

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. می زن بروز عوارض در جراحی به روش لاپاروسکوپیک همچون به تبجر جراح نی ز 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 ۱۷٪ 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 می زن گزارش شده در جراحی باز است (۲-۱ درصد) (۵،۲).

انتخاب بی ماران می تواند در می زن بروز عوارض موثر باشد. عوارض جدی در بی مارانی که کله سیستیت مکرر، التهاب حاد یا فی بروز مزمن در حفره کیسه صفرا و یا porta hepatis داشتند، بیشتر است.

اشکال در پیدا کردن نقاط کلی دی منجمله مجرای سیستیک، مجرای مشترک یا شریان سیستیک حتی در مواردی که جراح تبجر کافی داشته باشد، در بعضی موارد منجمله تبجر سیستیک لاپاروسکوپیک به جراحی باز می شود.

از علل دیگر آسیب به مجاری صفراوی، وارد شدن گرمای بی ش ازحد و بی دای ش 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 می زن بستری بی مار و افزایش رضایت بی ماران جستجو نمود.

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

کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک سالیانه درامریکا 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 پنوموپری توان (تزریق 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

مجرای هپاتیک راست یا مجرای مشترک را درگی-ر 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 تبدیلی می شود (۶). در ضمن در صورت انجام کلانژی-وگرافی حین عمل بطور روتین احتمال کشف زودرس این آسیب بیشتر هست اما همگان به این موضوع اعتقاد ندارند. لذا پی-شنهاد می شود کلانژی-وگرافی حین عمل برای کسانی انجام شود که مشکوک به سنگ مجرای مشترک هستند (۷).

نشت صفرا بدون علامت همراه باتجمع مایع اطراف کبد درمحل جراحی درتقریباً نی-می از بی-ماران 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. معمولاً بی-ماران باتب، درد شکم یا بی-بدون آسیت (تجمع مایع آزاد درحفره شکم) مراجعه می کنند. زردی در بی-مار معمولاً خفیف است. لکوسی-توز (بالارفتن تعداد گلبولهای سفید) و افزایش آلکالین فسفاتاز و گاما-گلوبولین ترانسفراز بطور شایع در این بی-ماران مشاهده می شود.

نشت صفرا بدون آسیب به مجرای صفراوی در اثر باقی ماندن مجرای سیستی که یا مجرای طویل نابجایی که مستقیماً به کیسه صفرا یا مجرای سیستیک می ری-زد (۸).

رسی-دگی به بی-ماران با آسیب مجاری صفراوی که حین کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک ایجاد شده مشکل بوده و

تی-می 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 بی-ماران مورد بررسی قرار گرفته و با آنها مصاحبه ترتیب داده شد، لذا احتمال از دست دادن یافته ها و بی-ا بر طرف شدن موارد خفیف عوارض را نمی توان نادیده گرفت (۹).

مهمترین اشکال مقاله فوق تعداد کم بی-ماران در مقایسه با سالی-ر مطالعات است. به نظر می رسد نداشتن مرگ و بی-سالی-ر عوارض که در مقالات دی-گر 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 دی-گر لازم است تعداد بی-شتری از بی-ماران تحت بررسی قرارگی-رند.

درمطالعه Kiviluoto و همکاران تعداد موارد لاپاروسکوپیک کله سیستکتومی که به جراحی باز منتهی شد، ۱۶ درصد بوده است اما تمامی بی-ماران کله سیستیت حاد داشتند (۱۰). تعداد قابل توجهی از بی-ماران مطالعه حاضر (۲۰ بی-ماراز ۱۵۵ بی-مار) نیز از جراحی لاپاروسکوپیک به جراحی باز تبدیلی شدند که علت آن مشکلات بی-عمل از جمله چسبندگی ذکر شده است اما اشاره ای به نحوه انتخاب بی-ماران و اندی-کاسی-ون 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 بی-عمل روش جراحی و بالارفتن مهارت پزشکانی که در این رشته فعالیت می کنند، می توان امیدوار بود که در آینده تعداد کمتری از بی-مارانی که به روش لاپاروسکوپیک تحت عمل جراحی کی-سه صفرا قرار می گیرند، دچار عوارض جدی شود.

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.