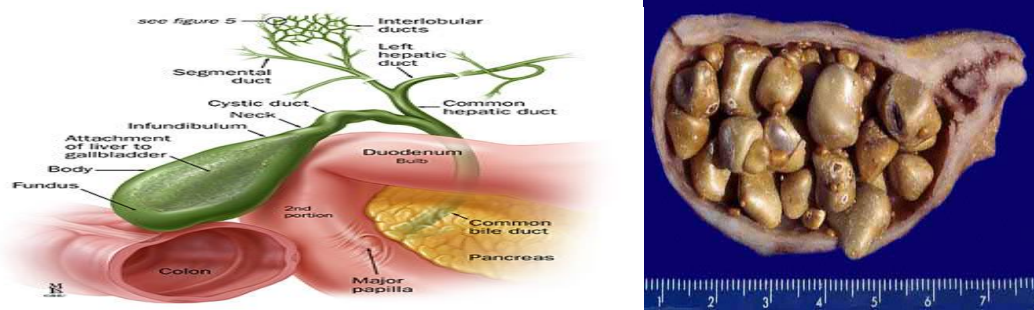


المرارة و الطرق الصفراوية

المرارة : كيس إحصائي الشكل يقيس 7-10 سم طولاً ، و سعتها وسطياً 50 مل ، تتوضع على السطح السفلي للكبد فيأخدود يفصل الفص الأيمن عن الأيسر للكبد



تقسم المرارة إلى أربع مناطق تشريحية : القعر،الجسم، المجل أو جيب هارتمان ، و العنق

يتفرع الشريان المراري الذي يغذي المرارة عادةً من الشريان الكبدي الأيمن ، و يمر عادةً ضمن مثلث Calot و الذي حدوده بين القناة المرارية و القناة الكبدية المشتركة و الحافة السفلية للكبد . و هناك حالات مختلفة لمنشأ الشريان .

العود الوريدي من خلال الأوردة الصغيرة التي تعبر إلى الكبد مباشرةً ، أوفي حالات نادرة من خلال وريد مراري إلى وريد الباب

تصب الأوعية اللمفية للمرارة في العقد المتوضعة عند عنق المرارة ، و التعصيب نظير الودي من العصب المبهم ، أما التعصيب الودي فتأتي من الضفيرة الزلاقية

الطرق الصفراوية : تتألف الأقنية الصفراوية خارج الكبد من القناتين الكبديتين اليسرى و اليمنى ، اللتان تتحدان لتشكلا القناة الكبدية المشتركة ، و طولها من 1-4 سم ، و قطرها يبلغ / 4 ملم تقريباً / و هي تتوضع أمام وريد الباب و أيمن الشريان الكبدي . و في ٢٥ % من الحالات هناك الإنقسام الأمامي و الخلفي للقناة الكبدية اليمنى و تلتقي مع القناة الكبدية اليسرى بشكل منفصل .

في ٧٥ % من الحالات القناة الكيسية تلتحق بالقناة الكبدية المشتركة بزاوية حادة ، و الباقي توازي في مسارها للقناة الكبدية المشتركة أو تدور حولها قبل أن تنضم إلى القناة المشتركة ، وتتشكل القناة الجامعة و طولها من 7-11 سم ، أما قطرها فيبلغ / 5-10 / ملم ، و القناة البنكرياسية الرئيسية تلتقي مع القناة الجامعة لتشكلا قناة مشتركة بطول 1 سم و بعدها تصب في الحليمة العفجية الكبرى . تشقق التروية الشريانية للطرق الصفراوية من الشريان الكبدي الأيمن و المعدي العفجي ،

قد تخرج من الكبد أقنية صفراوية صغيرة ، و هي أقنية لوشكا لتصب مباشرةً في جسم المرارة ، وفي حال وجودها فإن هذه الأقنية لا تكتشف إلا عند استئصال المرارة ، حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى تسرب الصفراء في البطن ، و يدعى ذلك بالورم الصفراوي (Biloma)

يقوم الكبد بإنتاج الصفراء بشكل متواصل ، بكمية من 500 - 1000 مل من الصفراء يومياً ، و يوجد في الصفراء الكوليسترول و الليسيتين و الحموض الصفراوية و البيلليروبين و يحرض إفراغ المرارة بالتنبيه المبهمي الكوليستوستوكينين الذي يفرز من الإثنى عشر و يحفز إفرازه الدسم و البروتين

تمتص حوالي ٨٠ % من الحموض الصفراوية المقترنة في نهاية الدقاق ، و الوظيفة الأساسية للمرارة هي تركيز الصفراء الكبدية و تخزينها ، و إيصال الصفراء إلى العفج عند تناول الوجبات .

