

## پیامدهای کله سیستکومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد و مزمن

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۹/۱۷

### خلاصه

#### مقدمه

کله سیستکومی یکی از شایعترین جراحی های الکتیو است؛ اما هنوز در مورد کاربرد آن در درمان کله سیستیت حاد اختلاف نظر وجود دارد.

#### روش کار

مطالعه توصیفی حاضر به صورت گذشته نگر بر ۱۸۲ بیمار مبتلا به کله سیستیت حاد یا مزمن که از فروردین ماه ۱۳۸۱ تا شهریور ماه ۱۳۸۵ در یکی از بیمارستان های اکباتان یا تأمین اجتماعی همدان، تحت عمل جراحی کله سیستکومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته بودند، انجام شد. تقسیم بندی بیماران در دو گروه کله سیستیت حاد و مزمن براساس یافته های جراحی و پاتولوژی بیمار انجام گرفت. بیماران مورد مطالعه از نظر نتایج کله سیستکومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد و مزمن از نظر عوارض، مدت زمان بستری بیمار در بیمارستان، میزان موارد و دلایل منجر شدن کله سیستکومی لاپاراسکوپیک به کله سیستکومی باز بررسی شدند.

#### نتایج

از ۱۸۲ بیمار تحت عمل جراحی کله سیستکومی لاپاراسکوپیک، ۳۹ بیمار (۲۱/۴ درصد) مرد و ۱۴۳ بیمار (۷۸/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه  $49 \pm 15/9$  سال در محدوده سنی ۱۷ تا ۸۵ سال بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد تحت عمل جراحی کله سیستکومی لاپاراسکوپیک به طور معنی داری از نظر آماری کمتر از بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن بود ( $p < 0/05$ ). مواد منجر به جراحی باز در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد به طور معنی داری از نظر آماری، بیشتر از بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن بود ( $p < 0/05$ ). بیشترین علت انجام جراحی باز در این بیماران چسبندگی بود که در ۱۶ بیمار (۷۲/۷ درصد منجر به جراحی باز) دیده شد. علت جراحی باز در ۳ بیمار (۱۳/۶ درصد) چسبندگی همراه با هیدروپس، در ۲ بیمار (۹ درصد) تورم و در ۱ بیمار (۴/۵ درصد) کانسر سر پانکراس بود.

#### نتیجه گیری

این بررسی نشان داد که کله سیستکومی لاپاراسکوپیک یک روش ایمن و مناسب به منظور درمان تمامی انواع کله سیستیت است و می تواند به عنوان درمان انتخابی و خط اول درمان جهت درمان کله سیستیت به کار رود.

**کلمات کلیدی:** کیسه صفرا، التهاب حاد کیسه صفرا، التهاب مزمن کیسه صفرا، کله سیستکومی، لاپاراسکوپیک

امیر درخشان فر<sup>۱</sup>  
آمین نیایش<sup>۲</sup>  
بهاره آقا محمدی<sup>۳</sup>

- ۱- استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، بیمارستان بعثت، همدان، ایران
- ۲- دانشجوی پزشکی و پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\*همدان، دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان بعثت

تلفن: ۲۵۲۱۷۶۰ - ۸۱۱ - ۹۸+

email:  
dr\_derakshanfar\_a@Yahoo.com

## مقدمه

سنگ کیسه صفرا از بیماریهای نسبتاً شایع در جوامع بشری است که شیوع آن در کشورهای مختلف متفاوت می باشد. حدود ۱۰-۱۵ درصد جمعیت بزرگسال در جوامع غربی مبتلا به سنگ کیسه صفرا هستند (۱).

این بیماری می تواند بدون علامت با علامتدار باشد. علائم به صورت نسبتاً اختصاصی مانند دردهای متناوب در ناحیه ربع فوقانی خارجی راست شکم یا به صورت غیر اختصاصی مانند تهوع و استفراغ بروز می کند (۲).

عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا تنها درمان سنگ کیسه صفرا است و تا سال ۱۹۸۶ این عمل تنها به شیوه جراحی از طریق شکافتن جدار شکم انجام می شده است (۳). در اینگونه موارد، کیسه صفرا برداشته می شود و عوارض حاصل از باقی ماندن سنگ نیز رخ نمی دهد. برخی از عوارض و ناراحتی های بیمار متعاقب برداشتن کیسه صفرا به روش باز<sup>۱</sup> به علت آسیب وارده به دیواره شکم می باشد. برای کم کردن این ناراحتی ها با استفاده از تکنولوژی اپتیک و ویدئویی، اولین بار در سال ۱۹۸۷ فیلیپ مور با لاپاراسکوپ این عمل جراحی را انجام داد که به علت مقبولیت این روش، استفاده از آن به سرعت رواج یافت به طوری که امروزه بجز در موارد محدودی نیاز به باز شدن شکم نمی باشد. این روش برای جراحی موارد حاد التهاب کیسه صفرا و حتی در بیمارانی که فتق، آسیت شکمی و حاملگی دارند نیز قابل انجام است (۴، ۵).

این کار نتایج خوبی در درمان بیماران از جهت مدت زمان بستری شدن، هزینه های درمان و مدت زمان بازگشت به کار داشته است (۶). با آنکه عوارض و مشکلات بیهوشی نیز در این بیماران چندان تفاوتی با کسانی که به روش باز مورد عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا قرار گرفته اند، نداشته است و افزایش ضایعات مجاری صفراوی و تنگی های مجاری صفراوی در مقایسه با کله سیستکتومی باز از عوارض انجام این عمل از طریق لاپاراسکوپیک می باشد، اما تقریباً همه پزشکان معتقدند این روش، روش انتخابی برای بیماران با سنگ علامت دار کیسه صفرا است (۷-۹). هنوز در مورد کاربرد

کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد کنتراروسی وجود دارد (۱۰، ۱۱). تصور می شود که در این موارد، میزان تبدیل عمل جراحی لاپاراسکوپیک به عمل جراحی باز در مقایسه با کله سیستیت مزمن بالاتر باشد (۱۰ تا ۱۵ درصد) (۱۲). کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد به عنوان اولین رویکرد جراحی در اکثر این بیماران به صورت موفقیت آمیزی به کار گرفته می شود؛ که این مسأله مربوط به افزایش تجربه و پیشرفت وسایل در دسترس می باشد (۱۳).

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۶ توسط هاسین<sup>۲</sup> و همکاران در عربستان انجام شده، ۷۲۵ بیمار تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در فاصله سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۴ به صورت گذشته گر بررسی شده اند. از این تعداد ۱۷۳ بیمار (۲۴ درصد) مبتلا به کله سیستیت حاد بوده و ۵۵۲ بیمار (۷۶ درصد) مبتلا به کله سیستیت مزمن بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶ درصد موارد جراحی در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد به جراحی باز منجر شد، در حالی که این میزان در بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن ۰/۷ درصد بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/001$ ). شایعترین علت منجر به جراحی باز در این بیماران چسبندگی و مشکل بودن حذف چسبندگی ها بوده است. طبق نتایج این مطالعه میانگین مدت زمان بستری و بروز عوارض در بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن، کمتر از بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد بود ولی در نهایت عنوان شده است که کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک روش ایمن و مؤثر در درمان کلیه بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن می باشد. این مطالعه با هدف ارزیابی و مقایسه نتایج کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد و مزمن از نظر عوارض، مدت زمان بستری بیمار در بیمارستان، میزان موارد و دلایل منجر شدن کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به کله سیستکتومی باز انجام شد.

