

## عوارض مجازی 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 مجازی صفراوی و تنگی‌های مجازی 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٪) دچار صدمه مجازی 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 مجازی 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 مجازی صفراوی.

### مقدمه

مورتالیته و موربیدیته بعد از عمل ندارد (۲). صدمات مجازی 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 مجازی صفراوی در مراکزی که آموزش و تجربه فراوانی نیز داشتند، این مسئله را زیر سؤال برده است. شیوع صدمات مجازی صفراوی در کله‌سیستکتومی باز ۰/۱ تا ۰/۳٪ می‌باشد. در کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک این رقم به ۰/۰ 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).

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 مجازی صفراوی و تنگی‌های مجازی 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

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: ۱۳۸۴/۷/۲۶

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 لپاراسکوپیک به صورت استاندارد در بیماران دارای سنگ کیسه صفو، صدمات مجازی صفوایی است که در مقایسه با عمل باز می‌تواند توجهات بیشتری را نیاز داشته باشد (۹).

حدود ۰/۲۵٪ ضایعات مجازی صفوایی را هنگام عمل به علت نشت صفرا یا کلانزیوگرام غیرطبیعی می‌توان تشخیص داد. بیماران با نشست صفرا از مجرای سیستیک یا قطع مجرای هپاتیک راست یا صدمه به کلدوب در مدت یک هفته بعد از محل درن و محل عمل جراحی تشخیصی داده می‌شوند. در گروه بیماران ما که دو نفر قطع کامل کلدوب، یک نفر تنگی کلدوب و یک نفر نشت سیستیک وجود داشت، تمام بیماران زن، دارای کله‌سیستیت مزمن با چندین بار حملات حاد بودند. قطع کامل کلدوب در حین عمل تشخیص داده شد و تنگی کلدوب و نشت از مجرای سیستیک بعد از عمل تشخیص داده شد. در ۲۰ مورد بیماری که بلافضله بعد از مشاهده مشکلات آناتومی تبدیل به عمل باز شدند هیچ گونه عارضه مجازی صفوایی مشاهده نشد.

میزان عارضه مجازی صفوایی در مطالعه ما ۳/۸٪ مشاهده شد. در دیگر مطالعه ضایعات مجرای صفوایی 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 فوندووس کیسه صفرا، کشش جانبی کیسه صفرا، شروع دیسکسیون مجرای سیستیک در اینفاندیبولوم و همچنین تبدیل کردن بدون واهمه عمل لپاراسکوپی به عمل باز در مواقعی که از نظر آناتومی تسلط بر عمل وجود ندارد (۱۱). برای تبدیل عمل لپاراسکوپی به عمل باز اگر چه تعداد زیادی از عوامل ایجاد کننده این ضایعه مثل وجود بیمار با جنس مذکور و سنگهای صفوایی عارضه دار و آناتومی غیر معمول شناسائی شده‌اند، ولی شناسائی این عوامل تا قبل از عمل جراحی مشکل است. تبدیل کردن عمل

## مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی با استفاده از پرونده بیماران بستری در بیمارستان لقمان حکیم برای عمل جراحی کله‌سیستکتومی لپاراسکوپیک صورت گرفت. در فاصله سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱، ۱۵۵ بیمار در این بیمارستان تحت عمل جراحی کله‌سیستکتومی لپاراسکوپیک 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 لپاراسکوپیک 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 لپاراسکوپی با موفقیت به اتمام رسیده بود. تعداد ۱۱۰ نفر از بیماران مؤنث (۷/۸٪) و ۲۵ نفر مذکور (۲/۲٪) بودند. سن بیماران بین ۲۲ تا ۷۵ سال با میانگین ۳۹ سال بود.

۶ نفر (۴/۴٪) دچار عارضه بزرگ شدند و نیاز به لپاراتومی داشتند که از این تعداد ۲ نفر بعلت خونریزی از بسترکبد و باز شدن شربان سیستیک احتیاج به لپاراتومی در ۲۴ ساعت بعد از عمل اول پیدا کردند. در ۲ بیمار نیز (۲/۲٪) صدمه مجرای کلدوب وجود داشت که این ضایعات شامل قطع ناقص و کامل کلدوب بود که در حین عمل جراحی و روز بعد از عمل تشخیص داده شد و عمل ترمیمی هپاتیکوژنوثنوتومی 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 کلدوب ۲ ماه بعد از عمل اول توسط ای. آر. سی. پسی تشخیص داده شد و تحت عمل ترمیم مجرای کلدوب بر روی لوله T شکل قرار گرفت. اعمال جراحی ترمیمی ضایعات مجرای صفوایی بیماران موفقیت آمیز بود و مرگ و میر در بیماران گزارش نشد.

## بحث

کله‌سیستکتومی لپاراسکوپیک 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،

مشکل عده محسوب می‌شود. برای جلوگیری از این گونه ضایعات، شناخت آناتومیک در موقع عمل جراحی یکی از نکات مهم است.

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 مجاري صفراوی هنوز یک

## 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 Gastroenterol 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.