



شبكة المعلومات الجامعية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Ain Shams University Information Network
جامعة عين شمس

شبكة المعلومات الجامعية

@ ASUNET



شبكة المعلومات الجامعية التوثيق الالكتروني والميكروفيلم



شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأفلام قد أعدت دون أية تغيرات



يجب أن

تحفظ هذه الأفلام بعيدا عن الغبار

في درجة حرارة من ١٥-٢٥ مئوية ورطوبة نسبية من ٢٠-٤٠%

To be Kept away from Dust in Dry Cool place of
15-25- c and relative humidity 20-40%

بعض الوثائق الأصلية تالفة



بالرسالة صفحات نم ترد بالاصل

الطبيب الأخصائي وال E.R.C.P في تخصص أمراض الطرق الهضمية

بحث علمي لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير)

في الطب الداخلي

إعداد

د. فطوم عبد الرحمن رعد

بإشراف

الأستاذ الدكتور

مازن مصري زادة

مشرفاً

الأستاذ الدكتور

زياد درويش

رئيساً

العام الدراسي ١٩٩٨

١٦٤
٢٠

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ
الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

الإهداء

إلى كل من عرفه قيمة العلم

فلسما بسموه

بطاقة شكر ومديّة

عندما يبدأ الدرب وتتماهى ملامح الأفق على مد النظر
يقف المرء يرنو بعينه للمستقبل ويحتوي بأجفانه سنين
خلت ينحني ليقطف من مروج المحبة زهوراً يهديها لمن
يجب .

فلا يسعني في نهاية هذه الرحلة إلا أن أتقدم بجزيل
الشكر إلى كل من قاد مراكبنا إلى النور .
إلى الأيدي البيضاء التي امتدتت نحونا وحملتنا برفق
وأمان في هذا البحر الواسع .

إلى كل أساتذتنا الكرام وخاصة الأستاذ الدكتور مازن
مصري زاده لتفضله على الإشراف على أداء هذا العمل
ونشكر كل من مد يد العون والمساعدة لإتمام هذا
العمل .

- ١- المقدمة
- ٢- الدراسة النظرية .
 - *- لمحة تشريحية عن المرارة والطرق الصفراوية
 - *- لمحة سريرية عن اليرقان الإنسدادي
 - *- الموجودات المخبرية
 - *- التشخيص التفريقي لليرقان الإنسدادي
 - *- دور الإيكو في تشخيص عائق القناة الجامعة :
 - أ- الحصيات
 - ب- طفيليات
 - ج- أورام مجل واثر - أورام الباتكرياس المرشحة أو العقد البلغمية الكبيرة
 - *- دور الـ E . R . C . P فيها
- ٣- الدراسة العملية :
 - *- تحديد نسبة الإيجابية الكاذبة والسلبية الكاذبة في إيكو البطن لحصيات القناة الجامعة - ديدان - أورام الطرق الصفراوية
 - *- تحديد العلامات الإيجابية الخاصة بوجود عائق في القناة الجامعة دون تحديد نوعه (توسع قناة جامعة وطرق صفراوية داخل الكبد بدون تحديد نوع العائق) .
 - *- العلاقة في الطرق الصفراوية بنوعية العلامات المكتشفة بالإيكو .
 - *- إيكو الطرق الصفراوية للمرضى المكتشف لديهم لاحقا ديدان الطرق الصفراوية .
 - *- إيكو الطرق الصفراوية في أورام الطرق الصفراوية .
 - *- إيكو الطرق الصفراوية في حصيات القناة الجامعة والطرق الصفراوية .
- ٤- النتائج
- ٥- التوصيات والإقتراحات
- ٦- المراجع

مقدمة

مع تقدم وسائل التشخيص النوعية وتسارع الاكتشافات والتقنيات المرافقة أصبح من الضروري جداً قبل إجراء أي تدبير علاجي للمريض الوقوف على تشخيصه بشكل موثوق ومؤكد .

وبالفعل فقد تميزت الأمراض الهضمية بكثرة الإستقصاءات التشخيصية المنظورة والتي تحتاج إلى خبرة عالية الكفاءة حتى غدت هذه الإستقصاءات مرحلة أساسية لاغنى لها في تفويم هذه الأمراض .

ومن هذه الإستقصاءات العملية التصوير بالأموح فوق الصوتية والـ E . R . C . P (التصوير بالطريق الراجع) وبهاتين الوسيلتين يمكن التعرف على العلامات الأساسية للإسداد الصفراوي وعلى معرفة المسبب المرضي لهذا الإسداد .

إضافة إلى وسائل أخرى متقدمة مثل التصوير الطبقي المحوري والـ P.T.C (تصوير الطرق الصفراوية عبر الكبد P. T. C ومن المهم التأكيد على الصورة السريرية والمخبرية للوصول إلى تشخيص المرض واتخاذ الخطوات العلاجية الملائمة .

