

## کوله سیستکتومی لاپراسکوپي روشی برتر

دکتر فیض‌اله صفرپور\* - دکتر محمدرضا کوهساری\*

\*استادیار گروه جراحی عمومی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### مقدمه

کادرهای مختلف شکم که بهر کدام فقط یک بخیه زده می‌شود، مدت کوتاه توقف در بیمارستان و از سرگیری فعالیت روزانه طی هفته دوم و عوارض کمتر بعد از عمل می‌باشد (۱ و ۲).

از دیگر نکات عمده‌ای که عمل جراحی کوله‌سیستکتومی را پراهمیت کرده فراوانی سنگ کیسه صفرا است. هرچندکه آمار دقیق از میزان سنگ کیسه صفرا در ایران وجود ندارد ولی میزان آن در آمریکا ۱۰٪ جمعیت را شامل می‌شود (۶) و این خود از عوامل دیگری است که تمایل بیماران و جراحان را به این تغییر بزرگ درمانی معطوف کرد.

### مواد و روش‌ها

از سال ۱۳۷۳ در بیمارستان رازی رشت شروع به اعمال جراحی تشخیصی با لاپراسکوپي نمودیم و طی ۸۰-۱۳۷۷،۹۰ مورد کوله سیستکتومی لاپراسکوپي انجام دادیم. بیمارانی را کاندید عمل جراحی لاپراسکوپي نمودیم که پاتولوژی فقط در کیسه صفرا بوده و در هر مورد که مشکوک به سنگ CBD بودیم به روش باز عمل کردیم. بیماران از بخشهای مختلف داخلی و درمانگاه جراحی معرفی و بستری شدند اغلب بیماران حداقل یک روز قبل از عمل جراحی در بیمارستان

درمانهای متعددی جهت سنگ کیسه صفرا پیشنهاد شده است که بهترین درمان آن برداشتن کیسه صفرا بطریقه جراحی است که از سال ۱۸۸۲ متداول بوده است (۱۱)، در این روش جراحان با برشی که زیر دنده می‌دهند و به نام برش کوخر معروف است با بریدن عضلات و اعصاب دیواره شکم وارد حفره شکم شده و کیسه صفرا را برمی‌دارند (۱۴) و برای محدود کردن برش خود بعدها متوسل به MINI LAP شده‌اند که در این روش جراحی کوچکتر است. MUHE آلمانی اولین مورد کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپيک را در سال ۱۹۸۵ انجام داد (۱۴) و آن را به جامعه جراحان آلمان معرفی کرد که مورد استقبال جراحان قرار نگرفت تا اینکه در سال ۱۹۸۷ MOURED T جراح فرانسوی با انجام تعداد بیشتری کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپيک آن را جهانی کرد و از آن پس آمریکائیان شروع به انجام آن کردند (۴). امروزه بیش از ۹۰٪ کوله‌سیستکتومی‌هایی که در آمریکا انجام می‌شود بطریقه لاپراسکوپي است (۱ و ۲). چندین عامل باعث رونق و گرایش بیماران و جراحان به این تکنیک شده است که مهمترین آنها؛ برش محدود (۴) برش کوچک نیم تا یک سانتیمتری در

پرفوراسیون یک مورد کولون و یک مورد دئودنوم نیز در مردها بوده است. در ۷ مورد در شکم درن گذاشته شد. مدت زمان عمل جراحی از ۴۰ دقیقه تا ۱۸۰ دقیقه بوده است. بیمارانی که در ۲۰ مورد اول تحت عمل جراحی قرار گرفتند ۲/۵ - ۱/۵ ساعت بطول می کشید و هرچه تجربه ما افزایش یافت این زمان کوتاهتر شد. در ۷ مورد بعد از عمل بیماران دچار تب شدند. ۵ بیمار مسن تر از ۶۰ سال بودند که با تشخیص و درمان آتلکتازی تا دو روز بعد تب بیماران قطع شد در سه مورد بعد از عمل بیماران ایلئوس گذرا داشتند و در یک مورد این ایلئوس تا ۲ روز طول کشید.

