

نتائج جراحة المرارة التنظيرية في مشفى الأسد وتشرين الجامعيين في اللاذقية بين عامي 2010-2017:

د. أحمد محمد سعد*

(تاريخ الإيداع 13 / 5 / 2018. قُبل للنشر في 25 / 6 / 2018)

□ ملخص □

تمتلك جراحة المرارة التنظيرية العديد من الميزات التي تجعلها مفضلة على الجراحة المفتوحة مع معدل منخفض لحدوث الاختلاطات.

أجريت الدراسة على 877 مريضاً خضعوا لجراحة المرارة التنظيرية في مشفى الأسد وتشرين الجامعيين في الفترة ما بين 2010-2017

تمت دراسة الطريقة الجراحية المتبعة وأسباب التحويل لجراحة مفتوحة إضافة للاختلاطات الحاصلة أثناء أو بعد الجراحة من حيث نسبة الحدوث وطريقة تدبير الاختلاط المتبعة ونتائج هذا التدبير.

كان متوسط أعمار المرضى 46 عاماً، نسبة الإناث 64.5%، مدة العمل الجراحية الوسطية 45 دقيقة.

نسبة التحويل لجراحة مفتوحة كانت 2.05% وأكثر الأسباب كانت الالتهابات الشديدة "عدم وضوح مثلث كالوت" ثم الشك بالخبثاء.

أجري استئصال المرارة الجزئي بالتنظير في 1.36% من الحالات وحدثت الاختلاطات أثناء الجراحة في 0.34% من الحالات والاختلاطات التالية للجراحة في 2.16% من الحالات.

بتحليل النتائج تبين أن نسب التحويل لجراحة مفتوحة ونسبة حدوث الاختلاطات تقع ضمن النسب المقبولة عالمياً كما أن نتائج تدبير الاختلاطات كانت مرضية وتتوافق مع الطرق المتبعة عالمياً لتدبير الاختلاطات.

توصلنا بنتيجة الدراسة أن هذه الجراحة آمنة واختلاطاتها قليلة جداً ونوصي بتطبيقها في مشافينا واقترحنا بعض التوصيات التي يمكن من خلالها تقليل نسبة اختلاطات هذه الجراحة.

الكلمات المفتاحية: استئصال المرارة بالتنظير، اختلاطات.

* مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

Results of laparoscopic cholecystectomy in Al-Assad and Tishreen university hospitals in Lattakia between 2010-2017:

Dr. Ahmad Saed*

(Received 13 / 5 / 2018. Accepted 25 / 6 / 2018)

□ ABSTRACT □

laparoscopic cholecystectomy has many features that make it preferable to open surgery with a low incidence of complications.

The study was conducted on 877 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy at Al-Assad and Tishreen hospitals in the period 2010-2017

The surgical method used and the reasons for conversion to open surgery were studied in addition to the complications occurring during or after the surgery in terms of occurrence rate and method of management of complications and the results of this management.

The average age of patients was 46 years, the proportion of females was 64.5%, the mean surgical time was 45 minutes.

The ratio of conversion to open surgery was 2.05% and the most common cause was severe inflammation, "unclear calot`s triangle" and suspicion of malignancy.

Partial laparoscopic cholecystectomy was performed in 1.36% of cases and peroperative complications occurred in 0.34% of cases and postoperative complications in 2.16% of cases.

Analysis of the results revealed that the rates of conversion for open surgery and the incidence of complications are within the internationally accepted rates and that the results of management of complications were satisfactory and consistent with the methods used globally to manage complications.

We concluded that this surgery is safe and its complications are rare. We recommend applying it in our hospitals . We have suggested some recommendations that can reduce the complications of this surgery.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, complications.