الوسائل التشخيصية :

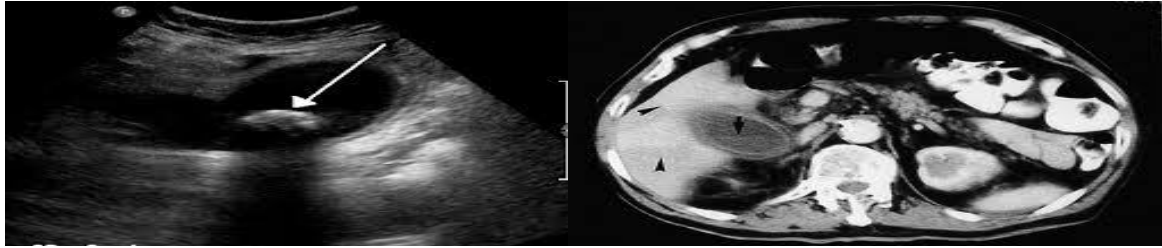
١- الصورة الشعاعية البسيطة للبطن : أمامية خلفية و بوضعية الإستلقاء حيث تظهر الحصيات بنسبة 10-15% ، وفي بعض أمراض الطرق الصفراوية فإن وجود الهواء في الطرق الصفراوية على الصورة البسيطة يدل على:

- ١- ناسور معوي صفراوي (من مرض أو جراحة) ٢- التهاب طرق صفراوية ٣- التهاب مرارة نفاخي ٤- أسكاريس الطرق الصفراوية

٢- تصوير المرارة بإعطاء المادة الظليلة عن طريق الفم (Oral Cholecystography) :

تؤخذ مادة ظليلة فموياً ليلاً قبل الفحص و التي تمتص و تفرز عبر الصفراء لتعبر إلى المرارة ، و تؤخذ صور شعاعية ، و تشاهد الحصيات بشكل عيوب إمتلاء في المرارة ، أو عدم ارتسام المرارة يدل على أمراض فيها ، و لقد أستبدل هذا الإجراء بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية على نطاق واسع .

٣- التصوير بالأمواج فوق الصوتية (Echo) : و هو الإختبار الأول لأي مريض يشتبه بإصابته بمشكلة في الشجرة الصفراوية ، و إن الطين المراري ليس استطباً لإستئصال المرارة



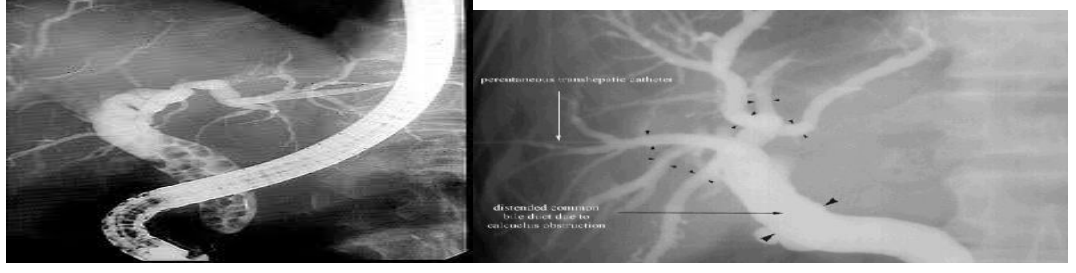
٤- التصوير الطبقي المحوري : و له قدرة أقل عن الإيكو في تشخيص الحصيات المرارية ، و لكن هو الإختبار المهم في المرضى الذين يشك بإصابتهم بالخبائة

٥- تصوير الطرق الصفراوية بالنظائر المشعة : بعد حقن المادة المشعة ، فيتركز النظير في الكبد و يفرز في الصفراء و في حالة التهاب المرارة ، لا تتكثف المادة المشعة بسبب انسداد القناة المرارية ، أو يمكن دراسة تسريب الصفراء الناجم عن التداخلات الجراحية على المرارة و الطرق الصفراوية ، أو إنسداد القناة الصفراوية العامة (CBD) .

٦- التصوير بالرنين المغناطيسي : و هو مماثل للطبقي المحوري و تبلغ حساسيته في تحري حصيات القناة الجامعة ٩٥% ، و يتيح الرنين المغناطيسي مع إجراء تصوير القناة المرارية و البنكرياسية (MRCP) في تشخيص آفات الطرق الصفراوية و البنكرياس

٧- تصوير الطرق الصفراوية عبر الجلد من خلال الكبد (Percutaneous Cholangiography) : (PTC) : و يعتبر مفيداً في حالات تضيقات و أورام القناة الجامعة ، و يمكن إجراء صورة للطرق الصفراوية عبر الفتطرة ، كما يمكن

تطبيق بعض التداخلات العلاجية مثل إدخال مفجر أو وضع قالب ضمن الشجرة الصفراوية .



٨- تصوير الطرق الصفراوية عبر التنظير بالطريق الراجع (Endoscopic retrograde

Cholangiopancreatography) : (ERCP) : و تتضمن مزاياه الرؤية المباشرة لمنطقة المجل و القدرة على

الوصول إلى الجزء البعيد من القناة الجامعة ، مع إمكانية إجراء التداخلات العلاجية و خاصة إذا كانت هناك حصيات صفراوية

في القناة الجامعة مع يرقان إنسدادي ، أو التهاب طرق صفراوية ، أو التهاب بانكرياس حصوي المنشأ ، مع العلم أن له

إختلاطات و منها التهاب البنكرياس الحاد ، و التهاب الطرق الصفراوية ، و انثقاب العفج و النزف .

