

گزارش ۱۰۰ مورد لاپاراسکوپی کوله سیستکتومی

در بیمارستان امام خمینی از تاریخ ۷۲/۲/۲۸ لغایت ۷۳/۴/۳۱

دکتر عباس ربانی، استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیدرسول میرشریفی، استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سید حسن رضوی امامی، استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

Reporting of 100 cases of laparoscopic cholecystectomy in Imam Khomeiny hospital from 72.2.28 to 73.4.31

ABSTRACT

100 patients (93 females and 7 males) in ages ranging between 23 and 65 years. Were subjected to laparoscopic cholecystectomy for biliary colic (92 pts.), acute cholecystitis (7 pts.) or asymptomatic gallstones (1pt.). None had a history of icterus and in every case choledocholithiasis was excluded by means of serum alkaline phosphatase assessment and sonography (in addition to ERCP in 3 pts.). 3 operations were converted to open cholecystectomy (because of uncertainty about anatomy in 1 pt., extensive adhesions in 1 pt., and persistent bleeding in 1 pt.). Mean operation time was 80 min. 90 patients were discharged on the second postoperative day. Apart from 2 pts. who were readmitted (for omental evisceration in 1 pt. and subhepatic hematoma in one), complications were limited to minor complaints. Laparoscopic cholecystectomy is a safe procedure in the hands of a skilled surgeon who is aware of anatomic variations and is always prepared to liberally convert the operation to an open cholecystectomy.

خلاصه

صد بیمار (۹۳ زن - ۷ مرد) از ۲۳ تا ۶۵ سال بعلت کولیک صفراوی (۹۲ مورد) کوله سیستیت حاد (۷ مورد) و سنگ کیسه صفرا بدون علامت (یک مورد) تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی قرار گرفتند. هیچکدام از بیماران سابقه ایکترو نداشتند و با اندازه گیری فسفاتاز آلكالان و سونوگرافی و

E.R.C.P سنگ مجرای کولدوک رد شد.

سه بیمار تبدیل به روش باز شدند (یک مورد بعلت نامشخص بودن آناتومی - یک مورد بعلت چسبندگی شدید، و یک مورد بعلت خونریزی). میانگین زمان عمل ۸۰ دقیقه بود، ۹۰ بیمار روز دوم عمل مرخص شدند. دو بیمار پس از ترخیص بستری مجدد داشتند (یک مورد بعلت اویسراسیون استوم از ناف - و دیگری بعلت

اوایل، کلیه بیمارانی که سابقه عمل جراحی باز شکم داشته‌اند از انجام این روش محروم می‌شدند اما پس از انجام چند مورد، بیمارانی که سابقه عمل جراحی در قسمت تحتانی شکم داشتند نیز کاندیدای لاپاراسکوپی شدند بطوریکه از این صد بیمار ۱۵ نفر سابقه عمل جراحی شکمی از قبیل سزارین، هیسترکتومی، آپاندکتومی و بستر کوله داشتند.

بررسی‌های قبل از عمل در روش لاپاراسکوپی شامل، Alk.Ph, SGOT, SGPT, FBS, BUN, U/A, PTT, PT, PLT, CBC بود. در تمام بیماران سونوگرافی برای تشخیص سنگ کیسه صفرا و بررسی دیلاتاسیون کلدوک و وجود سنگ در مجاری صفراوی به کار برده شد. در ۳ مورد که مشکوک به سنگ کلدوک بودند با ERCP وجود سنگ رد شد و سپس تحت عمل قرار گرفتند.