*Assistant professor, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria

مقدمة:

المرارة أو الحويصل الصفراوي عبارة عن عضو كيسي ملحق بالطرق الصفراوية وتتألف من وظيفته بخزن وتكثيف الصفراء المنتجة ضمن الكبد لحين لإفراغها عبر القناة الكيسية إلى القناة الجامعة ثم السبيل الهضمي وذلك تحت تأثير عوامل متعددة هرمونية وعصبية من أجل القيام بوظائف متعددة في الهضم والامتصاص. {1-2}

تعتبر أمراض المرارة أو الحويصل الصفراوي إحدى أشيع الاضطرابات الهضمية المنتشرة على مستوى العالم حيث يعاني من الحصيات المرارية 17% من البشر في مرحلة ما من حياتهم، وتزيد احتمالية تشكل الحصيات بتأثير عوامل متعددة أهمها انحلال الدم وزيادة تركيز الكوليسترول ضمن الصفراء والجنس المؤنث. {1-3}

أهم الأعراض التي تسببها أمراض المرارة هي الألم القولنجي في المراق الأيمن والذي ينتشر للظهر والكتف الأيمن أو ما يسمى بالقولنج المراري إضافة لبعض الشكاوى غير النوعية كالأحاساس بالطعم المر في الفم أو التظيل البطني. {2-4}

تعالج معظم أمراض المرارة باستئصال المرارة سواء بالجراحة التقليدية المفتوحة أو الجراحة التنظيرية باستثناء بعض أمراض المرارة الناجمة عن عسر الحركية وحالات خاصة جدا ومنقاة من الحصيات المرارية "خطورة تخديرية عالية مع حصة كوليسترولية وحيدة بقطر أقل من 1 سم يمكن أن تعالج دوائياً". {1-4}

بخلاف الحالة السابقة فإن جميع الحصيات المرارية العرضية يجب علاجها باستئصال المرارة وما زال هناك خلاف حول استئصال الحصيات غير العرضية التي تكتشف صدفة والدليل العالمي يوصي حالياً بعدم استئصال الحصيات المرارية غير العرضية إلا في بعض الحالات الخاصة "مثل مرضى فاقات الدم الانحلالية" {5-6}

جراحة المرارة التنظيرية هي أولى الجراحات التنظيرية التي لاقت قبولاً واسعاً من الجراحين واعترافاً بأفضليتها على الجراحة المفتوحة حيث تتلخص المزايا التي تقدمها الجراحة التنظيرية بقلّة الألم والحاجة للمسكنات والتخريج الأسرع من المشفى والكلفة الإجمالية الأقل والنتيجة التجميلية الأفضل. وقد كانت اختلاطات جراحة المرارة التنظيرية أكثر قليلاً من الجراحة المفتوحة في بداية العهد التنظيري بسبب قلة خبرة جراحي التنظير وأصبحت حالياً مساوية لها. {7}

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث من الانتشار الواسع لجراحة المرارة التنظيرية ومن خطورة الاختلاطات المتعلقة بهذه الجراحة وتهديدها للحياة ويكمن هدف البحث في تقييم نتائج هذه الجراحة في مشفىي الأسد وتشرين الجامعيين وتقييم نسبة حدوث الاختلاطات وطرق التعامل معها وإصلاحها.

طرائق البحث ومواده:

أجري هذا البحث في مشفىي الأسد وتشرين الجامعيين في الفترة من 2010/5/1 وحتى 2017/12/31 وشمل جميع جراحات المرارة التنظيرية المجراة من قبل الباحث في هذه الفترة والبالغ عددها 877 جراحة.

جميع المرضى تم تشخيص إصابتهم المرارية باستخدام الأمواج فوق الصوتية "الإيكوغرافي" وكان استئصال الجراحة لدى الغالبية العظمى هو الحصيات المرارية "850 مريضاً" وتوزع الباقي بين مرضى التهاب المرارة اللالاصوي "13 مريضاً" ومرضى البوليبيات المرارية "14 مريضاً".

توزع مرضى الحصيات المرارية بين حصيات لا عرضية صغيرة الحجم "45 مريضاً بنسبة 5.29%" والمرضى الذين عانوا من نوبة قولنج مراري وحيدة "213 مريضاً بنسبة 25.05%" ومرضى التهاب المرارة المزمن "497 مريضاً بنسبة 58.47%" و التهاب المرارة الحصى الحاد "95 مريضاً بنسبة 11.17%".