بعد از عمل نیاز کمتری به ضد درد وجود داشت و بیش از ۵۰٪ بیماران فقط یک دوز داروی ضد درد (پتیدین) دریافت نمودند در یک مورد بیمار دچار درد شدیدتر بوده که در عین حال ایلئوس هم داشته است.

۱۸ بیمار روز بعد مرخص شدند و ۵۶ بیمار ۲ روز و ۱۶ بیمار بمدت ۳ روز در بیمارستان بستری شدند و بیش از ۸۰٪ بیماران یک هفته بعد از عمل فعالیت روزانه خود را شروع کردند. براساس گزارش پاتولوژی هیچ مورد کانسر کیسه صفرا گزارش نشد.

### بحث و نتیجه گیری

۱۰٪ مردم آمریکا در تمام سنین دچار سنگ کیسه صفرا هستند (۶) و سالانه در آمریکا ۶۰۰ هزار نفر تحت عمل جراحی کیسه صفرا قرار می گیرند (۹) عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا تنها درمان سنگ کیسه صفرا است و بقیه راههای درمانی متروک شده است (۱۴) تا سال ۱۹۸۶ تنها راه درمان سنگ کیسه صفرا برداشتن آن بطریق جراحی از راه شکافتن جدار شکم بوده است. تقریباً یک قرن بعد روش جراحی لاپراسکوپیک

بستری و از کلیه بیماران آزمایشات روتین خون و کبدی بعمل آمد.

برای دمیدن هوا به شکم به کمک سوزن VERESS با ایجاد شکاف یک سانتی متری زیر ناف گاز CO<sub>2</sub> را با کنترل فشار وارد فضای شکم نمودیم و بقیه ابزارها از طریق سه کانول دیگر وارد شکم می شود در این بررسی طول مدت عمل - مدت زمان بستری در بیمارستان - تعداد مواردی که تبدیل به روش باز شد - مصرف ضد درد بعد از عمل - تب بعد از عمل - از سرگیری فعالیت مجدد روزمره مورد بررسی قرار گرفتند.

### نتایج

۹۰ نفر تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۷۸ بیمار زن و ۱۲ بیمار مرد با سن متوسط ۴۸ سال بوده است. در ۵۰ مورد اول کلیه بیمارانی که تحت عمل لاپراسکوپیک قرار گرفتند بیمارانی بودند که فاقد هرگونه التهاب و پیچیدگی و دچار سنگ کیسه صفرای خاموش و بدون درد بودند و از آن به بعد بیمارانی که دچار کوله سیستیت حاد (۱۲ مورد) و آمپیم کیسه صفرا (۲ مورد) و کوله سیستیت مزمن (کیسه صفرای چروکیده) (۴ مورد) بوده اند در لیست اعمال جراحی قرار گرفتند.

۷ بیمار سابقه عمل جراحی شکمی داشتند. در ۸ مورد مجبور شدیم عمل لاپراسکوپیک را تبدیل به عمل باز کنیم و نکته بسیار پراهمیت اینکه ۷ مورد در اوایل تجربیات یعنی در ۱۵ مورد اول بوده است که ۲ مورد پرفوراسیون دئودنوم و یک مورد پرفوراسیون کولون، یک مورد خونریزی غیرقابل کنترل سیستیک آرتری و ۴ مورد چسبندگی شدید احشاء مخصوصاً دئودنوم به کیسه صفرا و آنتومی ناآشنا بوده است. نکته قابل توجه اینکه چسبندگی ها هر سه مورد نزد مردها بود و ۲ مورد

تا صدمه به مجاری نزد بیماران ما وجود نداشته باشد از نظر تکنیکی ایراد کشش کم روی انفانديبولوم بهنگام دیسکسیون سیستیک داکت و نکته مهمتر اینکه مادر مرحله به اصطلاح بدار آویختن (hanging) سیستیک داکت چندین بار دورین را از صحنه به دور برده و CBD را بدقت از دور نظاره کرده ایم و این بیشترین عامل موفقیت ما بوده است. بیشترین عامل ضربه به عروق بزرگ هنگام ورود سوزن VERESS بداخل شکم است (۷) که با تمهیدات لازم می توان جلوی این عارضه را گرفت اما ما ۳ مورد پرفوراسیون احشاء توخالی داشته ایم که ۲ مورد دئودنوم و یک مورد کولون بوده است. علت این پرفوراسیونها ضربه به روده بوسیله کوتری بوده است و سه مورد از پرفوراسیون مربوط به اوایل اعمال جراحی ما یعنی در ۱۵ مورد اول کوله سیستکتومی بوده است نکته پراهمیت کسب تجربه در ۲۰ مورد اول است که چندین گزارش (۱۴ و ۱۵ و ۳) آن را تأیید نموده است و ما هم اغلب عارضه هایی که داشته ایم در ۱۵ مورد اول بوده است.