روش عمل

اولاً جراح اصلی در تمامی موارد یک نفر بوده است ولی کمک اول در موارد ابتدایی جراحان مختلف بوده؛ در مراحل بعدی از رزیدنت‌های جراحی استفاده شد. به همه بیماران یک گرم کفلین وریدی قبل و بعد از عمل تزریق می‌شود. در اکثریت بیماران در ابتدای عمل N/G TUBE گذاشته و در انتهای عمل خارج می‌شود. پس از بیهوشی کامل برشی به اندازه ۱ سانتیمتر در ناحیه ناف داده می‌شود و با سوزنی مخصوص، وارد حفره صفاق شده حدود ۶-۵ لیتر گاز دی‌اکسید کربن وارد آن می‌گردد. پس از رسیدن فشار داخل صفاق به ۱۲ میلیمتر جیوه اولیه تروکار ۱۰ میلی‌متری با احتیاط از طریق همان برش نافی به حفره صفاقی فرستاده می‌شود. و تلسکوپ از طریق آن وارد شکم می‌شود. با ورود تلسکوپ ابتدا تمام حفره شکم و سپس ناحیه کیسه صفرا مشاهده می‌شود. در بررسی اولیه یک ارزیابی در مورد وضعیت آناتومی انجام می‌شود تا در صورت وجود چسبندگی خیلی پیچیده و کور در همان ابتدا عمل به روش باز تبدیل شود و ریسک اضافی به بیمار تحمیل نشود. در این ۱۰۰ مورد یک مورد حاد در اولین برخورد تبدیل به روش باز شد. یک مورد بعلت خونریزی بستر کبد و مورد دیگر نیز بعلت تردید در آسیب به کلدوک به روش باز تبدیل شدند.

پس از حصول اطمینان از توانایی انجام عمل: یک تروکار ۱۰ میلیمتری از ناحیه ساب گزیفوئید و دو تروکار ۵ میلیمتری از ناحیه ساب کوستال راست وارد کرده و از طریق اینها ابزار جراحی وارد شکم می‌شود. ابتدا شریان و مجرای سیستیک مشخص شده و پس از اعتماد ۱۰۰٪ به آناتومی شریان و مجرای سیستیک کلیپس پروگزیمال و دیستال زده می‌شود و شریان و مجرا قطع شده کیسه صفرا با کوتر از بستر جدا می‌گردد و از طریق پورت ساب گزیفوئید خارج می‌شود و در انتها بستر کبد حتماً با نرمال سالین شسته می‌شود و گاز داخل شکم نیز حتی الامکان خارج می‌شود. در ۵ بیمار از درن ساب هپاتیک استفاده شد که در ۳ مورد پس از ۲۴ ساعت و در ۲ مورد پس از ۳ روز خارج شد. در ۱۹ بیمار اندازه سنگ بزرگتر از ۱ سانتی‌متر بود که در ۶ مورد مجبور به بزرگتر نمودن برش

همان‌توم زیر کبد) عارضه مهم دیگری وجود نداشت. کوله سیتکتومی لاپاراسکوپی بدست جراح با تجربه و با رعایت دقیق اصول آن روشی مفید، مطمئن و بی‌خطر می‌باشد.

مقدمه

لاپاراسکوپی ترکیبی از دو کلمه لاتین لاپار به معنی شکم و اسکوپی به معنی دیدن است. در سال ۱۹۰۱ آقای Geolge kelling با استفاده از یک سیستوسکوپ برای اولین بار احتشای داخل شکم سگ را مشاهده کرد و نام این کار را keolioskopi نامید. گذشت ۱۰ سال بعد یک جراحی روسی بنام dimitriott از طریق واژن لاپاراسکوپی را روی انسان انجام داد. در سال ۱۹۱۱ اولین سری از گزارش‌های وسیع لاپاراسکوپی تشخیصی انتشار یافت. از این تاریخ تا دهه هشتم قرن حاضر لاپاراسکوپی علیرغم پیشرفت‌های روزافزون تکنولوژی، فقط در جهت تشخیص و آنهم در حیطه ژئیکولوژی بکار گرفته شد.

بالاخره در سال ۱۹۸۷ آقای Mouret از پاریس اولین مورد لاپاراسکوپی کوله سیتکتومی را گزارش کرد. اکنون که بیش از ۷ سال از آن تاریخ نمی‌گذرد هزاران عمل جراحی بزرگ و کوچک در آمریکا و اروپا به این طریق انجام گرفته است و به جرات می‌توان گفت که کمتر تحولی توانسته تا این اندازه سرعت و رشد سریع داشته باشد. امروزه عمل جراحی کوله سیتکتومی در اکثر مراکز ابتدا به طریق لاپاراسکوپی انجام می‌شود و در صورت عدم توانایی جراح در انجام آن به روش باز تبدیل می‌شود که میزان آن بیش از ۲ تا ۵٪ نمی‌باشد.

