

المرشد العلاجي لتدبير حصيات القناة الجامعة

Guidelines on the management of common bile duct Stones

The british society of gastroenterology

ترجمة الطبيب تيسير حسن
باشراف الطبيب اليقظان حسن

GUT.bmj.com 2008

المرشد العلاجي لتدبير حصيات القناة الجامعة

المحتويات :

- ٠-١ مقدمة
- ٠-٢ المدخل والاهداف
- ٠-٣ صياغة المرشدات
 - ١-٣ فئات الادلة
 - ٢-٣ تسلسل التوصيات
- ٠-٤ خلاصة التوصيات
 - ١-٤ المبادئ العامة
 - ٢-٤ المعالجة التنظيرية
 - ٣-٤ المعالجة الجراحية
 - ٤-٤ المعالجات المكملة
 - ٥-٤ تدبير الحالات السريرية الخاصة
- ٠-٥ التطور السريري للحصيات المرارية
- ٠-٦ التطور السريري لحصيات القناة الجامعة
- ٠-٧ تشخيص المرضى المحتمل اصابتهم بحصيات قناة جامعة
 - ١-٧ الايكو عبر البطن بالاشترار مع الاعراض السريرية
 - ٢-٧ التصوير المقطعي المحوسب
 - ٣-٧ التصوير بالرنين المغناطيسي
 - ٤-٧ الايكو عبر التنظير
- ٠-٨ المعالجة التنظيرية لحصيات القناة الجامعة
 - ١-٨ الاشخاص المدربين والوسائل المطلوبة
 - ٢-٨ اختيار المرضى لاجراء التصوير الراجع للطرق الصفراوية \ERCP\
 - ٣-٨ الاستقصاءات المطلوبة قبل اجراء التصوير الراجع \ERCP\
 - ٤-٨ تحضير المرضى لاجراء \ERCP\
 - ٥-٨ خزع المعصرة وتوليد الحصاة
 - ٦-٨ التوسيع بالبالون كبديل لخزع المعصرة
 - ٧-٨ وضع قالب (ستينيت) صفراوي من اجل حصيات القناة الجامعة
 - ٨-٨ قواعد خزع الحليمة
 - ٩-٨ قواعد وضع ستينيت انتقائي في القناة البنكرياسية
- ٠-٩ المعالجة الجراحية لحصيات القناة الجامعة
 - ١-٩ الاشخاص المدربين والوسائل المطلوبة

- ٢-٩ اختيار المرضى للمعالجة الجراحية
٣-٩ الاستقصاءات المطلوبة قبل المعالجة الجراحية
٤-٩ استخراج حصيات القناة الجامعة: التقنية المعتمدة

١٠-١٠ تدبير حصيات القناة الصعبة

- ١-١٠ تقنية تفنيت الحصى
٢-١٠ التفنيت بالامواج الصادمة من خارج الجسم
٣-١٠ التفنيت من داخل الجسم بالليزر والامواج الهيدوكهرلية
٤-١٠ تقنية التشعيع عبر الجلد
٥-١٠ المعالجة بالتذويب

١١-١٠ سيناريوهات تدبير الحالات الخاصة

- ١-١١ حصيات القناة الجامعة بدون وجود مرارة
٢-١١ == == مع وجود مرارة
٣-١١ التهاب البنكرياس الصفراوي الحاد
٤-١١ التهاب الطرق الصفراوية الحاد
٥-١١ حصيات القناة الجامعة اثناء الحمل

٢٠-١٠ المراجع

المرشد العلاجي لتشخيص ومعالجة حصيات القناة الجامعة

١-٠ مقدمة :

هذه المرشد العلاجي لتشخيص ومعالجة حصيات القنوات الجامعة كلف بها المركز البريطاني للأمراض الهضمية كجزء من مبادرة واسعة لتطوير مرشحات علاجية للأطباء في ممارساتهم السريرية المرشد العلاجي ليس قالب جامد ولا يجب أن يفسر بأنه تدخل في القرار السريري لذلك يجب ان لا يفسر بأنه حكم قطعي ولكنه اساس للاطباء لجعل الحالات اكثر وضوحاً

2-٠ المدخل والاهداف

شهدت ال\٣٠\ سنة الماضية تطوراً كبيراً في معالجة الحصيات المرارية والتي تكلف في الولايات المتحدة سنوياً \٦\ مليار دولار التصوير الراجع للطرق الصفراوية \ERCP\ أصبح اجراء روتيني بينما استبدل استئصال المرارة الجراحي المفتوح بالجراحة التنظيرية والذي قد يتضمن تنظير البطن لاستقصاء القناة الجامعة . بالاضافة الى تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي \MR\ و الايكو عبر التنظير \EUS\ والتي تؤمن تصوير دقيق للجهاز الصفراوي بدون مداخلات غازية وبالنتيجة فان الاطباء لديهم العديد من الخيارات الصحيحة لتدبير المرضى الذين شك بوجود حصيات قناة جامعة

٣-٠ صياغة المرشحات

المرشد العلاجي اعتمد من قبل الجمعية البريطانية للأطباء الهضميين \BSG\ وصدق من قبل لجنة لجنة الخدمة والمعايير السريرية \CSSC\ التابعة لل \BSG\ ولجنة التنظير لل \BSG\ ومجموعة ال\ERCP\ وبمشاركة جراحي الجهاز المعدي المعوي العلوي لبريطانيا العظمى وايرلندا \AUGIS\ والكلية الملكية للشعاعيين \RCR\ .

