

## کوله سیستکتومی لپاراسکوپی روشنی برتر

دکتر فیض الله صفرپور\* - دکتر محمد رضا کوهساری\*

\*استادیار گروه جراحی عمومی-دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

سنگ کیسه صفا بیماری شایعی است که بهترین راه درمان آن برداشتن کیسه صفا به طریق جراحی است. عمل برداشتن کیسه صفا از سال ۱۸۸۲ مرسوم بوده است ولی عمل جراحی لپاراسکوپیک آن در سال ۱۹۷۸ در فرانسه شروع شد و بسرعت به سایر کشورهای اروپایی و ایالات متحده آمریکا و کشورهای دیگر گسترش پخته کاهش درد بعد از عمل، زیبایی ششم و بازگشت سریعتر به فعالیت و زندگی عادی و کوتاه بودن زمان بستری در بیمارستان و کاهش هزینه های ستگین بیمارستانی بوده است. در ایران قریب ۱۰ سال است که در برخی از مراکز خصوصی عمل جراحی لپاراسکوپی و عدم تأکله سیستکتومی متداول گردیده است، که ابتداء مورد استقبال جراحان قرار نگرفت ولی بتدریج در تمامی دانشگاههای کشور کوله سیستکتومی لپاراسکوپیک راجح گردید. از سال ۱۳۷۳-۸۰ در مرکز آموزشی درمانی بیمارستان رازی رشت ۳۸۰ مورد عمل جراحی لپاراسکوپی انجام شد که در این مدت ۹۰ مورد کوله سیستکتومی و بقیه موارد تشخیصی و طبقه بنده کانسرو بوده است. در این بیمارستان ۴ نفر جراح عمومی فعالیت دارند که همگی به نحوی در گیر روشاهای مختلف لپاراسکوپی هستند. در ۵ مورد اول عمل کوله سیستکتومی لپاراسکوپیک زیادی روبرو بودیم که همگی ناشی از تجربه کم و محدود داما بوده است، از آن به بعد تجربه ما در مورد کوله سیستکتومی بهتر شده و ۱۲ مورد کوله سیستکتومی حاد و دو مورد آمیپیم کیسه صفا و ۴ مورد کوله سیستکتومی مژمن (کیسه صفای چروکیده) جزء بیماران بعدی ما بودند. مدت زمان بستری بیماران ۲ روز بوده است.

در یک مورد بعد از عمل بیمار انجام عمل خود را باور نداشت و کواراً در مراجعتات بعدی شکایت از ادامه بیماری خود پخته برش محدود خود داشت. در ۸ مورد ما مجبور به تبدیل لپاراسکوپی به عمل باز شدیم که ۳ مورد پروفوراسیون احتشاء، یک مورد خونریزی و ۴ مورد چسبندگی شدید و عدم روبت آناتومی واضح بوده است. نکته با اهمیت اینکه سه مورد چسبندگی در مردها بوده و بروز ۴ عارضه در ۱۵ مورد اول اعمال جراحی بوده است.

با توجه به نکات فوق کوله سیستکتومی لپاراسکوپی در صورتی که همراه با یک گروه کارآزموده انجام شود روش ارجحی می باشد. برش جراحی محدود و بازگشت سریع به فعالیت روزمزایای این عمل است.

**کلید واژه‌ها:** برش کیسه صفا / سنگ کیسه صفا / شکم بینی

### مقدمه

آلمانی اولین مورد کوله سیستکتومی لپاراسکوپیک 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 MOUREDT بیشتری کوله سیستکتومی لپاراسکوپیک آن را جهانی کرد و از آن پس آمریکائیان شروع به انجام آن کردند(۴). امروزه بیش از ۹۰٪ کوله سیستکتومی هایی که در آمریکا انجام می شود بطريقه لپاراسکوپی است (۱۵). چندین عامل باعث رونق و گرایش بیماران و جراحان به این