أجري لجميع المرضى تحاليل دموية شاملة في سياق التحضير للعمل الجراحي وفي سياق نفي الإصابات الكبدية والصفراوية الأخرى وخصوصاً حصيات القناة الجامعة المرافقة حيث أجريت لهم التحاليل الدموية التالية: تعداد الدم العام والصبغة الدموية، سكر الدم، البولة الدموية والكرياتينين، الخماثر الكبدية، الفوسفاتاز القلوية، بيلروبينات الدم، زمن البروترومبين.

جميع المرضى الذين أظهر لديهم التصوير الشعاعي أو التحاليل المخبرية علامات مباشرة أو غير مباشرة لوجود حصيات صفراوية في القناة الجامعة "حصاة مرئية بالإيكو أو توسع قناة جامعة أو ارتفاع بيلروبين الدم المباشر والفوسفاتاز القلوية" تم إحالتهم لإجراء استشارة هضمية تخصصية وتنظير طرق صفراوية وبنكرياسية راجع ERCP قبل إجراء الجراحة.

أجريت الجراحة بشكل دائم عبر أربع مداخل تنظيرية وذلك بعد نفخ جوف البريتوان بالغاز وصولاً إلى ضغط 12-14 ملم زئبقي وتم بشكل دائم إجراء التسليخ النظامي لمثلث كالوت Calot's triangle "مثلث كالوت هو المثلث المقلوب المحدود في الأسفل والأيمن بالقناة الكيسية وفي الأسفل والأيسر بالقناة الكبدية المشتركة وفي الأعلى بالحافة السفلية للكبد في أسفل المسكن المراري" واشترطنا دائماً الكشف الخلفي الكامل لهذا المثلث قبل ربط القناة والشريان المراريين وفي الحالات التي لم نتمكن فيها من إجراء الكشف الكامل بسبب الالتصاقات الالتهابية الشديدة أو التشوهات التشريحية تم تقدير الحالة واتخاذ القرار أثناء الجراحة إما بترك جذمور مراري صغير "أقل من 1سم" أو بالتحويل للفتح الجراحي إذا بدا لنا أن الجذمور المتبقي أكبر من 1سم".

جميع المرضى وضع لهم مفجر أنبوبي في مسكن المرارة في نهاية العمل الجراحي وتم سحبه خلال 24 ساعة من الجراحة في حال لم تتطور علامات تستوجب بقاءه أكثر من ذلك "تسريب صفراوي أو نزف ضمن المفجر". تم إعطاء جميع المرضى جرعات وقائية من الصادات الحيوية "سيفالوسبورينات جيل ثالث" في الفترة ما حول العمل الجراحي وتخرج المرضى خلال 24 ساعة من المشفى ما عدا المرضى الذين تطورت لديهم أعراض أو علامات استوجبت بقاءهم أكثر من ذلك.

لم نجر أي تحاليل تالية للجراحة لمراقبة المرضى بشكل روتيني باستثناء المرضى الذي تطور لديهم اختلاط أو أولئك الذين كان لديهم شك بوجود خلل في تشريح الطرق الصفراوية أثناء الجراحة. جميع المرضى تمت متابعتهم بعد الجراحة لمدة أسبوعين على الأقل وذلك حتى توقيت سحب القطب الجراحية.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

بلغ مجمل العمليات الجراحية 877 جراحة تنظيرية وتراوحت أعمار المرضى بين 12 و 86 عاماً بعمر متوسط 46 عاماً، بلغ عدد الذكور 312 مريضاً وعدد الإناث 565 مريضة بنسبة مئوية 35.5% للذكور و 64.5% للإناث. تراوحت مدة العمل الجراحي بين 30 و 140 دقيقة بزمان متوسط 45 دقيقة.

تم التحويل من جراحة تنظيرية إلى جراحة مفتوحة في 18 عملية بنسبة مئوية بلغت 2.05% وذلك لأسباب متعددة يمكن تلخيصها بالجدول التالي:

الجدول {1}: أسباب التحويل من جراحة تنظيرية إلى جراحة مفتوحة.