-خزع المعصرة (Papillotomy , Sphincterotomy) : فهو قطع عبر معصرة أودي ليسمح بمرور الحصيات

المحشورة في القناة الجامعة و يجرى ب ERCP

- التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر التنظير: يفيد في تقييم الأورام و قابليتها للإستئصال ، و كذلك في تشخيص

حصيات القناة الجامعة

-تصوير الأقينية الصفراوية أثناء الجراحة (IOC) : ينفذ بتنظير البطن أو بفتح البطن لنفي تحصي قناة الصفراء

اليرقان الإنسدادي : هو فرط بيليروبين الدم < 2,5 ملغ/د.ل و هو ناتج عن انسداد الجريان الصفراوي إلى الإثنى عشر ، و

إن الإيكو هو الدراسة الأولية المفضلة في اليرقان الإنسدادي.

يصنف إلى قبل كبدي و انحلال الدم هو الأشيع و كذلك جلبرت أو تناذر ناجار، واليرقان الكبدي (التهاب الكبد و تشمع الكبد

الكحولي ، و أثناء الحمل و بعد العمليات) ، و اليرقان بعد الكبدي الإنسدادي .

أعراض و علامات اليرقان الإنسدادي : اليرقان – بول غامق – براز شاحب عديم اللون – غثيان – فقد الشهية- حكة

بسبب ترسب الأملاح الصفراوية في الأدمة .

بالفحص نجد ضخامة كبد و تكون شائعة في اليرقان الكبدي و بعد الكبدي ، و كذلك ضخامة الطحال و الحبن مع التشمع

علامة كورفوازييه (Courvoisier Law) : مرارة مجسوسة غير محصاة و قادرة على التمدد لأنها غير متندبة

بسبب الحصيات ، و في مريض اليرقان يقترح ورم خبيث يسد القناة الجامعة .

التشخيص التفريقي لإنسداد القناة الصفراوية الدانية : ١- سرطان المرارة و الأقينية الصفراوية

٢- الحصيات ٣- التهاب الطرق الصفراوية المصلب ٤- ورم القناة الصفراوية السليم

٥- الطفيليات ٦- تضيق بعد الجراحة ٧- ورم نقيلي و الورم الكبدي

- التشخيص التفريقي لإنسداد القناة الصفراوية القاصية : ١- حصيات قناة الصفراء ٢- سرطان البنكرياس ٣- سرطان المجل ٤- التهاب البنكرياس و الكيسة الكاذبة ٥- ورم القناة الصفراوية السليم و اللمفوما ٦- تضيق بعد الجراحة و الطفيليات و اعتلال العقد اللمفية

الحصيات المرارية : النساء > الرجال بثلاث مرات تقريباً، و نسبة الحدوث تقريباً ١٠% و حدوث الحصيات يرتفع مع العمر
عوامل مؤهبة لتطور الحصيات : البدانة ، و النساء في الأربعين الشقراوات وفي مرحلة الخصوبة (5F :)



. و داء كرون أو استئصال نهاية الدقاق و التداخلات الجراحية على المعدة ، قطع المبهم (فقدان تنبيه افراغ المعدة) ، و تكور الكريات الحمر الوراثي ، و فقر الدم المنجلي و التلاسيميا ، الصيام و TPN .

أنواع الحصيات : الغالبية ٨٠% هي الحصيات الكولسترولية و ٢٠% هي الحصيات الصباغية

و نسبة ٨٠% من مرضى التحصي الصفراوي غير عرضيين ، و نسبة 2 % من الحصيات غير العرضية سوف تطور أعراض قولنج مراري الناجم عن انسداد القناة المرارية بحصاة .

و في حالة الحصيات الغير عرضية يمكن إجراء استئصال مرارة وقائي (الحصيات الكبيرة > 2 سم لأنها تنتج التهاب المرارة و في حالة المرارة البورسلانية حيث تترافق مع السرطان)

الأعراض و العلامات : ألم في الربع العلوي الأيمن و الشرسوف، و يكون ثابت غير متقطع ، و يستمر من عدة دقائق إلى عدة ساعات ، في بعض المرضى يحدث الألم بعد الوجبات و البعض الآخر لا توجد علاقة مع الوجبات ، و يمكن أن ينتشر الألم إلى الظهر أو الكتف الأيمن ، و المريض يغير من وضعيته . غثيان و إقياء



عسرة هضم و عدم تحمل الدهون ، النفخة و التجشؤ ، و أحياناً حس حرقه خلف القص
بالفحص مضض في الربع العلوي الأيمن ، و بشكل نادر تكون المرارة مجسوسة
علامة Boas : ألم كتفي أيمن رجيع للقولنج المراري

التشخيص: تكون التحاليل المخبرية مثل تعداد الدم و إختبارات وظائف الكبد طبيعية في المرضى الذين يعانون من حصيات صفراوية غير مختلطة .

الإيكو : نسبة تشخيصه لتحصي المرارة تصل إلى ٩٨%

التشخيص التفريقي : ١- قرحة عفجية ٢- فتق حجابي ٣- التهاب بنكرياس ٤- احتشاء عضلة قلبية

٥- القلس المعدي المريئي ٦- الأمراض الكبدية ٧- تشنج الكولون ٨- الحصيات الكلوية ٩- الألم الجنبى

الإختلاطات : ١-التهاب المرارة الحاد ٢- حصيات قناة جامعة ٣- سرطان مرارة ٤- التهاب البنكرياس الحاد الحصى

٥- انسداد الأمعاء الحاد بسبب الحصيات المرارية ٦- التهاب الأقنية الصفراوية ٧- قيلة مخاطية و استسقاء المرارة

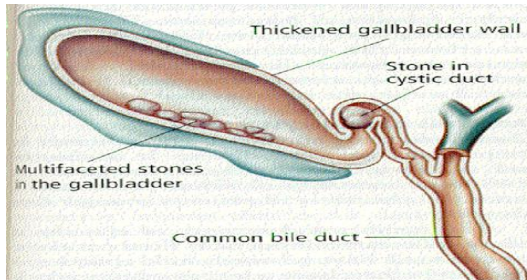
العلاج : إستئصال المرارة الإنتخابي بتنظير البطن ، أو المفتوحة في حال تعذر ذلك .