درمانهای متعددی جهت سنگ کیسه صفا پیشنهاد شده است که بهترین درمان آن برداشتن کیسه صفا بطريقه جراحی است که از سال ۱۸۸۲ متابول بوده است(۱۱)، در این روش جراحان با برشی که زیر دنده می دهند و به نام برش کوخر معروف است با بریدن عضلات و اعصاب دیواره شکم وارد حفره شکم شده و کیسه صfra را بر می دارند(۱۴) و برای محدود کردن برش خود بعدها متصل به MINI LAP (۱۳) شده اند که در CHOLECTOMY این روش جراحی کوچکتر است. MUHE

تبديل 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 لپراسکوپی قرار گرفتند بیمارانی بودند که فاقد هرگونه التهاب و پیچیدگی و دچار سگ کیسه صفرای خاموش و بدون درد بودند و از آن به بعد بیمارانی که دچار کوله‌سیستیت حد ۱۲ مورد) و آمپیم کیسه صفراء (۲ مورد) و کوله‌سیستیت مزمن (کیسه صفرای چروکیده) (۴ مورد) بوده‌اند در لیست اعمال جراحی قرار گرفتند.

۷ بیمار سابقه عمل جراحی شکمی داشتند. در ۸ مورد مجبور شدیم عمل لپراسکوپی 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 خوتیزی غیرقابل کنترل سیستیک آرتری و ۴ مورد چسبندگی شدید احشاء مخصوصاً دئودنوم به کیسه صفراء و آناتومی ناآشنا بوده است. نکته قابل توجه اینکه چسبندگی‌ها هر سه مورد نزد مردها بود و ۲ مورد 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 می‌کشید و هر چه تجربه ما افزایش یافت این زمان کوتاه‌تر شد. در ۷ مورد بعد از عمل بیماران دچار تب شدند. ۵ بیمار

تکنیک شده است که مهمترین آنها؛ برش محدود (۴ برش کوچک نیم تا یک سانتی‌متری در کادرهای مختلف شکم که بهر کدام فقط یک بخیه زده‌می‌شود)، مدت کوتاه توقف در بیمارستان و از سرگیری فعالیت روزانه طی هفته دوم و عوارض کمتر بعد از عمل می‌باشد(۱و۲).

از دیگر نکات عمده‌ای که عمل جراحی کوله‌سیستکتومی را پراهمیت کرده فراوانی سنگ کیسه صfra است. هرچندکه آمار دقیق از میزان سنگ کیسه صfra 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 لپراسکوپی نمودیم و طی ۱۳۷۷، ۹۰-۸۰ مورد کوله سیستکتومی لپراسکوپی انجام دادیم. بیمارانی را کاندید عمل جراحی لپراسکوپی نمودیم که پاتولوژی فقط در کیسه صfra 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 بستری و از کلیه بیماران آزمایشات روتین خون و کبدی بعد عمل آمد.

برای دمیدن هوابهشکم به کمک سوزن VERESS با ایجاد شکاف یک سانتی‌متری زیرناف گاز CO<sub>2</sub> را با کنترل فشار وارد فضای شکم نمودیم و بقیه ابزارها از طریق سه کانول دیگر وارد شکم می‌شود در این بررسی طول مدت عمل - مدت زمان بستری در بیمارستان - تعداد مواردی که

به افزایش گذاشته شده است. برای توضیح برتری روش لایر اسکوپی به روش باز به مزايا 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 می‌شود و تمامی جراحان با آن آشنا هستند و مایل به ترک آن نمی‌باشنداما با آشنایی با این روش و انجام حداقل ۱۵-۲۰ مورد به کمک یکنفر جراح با تجربه خود به تنها بی قدر به انجام C.Aخواهد بود(۷).