سبب التحويل	الشك بالخبائة	عدم وضوح المعالم التشريحية {ممثلت كالوت}	النزف	خلل في أجهزة التنظير	ناسور عفجي مراري
عدد المرضى	4	10	1	2	1

جميع المرضى الذين أجري لهم تحويل للجراحة المفتوحة أجري لهم شق مائل تحت الأضلاع اليمنى وتم استئصال المرارة كلاسيكياً مع الإشارة إلى حالة ناسور عفجي مراري ما بين القطعة الأولى للعنق ومجل المرارة تم فيها إصلاح النقبة العفجية بخياطة بسيطة على طبقتين بعد استئصال المرارة وذلك دون عقابيل.

أجري التحويل لجراحة مفتوحة عند 12 مريضاً من مرضى مجموعة التهاب المرارة الحاد سواء الحصوي أو غير الحصوي والبالغ عددهم 108 مرضى بنسبة مئوية 11.11% بالمقارنة مع ستة مرضى فقط من باقي المجموعة والبالغ عددهم 769 مريضاً بنسبة مئوية 0.78% فقط. تجدر الإشارة أن معظم حالات التهاب المرارة الحاد لدينا أجريت فيها الجراحة بعد أكثر من 72 ساعة على بدء الأعراض لأسباب تتعلق بالبطء في تحضير الاستشارات التخديرية اللازمة وعدم توافر جهاز تنظيري في غرف العمليات الإسعافية حيث تم تبريد الحالة بإعطاء الصادات الحيوية ومسكنات الألم لحين إجراء الجراحة.

أجري استئصال المرارة الجزئي تنظيرياً في 12 حالة بنسبة 1.36% وذلك لمرضى لديهم درجة متقدمة من التهاب المرارة الحاد مع التصاقات صعبة التسليخ في منطقة القناة المرارية وهنا آثرنا إبقاء جذمور مراري صغير مع إغلاق بقطة صارة أو خياطة شلالية على المغامرة بالتسليخ الجائر في منطقة تشريحية مجهولة المعالم.

لم تحدث اختلاطات أثناء الجراحة إلا في ثلاث حالات فقط بنسبة 0.34% الحالة الأولى تمثلت بنزف غزير من المسكن المراري لدى مريض يعاني من تشمع كبد واستوجب إجراء الفتح الجراحي للسيطرة عليه، الحالة الثانية إصابة جزئية لجدار الكولون المعترض بإبرة نفخ الغاز {إبرة فيرس} استوجب خياطة جدار الكولون بقطة وحيدة بالتنظير ودون عقابيل، الحالة الثالثة هي رض كامل للقناة الجامعة وهي الحالة الوحيدة من المجموعة بنسبة 0.11% وقد اكتشفت الإصابة أثناء الجراحة لدى مريضة كان لديها قناة جامعة رقيقة جداً مع غياب للقناة المرارية وحصة وحيدة محشورة في المجل، أجري للمريضة ربط للجزء الداني الرفيع من القناة الجامعة وتم إنهاء العمل الجراحي وذلك بانتظار أن تتوسع القناة الجامعة ويتسمك جدارها ويصبح ملائماً للمفاغرة، تمت مراقبة المريضة في المشفى لمدة أسبوع حتى وصل قطر القناة إلى 1.2 سم حيث أجري لها بالجراحة المفتوحة مفاغرة عفجية صفراوية وتخرجت من المشفى بعد 15 يوم من الجراحة الأولى بحالة عامة ممتازة وتحاليل مخبرية طبيعية، راجعت المريضة بعد ست أشهر من الجراحة بنوبة التهاب طرق صفراوية ناجمة عن حصة جديدة متشكلة في القناة الجامعة المتبقية، أجري لها ثلاث محاولات فاشلة لاستخراجها بتنظير الـ ERCP ثم حولت للجراحة الثالثة حيث أجري لها مفاغرة صفراوية صائمة، تمت مراقبة المريضة لمدة سنة بعد الجراحة الثالثة سريراً ومخبرياً وشعاعياً دون وجود عقابيل.