إذابة الحصيات الكولسترولية بدواء ursodiol أو تجزيء الحصيات و إعطاء المذيبات ليست كما يجب للزيادة في النكس و الإختلاطات

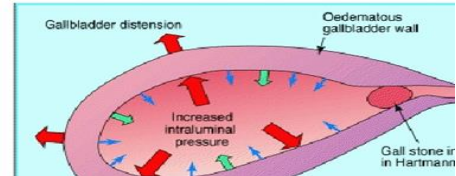
التهاب المرارة الحاد (Acute Cholecystitis) : في حوالي ٨٠% ناتجة عن انحشار حصاة في جيب

هارتمان، و قد تحدث في غياب الحصيات (التهاب مرارة حاد غير حصوي) بسبب انسداد شريان مراري ، أو ورم خبيث ، أو

لدى مرضى لديهم أمراض جهازية مثل مريض الرضوض ، السكري ، TPN



Pathogenesis:



الأعراض و العلامات : ١- ألم في الربع العلوي الأيمن مستمر و ينتشر إلى الكتف الأيمن مع مضض

٢- إرتفاع الحرارة (38.5-38 درجة مئوية) ٣- الغثيان و الإقياء و القمه ٤- 1/3 الحالات المرارة تكون مجسوسة

٥- علامة مورفي, Murphy إيجابية (و هي عبارة عن توقف التنفس مع الشهيق عند الجس العميق للناحية تحت الضلعية اليمنى

٦- إرتفاع الكريات البيض و عادةً ما تكون الإختبارات الكبدية المصلية طبيعية ، و قد تبدي إرتفاع متوسط في البيليروبين)

2-4 ملغ /دل) ، بالإضافة إلى إرتفاع طفيف في الفوسفاتاز القلوية ، و ناقلات الأمين

يشير اليرقان الشديد إلى وجود حصيات في القناة الجامعة ، أو إنسداد في الطرق الصفراوية بسبب الإلتهاب الشديد حول

المرارة بشكل ثانوي لإنحشار الحصاة في المجل ، الأمر الذي يؤدي إلى إنسداد القناة الجامعة بآلية ميكانيكية ، و يدعى ذلك

بمتلازمة ميريتزي (Mirizzi,sSyndrom) :انسداد القناة الكبدية المشتركة كنتيجة للضغط خارجي المنشأ من حصاة

مرارية محشورة في القناة المرارية

استسقاء المرارة : انسداد للقناة المرارية مع امتلاء المرارة بسائل و ليس صفراء من المخاطية المرارية

التشخيص التفريقي : القرحة الهضمية مع أو بدون إنتقاب ، التهاب البنكرياس الحاد ، التهاب الزائدة ، التهاب الكبد ، إقفار العضلة القلبية ، ذات الرئة ، ذات الجنب ، و الحلا النطاقي الذي يتناول الأعصاب الوريدية

التشخيص : يعتبر التصوير بالأشعة فوق الصوتية أكثر الفحوص الشعاعية فائدة في تشخيص التهاب المرارة الحاد ، حيث تبلغ الحساسية و النوعية فيه 95% (تسمك جدار المرارة < 3 ملم – سائل حول المرارة – مرارة متوسعة - وجود حصيـلت مرارية أو حصاة في القناة المرارية و علامة مورفي بالإيكو إيجابية)

-التصوير الومضاني للطرق الصفراوية : يشير نقص امتلاء المرارة بعد أربع ساعات إلى انسداد القناة المرارية ، و هو اختبار مرتفع الحساسية و النوعية لإلتهاب المرارة الحاد ، و إذا كان التصوير طبيعى فهو ينفي التهاب المرارة الحاد

- التهاب المرارة الحاد اللاحصوي : التهاب مرارة حاد بدون دليل على الحصيات و يعتقد أنه ينجم عن الطين و الركودة الصفراوية و نقص تقلص المرارة

عوامل الخطر : الصيام الطويل ، الرضوض ، نقل الدم المتكرر ، TPN ، التجفاف ، بعد جراحة طويلة أو مريض العناية المشددة الإختبارات التشخيصية الأفضل هو الإيكو وكذلك بالتفريس (عدم امتلاء المرارة) .