**۲- شیوع عوارض:** طبق گزارشات عوارض کوله سیستکتومی بروش باز (O.C) ۱۷٪ (۱۲ و ۱) است در حالیکه این عوارض در کوله سیستکتومی لایر اسکوپی (L.C) ۱۰٪-۲٪ است (۹ و ۱۰). مهمترین عارضه L.C آسیب به مجاری صفوایی بهنگام عمل جراحی (۴ و ۹) خصوصاً بوسیله جراحان کم تجربه و آندسته که در اوایل کار هستند می‌باشد. این صدمه ۲/۵٪ در شروع کار تا ۱۰٪ در دست جراحان با تجربه متغیر (۱۴) است و بمراتب بیشتر از صدمات واردہ به مجاری صفوایی در روش باز است (۱۰ و ۲) ما در عمل جراحی خود در هیچ مورد آسیب به مجاری صفوایی نداشتیم و در پیگیری بیماران نیز با عارضه‌ای که مربوط به صدمه به مجاری بوده باشد مواجه نشدیم. مهمترین عاملی که باعث شد تا صدمه به مجاری نزد بیماران ما وجود نداشته باشد از نظر تکنیکی ایراد کشش کم روی انفاندیبولوم بهنگام دیسکسیون سیستیک داکت و نکته مهمتر اینکه مادر مرحله به اصطلاح بدار آویختن (hanging) سیستیک داکت چندین بار دوربین را از صحنه به دور برده و CBD را بدقت از دور نظاره کرده‌ایم و این بیشترین عامل موافقیت ما بوده است. بیشترین عامل ضربه به

مسن‌تر 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 می‌گیرند (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 بطريق جراحی از راه شکافتن جدار شکم بوده است. تقریباً یک قرن بعد روش جراحی لایر اسکوپیک آن متدائل گردید (۱۴) و دراندک زمان مورد حمایت قاطع جراحان آمریکایی و اروپایی قرار گرفت بطوریکه امروزه بیش از ۹۰٪ اعمال جراحی سنگ کیسه صفرای حتی موارد پیچیده آن بوسیله روش L.C است (۶).

در ایران آنطور که انتظار می‌رفت از این روش استقبال نشد هرچند که تمامی دانشگاهها مجهز به این وسیله شده‌اند و تعداد جراحان درون بین رو

درگزارشات متعدد ۱/۵ روز بوده است و ۸۰٪ بیماران ظرف ۱۰-۷ روز به فعالیت روزمره طبیعی خود بر می گردند که این امر به مراتب پراهمیت تر از زمان بستری بیماران می باشد. (۱۲و۱۲و۸). کولانژیوگرافی حین عمل جراحی را می توان به سهولت 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 صفراء ممکن است دارای سنگ کلدکی بدون علامت باشند. انجام کولانژیوگرافی حین عمل (۶) یقیناً اطلاعات مناسبی به جراح دست کم در مورد آناتومی مجرای صفراء خواهد داد که برخی از جراحان موافق انجام کولانژیوگرافی روئین نمی باشند. مادر مطالعه خود چون فقط بیمارانی که دارای سنگ کیسه صفراء بوده و آزمایشات انسدادی آنها وجود هرگونه سنگ رارد کرده بود اقدام به کولانژیوگرافی حین عمل نکردیم.

با در نظر گرفتن این مطالعه و مطالعات عدیده مشابه باید ادعا نمود که کوله سیستکتومی لپراسکوپیک روش ارجحی برای درمان جراحی سنگ کیسه صفراء است (۱۴و۱۲و۷و۴و۳و۱۰). انجام عمل جراحی کوله سیستکتومی لپراسکوپیک روشی آسان اما ظریف و حساس و از اعمال جراحی بزرگ شکمی است. مرکز ما با وجود اینکه ۳۸۰ مورد تشخیصی و طبقه بنده کانسر و درمانی انجام داده است در ۱۵ مورداول کوله سیستکتومی مواجه با عارضه های خطربناکی شده است بدین ترتیب پیشنهاد می نمائیم تا ۲۰ مورد اول، انجام اعمال جراحی کوله سیستکتومی همراه با یک جراح با تجربه تر صورت گیرد.

عروق بزرگ هنگام ورود سوزن VERESS بداخل شکم است (۷) که با تمہیدات لازم می توان جلوی این عارضه را گرفت اما ما ۳ مورد پرفوراسیون احساء توخالی داشته ایم که ۲ مورد دئدونوم و یک مورد کولون بوده است. علت این پرفوراسیونها ضربه به روده بوسیله کوتربی بوده است و سه مورد از پرفوراسیون مربوط به اوایل اعمال جراحی می یعنی در ۱۵ مورد اول کوله سیستکتومی بوده است نکته پراهمیت کسب تجربه در ۲۰ مورداول است که چندین گزارش (۳و۴و۸و۱۴) آن را تأیید نموده است و ماهم اغلب عارضه هایی که داشته ایم در ۱۵ مورداول بوده است.