الاختلاطات التالية للجراحة لوحظت عند 19 مريضاً بنسبة 2.16% من المرضى ويمكن إجمالها بالجدول

التالي:

الجدول {2}: الاختلاطات التالية للجراحة

نوع الاختلاط	تسريب صفراوي	يرقان انسدادى	نزف تال للجراحة	تجمع صفراوي	تحصي صفراوي
عدد المرضى	12	3	1	2	1

حدث التسريب الصفراوي عند 12 مريض بنسبة 1.36% وكان غزيراً في حالة واحدة فقط حيث قدرت الكمية بـ 800 مل خلال عدة ساعات من الجراحة وتم إعادة التداخل تنظيرياً حيث تبين أن السبب هو تسريب من القناة المرارية بعد تحرك الكليسات المعدنية من مكانها وتم إغلاقها تنظيرياً من جديد دون عواقب. باقي حالات التسريب كانت خفيفة وقدر التسريب بأقل من 200 مل/24 ساعة وعزيناها إلى التسريب من قنوات لوشكا وقد توقف عفواً خلال عدة أيام دون عواقب ودون حاجة لأي تدخل. حدث التسريب من قنوات لوشكا في تسع حالات من مجموعة مرضى التهاب المرارة الحاد وعند مريضين فقط من المجموعات الأخرى.

اليرقان الانسدادي التالي للجراحة لوحظ عند ثلاث مرضى فقط بنسبة 0.34% وكان السبب في كل الحالات حصاة صفراوية في القناة الجامعة لم تكن عرضية في الفترة السابقة للجراحة وتم إثبات التشخيص بالأشعة فوق الصوتية وتم حل الاختلاط في الحالات الثلاث عن طريق تنظير الطرق الصفراوية والبنكرياسية الراجع ERCP دون عواقب.

النزف التالي للجراحة لوحظ في حالة واحدة وبنسبة 0.11% وحدث خلال ساعات من الجراحة حيث قدرت كمية النزف بـ 1200 مل خلال ساعتين فقط وتم إعادة التداخل تنظيرياً حيث تبين أن سبب النزف هو المدخل التنظيري الأول {مدخل السرة} وتمت السيطرة على الوعاء النازف عن طريق قطبة وحيدة عبر الجلد شاملة لكل طبقات جدار البطن.

التجمع الصفراوي ضمن البطن لوحظ عند مريضين فقط بنسبة 0.22% وتم التشخيص بعد أسبوع من العمل الجراحي حيث راجع المريض بشكوى آلام مراقبة يمين مستمرة وأثبت التشخيص بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية حيث تبين وجود تجمع صفراوي عند أحد المريضين في مسكن المرارة وعند الآخر فوق الكبد الأيمن وتمت معالجة الاختلاط عند المريضين باليزل الموجه بالأشعة فوق الصوتية عن طريق أخصائي الأمراض الهضمية دون اختلاطات. حدث التحصي الصفراوي ضمن الجذومور عند مريض واحد بنسبة 0.11%. المريض أجري له استئصال مرارة تنظيري جزئي نتيجة التهاب مرارة حاد مع ضيق للمعالم التشريحية حيث تم ترك جذومور مراري يقدر بـ 1.5 اسم وراجع المريض بعد عدة أشهر بأعراض قولنج مراري وتبين لديه بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية وجود حصاة كبيرة ضمن الجذومور المراري، تم معالجة القولنج المراري ورفض المريض التعرض لجراحة ثانية كونه عالي الخطورة تخديراً "فقر دم منجلي مع سوابق جراحة قلبية"، تخرج المريض على حمية قليلة الدسم وتمت مراقبته لمدة سنة دون عودة لنوب القولنج المراري.

المناقشة:

تتعدد أسباب الاختلاطات في جراحة المرارة التنظيرية وأهمها هو التشوهات الصفراوية وهي شائعة جداً حيث أن التشريح الطبيعي للطرق الصفراوية لا يتواجد إلا عند 60% من المرضى {1} وتتراوح التشوهات بين تشوهات بسيطة شائعة "كوجود شريان مراري مضاعف" وهي تشوهات لا تزيد من نسبة حدوث الاختلاطات، وبين تشوهات كبرى نادرة

"كغياب القناة المرارية" وهي تشوهات تزيد من نسبة حدوث الاختلاطات. من أسباب زيادة الاختلاطات أيضاً الدرجة المتقدمة للالتهاب المراري الحاد والالتصاقات الشديدة مع ضياع المعالم التشريحية وسوء التكنيك المستخدم. {8}

بالنسبة للمجموعة المدروسة كان أهم أسباب الاختلاطات هو التهاب المرارة الحاد المتقدم ولكن أخطرها كان التشوه الصفراوي الكبير والذي ترافق مع أذية القناة الجامعة الوحيدة ضمن عينة الدراسة.

