

التدبير الجراحي لليرقان الانسدادي الحصوي المنشأ

الدكتور ماجد علي*

عدي يوسف**

(قبل للنشر في 2003/9/29)

□ الملخص □

تمت دراسة حالات اليرقان الانسدادي الحصوي التي دخلت مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال الفترة الممتدة ما بين (1998\6\1) وحتى (2003\6\1) والتي أجريت لها الجراحة. حيث كان سبب اليرقان الانسدادي حصوياً في (65%) من الحالات.

تمت دراسة توزع المرضى حسب الجنس حيث بلغت النسبة عند الإناث (80%) وعند الذكور (20%) وكانت الفئة العمرية الأكثر إصابة هي ما بين (41 - 60) سنة. أما أهم الأعراض والعلامات التي راجع بها المريض فكانت اليرقان بنسبة (93.84%) والألم بنسبة (84.61%).

قد تم الاعتماد في التشخيص على القصة المرضية والفحص السريري والفحوص المخبرية والاستقصاءات الشعاعية، حيث بلغت مصداقية التصوير بالأشعة فوق الصوتية (64.45%)، وأظهرت الدراسة أن أهم سبب لليرقان الانسدادي الحصوي هو حصيات القناة الجامعة بنسبة (90.76%)، وبعد ذلك عرضت الطرق الجراحية لتدبير مرضى اليرقان الانسدادي الحصوي في مشفانا، وكانت الطريقة الجراحية الأكثر استخداماً هي استئصال المرارة الجراحي وفتح القناة الجامعة واستئصالها وسحب الحصيات ثم استخدام الموسعات ووضع أنبوب T وتشبيته بقطب متفرقة حيث أجريت في معظم الحالات بنسبة (90.76%)، واليوم الأنسب لنزح أنبوب T كان اليوم العاشر بعد إجراء التصوير الظليل عبر أنبوب T وينزح صفراوي أقل من (100مل\24سا). أكثر المضاعفات شيوعاً في مشفانا: الحصيات المنسية وخبج الجرح بنسبة (15.37%) لكل منهما وهذا ما يؤكد على أهمية إجراء E.R.C.P بسبب النسبة العالية للحصيات المنسية.

* مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

** طالب دراسات عليا في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

Surgical Management Of Calculi Obstructive Jaundice

Dr. Majed Ali *
Oudae Yousof**

(Accepted 29/9/2003)

□ ABSTRACT □

The study included (65) cases of calculi obstructive Jaundice, who entered AL-Assad University Hospital in Latakia between (1/6/1996 - 1/6/2003) and had been studied and operated. The study showed calculi Jaundice in (65%) and that the disease was more common among females than males (80 /20), the suitable age was between (41 – 60) year.

The symptoms and signs include Jaundice (93.84%) of cases and pain in (84.61%) of cases.

We depend on the clinical story and examination Labs -lasts, and graphic - investigations to assure diagnosis ,so the ultra sound posterity was (64.45%).

The study showed that the first reason of the calculi Jaundice is the billiary stones in C.B.D (84.61%) and most cases were treated by cholecystectomy investigated C.B.D, removed stones, using dilators and putting T. tube in (90.70%) cases then remove the T.tube at the tenth day after doing bosky imaging.

The percentage of T.tube with less than (100 mg/ 24 h) of billiary drain was (70.70 %). Most complications in our Hospital are remaining stones and incision in (15.37%) for each and that confirms that importance of E .R .C. P because of high percentage of remains stones.

* Lecturer At Surgery Department – Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

** Postgraduate Student, Surgery Department -Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تشتق كلمة يرقان jaundice من الفرنسية وهي تعني الأصفر وتشير إلى زيادة الأصبغة الصفراوية في المصل والنسج. ويكون اليرقان قابلاً للكشف السريري عندما تبلغ مستويات البيلربين حوالي (3-2مغ/100مل).

أما بالنسبة للجراح فإنّ أهمّ تساؤل لديه: هل يرقان المريض دوائيّ التّدبير أم جراحيّ التّدبير؟ حيث يحدث اليرقان الجراحيّ بسبب الانسداد، وهو يحتاج للجراحة لتفريغ هذا الانسداد، وإنّ أكثر سبب شيوعاً لليرقان الانسدادي هو السبب الحصوي [6].