عارض دیگر بعد از اعمال جراحی مانند تب و ایلنوس مختص (۹و۵و۴) لاپراسکوپی نبوده و در تمامی اعمال جراحی وجود دارد.

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

از نکات پراهمیت میزان تبدیل L.C به O.C که در این بررسی ۸ مورد بوده است (۹٪) که این میزان در بررسیها ۱۰-۲۰٪ گزارش شده است (۱۱و۱۰) 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 و آناتومی نامشخص و سپس پرفوراسیون و در مرحله بعد خونریزی از شریان سیستیک بود.

در اغلب نوشه ها مهمترین عامل این تبدیل را تجربیات محدود (۴و۱۲) جراحان دانسته اند که گذشته از این عامل مهم، اعمال جراحی اورژانس و سنین بالا و جنسیت را از عوامل مهم تبدیل L.C به O.C دانسته اند.

از فواید دیگر لاپراسکوپی کوتاه بودن مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان است (۱۰و۱۲) که

## منابع

- 1.Barkun JS, Barkun AN, Meakins JL. Frcs Laparoscopic Versusopen Cholecystectomy. Am J Surg volume 1993:165: 455.
- 2.Williams JR, Chapman M, Bonav RA, Megee E JR, Russell W.Comparision of Laparoscopic: Cholesystectomy with open Cholecystectomy in a Singlecenter. 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 patientAdmitted 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 Stonein the era of Laparoscopic cholcystectomy. Am J Surg 19: 169: .
7. Mooke MJ, Bennett C, The Learning Curve for Laparoscopiccholecystectomy. Am J Surg 1995: 170: 55.
8. Schwesinger WH, Diehl AK. MSC Changing Indication Forlaparoscopic 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. Prineiples of Surgery. 7th ed. Newyork: MC Graw Hill, 1999.
- 12.Lujan PP, Robles R, et al. Laparoscopic Cholecystectomy vs Opencholecystectomy in the Treatment of Acute Cholecystitis. Arch Surg 199:133(2):173-5.
- 13.Douglas O olsen DO. Facs Mini-Lapcholecystectomy.Am J Surg 1993: 165: 44.
14. Perissat J. Facs Laparoscopic Cholecystectomy. Am J Surg 1993: 163:444.

## Laparoscopic cholecystectomy: Preferential Procedure

Safarpoor.F, Koohsari.M.R

### Abstract

The gallbladder stone is a common disease; its best management is cholecystectomy with surgical operation. Since 1882 cholecystectomy is a conventional procedure, but Laparoscopic cholecystectomy procedure initially begins in France (1978) and quickly spreads in USA, European countries, and other counties around the world. Its popularity was because reducing postoperative pain, abdomen aesthetics, patients' quick return to normal daily activity, shortening hospitalization and reducing costly hospital expenses.

In some private hospital in Iran since nearly 10 years ago laparoscopic procedures – mainly cholecystectomy– usually are done, although it was not initially welcomed. It gradually spreads on nearly all training hospitals.

Since 1373(1994) in Razi hospital 380 laparoscopic procedures including 90 Cholecystectomies and others was diagnostic or cancer stagings. There were four general surgeons in Razi hospital, all in some way engaged in different Laparoscopic procedures.

For first 15 Laparoscopic cholecystectomy operations we faced with many problems; all due our limited experiences; since then we had more experiences, and our next patients were as follow: Acute cholecystitis (12) chronic cholecystitis (shrinked gallbladders (four patients) and gallbladder empyems (two patients)).

Mean of hospitalization was two days.

In one case patient did not believe his/her management and repeatedly returned complaining of limited incision.

In eight cases we forced to perform Conversion procedures; due to visceral perforations (three cases), hemorrhagia (one case), sever adhesions, and bad anatomical positions (four cases). It is noteworthy that four complications were in first 15 patients, and three in men.

As described above we suggest Laparoscopic cholecystectomy with an experienced team is a preferential procedure; limited incision and quickly return to normal daily activity are its advantages.

**Keywords:** Cholecystomy/ Cholelithiasis/ Laparescopy