

کوله سیستکتومی لاپراسکوپي روشی برتر

دکتر فیض‌اله صفرپور* - دکتر محمدرضا کوهساری*

*استادیار گروه جراحی عمومی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

سنگ کیسه صفرا بیماری شایعی است که بهترین راه درمان آن برداشتن کیسه صفرا به طریق جراحی است. عمل برداشتن کیسه صفرا از سال ۱۸۸۲ مرسوم بوده است ولی عمل جراحی لاپراسکوپیک آن در سال ۱۹۷۸ در فرانسه شروع شد و سرعت به سایر کشورهای اروپایی و ایالات متحده آمریکا و کشورهای دیگر گسترش یافت، علت این گسترش بخاطر کاهش درد بعد از عمل، زیبایی شکم و بازگشت سریعتر به فعالیت و زندگی عادی و کوتاه بودن زمان بستری در بیمارستان و کاهش هزینه‌های سنگین بیمارستانی بوده است. در ایران قریب ۱۰ سال است که در برخی از مراکز خصوصی عمل جراحی لاپراسکوپي و عمدتاً کوله‌سیستکتومی متداول گردیده است، که ابتدا مورد استقبال جراحان قرار گرفت ولی بتدریج در تمامی دانشگاه‌های کشور کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپیک رایج گردید. از سال ۸۰-۱۳۷۳ در مرکز آموزشی درمانی بیمارستان رازی رشت ۳۸۰ مورد عمل جراحی لاپراسکوپي انجام شد که در این مدت ۹۰ مورد کوله‌سیستکتومی و بقیه موارد تشخیصی و طبقه بندی کانسر بوده است. در این بیمارستان ۴ نفر جراح عمومی فعالیت دارند که همگی به نحوی درگیر روش‌های مختلف لاپراسکوپي هستند. در ۱۵ مورد اول عمل کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپیک با مشکلات زیادی روبرو بودیم که همگی ناشی از تجربه کم و محدود ما بوده است، از آن به بعد تجربه ما در مورد کوله‌سیستکتومی بهتر شده و ۱۲ مورد کوله‌سیستیت حاد و دو مورد آمیبیم کیسه صفرا و ۴ مورد کوله‌سیستیت مزمن (کیسه صفراي 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 نداشته و کراتاً در مراجعات بعدی شکایت از ادامه بیماری خود بخاطر برش محدود خود داشت. در ۸ مورد ما مجبور به تبدیل لاپراسکوپي به عمل باز شدیم که ۳ مورد پرفوراسیون احشاء، یک مورد خونریزی و ۴ مورد چسبندگی شدید و عدم رویت 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 کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپي در صورتی که همراه با یک گروه کارآموزده انجام شود روش ارجحی می‌باشد. برش جراحی محدود و بازگشت سریع به فعالیت روزمره مزایای این عمل است.

کلید واژه‌ها: برش کیسه صفرا / سنگ کیسه صفرا / شکم بینی

مقدمه

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 (۱۳) شده‌اند که در این روش برش جراحی کوچکتر است. MUHE

آلمانی اولین مورد کوله‌سیستکتومی لاپراسکوپیک 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 لاپراسکوپیک 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 (۱۲ و ۱). چندین عامل باعث رونق و گرایش بیماران و جراحان به این

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 لاپراسکوپي قرار گرفتند بیمارانی بودند که فاقد هرگونه التهاب و پیچیدگی و دچار سنگ کیسه صفراي 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 صفراي چروکیده) (۴ مورد) بوده اند در لیست اعمال جراحی قرار گرفتند.

۷ بیمار سابقه عمل جراحی شکمی داشتند. در ۸ مورد مجبور شدیم عمل لاپراسکوپي 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 سیستمیک آرتری و ۴ مورد چسبندگی شدید احشاء مخصوصاً دئودنوم به کیسه صفرا و آناتومی ناآشنا بوده است. نکته قابل توجه اینکه چسبندگی ها 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 می کشید و هرچه تجربه ما افزایش یافت این زمان کوتاهتر شد. در ۷ مورد بعد از عمل بیمارانی 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 زده می شود)، مدت کوتاه توقف در بیمارستان و از سرگیری فعالیت روزانه طی هفته دوم و عوارض کمتر بعد از عمل می باشد (۲ و ۱).