## روش کار

مطالعه توصیفی حاضر به صورت گذشته نگر بر ۱۸۲ بیمار مبتلا به کله سیستیت حاد یا مزمن که از فروردین ۱۳۸۱ تا شهریور ۱۳۸۵ در یکی از بیمارستان های اکباتان یا تأمین

<sup>2</sup> Hussain<sup>1</sup> Cholecystectomy

**جدول ۱- مقایسه موارد منجر به جراحی باز در کله سیستکتومی**

لاپاراسکوپیک در بیماران کله سیستیت حاد و مزمن

جراحی	کله سیستیت		*p.value
	حاد (تعداد=۶۳)	مزمن (تعداد=۱۱۹)	
بلی	۱۲ (۱۹٪)	۱۰ (۸/۴٪)	p=0.036, *Chi <sub>2</sub> =4.39, **df=1
خیر	۵۱ (۸۱٪)	۱۰۹ (۹۱/۶٪)	***Significant

قابل اهمیت\*\*\*, Degree free, \*\* Chi-Square, \*

بیشترین علت جراحی باز در این بیماران چسبندگی بود که در ۱۶ بیمار (۷۲/۷ درصد) منجر به جراحی باز دیده شد. علت جراحی باز در ۳ بیمار (۱۳/۶ درصد) چسبندگی همراه با هیدروپس، در ۲ بیمار (۹ درصد) تورم و در ۱ بیمار (۴/۵ درصد) کانسر سر پانکراس بود. میانگین مدت زمان بستری در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد در مطالعه حاضر  $1/3 \pm 2/9$  روز بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ) (جدول ۲).

**جدول ۲- مقایسه میانگین مدت زمان بستری بیماران**

کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در کله سیستیت حاد و مزمن

گروه	میانگین مدت بستری (روز)	*P.value
کله سیستیت حاد (تعداد=۶۳)	$1/3 \pm 2/6$	P=0.47 *t=0.71
کله سیستیت مزمن (تعداد=۱۱۹)	$1/3 \pm 2/9$	** Non-Significant

غیر قابل اهمیت\*\*, t.test, \*

**بحث**

کله سیستکتومی یکی از شایعترین جراحی های انتخابی عمومی است (۱۴). کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به عنوان اولین درمان جراحی بیماری های علامتدار کیسه صفرا مطرح شده و مزیت های آن نسبت به کله سیستکتومی باز، شناخته شده است؛ اما هنوز در مورد کاربرد آن در درمان کله سیستیت حاد کنترل اورسی وجود دارد (۱۰، ۱۱). تصور می شود که در این موارد، میزان تبدیل عمل جراحی لاپاراسکوپیک به عمل جراحی باز در مقایسه با کله سیستیت مزمن بالاتر باشد (۱۰ تا ۱۵ درصد) (۱۲). اکثر مطالعات اخیر ایمن بودن کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد را تأیید کرده اند (۱۰، ۱۱، ۱۵-۱۷).

اجتماعی همدان، تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته بودند، انجام شد. در طی این مطالعه بیماران که به علت تظاهرات مختلف سنگ کیسه صفرا تحت لاپاراسکوپیک قرار گرفته بودند در دو گروه مبتلا به کله سیستیت حاد و مزمن بررسی شدند. تقسیم بندی بیماران در دو گروه کله سیستیت حاد و مزمن براساس یافته های جراحی و پاتولوژی بیمار انجام گرفت. آن دسته از بیماران که برای آنان بر اساس یافته های کلینیکی، پاراکلینیکی و رادیولوژیک تشخیص سنگ مجرای مشترک<sup>۱</sup> داده شده بود و بیماران که کتراندیکاسیون بیهوشی عمومی داشتند از مطالعه حاضر، خارج شدند. بیماران مورد مطالعه از نظر نتایج کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در درمان کله سیستیت حاد و مزمن از نظر عوارض، مدت زمان بستری بیمار در بیمارستان، میزان موارد و دلایل منجر شدن کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به کله سیستکتومی باز بررسی شدند. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش سیزدهم و با استفاده از آزمون های تی تست و کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند ( $p < 0/05$ ).

