (۲۲٪) بودند. سن بیماران بین ۲۲ تا ۷۵ سال با میانگین ۳۹ سال بود.

۶ نفر (۴/۴٪) دچار عارضه بزرگ شدند و نیاز به لاپاراتومی داشتند که از این تعداد ۲ نفر بعلت خونریزی از بسترکبد و باز شدن شریان سیستیک احتیاج به لاپاراتومی در ۲۴ ساعت بعد از عمل اول پیدا کردند. در ۲ بیمار نیز (۲/۲٪) صدمه مجرای کلدوک وجود داشت که این ضایعات شامل قطع ناقص و کامل کلدوک بود که در حین عمل جراحی و روز بعد از عمل تشخیص داده شد و عمل ترمیمی هپاتیکوژوژنوستومی Roux-en-Y انجام شد. یکی از بیماران دچار باز شدگی مجرای سیستیک شده که ۲۴ ساعت بعد از عمل اول تحت درناژ با لوله T شکل قرار گرفت. یکی از بیماران بعلت تنگی مجرای کلدوک ۲ ماه بعد از عمل اول توسط ای.آر.سی.پی تشخیص داده شد و تحت عمل ترمیم مجرای کلدوک بر روی لوله T شکل قرار گرفت. اعمال جراحی ترمیمی ضایعات مجاری صفراوی بیماران موفقیت آمیز بود و مرگ و میر در بیماران گزارش نشد.

بحث

کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک در حال حاضر روش استاندارد جراحی در بیماران دارای سنگ کیسه صفرا و کله‌سیستیت حاد و مزمن می‌باشد. این روش علاوه بر کاهش درد بعد از عمل و روزهای بستری بیماران در مقایسه با عمل جراحی باز، از مورتالیته کمتری نیز برخوردار می‌باشد (۳،۷،۸). در یک مطالعه در چین بر روی ۳۹۲۳۸ بیمار که با این روش تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، مورتالیته ۰/۰۴٪ مشاهده شد. در گروه بیماران ما مورتالیته گزارش نشد. صدمه عروق بزرگ شکم که مهمترین عارضه کشنده این روش می‌باشد در ۰/۲۵٪ موارد بیماران و ضایعه روده باریک در ۰/۱۴٪ (۴) گزارش شده است. در بیماران ما هیچ کدام از این عوارض مشاهده نشد. شاید اولین دلیل بر علیه انجام کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک به صورت استاندارد در بیماران دارای سنگ کیسه صفرا، صدمات مجاری صفراوی است که در مقایسه با عمل باز می‌تواند توجهات بیشتری را نیاز داشته باشد (۹).

حدود ۲۵٪ ضایعات مجاری صفراوی را هنگام عمل به علت نشت صفرا یا کلانژیوگرام غیرطبیعی می‌توان تشخیص داد. بیماران با نشست صفرا از مجرای سیستیک یا قطع مجرای هپاتیک راست یا صدمه به کلدوک در مدت یک هفته بعد از کله‌سیستکتومی با درد، تب، پریتونیت صفراوی و یا نشت صفرا از محل درن و محل عمل جراحی تشخیصی داده می‌شوند. (۱۰،۸). در گروه بیماران ما که دو نفر قطع کامل کلدوک، یک نفر تنگی کلدوک و یک نفر نشت سیستیک وجود داشت، تمام بیماران زن، دارای کله‌سیستیت مزمن با چندین بار حملات حاد بودند. قطع کامل کلدوک در حین عمل تشخیص داده شد و تنگی کلدوک و نشت از مجرای سیستیک بعد از عمل تشخیص داده شد. در ۲۰ مورد بیماری که بلافاصله بعد از مشاهده مشکلات آناتومی تبدیل به عمل باز شدند هیچ گونه عارضه مجاری صفراوی مشاهده نشد.

میزان عارضه مجاری صفراوی در مطالعه ما ۳/۸٪ مشاهده شد. در دیگر مطالعه ضایعات مجرای صفراوی بین ۰/۳ تا ۱۰٪ (۸،۷،۳) گزارش شده است.

دستورالعملهایی برای مشخص کردن بهتر آناتومی و جلوگیری از این عارضه توصیه شده است که عبارتند از: استفاده از لنز ۳۰ درجه، کشش محکم سفالیک فوندوس کیسه صفرا، کشش جانبی کیسه صفرا، شروع دیسکسیون مجرای سیستیک در اینفاندیبولوم و همچنین تبدیل کردن بدون واهمه عمل لاپاراسکوپی به عمل باز در مواقعی که از نظر آناتومی تسلط بر عمل وجود ندارد (۱۱). برای تبدیل عمل لاپاراسکوپی به عمل باز اگر چه تعداد زیادی از عوامل ایجادکننده این ضایعه مثل وجود بیمار با جنس مذکر و سنگهای صفراوی عارضه‌دار و آناتومی غیر معمول شناسائی شده‌اند، ولی شناسائی این عوامل تا قبل از عمل جراحی مشکل است. تبدیل کردن عمل

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

لاپاراسکوپی به عمل باز یک کار عاقلانه در موارد شک آناتومی است و به عنوان عارضه تلقی نمی‌شود (۲).
یافته‌ها نشان می‌دهد کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک عمل بدون مورتالیته است ولی ضایعات مجاری صفراوی هنوز یک مشکل عمده محسوب می‌شود. برای جلوگیری از این گونه ضایعات، شناخت آناتومیک در موقع عمل جراحی یکی از نکات مهم است.

REFERENCES

1. Francoeur JR, Wiseman K, Buczkowski AK. Surgeons anonymous response after bile duct injury during cholecystectomy. Am J Surg 2003;185:468-75.
2. McMahon AJ, Fischbacher CM, Frame SH, et al. Impact of laparoscopic cholecystectomy: a population-based study. Lancet 2000;11:1632-7.
3. Suzuki K, Sakai S, Ohtomo Y. Laparoscopic cholecystectomy: the Japanese experience. Surg Laparosc Endosc 1993;3(3):194-8.
4. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al.. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. Am J Surg 1993;165(1):9-14.
5. Huang X, Feng Y, Huang Z. Complications of laparoscopic cholecystectomy in China: an analysis of 39,238 cases. Chin Med J 1997;110(9):704-6.
6. Richardson AJ, Brancatisano R, Avramovic J, et al. Injuries to the bile duct resulting from laparoscopic cholecystectomy. Aust N Z J Surg 1993;63(9):684-9.
7. Collet D, Edye M, Perissat J. Conversions and complications of laparoscopic cholecystectomy. Results of a survey conducted by the French Society of Endoscopic Surgery and Interventional Radiology. Surg Endosc 1993;7(4):334-8.
8. Smith EB. Complications of laparoscopic cholecystectomy. J Natl Med Assoc 1992;84(10):880-2.
9. Panzera F, Chisio S, Gross A, et al. Laparoscopic cholecystectomy. Our experience. Minerva Chir 2000;55(7-8):489-92.
10. Brugge WR, Rosenberg DJ, Alavi A. Diagnosis of postoperative bile leaks. Am J Gastroentrol 1994;89:2178-83.
11. Gharaibeh KI, Qasaimeh GR, Al-Heiss H. Effect of timing of surgery, type of inflammation, and sex on outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2002;12(3):1.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]