الإختلاطات : التنخر و الإنتقاب ، الخراجة ، تحصي قناة الصفراء ، تشكل ناسور معوي مراري ، علوص مراري ، و المرارة النفاخية (حين تشكل العضويات المنتجة للغاز جزءاً من الخمج الجرثومي الثانوي فقد يشاهد الغاز ضمن لمعة المرارة و في جدارها بالصور البسيطة و التصوير الطبقي المحوري للبطن

العلاج : سوائل وريدية و الصادات و التسكين ، و استئصال المرارة بالمنظار أو بالجراحة المفتوحة هي المعالجة النوعية لإلتهاب المرارة الحاد ، و يفضل إجراؤه خلال 72 ساعة الأولى أو في وقت متأخر بعد 6-10 أسابيع من هجوع الهجمة ، أما إذا كان المريض غير جاهز للجراحة فيمكن أن يجرى تفميم المرارة عن طريق الجلد أو بالطريقة المفتوحة تحت التخدير الموضعي

٣- حصيات القناة الجامعة :

تكون حصيات القناة الجامعة صغيرة أو كبيرة ، مفردة أو متعددة ، و تزداد نسبة التوارد مع التقدم بالعمر ،

تصنف إلى : آ- حصيات ثانوية كولسترولية من هجرة الحصيات المرارية

ب- حصيات أولية بدنية تتشكل ضمن الأقنية الصفراوية ، و تكون من النمط الصباغي البني و تترافق مع الركودة الصفراوية و الخمج من أسباب الركودة الصفراوية التي تؤدي لتطور الحصيات الأولية كلاً من تضيقات الأقنية الصفراوية ، تضيق الحلمة ، الأورام ، أو الحصيات الثانوية الأخرى

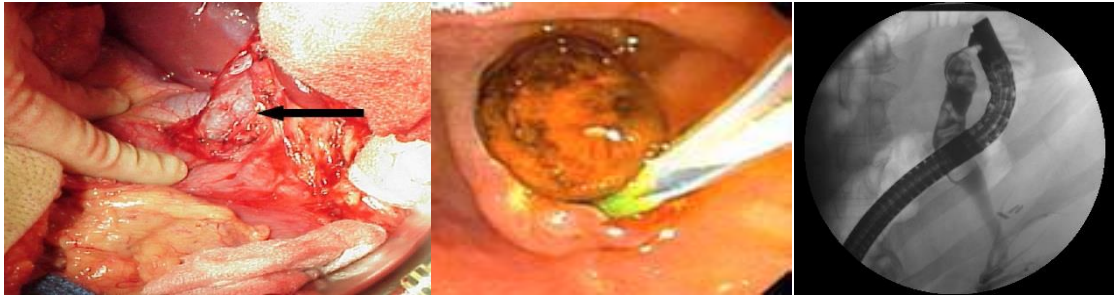
الأعراض و العلامات : قد تكون حصيات القناة الجامعة صامتة حيث تكتشف بالصدفة ، و من الشائع مصادفة اليرقان الخفيف و الإيلام في الربع العلوي الأيمن من البطن

قد يحدث ألم و يرقان عابر ناجم عن انحشار الحصاة مؤقتاً في المجل قبل أن تتحرر ، أو قد تنحشر الحصيات بشكل تام مؤديةً إلى يرقان شديد و مترق و يرتفع بيليروبين المصل و الفوسفاتاز القلوية و ناقلات الأمين في المرضى الذين يعانون من حصيات الطرق الصفراوية ، و لكن الفحوص المخبرية الكبدية تكون طبيعية في حوالي نصف المرضى الذين يعانون من حصيات القناة الجامعة

التشخيص : التصوير بالأشعة فوق الصوتية ، في كشف الحصيات و قطر القناة ، و يعتبر اتساع القناة الجامعة < 8 ملم بالأشعة فوق الصوتية في مريض يعاني من الحصيات المرارية و اليرقان و الألم الصفراوي موحياً بشدة بحصيات القناة الجامعة ، و كذلك هناك تصوير الطرق الصفراوية بالرنين المغناطيسي (MRCP)

يعتبر ERCP القاعدة الذهبية في تشخيص حصيات القناة الجامعة ، و يتميز بإمكانية التداخل العلاجي عند التشخيص

العلاج :- ERCP مع بضع الحليمة و استخراج الحصيات بالبالون ، وهي الطريقة الأفضل لمعالجة الحصيات المنسية أو الناكسة التالية لإستئصال المرارة .



-استخراج الحصيات بتنظير البطن عبر القناة المرارية ، أو عبر القناة الصفراوية المشتركة

أو باستقصاء القناة الصفراوية المشتركة المفتوح ، و يوضع انبوب T في القناة

- في بعض الحالات قد توجد حصيات عالقة لا يمكن التعامل معها بالطرق السابقة ، و هنا قد تشكل المفاغرة الجامعة العفجية أو المفاغرة الجامعة الصائمية بشكل Roux-en-y الخيار الأفضل في مثل هذه الحالات

٤- التهاب الطرق الصفراوية (Cholangitis) : خمج جرثومي صاعد يترافق مع الإنسداد الجزئي أو التام في الطرق الصفراوية ، و الجراثيم هي E.Coli ، و الكلبسيلا الرئوية ، و العصوانيات الهشة .

الأسباب : تحصي الأقنية الصفراوية ، التضيق بعد الجراحة ، التنشؤ (سرطان الحليمة) ، انضغاط خارجي (كيسة بنكرياسية كاذبة) ، إدخال أدوات في الأقنية الصفراوية (ERCP , PTC) ، ستننت صفراوي ، الطفيليات ، إدخال المفجرات و الأنابيب ضمن الطرق الصفراوية ، المفاغرة الصفراوية المعوية ،

الأعراض و العلامات : ثلاثي شاركو Charcot (حمى ، ألم في الربع العلوي الأيمن ، يرقان) و ذلك في حوالي ثلثي المرضى .