بحسب الجمعية الأميركية لجراحي جهاز الهضم "SAGES" لا يعتبر حالياً التحويل من جراحة تنظيرية إلى جراحة مفتوحة اختلاطاً للجراحة التنظيرية {9} ولكن لا يوجد حتى الآن معيار واضح لتحديد جراحات المرارة التي يجب إجراؤها بالطريق المفتوح منذ البداية وما زالت مضادات الاستطباب لجراحة المرارة التنظيرية جميعها نسبية وليست مطلقة بما فيها التهاب الصفاق المعمم وسرطان المرارة. وبالرغم من ظهور مقياس حديث من خمس معطيات وعشر درجات لتحديد الحالات التي يجب تحويلها للجراحة المفتوحة ولكن الحصول على معطيات هذا المقياس يتم أثناء الجراحة وليس قبلها. {10}

تزداد نسبة التحويل إلى جراحة مفتوحة ونسبة حدوث الاختلاطات وكلفة العلاج في حالات التهاب المرارة الحاد إذا تم تأخير العمل الجراحي لأكثر من 72 ساعة من لحظة بداية الالتهاب وذلك بسبب زيادة الالتصاقات وضياع المعالم التشريحية. {11}

يمكن التقليل من حدوث الاختلاطات الصفراوية بإجراء التصوير أثناء الجراحة سواء التصوير الكلاسيكي الظليل أو التصوير الحديث بالفلوروسكوب وهو إجراء بسيط يطيل زمن العمل الجراحي لعدة دقائق فقط ويخفض بشكل واضح من نسبة إصابة الطرق الصفراوية {12-13}، هذا الإجراء ما زال غير متوافر في مشافينا.

من إجراءات التقليل من الاختلاطات أيضاً هو التسليخ الكامل لمثلث كالتوت وخصوصاً في المستوى الخلفي قبل وضع الكليسات المعدنية على القناة والشريان المراريين، يجب دائماً متابعة التسليخ خلفياً في سرّة المرارة حتى الوصول بشكل واضح إلى سرير المرارة ورؤية النسيج الكبدي من الخلف بعد اكتمال التسليخ، هذه الطريقة تم اتباعها في جميع الجراحات المتضمنة ضمن البحث. {8}

إبقاء جذمور صغير من المرارة في حال التسليخ الصعب للسرة المرارية هو إجراء مقبول وهناك خلاف حول إغلاق هذا الجذمور أو تركه مفتوحاً حيث أن إغلاقه يزيد من احتمال تشكل حصيات في الجذمور وتركه مفتوحاً يزيد من احتمال الناسور الصفراوي، ولكن تبقى نسبة هذه الاختلاطات صغيرة وأقل من نسبة أذية الطرق الصفراوية في حال التسليخ الجائر {14-15}. بالنسبة لنا أثّرنا إغلاقه في جميع الحالات.

النزف الغزير أثناء أو بعد الجراحة له مصادر متعددة أهمها الشريان المراري والشريان الكبدي الأيمن وأيضاً من سرير المرارة عند المرضى الذين يعانون من تشمع الكبد أو اضطراب عوامل التخثر وبدرجة أقل يحدث النزف الغزير من مداخل المبالز وفي حالات نادرة جداً من وريد الباب "سوء تكنيك" أو الأوعية الكبرى "اختلاطات إبرة النفخ أو الميزل الأول". معظم حالات النزف المكتشفة أثناء الجراحة يمكن السيطرة عليها تنظيرياً، حالات النزف اللاحقة للجراحة قد يفيد معها العلاج المحافظ بنقل الدم والمعالجة العرضية وإعطاء الفيتامين K أو عوامل التخثر الطازجة وقد تحتاج للجراحة "التنظيرية أو المفتوحة" في بعض الحالات {4-16}.