روش مطالعه

شاید بیمارهای کیسه صفرا و مجاری صفراوی شایعترین اعمال جراحی بزرگ شکمی باشند لذا اندیکاسیونهای متعددی برای کوله سیتکتومی مطرح می‌باشند. ولی علل کوله سیتکتومی بوسیله لاپاراسکوپ (Inclusion criteria) در این صد مورد عبارت بود از:

نود و دو مورد کولیک صفراوی، ۷ مورد کوله سیتیت حاد و ۱ مورد سنگ صفراوی بدون علامت.

نود و سه بیمار زن و ۷ نفر مرد بودند که جوانترین بیمار، ۲۳ سال و مسن‌ترین بیمار، ۶۵ سال داشت. در طی این مدت کتراندیکاسیونهای نسبی و مطلق این روش (exclusion criteria) عبارت بودند از:

حاملگی، کلاتریت و پیریتونیت حاد، بیمارهای انعقادی، احتمال خونریزی، سابقه جراحیهای وسیع در نواحی فوقانی شکم، سنگ کلدوک (افزایش آلكالن فسفاتاز، قطر کلدوک بیش از ۸ میلیمتر، سابقه اپکتر) و زخم اثنی عشر.

در کلیه بیمارانی که دارای یکی از حالات زیر بودند از روش باز استفاده شد و همچنین بیمارانی که از نظر شرایط عمومی مناسب نبودند از این روش درمانی حذف شدند. لازم به ذکر است که در

ختم آن نیز نمی‌باشد و جراح در صورتی مجاز به ادامه عمل تا خارج کردن کیسه صفرا می‌باشد که ۱۰۰٪ از بی خطر بودن آن مطمئن باشد، البته قبل از عمل، آسان و یا مشکل بودن قابل پیش بینی نمی‌باشد. در مواردی که باهیدروپس مواجه می‌شویم بهتر است ابتدا با سوزن از طریق پوست ترشحات کیسه صفرا حتی الامکان تخلیه شده سپس عمل ادامه یابد. این کار هم تکنیک را آسان می‌کند و هم از آلودگی احتمالی (در صورت پارگی کیسه صفرا) می‌کاهد.

عوارض

همانطوری که ذکر شد در این صد مورد عارضه مهم و مرگ نداشتیم اما هماتوم ناحیه تروکار در ۳ مورد، درد طولانی مدت محل تروکار در ۶ مورد، عفونت زخم در ۳ مورد اویسراسیون امتوم در یک مورد و هماتوم زیر کبک نیز در یک مورد مشاهده گردید که به شکل عمده‌ای ایجاد نکرد. روز پنجم، پس از کشیدن بخیه‌های پوستی اویسراسیون امتوم به وجود آمد که بصورت موضعی ترمیم شد.

مزایای کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی را در چند مورد می‌توان خلاصه نمود:

- ۱- درد بعد از عمل بسیار کمتر از روش باز است و بیماران براحتهی از چند ساعت بعد از عمل قادر به حرکتند که این خود کاهش چشمگیری در ایلتوس بعد از عمل، آتلکتازی و D.V.T ایجاد خواهد کرد.
- ۲- اشتهای بیماران خوب است و از صبح روز بعد از عمل براحتهی قادر به خوردن و آشامیدن هستند و ایلتوس ندارند.
- ۳- خطر جاگذاری اشیاء خارجی در شکم وجود ندارد.
- ۴- عفونت زخم خیلی نادر است و در صورت ایجاد بعلت کوچکی زخم براحتهی قابل درمان است.
- ۵- فتقهای محل عمل نادر و بسیار کوچک‌اند.
- ۶- اسکار ایجاد شده بسیار کمتر از روش باز است.
- ۷- بعلت کاهش چشمگیر اقامت بیماران در بیمارستان و بهبودی سریع و برگشت آنها به فعالیت اجتماعی، از نظر اقتصادی نیز مقرون به صرفه است اگرچه شروع این روش در ابتدا هزینه تهیه دستگاه و وسایل را تحمیل می‌کند ولی در مجموع و در دراز مدت اقتصادی بودن آن نیز به اثبات رسیده است.

تجربه مانیز همچون مراکز بسیار معتبر جهانی ثابت می‌کند که کوله سیستکتومی با لاپاراسکوپ توسط جراحی با تجربه می‌تواند با همان درجه اطمینان روش باز انجام شود و مورتالیتته و موربیدتته آن تقریباً با آن مشابه بوده و در موارد حاد و مزمن می‌توان از این روش استفاده کرد.