أو خماسي رينولد Reynolds pentad (ثلاثي شاركو بالإضافة إلى الصدمة الإنتانية ، و تبدل الحالة الذهنية)

النتائج المخبرية تشير إلى إرتفاع (WBC ، البيليروبين ، الفوسفاتاز القلوية ، ناقلات الأمين)

التشخيص : يفيد الإيكو في كشف الحصيات و توسع الأقنية الصفراوية ، و كذلك ERCP الإختبار التشخيصي النوعي ، و PTC لتحديد مستوى الإنسداد و سببه

العلاج : السوائل الوريدية و الصادات الحيوية و تخفيف الضغط بإجراء ERCP مع خزع الحليمة ، أو إجراء PTC مع قنطار للنزح ، أو بفتح البطن مع وضع أنبوب T .

التهاب البنكرياس حصوي المنشأ : و ينجم عن انسداد القناة البنكرياسية بحصاة منحشرة ، أو الإنسداد المؤقت بحصاة خلال عبورها مجل فاطر .

إذا كانت هناك حصيات و كان التهاب البنكرياس شديداً ، فإن إجراء ERCP مع خزع المعصرة و استخراج الحصاة قد يجهض هجمة التهاب البنكرياس ، و بمجرد خمود الإلتهاب تستأصل المرارة خلال نفس القبول في المشفى

انسداد الأمعاء الحصوي Gallstone ileus : و يشكل >1% من أسباب الإنسداد الحاد ، و هو انسداد المعى الدقيق بسبب حصاة مرارية كبيرة <2,5 سم سببت تآكل جدار المرارة و عبرت إلى الإثنى عشر و المعى الدقيق ، و موضع الإنسداد الكلاسيكي الصمام اللفانفي الأعوري و لكن قد تسبب الإنسداد في الإثنى عشر أو الكولون السيني .

الأعراض و العلامات : أعراض انسداد الأمعاء الحاد (توسع ، إقياء ، ألم ، توقف الغازات و الغائط)

التشخيص :

صورة البطن الشعاعية : (ممكن حصاة مرارية ظليلة على الأشعة في المعى ، انسداد الأمعاء مع سويات سائلة غازية ، و هواء في الأقنية الصفراوية الكبدية)

الطبقي المحوري للبطن و يكشف وجود الهواء في السبيل الصفراوي و السويات و الحصاة

العلاج : الجراحة ببضع المعى و استخراج الحصاة التي سببت الإنسداد مع استئصال المرارة، أو لاحقاً حسب الحالة و إغلاق الناسور

التهاب الأقنية الصفراوية المصلب (Sclerosing Cholangitis) : الرجال < النساء بنسبة 1:2 وهي

تسمكات ليفية التهابية متعددة في جدران القنات الصفراوية مسببة تضيقات صفراوية

القصة الإعتيادية انسداد مترقي ربما يؤدي لتشمع و قصور كبدي ، و يطور 10% من المرضى سرطانة الأقنية الصفراوية

السبب :- البدني غير معروف و لكن ربما يكون مناعياً ذاتياً

- الثانوي فهو تالي لحصيات القناة الجامعة أو سوابق تداخل جراحي على الطرق الصفراوية

عوامل الخطر : التهاب الكولون القرصي (تقريباً 66% من الحالات) ، التهاب الدرق لريدل ، و التليف خلف البريتوان

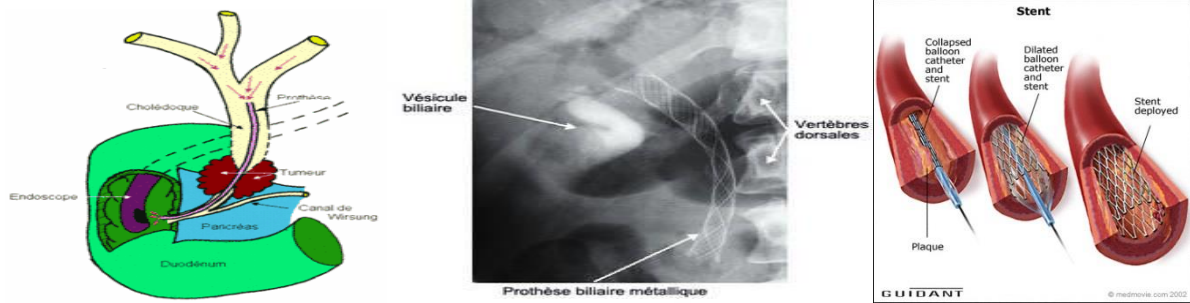
الأعراض و العلامات : عادة ما يراجع المريض بירقان متردد ، تعب ، نقص وزن ، حكة ، و ألم بطني

و بعض المرضى يبقون لاعرضيين لسنوات .

الإختلاطات : التشمع الكبدي ، سرطانة الأقنية الصفراوية 10% و كذلك التهاب الطرق الصفراوية و اليرقان الإنسدادي

التشخيص: ارتفاع الفوسفاتاز القلوية و البيليروبين، و يؤكد التشخيص بإجراء ERCP الذي يبدي مناطق متعددة من التوسع و التضيق (منظر العقد أو المسبحة beading) في الشجرة الصفراوية داخل و خارج الكبد و يمكن إجراء PTC ، و كذلك إجراء الخزعة الكبدية للبدء بالمعالجة الملائمة

العلاج : يمكن توسيع التضيق الصفراوية ووضع قوالب بداخلها عن طريق ERCP أو PTC



و استئصال الشجرة الصفراوية خارج الكبد و إجراء مفاغرة كبدية صائمية و ذلك في غياب التشمع و التليف الكبدي ، أما إذا كان المريض يعاني من التهاب الطرق الصفراوية المصلب مع وجود داء كبدي متقدم فإن زرع الكبد هو الخيار الوحيد و هو يعطي نتائج ممتازة مع معدل بقيا على المدى الطويل يبلغ 85% .