ونظراً لزيادة الوعي الصحي وزيادة نسبة المراجعين فإنّ ذلك يتطلّب بحثاً مستفيضاً لهذه الحالات بغية تقديم مقارنة مدرسية لها تعتمد على التقنيّات الحديثة في وضع التشخيص وبغية وضع منهج علاجي واضح يمكننا من الوصول إلى نتائج علاجية تضمن أفضل النتائج بأقل نسبة من المضاعفات.

أهمية البحث

تتبع أهمية البحث المطروح من زيادة عدد الحالات المقبولة في قسم الجراحة في مشفانا، ومن الحاجة لتحديد المقاربة الجراحية الأفضل لليرقان الانسدادي الحصوي المنشأ لتجنب المضاعفات الناجمة عن المعالجة الجراحية لهذه الآفات مع مراعاة الخيارات التقنية المتوفرة لدينا.

هدف البحث

دراسة طرق العلاج الجراحي لليرقان الانسدادي الحصوي المنشأ وتقييم فعاليتها ونتائجها مع نتائج أخرى بهدف الوصول إلى نتائج أفضل في علاجها. ولتحقيق هذا الهدف فمنا بدراسة المواضيع التالية:

- I. تحديد الحالات المقبولة في قسم الجراحة بتشخيص يرقان انسدادى حصوي بدراسة إحصائية لتبيان العدد الإجمالي لهذه الآفات وتحديد نسبة هذه الحالات إلى العدد الكلي للمرضى المقبولين في قسم الجراحة بتشخيص يرقان انسدادى.
- II. تصنيف المرضى حسب العمر والجنس.
- III. دراسة طرق تشخيص مرضى اليرقان الانسدادي الحصوي.
- IV. دراسة طرق التّدبير الجراحي لمرضى اليرقان الانسدادي الحصوي.
- V. متابعة المرضى بعد الجراحة بمراقبة نزح الصفراء عبر أنبوب T.
- VI. تحديد المضاعفات الناجمة عن المعالجة الجراحية.

عينة البحث

شملت عينة البحث المرضى المقبولين في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بتشخيص يرقان انسدادى حصوي، حيث قسّمت الدراسة إلى دراسة استرجاعية من (1\6\1998) حتى (1\6\2002) ودراسة استقبلية من (1\6\2002) حتى (1\6\2003).

طرائق البحث

اعتمد البحث على جميع الوسائط المتاحة في المشفى للمقارنة التشخيصية وتمت دراسة الحالات وفق

التسلسل التالي:

I. القصة المرضية والتظاهرات السريرية والفحص السريري.

II. الاستقصاءات الشعاعية:

A. التصوير بالأشعة فوق الصوتية.

B. التصوير المقطعي المحوسب.

C. التصوير الظليل للطرق الصفراوية.

III. التدبير الجراحي:

استئصال المرارة البسيط مع واحد أو أكثر من الإجراءات التالية:

A. استخراج الحصيات عبر بضع القناة الجامعة باستخدام لاقط الحصيات.

B. استخراج الحصيات عبر بضع العفج:

(a) تصنيع المصرة.

(b) خزع المصرة.

C. المفاغرات الصفراوية المعوية:

(a) (Choledochoduodenostomy) قناة جامعة - عفج.

(b) (Choledochojejunostomy) قناة جامعة - صائم

(C) بشكل (ROUX-en-Y).

IV. المراقبة أثناء الاستشفاء في المشفى عبر:

A. مراقبة نزح الصفراء عبر أنبوب T.

B. وقت نزح أنبوب T.

C. إجراء تصوير ظليل روتيني قبل نزح أنبوب T.

V. تحديد مضاعفات العمل الجراحي.

النتائج والمناقشة

بلغ عدد المرضى المقبولين في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بتشخيص يرقان

انسدادى (100) مريضاً، منهم (65) مريضاً شُخص لهم يرقان انسدادى حصوي أي بنسبة (65%).

الجدول رقم (1) نسبة اليرقان الانسدادي الحصوي.

النتيجة	النسبة %	العدد	مرضى اليرقان
يرقان انسدادى حصوي	65	65	
يرقان انسدادى غير حصوي	35	35	

ويوضح الجدول (1) أن اليرقان الانسدادي الحصوي هو الأكثر شيوعاً وهذا يتوافق مع الإحصائيات

العالمية [6].

تم إجراء عمل جراحي للمرضى المقبولين وكانت نسبة المرضى حسب الجنس كما هو موضَّح في الجدول رقم (2).