رضوض القناة الجامعة أثناء الجراحة هي الاختلاط الأخطر ويتم اكتشافه أثناء الجراحة في معظم الحالات "80%" أو في وقت متأخر "20%" ويختلف التكنيك المتبع في الإصلاح بحسب وقت اكتشاف الإصابة وبحسب قطر القناة الجامعة ودرجة إصابتها ومن المنفق عليه أن الإصلاح المباشر بخياطة القناة الجامعة مقبول فقط في حالات

الإصابة الجزئية للقناة الجامعة أما في حالات القطع الكامل فإن الخياطة المباشرة الحلقية تحمل خطر التضيق المباشر أو المتأخر ويفضل عليها إجراء مفاغرة للقناة الجامعة مع السبيل الهضمي سواء مع العفج أو الصائم {4-3-1}. يمكن إجراء المفاغرة العفجية أو الصائمية في جميع الظروف ولكن في حال كان قطر القناة الجامعة صغيراً "أقل من 1 سم" فمن المفضل إجراء المفاغرة مع الصائم وذلك لاحتمالية التضيق الأكبر في المفاغرة العفجية، من جهة أخرى تقدم المفاغرة العفجية أفضلية الاستفادة من إجراء ERCP لاحق في حال الاضطرار لذلك {9} وهو ما حدث في إحدى حالات الدراسة.

في حال كان قطر القناة الجامعة صغيراً جداً "أقل من 5ملم" فإن احتمالية التسريب من المفاغرة أو تضيقها يكون عالياً ويفضل بعض المؤلفين في هذه الحالة إغلاق القسم القريب من القناة الجامعة بشكل كامل وإنهاء العمل الجراحي وإعادة التداخل لاحقاً بعد وصول قطر القناة الجامعة لأكثر من 1 سم، هذه الطريقة تم اتباعها عند حدوث إصابة القناة الجامعة لدينا وذلك بعد أخذ رأيين استشاريين أثناء الجراحة حيث يشير بعض المؤلفون أن طلب الرأي الآخر من الزملاء الأخصائيين في حال الأذية الصفراوية الكبرى هو واجب وليس خيار وذلك من وجهة نظر طبية وقانونية خصوصاً أنه لا يوجد دليل عالمي واضح للتعامل مع هذه الإصابات وتتداخل عدة عوامل في اتخاذ القرار حيث تعامل كل حالة على حدة {4}.

يتم حل اليرقان الانسدادي التالي للجراحة الناجم عن حصيات قناة جامعة منسية بشكل دائم عن طريق ERCP ولا نلجأ للجراحة إلا في حال فشل هذا الإجراء في استخراج الحصيات {4-2}.

من النادر في الوقت الراهن أن نضطر للتدخل الجراحي لحل مشكلة التجمع الصفراوي العقيم ضمن البطن ويتم حل هذا الاختلاط بشكل دائم عن طريق التفجير الموجه بالموج فوق الصوتية أو التصوير المقطعي المحوسب عن طريق أخصائي الأمراض الهضمية أو الأشعة التداخلية وقد نضطر في بعض الأحيان لإجراء خزع معصرة أودي عبر إجراء ERCP وذلك لتخفيف الضغط ضمن الطرق الصفراوية وبالتالي التسريب الصفراوي {17}.

يبقى لخبرة الجراح وتوافر التجهيزات الحديثة دور أكيد في التقليل من نسبة الاختلاطات ولكن دراسة كبرى أجريت على أكثر من مليون مريض في مشافي مختلفة السوية وشارك بها جراحون متفاوتو الخبرة أكدت أن العامل الأساس في تحديد نسبة الاختلاطات هو حالة المريض وحالة المرارة وتشريحها بالدرجة الأولى {18}.

بالمجمل حدث لدينا 21 اختلاط أثناء وبعد الجراحة بنسبة 2.39% وهي نسبة قليلة ونقع ضمن النطاق المقبول عالمياً {4} وقابلة للمقارنة مع دراسات أخرى مماثلة {16}.

الاستنتاجات والتوصيات:

جراحة المرارة بالتنظير هي جراحة آمنة وقليلة الاختلاطات والنتائج في مشافينا مماثلة من حيث جودتها للنتائج العالمية ونوصي بتطبيقها بشكل روتيني.