عوارض دیگر بعد از اعمال جراحی مانند تب و ایلئوس مختص (۴ و ۵ و ۹) لاپراسکوپي نبوده و در تمامی اعمال جراحی وجود دارد.

۷ مورد بعد از عمل بیماران دچار تب شدند که با مراقبتهای لازم بهبود یافتند و در ۳ مورد ایلئوس بعد از عمل فقط یک مورد تا ۲ روز طول کشید.

از نکات پراهمیت میزان تبدیل L.C به O.C است که در این بررسی ۸ مورد بوده است (۹٪) که این میزان در بررسيها ۱۰-۲٪ گزارش شده است (۱۱ و ۱۰) بیشترین عامل تبدیل عمل L.C به روش باز معلوم نبودن آناتومی و خونریزی ذکر کرده اند (۷) که در بررسی ما بیشترین عامل، چسبندگی

آن متداول گردید (۱۴) و در اندک زمان مورد حمایت قاطع جراحان آمریکایی و اروپایی قرار گرفت بطوریکه امروزه بیش از ۹۰٪ اعمال جراحی سنگ کیسه صفرا حتی موارد پیچیده آن بوسیله روش L.C است (۶).

در ایران آنطور که انتظار می رفت از این روش استقبال نشد هرچند که تمامی دانشگاهها مجهز به این وسیله شده اند و تعداد جراحان درون بین رو به افزایش گذاشته شده است. برای توضیح برتری روش لاپراسکوپي به روش باز به مزایا و عوارض آن در مقایسه با روش باز باید پرداخت چه برای توجیه این روش چند نکته مهم قابل بحث است (۹):

۱- **سهولت انجام کار:** روش باز سالیان طولانی است که انجام می شود و تمامی جراحان با آن آشنا هستند و مایل به ترک آن نمی باشند اما با آشنایی با این روش و انجام حداقل ۱۵-۱۰ مورد به کمک یک نفر جراح با تجربه خود به تنهایی قادر به انجام L.C خواهند بود (۷).

۲- **شیوع عوارض:** طبق گزارشات عوارض کوله سیستکتومی بروش باز (O.C) ۱۷-۵٪ (۱۲ و ۱) است در حالیکه این عوارض در کوله سیستکتومی لاپراسکوپي (L.C) ۱۰-۲٪ است (۱ و ۲ و ۹) مهمترین عارضه L.C آسیب به مجاری صفراوی بهنگام عمل جراحی (۹ و ۲ و ۴) خصوصاً بوسیله جراحان کم تجربه و آندسته که در اوایل کار هستند میباشد. این صدمه ۲/۵٪ در شروع کار تا ۱/۰٪ در دست جراحان با تجربه متغیر (۱۴) است و بمراتب بیشتر از صدمات وارده به مجاری صفراوی در روش باز است (۱ و ۲) ما در عمل جراحی خود در هیچ مورد آسیب به مجاری صفراوی نداشتیم و در پیگیری بیماران نیز با عارضه ای که مربوط به صدمه به مجاری بوده باشد مواجه نشدیم. مهمترین عاملی که باعث شد

مناسبی به جراح دست‌کم در مورد آناتومی مجاری صفراوی خواهد داد که برخی از جراحان موافق انجام کولانژیوگرافی روتین نمی‌باشند. مادر مطالعه خود چون فقط بیمارانی که دارای سنگ کیسه صفرا بوده و آزمایشات انسدادی آنها وجود هرگونه سنگ را رد کرده بود اقدام به کولانژیوگرافی حین عمل نکردیم.