الكيسات الصفراوية : توسعات كيسية خلقية في الشجرة الصفراوية خارج أو داخل الكبد ، و هي نادرة الحدوث

و تحدث كيسات القناة الجامعة في الإناث أكثر من الذكور ، و رغم أنها كثيراً ما تشخص عند الرضع أو الأطفال ، فإن حوالي نصف الحالات لا تشخص إلا عند البلوغ

لا يعرف سبب تشكل هذه الكيسات ، و لكن ضعف جدار الأقنية الصفراوية و زيادة الضغط الثانوي للإنسداد الصفراوي الجزئي تعتبر عوامل هامة لتشكل الكيسة الصفراوية ، و تكون الكيسات مبطننة بظهارة مكعبة ، حيث يتراوح حجمها من 2 سم إلى الكيسات العرطلة ، و إن الشكل المغزلي الكيسي في الشجرة الصفراوية خارج الكبد هو الشكل الأشيع ، و إن نسبة تطور كارسينوما الطرق الصفراوية في المرضى الذين يعانون من كيسات القناة الجامعة تصل إلى 15% في البالغين .

الأعراض و العلامات : ألم بطني ، يرقان ، و كتلة و يؤكد التشخيص بالإيكو أو CT Scan ، و لكن تقييم التشريح

الصفراوي و التخطيط للمعالجة الجراحية يتطلب تصوير الطرق الصفراوية بواسطة MRCP , ERCP أو PTC

العلاج : استئصال الشجرة الصفراوية خارج الكبد بما في ذلك المرارة مع مفاغرة كبدية صائمية

أورام الطرق الصفراوية :

الأورام السليمة : هناك البوليبيات ، و الورم الغدي والبوليبات <1 سم في المرارة يتم استئصالها ، و الورم الحليمي و الغدي في القناة الصفراوية ، و إذا كانت الإصابة في القناة يجب الإستئصال بشكل واسع لأجل الشفاء الكامل و عدم النكس

سرطان المرارة : يعتبر من الأورام الخبيثة النادرة التي تحدث عند المسنين بشكل رئيسي ، و هو ذو إنذار سيء ، و عند النساء < الرجال و بنسبة حدوث 1% من المرضى الذين يخضعون لإستئصال المرارة بسبب وجود الحصيات ، و تمثل الكارسينوما الغدية الغالبية العظمى حوالي 80-90% من سرطانات المرارة

أما البقية فهي كارسينوما شائكة الخلايا ، كارسينوما غدية شائكة الخلايا ، كارسينوما صغيرة الخلايا

ينتشر سرطان المرارة عبر الأوعية اللمفاوية و مع العود الوريدي و بالغزو المباشر داخل البارانشيم الكبدي

عوامل الخطر : الحصيات المرارية و خاصة الكبيرة <3 سم ، و المرارة البورسلانية ، و الناسور المعوي المراري ، و بوليبيات المرارة التي يزيد قطرها عن 10 ملم و ينبغي استئصال المرارة في مثل هذه الحالات

الأعراض و العلامات : ألم في الربع العلوي الأيمن و الغثيان و الإقياء ، أما اليرقان ، نقص الوزن ، القمه ، و الحبن و جس كتلة بطنية فهي قليلاً ما تشكل التظاهرات الأولى للمرض .

التشخيص : بالإيكو و CT بطني و MRCP

العلاج : الجراحة هي الخيار العلاجي الوحيد في سرطان المرارة ، و استئصال المرارة كافي في حالة الورم محدود في المخاطية (T1) أما الورم المحدود في العضلية دون المصلية فيجرى استئصال المرارة الجذري (مرارة مع اسفين من الكبد القطعة 4-5) و تجريف العقد اللمفية ، و في حال عدم إمكانية استئصال المرارة نضع سنتت عبر التنظير أو الجلد .

الإنذار : العلاج الشعاعي و الكيماوي ليس فعال كإجراء تلطيفي ، و 85% سيموتون بعد سنة من التشخيص و البقية يعيشون إذا كان اكتشاف الورم بشكل عرضي أثناء استئصال المرارة لحصاة في المرارة

كارسينوما الطرق الصفراوية (Cholangiocarcinoma) :

الأسباب : تتضمن عوامل الخطورة المرافقة لكارسينوما الطرق الصفراوية كلاً من التهاب الطرق الصفراوية المصلب ، كيسات القناة الجامعة ، التهاب الكولون القرصي ، المفاغرات الصفراوية المعوية ، الطفيليات المزمنة في الطرق الصفراوية .

