

## زردی انسدادی: روشهای مداخله‌ای

- ۱- زمانیکه بیمار شرح حالی از کله لیتیازیس (سنگ سازی کیسه صفرا) یا جراحی مجاری صفراوی دارد، علت زردی معمولا انسداد است.
- ۲- انسداد مجرای خارج کبدی یا هر دو مجرای راست و چپ کبدی ایجاد زردی می‌نماید. انسداد منفرد مجرای کبدی اصلی راست یا چپ در صورت طبیعی بودن کبد ایجاد زردی نمی‌کند.
- ۳- زردی انسدادی باعث افزایش بیلی روبین مستقیم می‌شود. سطح سرمی بیلی روبین تام پلاسما اگر بیش از 10 dl .mg باشد نشان‌دهنده انسداد بدخیم است.
- سطح سرمی آلکالین فسفاتاز اگر بیش از ۳ برابر طبیعی باشد یا افزایش سطح پلاسمایی ۷-گلوتامیل ترانسفراز داشته باشیم به نفع زردی انسدادی است که بر بیماری سلولی کبدی<sup>۱</sup> بیمار افزوده شده است.
- ۴- سونوگرافی روش تصویربرداری ارجح برای ردیابی اتساع مجرای صفراوی داخل و خارج کبدی است. بیمارانی که سابقه انسداد مجرای صفراوی داشته اند ممکن است دچار اتساع دائمی مجرای صفراوی شوند. عدم وجود اتساع مجرای صفراوی که با کمک سونوگرافی اثبات شده باشد انسداد را رد می‌کند مگر اینکه انسداد به تازگی شکل گرفته باشد. اگر سونوگرافی از نظر تکنیکی کفایت لازم را نداشته باشد، مثلا اتساع را غیرقطعی گزارش نماید یا زمانیکه ظن بالینی به انسداد بالاست و نتیجه سونوگرافی منفی باشد، MRCP برای بیماران اندیکاسیون پیدا می‌کند. ERCP تشخیصی نیز ممکن است در برخی

بیماران لازم باشد. در صورت شک اولیه به سنگ مجاری صفراوی قدم بعدی سونوگرافی شکمی می‌باشد. در صورت دیلاتاسیون مجاری صفراوی اقدام بعدی ERCP و در صورت نرمال بودن مجاری، اقدام بعدی MRCP می‌باشد. اگر از اول شک به بدخیمی داشته باشیم اقدام بعدی CT شکم می‌باشد. اگر انسداد دیستال باشد، ERCP و اگر انسداد پروگزیمال باشد PTC اندیکاسیون دارد. (سابیستون ص ۱۶۰۳)

۵- شایعترین علت زردی خارج کبدی انسدادی، سنگهای مجرا می‌باشد.

۶- خارج نمودن سنگ توسط اندوسکوپی در زمان ERCP انجام می‌شود و معمولاً نیازمند برش اندوسکوپیک اسفنکتر می‌باشد. درمان اندوسکوپیک سنگهای مجاری خارج کبدی به اندازه بررسی جراحی مجرا مؤثر است.

۷- خارج نمودن سنگ از طریق پوست از راه کبد (PTC) یا از مسیر T-tube برای سنگهای صفراوی قابل انجام می‌باشد. این روشها در صورتی بکار می‌روند که از لحاظ آناتومیک دسترسی به مجرای صفراوی بیمار ممکن نبوده و یا روش درمان اندوسکوپیک با شکست مواجه شود. خارج کردن سنگ از راه پوست در برخی موارد سنگهای داخل کبدی به روش اندوسکوپیک ارجحیت دارد. در بعضی از بیماران استفاده همزمان از هر دو روش دستیابی از راه پوست و دستیابی اندوسکوپیک به سنگ لازم می‌نماید.

۸- بررسی باز مجرای صفراوی زمانیکه درمان اندوسکوپیک یا از طریق پوست شکست می‌خورد یا در مواردی که کله سیستکتومی قرار است با لاپاراتومی انجام شود اندیکاسیون دارد. بررسی لاپاروسکوپیک مجرای صفراوی که در زمان کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک انجام می‌شود ممکن است از خارج نمودن اندوسکوپیک سنگ پیش از عمل مؤثر تر باشد.

۹- تنگیهای مجاری صفراوی ممکن است خوش خیم یا بدخیم باشند. محل تنگی علل احتمالی زیر را مطرح می‌نماید:

الف - محل اتصال مجاری کبدی: کلانژیوکارسینوما مجرای صفراوی، کارسینوم کیسه صفرا، لنفادنوپاتی پورتاهپاتیس (معمولاً در اثر دست‌اندازی بدخیمی‌ها) یا آسیب ناشی از کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک

ب - مجرای صفراوی مشترک داخل پانکراس: بدخیمی پانکراس یا پانکراتیت

ج - آمپول واتر: آدنوم یا آدنوکارسینوم پایپلا یا دئودونوم

کلانژیوکارسینوما، متاستاز، لنفوم و کلانژییت اسکروزان اولیه و ثانویه می‌توانند در هر محل ایجاد تنگی نمایند.