**نتایج**

از ۱۸۲ بیمار تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک، ۳۹ بیمار (۲۱/۴ درصد) مرد و ۱۴۳ بیمار (۷۸/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه  $15/9 \pm 4/9$  سال و در محدوده سنی ۱۷ تا ۸۵ سال بودند. ۶۳ بیمار (۳۴/۶ درصد) مبتلا به کله سیستیت حاد و ۱۱۹ بیمار (۶۵/۴ درصد) مبتلا به کله سیستیت مزمن بودند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به طور معنی داری از نظر آماری کمتر از بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن بود ( $p < 0/05$ ). طبق نتایج مطالعه حاضر، کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در ۲۲ بیمار (۱۲/۱ درصد) منجر به جراحی باز شده بود که ۱۲ مورد آن در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد رخ داده بود؛ اختلاف موجود در موارد منجر به جراحی باز در دو گروه بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد و مزمن تحت عمل جراحی کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/05$ ) (جدول ۱).

<sup>1</sup> Common Bile Duct Stones

همکاران می باشد (۱۱). درحالیکه در مطالعه الدر و همکاران، کیسه صفراي گانگرنه شایعترین علت جراحی عنوان شده است (۱۸). هرچند که طبق نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه انجام شده موارد منجر به جراحی باز در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد بیشتر است، اما به طور کلی این موارد درصد کمی را تشکیل می دهند که می توان گفت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک روش ایمن و مناسب به منظور درمان تمامی انواع کله سیستیت است. هرچند با توجه به نتایج مطالعات قبلی انتظار می رفت طول مدت بستری در بیماران تحت کله سیستکتومی به علت کله سیستیت مزمن کوتاهتر از بیماران تحت جراحی کله سیستیت حاد باشد، اما نتایج مطالعه حاضر اختلاف معنی داری را در میانگین مدت زمان بستری در بیماران این دو گروه نشان نداد.

### نتیجه گیری

یک نگرش کلی به نتایج مطالعه حاضر و نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می دهد که کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک روش ایمن و مناسب به منظور درمان تمامی انواع کله سیستیت است و می تواند به عنوان درمان انتخابی و خط اول درمان به منظور درمان کله سیستیت به کار رود. با توجه به گذشته نگر بودن مطالعه حاضر که امکان بررسی بعضی از متغیرها در آن مقدور نبوده است پیشنهاد می گردد مطالعه حاضر به صورت آینده نگر نیز انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری دکتر منوچهر قربان پور و مسئولان بیمارستان اکباتان و آتیه همدان، نهایت تشکر و قدردانی را ابراز می نمایند.

از این تعداد ۳۹ بیمار (۲۱/۴ درصد) مرد و ۱۴۳ بیمار (۷۸/۹ درصد) زن بودند. به عبارت دیگر میزان ابتلای زنان به کله سیستیت ۳/۵ برابر مردان بود.

نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه و نیز مطالب موجود در کتب مرجع نیز نشان می دهد که احتمال تشکیل سنگ در زنان سه برابر بیشتر از مردان است. ۳۴/۶ درصد بیماران مورد بررسی در مطالعه حاضر مبتلا به کله سیستیت حاد و ۶۵/۴ درصد مبتلا به کله سیستیت مزمن بودند.

در مطالعه ای نیز که در سال ۲۰۰۶ توسط هاسین و همکاران در عربستان انجام شده نتایج مشابهی به دست آمده است. نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که بیماران تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به علت کله سیستیت حاد، جوانتر از بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن بودند (با میانگین سنی  $45/7 \pm 11/9$  سال در مقابل  $50/8 \pm 17/5$  سال).