مقارنة بين الإيكو و E.R.C.P

في تشخيص آفات الطرق الصفراوية

نحة تشريحية عن المرارة والطرق الصفراوية :

يبدأ السبيل الصفراوي من القطب الصفراوي للخلية الكبدية عبر الشعيرات الصفراوية التي تفرغ محتواها في القنوات الصفراوية داخل الفصيصات ومنها إلى المسافات البابية (قنوات هيرنغ) تتحد القنوات مشكلة قنوات صفراوية يكبر قطرها تدريجيا كي يصب في شعبي القناة الكبدية اليمنى واليسرى .

تتألف الطرق الصفراوية خارج الكبد من :

- ١- قناتي الكبد اليمنى واليسرى .
- ٢- القناة الكبدية المشتركة .
- ٣- الكيس الصفراوي " المرارة " .
- ٤- القناة المرارية .
- ٥- القناة الجامعة .
- ٦- مجل واطر .

١- القناتان الكبديتان : تتشكلان من اتحاد الأقبية الكبدية طول القناة اليمنى ١ سم بينما اليسرى أطول قليلا وذات زاوية حادة نسبيا وقطر كل من هاتين القناتين ٣ مم تتحدان لتؤلفا القناة الكبدية المشتركة .

٢- القناة الكبدية المشتركة : تتألف من اتحاد قناتي الكبد اليمنى واليسرى طولها " ٣-٤ " سم ويختلف ذلك حسب مكان اتحاد القناة المرارية بهذه القناة .

٣- المرارة : تلتصق بالوجه السفلي للفصين الأيمن والمربع للكبد طولها من " ٧ - ١٠ " سم وعرضها " ٣ - ٥ " سم وحجمها " ٣٠ - ٦٠ " سم وتقسم إلى " القاع - الجسم - جيب هارتمان - العنق " .

٤- القناة المرارية : وهي تمادي عنق المرارة وطولها ٤ سم .

٥- القناة الجامعة : وهي استمرار القناة الكبدية بعد التقائها مع القناة المرارية وطولها ٨-١١ سم وقطرها ٦-٨ مم وتقسم إلى أربعة أقسام :

أ- الجزء فوق العفج

ب- الجزء خلف العفج

ج- الجزء تحت العفج (الجزء البانكرياسي)

د- الجزء داخل العفج

٦- مجل واثر : يتألف من اتحاد قناة وبيرسنغ والقناة الجامعة ويفتح على العفج ويمكن لكل قناة أن تفتح لوحدها بفوهة مستقلة ويطلق على العضلات المحيطة بمنطقة المجل (معصرة أودي) *نحة سريرية عن اليرقان الإنسدادي :

أن توقف تدفق الصفراء من الجهاز الصفراوي بشكل كامل أو جزئي يؤدي إلى تراكم واحتباس محتويات الصفراء في الكبد والمصل وإلى ارتفاع البيلروبين المباشر (المقترن) والبيلروبين اللامباشر (غير المقترن) ، ولدى ارتفاع البيلروبين المقترن يظهر في البول لكونه ذوايا في الماء وتسمى هذه الحالة بيلروبين الدم المقترن وأهم أسبابها مايلي :

١- خلل في إفراز الصفراء ضمن الخلية الكبدية :

١- قصور إفرازي ولادي :

أ- متلازمة دوين جونسون .

ب- متلازمة روتر .

٢- انسداد داخل الكبد (اليرقان الركودي):

خلل وظيفي في القنيات والشعيرات الصفراوية داخل الكبد دون وجود عائق في الطرق الصفراوية خارج الكبد وهذا ما يدعى باليرقان الركودي وأسبابه مايلي :

١- الركود بسبب دوائي (البرومازين) مركبات التستوستيرون .

٢- ركود التالي لبعض حالات التهاب الكبد الحموية .

٣- الركود الصفراوي الحلمي في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل .

٤- التهاب الكبد الكحولي وتشحم الكبد الكحولي .

٥- الركود الصفراوي المعاود مجهول السبب .

٦- التشمع الصفراوي البدني وبعض حالات التشمعات غير الصفراوية .

٧- الركود التالي للعمل الجراحي .

٨- إنسداد الطرق الصفراوية الولادي .

٩- الركود الصفراوي في أمراض الكبد الإرتشاحية .

ب- الإنسداد خارج الكبد " اليرقان الإنسدادي " الأسباب :

١- حصيات الطرق الصفراوية .

٢- الأورام (كارسينوما الأقبية الصفراوية) -

سرطان رأس البنكرياس - ورم مجل واتر .

٣- الإنتقالات الورمية إلى سرة الكبد .

٤- التشوهات الخلقية " داء كارولي " .

٥- التهابية : التهاب البنكرياس المزمن مما يؤدي لضغط الرأس المتوزم على أسفل القناة الجامعة .

٦- تضيق القناة الجامعة : أ- المرضى التالي للجراحة ب- التالي لالتهاب الأقبية الصفراوية

المصلب .

٧- الطفيليات : ديدان الاسكاريس

٨- العقد البلغمية التي تضغط على القناة الجامعة .