تشكل الكارسينوما الغدية أكثر من 95% من سرطانات الطرق الصفراوية

ورم كلاتسكين : ورم يغزو اتصال القناة الكبدية اليمنى و اليسرى

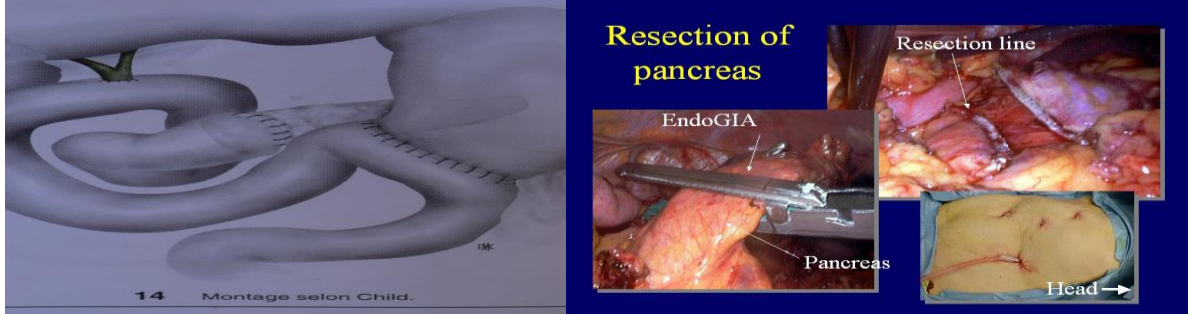
الأعراض و العلامات : أعراض الإنسداد الصفراوي من يرقان متدرج ، حكة ، بول غامق ، براز شاحب ، ألم خفيف في الربع العلوي الأيمن ، نقصان الوزن و القهم أو التهاب الأقنية الصفراوية ، و إذا توضع الورم في القناة الجامعة تصبح المرارة مجسوسة ، أما إذا كان في الأقنية الكبدية فلا تجس المرارة ، و إذا لم تحل مشكلة الإنسداد فالكبد يصبح متشمع و ضخامة الطحال و الحبن و النزف من الدوالي و يتطور بشكل ثانوي

التشخيص : ارتفاع البيليلروبين <15ملغ/دل ، ارتفاع الفوسفاتاز القلوية

الإيكو و CT و MRI ويساعد في تحديد مكان الإنسداد و في وجود الحصيات كسبب لليرقان الإنسداديو تشريح الشجرة الصفراوية

PTC يحدد امتداد الجزء الداني للورم ، أما ERCP فهو يستخدم لتقييم أورام الجزء البعيد من القناة الجامعة

العلاج : يمثل الإستئصال الجراحي المعالجة الشافية الوحيدة لكارسينوما الطرق الصفراوية مع إجراء مفاغرة كبدية صائمية Roux-en-y ، أما علاج سرطان الأفتنية الصفراوية القاصي هي عملية ويبل (استئصال رأس البنكرياس و العفج و المرارة و إجراء المفاغرةالصائمية البنكرياسية و الصفراوية الصائمية و الصائمية المعدية) و في حالة الورم الغير قابل للإستئصال فيوضع ستنت أو تصريف عبر الجلد



لا يوجد دور للمعالجة الكيماوية أو الشعاعية في معالجة كارسينوما الطرق الصفراوية

أذيات الطرق الصفراوية :

المرارة : تعتبر أذيات المرارة غير شائعة ، و هناك أذيات نافذة أو كلية مثل التكدّم و التمزق أو الإنفلاق و تتمثل المعالجة المختارة باستئصال المرارة

الطرق الصفراوية خارج الكبد : غالبية الأذيات طيبة المنشأ ، حيث تحدث في سياق استئصال المرارة بالتنظير أو بالجراحة ، و تظهر الأذية بتصوير الطرق الصفراوية ، و يتظاهر المرضى في الفترة التالية للجراحة مباشرة بارتفاع مترق في إختبارات الوظائف الكبدية بسبب انسداد أو تضيق في الأفتنية الصفراوية ، أو بتسريب الصفراء من جذمور القناة المرارية ، أو من القناة الكبدية اليمنى الزائغة ، أو أذية القناة الجامعة

استطبابات تصوير الأفتنية الصفراوية أثناء الجراحة : ١- اليرقان و ارتفاع بيليروبين الدم ٢- ارتفاع الفوسفاتاز القلوية ٣- التهاب البنكرياس حصوي المنشأ ٤- تحصي القناة المرارية بالإيكو ٥- لتحديد التشريح تجنباً للأذية

الأعراض : الألم و الحمى و الإرتفاع الطفيف في إختبارات وظائف الكبد ، و تبدي الأمواج فوق الصوتية و الطبقي المحوري تجمع الصفراء Biloma في مسكن المرارة أو وجود سائل حر في جوف البريتوان ، أو يظهر توسع الأفتنية فوق مكان الإنسداد ، و إجراء ERCP أو PTC للتشخيص و العلاج

العلاج : يعتمد تدبير أذيات الطرق الصفراوية على نوع الأذية ، امتدادها ، و زمن التشخيص و العلاج الفوري الملانم التي تشخص خلال استئصال المرارة

و الطريقة الأفضل لتدبير الأذيات الجانبية في القناة الجامعة أو القناة الكبدية المشتركة التي يتم تشخيصها خلال الجراحة هي وضع أنبوب T ، و في حالة الأذية الكبرى مع الضياع يمكن إجراء المفاغرةالصائمية القناة الجامعة ، أو الصائمية الكبدية بشكل Roux-en-y