طبق نتایج مطالعه حاضر، کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در ۲۲ بیمار (۱۲/۱٪) منجر به عمل جراحی باز شده بود که ۱۲ مورد آن در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد و ۱۰ مورد آن در در کله سیستیت مزمن رخ داده بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود؛ به عبارت دیگر موارد منجر به جراحی باز در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد بیشتر بود. نتایج اکثر مطالعات مشابه انجام شده در این زمینه نیز مؤید این مطلب است. در مطالعه هاسین و همکاران و مطالعه الدر و همکاران نیز موارد منجر به جراحی باز در بیماران مبتلا به کله سیستیت حاد بیشتر بوده است که این امر بیشتر به علت چسبندگی ناشی از التهاب و تورم و مشکل بودن حذف چسبندگی ها است (۱۱، ۱۸). در مطالعه حاضر شایعترین علت جراحی باز چسبندگی بود که در ۱۶ بیمار (۷۲/۷ درصد) دیده شد، که در همراهی با مطالعه هاسین و

**References:**

- 1- Portincase P, Stolk MF, Van Erpecum KJ, Palasciano G, Van Berge-Henegouwen GP. Cholesterol gallstone formation in man and potential treatment of the gallbladder motility defect. *Scand J Gastroenterol* 1995; 212:63-78.
- 2- Vogt DP. Gallbladder disease: an update on and treatment. *Cleve Clin J Med* 2002; 69:977-984.
- 3- Perissat J. Facs Laparoscopic Cholecystectomy. *Am J Surg* 1993;163:444.
- 4-Richardson WS, Fuhrman GS, Burch E, Bowen JC. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Outcomes of 847 planned procedures. *Surg Endosc* 2001; 15:193-195.
- 5- Sajedi P, Naghibi K, Soltani H. A randomized prospective comparison of end-tidal CO2 pressure during laparoscopic cholecystectomy in low and high flow anesthetic system. *Acta Anaesthesiol Sin* 2003; 41:3-5
- 6- Keulemans YC, Venneman NG, Gouma DJ, Van Berge Henegouwen GP. New strategies for the treatment of gallstone disease. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2002; 236:87-90.
- 7- Liberman MA, Phillips EH, Carrol BJ, Fallas MJ, Rosenthal R, Hiatt J. Cost-effective management of complicated choledocholithiasis: laparoscopic transcystic duct exploration or endoscopic sphincterotomy. *J Am Coll Surg* 1996; 182:488-494.
- 8- Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165:9-14.
- 9- LO CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg* 1998; 227:461-467.
- 10- Slater K, Strong RW, Wall DR, Lynch SV. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. *ANZ J Surg* 2002; 72:83-88.
- 11- Hussain MI, Khan AF. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute and chronic cholecystitis. *Saudi Med J* 2006; 27:657-60.
- 12- Beunicardi FC, Anderson DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. *Schwartz's Principles of Surgery*. 8<sup>th</sup> ed. McGraw Hill Co; 2005.p.1320-1325.
- 13- Habibi FA, Kolachalam RB, Khilnani R, Perventza O. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of gangrenous cholecystitis. *Am J Surg* 2001; 181:71-75.
- 14- Al-Ghnaniem R, Benjamin IS. Long-term outcome of hepaticojejunostomy with routine access loop formation following iatrogenic bile duct injury. *Br J Surg* 2002; 89:1118-1124.
- 15- Madan Atul K, Aliabadi W, Shaghayegh TD, Flint LK, Steinberg SM. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis. *Am J Surg* 2002; 183:232-236.
- 16- Gharaibn KI, Qasaimeh GR, Al-HeissH, Ammari F, Bani- Hani K, Al Jaber TM, *et al*. 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; 12:193-198.
- 17- Pessaux P, Tuech JJ, Rouge C, Duplessis R, Cervi C, Arnaud IP. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. A prospective comparative study in patients with acute vs. chronic cholecystitis. *Surg Endosc* 2000; 14:358-361.
- 18- Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. *World J Surg* 1997; 21:540-545.