جدول رقم (2) يبيِّن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور

الجنس	ذكور	إناث	إجمالي
العدد	13	52	65
النسبة %	20	80	100

يبيِّن الجدول رقم (2) أنّ نسبة الإناث إلى الذكور (1\4)، وهذا ما يتوافق مع زيادة نسبة التهاب المرارة الحصى عند الإناث أكثر من الذكور، وهذا ما تُؤكِّده معظم الإحصائيات العالمية [1,2,3,4]. تم تقسيم المرضى المقبولين والذين أُجري لهم عمل جراحي إلى ثماني فئات عمرية، وكان حدوث اليرقان الانسدادي قليلاً في مرحلة الطفولة- حالة واحدة- مع ازدياد العدد في سن الشيخوخة في عمر أكبر من (70) سنة، كما هو موضَّح في الجدول رقم (3).

جدول رقم (3) يبيِّن الفئات العمرية

المجموعات العمرية	دون عشر سنوات	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 <
العدد	1	0	5	8	15	15	13	8
النسبة %	1.53	0	7.69	12.30	23.07	23.07	20	12.30

نلاحظ من الجدول رقم (3) أنّ غالبية مرضى اليرقان الانسدادي الحصى أعمارهم ما بين (60-41) سنة مع ارتفاع العدد في سن الشيخوخة (70) سنة فما فوق. لقد اعتمدنا في التشخيص على القصة المرضية والفحص السريري والتحليل المخبرية والاستقصاءات الشعاعية المتممة مثل الأمواج فوق الصوتية والتصوير المقطعي المحوسب. فقد كان الألم واليرقان العرضان الأكثر شيوعاً بين الأعراض التي راجع بها المرضى، حيث راجع (55) مريضاً بشكوى ألم بطني بنسبة (84.61%) وراجع (62) مريضاً بشكوى يرقان بنسبة (93.84%)، كما يوضَّح الجدول رقم (4).

الجدول رقم (4) توزع الشكاية الرئيسية

الشكاية	اليرقان	الألم
العدد	62	55
النسبة %	93.84	84.61

معظم مرضى الدراسة راجعوا المشفى وهم بلون يرقاني مترافق عادةً بألم بطني، وهذا يتوافق مع الإحصائيات العالمية [1,2,3,4,5,6,7]، علماً بأنّ هناك بعض الحالات كشفت بالصدفة دون وجود يرقان سريري واضح.

وقد تم إجراء تحاليل روتينية للمرضى مثل البيليروبين المباشر (D.B) والبيليروبين الكلي (TB) والفوسفاتاز القلوية (ALP)، حيث وجد يرقان مخبري عند جميع المرضى مترافق مع يرقان سريري في (62)

مرضىً أي بنسبة (93.84%) من الحالات و (3) حالات يرقان مخبري دون وجود يرقان سريري أي بنسبة (6.16%) مع ارتفاع الفوسفاتاز القلوي في جميع الحالات حسب الجدول رقم (5).

الجدول رقم (5) علاقة اليرقان بالفحوص المخبرية

العدد	D.B	ALP	يرقان سريري	يرقان مخبري
65	65	65	62	65
النسبة %	100	100	93.84	100

ومن هنا نلاحظ أهمية الفحوص المخبرية في تشخيص اليرقان الانسدادي.

كانت الوسيلة الشعاعية التشخيصية الأكثر استخداماً هي التصوير بالأموح فوق الصوتية حيث أجري لجميع المرضى بسبب توفره وسهولة إجرائه، أما التصوير المقطعي المحوسب فلم يجرَ بشكل روتيني، بل في الحالات التي وجد فيها يرقان مخبري أو سريري دون أن يكشف التصوير بالأموح فوق الصوتية حصيات في القناة الجامعة، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (6).

جدول رقم (6) الاستقصاءات الشعاعية

نوع الفحص	التصوير بالأموح فوق الصوتية	التصوير الطبقي المحوري
العدد	65	29
النسبة %	100	44.61
علامات مباشرة أو غير مباشرة لليرقان الانسدادي	36	20
النسبة %	65.45	68.96

يتضح لنا من الجدول أن مصداقية التصوير بالأموح ما فوق الصوتية كانت (65.45%)، ومصداقية المقطعي المحوسب بالنسبة للحالات التي أجريت كانت (68.96%)، ولم يتم استخدام المقطعي المحوسب إلا في الحالات السلبية للتصوير بالأموح فوق الصوتية، وعند الشك بوجود ورم، وهذا يتوافق مع بعض الدراسات العالمية [6].