ساب گزیفونید به حدود ۲ سانتی متر شده کیسه صفرا خارج شد و در بقیه موارد قبل از خارج کردن کیسه صفرا سنگ را با پنس معمولی خرد کرده کیسه صفرا از همان برش ۱۰ میلیمتری خارج شد.

در ۱۱ مورد کیسه صفرا قبل از خروج پاره شد که بلافاصله صفرا ساکشن گردید و محل آلودگی بانرمال سالین شسته شد. در ۷ مورد سنگهای صفراوی به داخل شکم ریخته شد که در همه موارد سنگها خارج گردیده و در هیچ موردی از این نظر مشکلی بوجود نیامد.

در ۹۷ بیمار کوله سیستکتومی با روش لاپاراسکوپی با موفقیت انجام شد و در ۳ مورد به روش باز تبدیل شد و علت آن در یک مورد خونریزی بود که با تبدیل به روش باز براحتهی کنترل گردید. در یک مورد بعلت چسبندگی شدید آناتومی ناحیه کلدوک نامشخص بود و برای جلوگیری از آسیب آن به روش باز تبدیل شد و در مورد سوم بعلت آمیبیم و چسبندگی شدید کیسه صفرا و دئودوم ادامه عمل بروش لاپاراسکوپی به هیچ وجه امکان نداشت. زمان عمل بتدریج بطور قابل توجهی کاهش یافت و زمان متوسط عمل در این بیماران حدود ۸۰ دقیقه می‌باشد.

در یک بیمار در حین عمل بستر کبک خونریزی بیش از معمول داشت که با گذاشتن surgicell کنترل شد. بیمار یک هفته پس از عمل با تب و درد در ناحیه R.U.Q. مراجعه کرد که با تجویز آنتی بیوتیک و ریدی بمدت چند روز بهبودی کامل پیدا کرد و سونوگرافی بیمار یک هماتوم جذب شونده را در ناحیه کیسه صفرا نشان داد. غیر از دو مورد ذکر شده در هیچ یک از بیماران عمل مجدد و یا بستری شدن بعدی وجود نداشت و تاکنون نیز مراجعه مجدد بعلت ایکتر، تب و یا هر عارضه دیگری نداشتیم و مرگ نیز وجود نداشت. مهمترین شکایت بیماران بعد از عمل درد شانه‌ها و محل تروکار بوده که براحتهی با مسکن کنترل می‌شود استفرغ بعد از عمل نیز نسبتاً شایع بوده که با تجویز متوکلوپرامید IM درمان می‌شود در اکثر بیماران صبح روز بعد از عمل سرم قطع و رژیم غذایی نرم شروع می‌شود و بیماران براحتهی قادر به راه رفتن و حرکت می‌باشند. از بیماران این مطالعه ۹۰ نفر صبح روز دوم ترخیص شدند. اولین ویزیت روز چهارم بود که مهمترین شکایات آنها دردهای خفیف قابل کنترل از محل تروکار ساب کوستال بود.

بحث

از ۱۰۰ مورد ذکر شده ۹۷ مورد با موفقیت خاتمه یافت و عارضه مهم و خطرناکی نداشتیم. از ۷ مورد حاد نیز ۶ مورد براحتهی انجام گرفت. یکی از این موارد بعلت چسبندگی شدید و عدم تشخیص صحیح آناتومی به روش باز تبدیل شد که کاملاً منطقی بوده و انجام آن به روش باز نیز بدون مشکل نبود و چسبندگی وسیعی بین کیسه صفرا و دئودوم وجود داشت. اصولاً شروع لاپاراسکوپی بمعنی

مراجع

1. Laparoscopic abdominal surgery 1993
2. Colour atlas of laparoscopic surgery 1993
3. The surgical clinics of north america Laparoscopy for the general surgeon Oct. 1992
4. Peters JH, Ellison EC. Safety & efficacy of laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. Arch. Surg. 1991;213:3-12
5. Cameron JC, gadacz TR: Laparoscopic cholecystectomy Ann. Surg. 1991 213 :1-2,
6. Flowers JA, Bailey RW, Laparoscopic Management of Acute cholecystitis Am. J. Surg. 1991 161:388-392 ,