از دیگر نکات عمده ای که عمل جراحی کوله سیستکتومی را پراهمیت کرده فراوانی سنگ کیسه صفرا است. هرچند که آمار دقیق از میزان سنگ کیسه صفرا در ایران وجود ندارد ولی میزان آن در آمریکا ۱۰٪ جمعیت را شامل می شود (۶) و این خود از عوامل دیگری است که تمایل بیماران و جراحان رابه این تغییر بزرگ درمانی معطوف کرد.

مواد و روش ها

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 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 CO₂ 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

به افزایش گذاشته شده است. برای توضیح برتری روش لاپراسکوپى 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 طولانى است که انجام مى شود و تمامی جراحان با آن آشنا هستند و مایل به ترک آن نمى 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 سیستمکتومی بروش باز (O.C) ۱۷-۵٪ (۱۲ و ۱) است در حالیکه این عوارض در کوله سیستمکتومی لاپراسکوپى (L.C) ۱۰-۲٪ است (۹ و ۲) مهمترین عارضه L.C آسیب به مجاری صفراوی بهنگام عمل جراحی (۹ و ۲) 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 (۲ و ۱) ما در عمل جراحی خود در هیچ مورد آسیب به مجاری صفراوی 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 کم‌روى انفانديبولوم بهنگام دیسکسیون سیستمیک داکت و نکته مهمتر اینکه مادر مرحله به اصطلاح بدار آویختن (hanging) سیستمیک داکت چندین بار دورین را از صحنه به دور برده و CBD را بدقت از دور نظاره کرده‌ایم و این بیشترین عامل موفقیت 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.

بر اساس 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 بطریق جراحی از راه شکافتن جدار شکم بوده است. تقریباً یک قرن بعد روش جراحی لاپراسکوپیک 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 صفراى حتى 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

عروق بزرگ هنگام ورود سوزن VERESS بداخل شکم است (۷) که با تمهیدات لازم می‌توان جلوی این عارضه را گرفت اما ما ۳ مورد پرفوراسیون احشاء توخالی داشته‌ایم که ۲ مورد دئودنوم و یک مورد کولون بوده است. علت این پرفوراسیونها ضربه به روده بوسیله کوتتری بوده است و سه مورد از پرفوراسیون مربوط به اوایل اعمال جراحی ما یعنی در ۱۵ مورد اول کوله‌سیستکتومی بوده است نکته پراهمیت کسب تجربه در ۲۰ مورد اول است که چندین گزارش (۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱) آن را تأیید نموده است و ما هم اغلب عارضه‌هایی که داشته‌ایم در ۱۵ مورد اول بوده است.

عوارض دیگر بعد از اعمال جراحی مانند تب و ایلتوس مختص (۴ و ۵ و ۹) لاپراسکوپیی 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 ایلتوس 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 بررسیها ۱۰-۲٪ گزارش شده است (۱۱ و ۱۰) بیشترین عامل تبدیل عمل L.C به روش باز معلوم نبودن آناتومی و خونریزی ذکر کرده‌اند (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 نوشته‌ها مهمترین عامل این تبدیل را تجربیات محدود (۴ و ۱۲) 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 لاپراسکوپیی 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 به‌سہولت 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 مناسبی به جراح دست‌کم در مورد آناتومی مجاری صفاوی 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 رارد 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.

منابع

1. Barkun JS, Barkun AN, Meakins JL. Fracs 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: Cholesystectomy with open Cholecystectomy in a Single center. Am J Surg 1993: 165: 459.
3. Corr P, Jerkmy JF, Tate T. MS Fracs Yan Lav, Fracs Fracs, Fracs. 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 Biliary 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. Management of Common Bile Duct Stone in the era of Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993: 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 1993;133(2):173-5.
13. Douglas O, Olsen DO. Fracs Mini-Lap cholecystectomy. Am J Surg 1993: 165: 44.
14. Perissat J. Fracs 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 (shrunked 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