إن مصداقية الأموح فوق الصوتية عائدة إلى الخبرة ومع ذلك تبقى قليلة نسبياً بالمقارنة مع الدراسات العالمية التي تصل حتى (81%) [3].

وبعد تأكيد التشخيص وجد أن السبب الأكثر شيوعاً لليرقان الانسدادي الحصوي هو حصيات القناة الجامعة بنسبة (90.76%) وفق الجدول رقم (7).

جدول رقم (7) أسباب اليرقان الحصوي

السبب	حصيات قناة جامعة	حصيات رتج هارتمان	حصيات أقية كبدية
العدد	59	4	4
النسبة %	90.76	6.06	6.06

حيث تم كشف حصيات في القناة الجامعة وفي الأقية الكبدية عند نفس المريض في حالتين.

التدبير الجراحي المتبع:

خضع جميع مرضى الدراسة للجراحة وفق عدة إجراءات:

- استئصال مرارة بسيط
- فتح جراحي للقناة الجامعة واستئصال الحصيات مع غسيل للقناة الجامعة بشكل متكرر ثم إدخال موسعات بأقطار متعدّدة ووضع أنبوب T وإغلاق القناة الجامعة بقطب متفرقة.
- إجراء مفاغرة بين القناة الكبدية المشتركة والصائم بشكل Roux-en-Y.
- فتح القناة الجامعة والعفج ثم خزع مصرة أودي.

جدول رقم (8) نوع العمل الجراحي ونسبته

نوع العمل الجراحي	فتح C.B.D+توسيع T.T	مفاغرة قناة كبدية مع الصائم Roux-en-Y	فتح C.B.D+خزع مصرة أودي	استئصال مرارة بسيط	الإجمالي
العدد	59	2	2	2	65
النسبة %	90.76	3.08	3.08	3.08	100

نلاحظ من الجدول رقم (8) أنّ استئصال المرارة وفتح القناة الجامعة مع الغسيل وسحب الحصيات واستخدام الموسعات بأقطار متدرّجة ثم وضع أنبوب T هي العمليّة الأكثر شيوعاً في مشفانا بنسبة (90.76%)، مع مراقبة النزح عبر أنبوب T وإجراء تصوير ظليل عبر أنبوب T خلال الأيام من (7-10) بعد الجراحة، ولقد تمّ نزع أنبوب T في معظم الحالات عندما أصبحت كمية النزح أقلّ من (100 مل/24 سا) مع سلوكية جيّدة للمادّة الظليلة إلى العفج بالتصوير الظليل عبر أنبوب T والتأكد من عدم وجود حصيات. حيث تمّ نزع أنبوب T في معظم الحالات في اليوم العاشر أي بنسبة (70.76%) وبنسبة (13.67%) في اليوم (12) وبقي (10) مرضى أي بنسبة (15.37%) أكثر من أسبوعين بسبب وجود حصيات منسيّة كما هو موضّح في الجدول رقم (9).

الجدول رقم (9) مراقبة النزح عبر أنبوب T

مراقبة أنبوب T	الأسبوع الأول	اليوم العاشر	اليوم الثاني عشر	أكثر من أسبوعين
كمية النزح مل/يوم	< 1000	> 100	> 100	< 1000
عدد المرضى	55	46	9	10
النسبة %	84.43	70.76	13.67	15.37

من دراسة هذا الجدول نلاحظ أنّ هناك زيادة في نسبة الحصيات المنسيّة، والسبب في ذلك يعود لعدم إجراء التصوير الظليل أثناء العمل الجراحي الأوّلي في مشفانا أو تنظيف الطرق الصفراوية، والاعتماد فقط على التصوير بالأموح فوق الصوتية قبل الجراحة، وجسّ القناة الصفراوية أثناء العمل الجراحي وإدخال الموسعات بأقطار متدرّجة، ولعدم قياس الضغط داخل القناة الجامعة ولهذا تبقى النسبة عالية في مشفانا مقارنة بالإحصائيات العالميّة التي تبلغ (5-10%) [6].