۱۰- برای ارزیابی مقدماتی تنگیها MRCP جایگزین ERCP شده است مگر زمانیکه مداخله اندوسکوپیک محتمل است. مؤثرترین راه برای اثبات محل و تصمیم گیری از لحاظ اینکه آیا تنگی موجود مطرح کننده بدخیمی است ترکیب MRCP و MRI است. اگر MRI با کیفیت بالا در دسترس

نباشد، CT اسکن چند شناساگر<sup>۱</sup> می‌تواند همراه با کلانژیوگرافی مستقیم (PTC یا ERCP) استفاده شود. اندوسونوگرافی همراه با FNA در مورد توده یا گره‌های لنفاوی مشکوک ممکن است پس از یک روش تصویربرداری غیر تهاجمی و یا ERCP جهت اثبات تشخیص و یا مرحله‌بندی سرطان اندیکاسیون داشته باشد.

۱۱- علل بدخیم معمول در زردی انسدادی، آدنوکارسینوم سرپانکراس و کلانژیوکارسینوما است. اگر آزمونهای تصویربرداری نشاندهنده انسداد بدخیم باشد، یک نمونه سیتولوژی با استفاده از بررسی داخل مجرای، بیوپسی داخل لوله‌ای با استفاده از فورسپس، یا سیتولوژی با استفاده از FNA از راه پوست و با راهنمایی سونوگرافی برداشته می‌شود. این روشها حتی زمانیکه با هم استفاده می‌شوند نمی‌توانند بدخیمی را رد کنند، چرا که احتمال بروز نتایج منفی کاذب به طور معنی داری بالاست.

۱۲- فقط ۲۰ - ۱۰٪ کانسره‌های پانکراس که با زردی انسدادی تظاهر می‌کنند قابل برداشت هستند. تقریباً یک‌سوم کلانژیوکارسینوماها (تا ۵۰٪ آنهايي که در یک‌سوم تحتانی مجرای صفراوی هستند) قابل برداشت می‌باشند.

۱۳- استفاده همیشگی از تخلیه صفراوی پیش از عمل جراحی، نتیجه جراحی را بهبود نمی‌بخشد. ارزیابی جهت قابل برداشت بودن ضایعه باید سریعتر از روشهای غیر جراحی درناژ صفراوی انجام شود. درناژ پیش از جراحی زمانیکه بصورت انتخابی برای بهبود وضعیت بالینی بیمار یا برای کنترل انسداد وقتی که جراحی به تاخیر افتاده است، و یا اگر برای تسهیل تشخیص مجاری صفراوی در زمان جراحی انجام شود، ارزشمند می‌باشد.

۱۴- درناژ اندوسکوپیک (با تعبیه استنت پلاستیکی یا فلزی) برای تنگیهای غیرقابل برداشت بدخیم در بیماران با امید به زندگی محدود، اندیکاسیون دارد.

۱۵- کنترل با اندوسکوپي در تنگیهای داخل کبدی و ناف کبدی بسیار مشکل می‌باشد. این موارد معمولاً نیازمند کلانژیوگرافی از راه پوست برای مشخص نمودن آناتومی مجاری داخل کبدی و درناژ صفراوی از راه کبد برای برطرف نمودن انسداد هستند.

۱۶- جراحی بای‌پس صفراوی در مورد بیماران با بدخیمی‌های غیرقابل برداشت که امید به زندگی بیش از یک سال دارند یا آنها که بدخیمی غیر قابل برداشت با لاپاروتومی دارند درمان مناسبی است. بای‌پس صفراوی برخلاف روشهای اندوسکوپیک یا تخلیه از راه پوست نیازمند مداخله‌های متعدد (مثل تعویض استنت) نمی‌باشد.

۱۷- متسع کردن تنگی، از راه پوست یا با روشهای اندوسکوپیک و تعبیه استنت می‌تواند برخی تنگی‌های صفراوی خوش خیم را به راحتی درمان نماید. این روشها معمولاً نیازمند درمانهای مکرر طی یک ماه هستند. تنگیهایی که در محل آناستوموزهای مجاری صفراوی به روده بوجود می‌آیند معمولاً به درمان پاسخ می‌دهند.

۱۸- آناستوموزهای مجاری صفراوی به روده در اکثر بیماران با تنگی خوش خیم مجاری صفراوی موفقیت آمیز است. برداشت قطعه‌ای کبدی و گهگاه پیوند کبد در تعداد معدودی از بیماران ممکن است مورد نیاز باشد.