الصورة السريرية لليرقان الإنسدادي :

الأعراض التالية تشير إلى تشخيص اليرقان الإنسدادي :

حكة ثابتة ، بول غامق ، براز فاتح ، يرقان متبدل الشدة

وهناك أعراض تتماشى مع سبب الإنسداد ونورد بعض الأمثلة :

يرقان - مرارة مجسومة - حكة - نقص وزن يوجه نحو سرطان رأس البنكرياس

يرقان - آلام قولنجية متزدة بالمراق الأيمن - شعور بالإمتلاء يوجه نحو حصيات صفراوية مرارية .

يرقان قصة تداخل جراحي لاستئصال مرارة محصاة مثلا يوجه نحو تضيق قناة جامعة رضي جراحي

المنشأ .

ثلاثي التهاب الطريق الصفراوية : الألم - اليرقان - الحرارة - يوجه نحو السبب الالتهابي الحصوي

أو الخلقى المنشأ أكثر من السبب الورمي .

الموجودات المخبرية :

١- ارتفاع البيلروبين المصل بجذاه المباشر واللامباشر وخاصة على حساب المباشر .

٢- ارتفاع هبرة الفوسفاتاز القلوية وكلما كان الارتفاع أكثر كان التوجه نحو السبب الورمي أكبر

٣- تطاول زمن البروترومين مختلف الدرجة ويمكن تصحيحه بإعطاء الفيتامين K .

٤- ارتفاع هبرة نيكليوتيداز .

٥- إيجابية البيلروبين في البول وسلبية مولد اليوروبيلين أحيانا .

٦- نقص مواد الستزوكوبيلين في البراز أو انعدامه حسب درجة الإنسداد .

٧- ارتفاع كولسترول المصل في بعض الحالات وأيضا الشحوم المشاركة لوجود بروتين شحمي .

٨- الرحلان الكهربائي للبروتينات قد تشير إلى زيادة ألفا ٢ - وبيتا غلوبولين .

- ٩- انخفاض مستوى ألبومين المصل في الإصابات الورمية .
 ١٠- يندر أن يرى ارتفاع أميلاز المصل (حين وجود إصابة في المعشكلة) تتوافق مع ارتفاع سكرالدم .
 ١١- إيجابية الدم الخفي بالبراز في حالة الإصابة الورمية وخاصة ورم مجل واتر .
 ١٢- إسهال شحمي (دسم في البراز) تال لسوء الهضم وسوء امتصاص المواد اللدسمة .

دور الايكوفي تشخيص عائق في القناة الجامعة :

آ- حصيات : يسمح استخدام التصوير بالأمواج فوق الصوتية مع الحرص على استخدام المسح الصحيح ذو التقنيات العالمية برؤية ٧٥٪ بشكل تقريبي من حصيات القناة الجامعة بالرغم من أن التصوير بالصدى يستطيع أن يشخص حصيات الطرق الصفراوية بقية إلا أنه توجد مصادر محتملة متعددة تدعو للإلتباس مثل الغاز المعوي والأدوات الخاصة الأخرى المجاورة للفتح والتي يمكن أن تقلد حصيات القناة الجامعة .
 إن إجراء المقاطع المعترضة ووجود السائل ضمن الفتج يمكن أن يقلل من هذه المشاكل وكذلك فإن التكلسات البانكرياسية يمكن أن تلتبس مع حصيات القناة الجامعة في نهايتها البعيدة وللشريق بين التكلسات البانكرياسية وحصيات القناة الجامعة بنهايتها البعيدة تجري مقاطع معترضة للقناة الجامعة في نهايتها البعيدة .

ولكن استخدام التصوير الطبقي المحوري والفحص الشعاعي باستخدام المادة الظليلة يمكن أن يكون متطلباً للوصول إلى التشخيص الأكيد .

أحياناً الحصيات الصباغية الناعمة يمكن أن نقول أنه من الصعوبة إن لم يكن مستحيلًا لأن تميز عن الطين داخل الطرق الصفراوية أو القيح والدم أو حتى الورم . إن وجود الغاز في أي مكان من الشجرة الصفراوية يحد من قدرة الأمواج فوق الصوتية في تشخيص حصيات الطرق الصفراوية لذلك في المرضى المعروف لديهم غاز ضمن الطرق الصفراوية الناتج عن جراحة سابقة أو ناسور معوي صفراوي يجب أن يجري فهم تصوير طبقي محوري أو تصوير الصفراوية الظلية أو P.T.C أو E.R.C.P من أجل تقييم القناة الصفراوية .

وفي حال غياب توسع الطرق الصفراوية فإن قدرة الصدى تقلل في كشف الحصيات .
 وفي حال كون الحصيات محشورة في نهاية القناة الجامعة نبحت عندها عن المعالجة الطبية حالاً عند بدء حدوث الأعراض السريرية .

إنه ليس مدهشاً أن ثلث حصيات القناة الجامعة ترى في الأقبية الصفراوية غير المتوسعة إن حساسية الأمواج فوق الصوتية في كشف حصيات القناة الجامعة بقسميها القريب كان ٩٠٪ وبالرغم من