لقد تمّ تدبير الحصيات المنسيّة بعدة طرق:

- إذابة الحصيات بحقن (5000 - 10000) وحدة هيبارين ضمن (50مل) سيروم مالح عبر أنبوب T كل (8) ساعات حيث طبقت هذه الطريقة عند (4) مرضى، نجحت عند (3) منهم وفشلت عند مريض واحد بسبب وجود حصيات كبيرة.

- إرسال بقيّة المرضى إلى دمشق لإجراء E.R.C.P لسحب الحصيات، ومن هنا نُؤكّد على ضرورة استخدام جهاز E.R.C.P في مشفانا وإنّ وجوده يُقلّل من العمليّات الرّاضة كفتح القناة الجامعة وخزغ مصّرة أودي... إلخ [7.6.5.4.3.2.1].

بدراسة نسبة الوفيات والمضاعفات فقد حصلت حالة وفاة واحدة ناتجة عن صدمة خمجيّة وذلك بعد إجراء مفاغرة ما بين القناة الكبدية الرئيسيّة والصّائم. أمّا المضاعفات الحاصلة في مرحلة ما بعد الجراحة فهي مُوضّحة في الجدول التّالي (رقم 10).

جدول رقم (10) مضاعفات العمل الجراحي

المضاعفة	نوا سير صفراويّة	خمج الجرح	اندحاق	اشتداد قرحة هضميّة	حصيات منسيّة	التهاب معتكلة عابر
العدد	5	10	1	2	10	3
النسبة %	7.65	15.37	1.53	3.06	15.37	4.59

- نلاحظ من الجدول السابق ارتفاع نسبة خمج الجرح في مشفانا حيث بلغت النسبة (15.37%)، والذي قد يُعزى إلى طرق التّعقيم في مشفانا سواء في العمليّات أو عند تبديل الصّمام.
- كذلك يُلاحظ ارتفاع نسبة الحصيات المنسيّة والتي تمّ دراستها بشكل مفصّل سابقاً.
- حدثت ثلاث حالات من التهاب المعتكلة العابر وذلك في حصيات القناة الجامعة، حالتان بعد التّشخيص قبل إجراء الجراحة حيث تمّ التّدخل بعد أسبوع من الشفاء، وحالة واحدة بسبب الحصيات المنسيّة مع وجود توسّع بالقناة المعتكليّة بعد الشفاء وإجراء التّصوير الظليل.
 - حدثت التّواسير الصفراويّة في خمس حالات بنسبة (7.65%) وذلك ناجم عن بقاء الضّغط مرتفعاً في القناة الجامعة.
 - حدثت قرحة الشدّة في حالتين بنسبة (3.06%) وتمّ تدبيرهما بالعلاج المحافظ بمضادّات مستقبلات H2 ومضادّات الحموضة.
 - حدث اندحاق الجرح في حالة واحدة بنسبة (1.53%) وتمّ تدبيرها لاحقاً.

وكنتيجّة لما سبق فإنّنا نلاحظ أنّ نسبة المضاعفات في مرحلة ما بعد الجراحة في مشفانا ما زالت مرتفعةً جدّاً بالمقارنة مع معظم الدّراسات العالميّة (47.64%)، والسبب يعود لعدم توفّر التّقنيات، كإجراء التّصوير الملون على طاولة العمليّات أو التّظهير أو استخدام الـ E.R.C.P وغيرها...، ولذلك ننصح بإدخالها بأسرع وقتٍ ممكنٍ.

المراجع:

.....

- 1- Charles, M. Williams, N, 1997-*Baily and love's short practical of surgery*, London, UK, P. 660-670.
- 2 - Drik, J. Kaelin, M, 2001 - *Textbook Of surgery Sabistoon* Saunders Company, USA, P.210-225.
- 3 - Francis, E, Diane, K, 1996 - *NMS Surgery*,USA, P. 310-330.
- 4 - Jamson,L,Chassin ,1994- *Operative Strategy In General Surgery*, Librany of Congress, New York, USA.P.35-55.
- 5 -Kirby.I,M ichal, P. Veleridis. and Eduoard,M, 1999- *principles of surgery Schwartz* ,MCG raw, Hill companies ,USA,P.455-668.
- 6 - Michael, J, Zinner, 1997 - *Mingot's*, London UK, p.1875-1895.

7- بلال، محسن، 1996 - الجراحة العامة، جامعة دمشق ، دمشق.