تزداد نسبة التحويل للجراحة المفتوحة ونسبة الاختلاطات في حالات التهاب المرارة الحاد وتزداد أكثر في حال تأخير العمل الجراحي في التهاب المرارة الحاد لأكثر من 72 ساعة.

إدخال تقنية التصوير الظليل للطرق الصفراوية أثناء الجراحة إلى مشافينا لتقليل نسبة الاختلاطات وإعطاء الأمان للجراح.

تأمين أجهزة تنظير لجراحة المرارة الإسعافية في غرف العمليات الإسعافية وذلك لتجنب التأخير في جراحة التهاب المرارة الحاد والذي يزيد من نسبة الاختلاطات.

المراجع:

- 1} BRUNICARDI,F.C. *Schuartz principls of surgery*. 10 ed, MC Graw Hill education,USA, 2015, 2068.
- 2} Williams,N. O'Connell,P.R. *Bailey & Love's Short Practice of Surgery*. 26 ed, UK, 2013,1530.
- 3} FISCHER,J.E. *Mastery of surgery*. 5 ed, Boston, Massachusetts, USA, p932, 2006.
- 4} GIGOT,JF. *Chirurgie des voies biliaires*, 2 ed, MASSON, FRANCE,P148, 2005.
- 5} IBRAHIM,M et al. *Gallstones: Watch and wait, or intervene?*, Cleve Clin J Med. 2018 Apr;85{4}:323-331.
- 6} SUPE,A. *Asymptomatic gall stones--revisited*. Trop Gastroenterol. 2011 Jul-Sep;32{3}:196-203.
- 7} CASTRO, PMV et al. *LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY VERSUS MINILAPAROTOMY IN CHOLELITHIASIS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS*, ABCD Arq Bras Cir Dig, 2014;27{2}:148-153.
- 8} CASTING,D. *Prise en charge d'une plaie des voies biliaires*, <http://www.centre-hepato-biliaire.org/soin-traitement/interventions/reparation-biliaire.html>, 2014.
- 9} SAGES. *Guidelines for the Clinical Application of Laparoscopic Biliary Tract Surgery*, <https://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-the-clinical-application-of-laparoscopic-biliary-tract-surgery/>, 2010
- 10} Ahmed N et al. *Intra-Operative Predictors of difficult cholecystectomy and Conversion to Open Cholecystectomy – A New Scoring System*. Pak J Med Sci. 2018 Jan-Feb;34{1}:62-66
- 11} KHALID,S et al. *Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy For Acute Cholecystitis*. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2017 Oct-Dec;29{4}:570-573
- 12} RIZZUTO,A et al. *Intraoperative cholangiography during cholecystectomy in sequential treatment of cholecystocholedocholithiasis: To be, or not to be, that is the question A cohort study*. Int J Surg. 2018 May;53:53-58. doi: 10.1016.
- 13} MAKER, AV et al. *A Technique to Define Extrahepatic Biliary Anatomy Using Robotic Near-Infrared Fluorescent Cholangiography*. J Gastrointest Surg. 2017 Nov;21{11}:1961-1962
- 14} SUPIT.C et al. *The outcome of laparoscopic subtotal cholecystectomy in difficult cases - A case series*. Int J Surg Case Rep. 2017;41:311-314.
- 15} HIRAJIMA. S et al. *Utility of Laparoscopic Subtotal Cholecystectomy with or without Cystic Duct Ligation for Severe Cholecystitis*. Am Surg. 2017 Nov 1;83{11}:1209-1213
- 16} Rooh-ul-muqim, et al. *complication of laparoscopic cholecystectomy*. World journal of laparoscopic surgery, January-april, 2008, 1,{1}: 1-5
- 17} BARBUSCIA M. et al. *A complication in biliary surgery: the biloma*. G Chir. 2010 Nov-Dec;31{11-12}:523-6.
- 18} Melissa M Murphy. *Predictors of Major Complications after Laparoscopic Cholecystectomy: Surgeon, Hospital, or Patient?*. J Am Coll Surg, Vol. 211, No. 1, July 2010