با در نظر گرفتن این مطالعه و مطالعات عدیده مشابه باید ادعا نمود که کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپیک روش‌ارجحی برای درمان جراحی سنگ کیسه صفرا است (۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۷ و ۸ و ۱۲ و ۱۴). انجام عمل جراحی کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپیک روشی آسان اما ظریف و حساس و از اعمال جراحی بزرگ‌شکمی است. مرکز ما با وجود اینکه ۳۸۰ مورد تشخیصی و طبقه‌بندی کانسر و درمانی انجام داده است در ۱۵ مورد اول کوله‌سیستکتومی مواجه با عارضه‌های خطرناکی شده است بدین ترتیب پیشنهاد می‌نمایم تا ۲۰ مورد اول، انجام اعمال جراحی کوله‌سیستکتومی همراه با یک جراح با تجربه‌تر صورت گیرد.

وآناتومی نامشخص و سپس پرفوراسیون و درمرحله بعد خونریزی از شریان سیستیک بود. در اغلب نوشته‌ها مهمترین عامل این تبدیل را تجربیات محدود (۱۲ و ۱۴) جراحان دانسته‌اند که گذشته از این عامل مهم، اعمال جراحی اورژانس و سنین بالا و جنسیت را از عوامل مهم تبدیل L.C به O.C دانسته‌اند.

از فواید دیگر لاپراسکوپیک کوتاه بودن مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان است (۱ و ۲ و ۱۲) که در گزارشات متعدد ۱/۵ روز بوده است و ۸۰٪ بیماران ظرف ۱۰-۷ روز به فعالیت روزمره طبیعی خود برمی‌گردند که این امر به مراتب پراهمیت‌تر از زمان بستری بیماران می‌باشد. (۱ و ۲ و ۱۲ و ۸). کولانژیوگرافی حین عمل جراحی را می‌توان به‌سهولت در تمام مواردی که مشکوک به سنگ CBD و یا هرگونه دیلاتاسیون آن باشیم انجام دهیم (۱۰) مدت زمان انجام آن طی آمارهای مختلف ده دقیقه بوده است با توجه به اینکه ۵٪ بیماران دچار سنگ کیسه صفرا ممکن است دارای سنگ کلدوک بدون علامت باشند. انجام کولانژیوگرافی حین عمل (۶) یقیناً اطلاعات

## منابع

1. Barkun JS, Barkun AN, Meakins JL. Frcs Laparoscopic Versus open Cholecystectomy. Am J Surg volume 1993:165: 455.
2. Williams JR, Chapman M, Bonav RA, Megee E JR, Russell W. Comparison of Laparoscopic: Cholecystectomy with open Cholecystectomy in a Single center. Am J Surg 1993: 165: 459.
3. Corr P, Jerkmy JF, Tate T. MS Frcs Yan Lav, Frcs Fracs, Facs. Preoperative Ultrasound to predict Technical Difficulties and Complication of Laparoscopic Cholecystectomy. Am J Surg 1994: 168:54.
4. Peters JH, Miller J, Laparoscopic Cholecystectomy in patient Admitted with Acute Billiary Symptoms. Am J Surg 1993: 166:300.
5. Nagy AG, Jame FD. Diagnostic Laparoscopy. Am J Surg 1989: 157: 490.
6. Miller RE, Kimmelstiel FM. Managment of Common Bile Duct Stone in the era of Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 19: 169: .
7. Mooke MJ, Bennett C, The Learning

Curve for Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1995; 170: 55.

8. Schwesinger WH, Diehl AK. MSC Changing Indication For laparoscopic Cholecystectomy. Surg Clin of North Am 1996; 76(3): 493.

9. Deziel DJ. Complication of Laparoscopic Cholecystectomy. Am J Surg 1993; 76: .

10. Atabek U. Laparoscopic Cholangiography the Case for a Selective Approach. Surg Clin of North 1994 P 961.

11. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Principles of Surgery. 7th ed. New York: MC Graw Hill, 1999.

12. Lujan PP, Robles R, et al. Laparoscopic Cholecystectomy vs Open cholecystectomy in the Treatment of Acute Cholecystitis. Arch Surg 199; 133(2): 173-5.

13. Douglas O Olsen DO. Facs Mini-Lap cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165: 44.

14. Perissat J. Facs Laparoscopic Cholecystectomy. Am J Surg 1993; 163: 444.