طريقة الصياغة يمكن اختصارها كالتالي :في عام ٢٠٠٤ انجز البحث التمهيدي من قبل Earl Williams . الدراسات الاصلية انجزت بالبحث في Pubmed\Medline عن مقالات تتضمن مقاطع عن حصيات القناة الجامعة ، الحصيات المرارية ، تحصي الاقنية الصفراوية ، جراحة الطرق الصفراوية بالتنظير او ERCP . المقالات اختيرت بالعناوين ثم اثبتت صلتها بمراجعة ومطابقة الملخصات ، التحقيق الاولي ركز على طول التقارير ومن ثم فان التحليل التالي وحالة التقارير اعيدت مراجعتها لبيان اذا كانت قدمت الدراسة المتوقعة . المقالات

المفقودة تمت مطابقتها بالبحث اليدوي لقوائم المراجع . خلاصة الموجودات في هذا البحث قدمت الى لجنة التنظير لل BSG في عام ٢٠٠٤ .
المراجع المضافة تم إقرارها والاسئلة السريرية الاساسية من البحث المكتبي تمت الموافقة عليها . المرشحات العلاجية المؤقتة طورت بعد ذلك بواسطة مجموعة كتابة المرشحات العلاجية المنهجي المتنوع . هذا تضمن ممثلي BSG (Earl Williams. Jonathan Green. And Martin Lombard) وكذلك RCR (Rowan Parks and Ian Beckingham) AUGIS (Derrick Martin) الجمعية البريطانية للمرشحات العلاجية الهضمية (٢.٣.٤) .
والجمعية الاوربية للمرشحات العلاجية لجراحي التنظير لحصيات القناة الجامعة (٥) والمعهد الوطني للصحة " مركز العلوم " مؤتمر ال ERCP (٦) راجعتها كجزء من العملية .

في عام 2006 اجتمعت مجموعة ال ERCP وقررت المرشد العلاجي المبدئي مع ممثلين عن ال BSG (Jonathan Green and Martin Lombard) ,
AUSG (Nick Hayes) , ALS (Don Menzies) وكذلك RCR (Derrick Martin) . مع الرئيس الوطني للتنظير (Rolland Valori)
كل المساهمات وبشكل خاص التوصيات اخذت بالاعتبار والتعديلات قررت وتم تضمينها لكل التوصيات . الاجماع تم تطويره . نتيجة الاجماع تم تقديمها لل CSSC و GUT لوضع الملاحظات والمراجعة الدولية . فيما بعد تمت الموافقة على الشكل النهائي لمستند المرشد العلاجي بالاجماع واعتمد 2007 . ثم اعيد مراجعة المرشد العلاجي بواسطة المؤلفين الاصليين (Earl Williams. Jonathan Green.)
Rowan Parks. Martin Lombard and Derrick Martin) وتم وضع توصياتهم وبالتصويت الجماعي تم الموافقة عليه

٣-١ قوة الادلة :

قوة الادلة المتبعة في المرشد العلاجي متعلقة بأدلة شمال بريطانيا المعتمدة في مشروع تطوير المرشحات العلاجية وهذا يلخص كالتالي :

Ia :الدليل من التحليل الشامل للتجارب العشوائية المضبوطة RCTs

Ib :الدليل من اختبار عشوائي واحد على الاقل

IIa :الدليل من الدراسة المضبوطة جيدا" بدون تعشبية

IIb :الدليل يتضمن واحدا" من الانماط الاخرى للدراسات الاختبارية الجزئية المضبوطة جيدا"

III :الدليل من الدراسة الوصفية للاختبارية المضبوطة جيدا" مثل الدراسة المقارنة او الدراسة الارتباطية

IV : الدليل متضمن من آراء او تقارير لجنة الخبرة او الخبرات السريرية للمؤلفين اصحاب العلاقة

٣-٢ تسلسل التوصيات

التوصيات تعتمد على مستوى الدعم الموجود في الدليل وتصنف وفقا" لذلك

Grade A : يتطلب في على الاقل واحدا" من الدراسات العشوائية المضبوطة
لنوعية جيدة موجهة لنمط التوصية
Grade B : تعتمد على توفر الدراسة السريرية بدون عشوائية
Grade C : يتطلب دليل من النموذج IV في غياب دراسة سريرية مناسبة مباشرة

٤-0 خلاصة التوصيات :

٤-١ :المبادئ العامة :

٤-١-١ : يجب تشجيع مناقشة كل حالات الطرق الصفراوية والكبدية في اجتماعات
تضم الجراحين و اطباء الهضميه و الشعاعيين و اطباء الاورام و المشرحين
المرضيين . دليل درجة IV . توصية C

٤-١-٢ : توصي بانه اذا كان لدى المريض اعراض و دلت الاستقصاءات على
وجود حصيات في الاقنية فيجب استئصالها اذا أمكن . دليل درجة III . توصية B

٤-١-٣ : المسح بالايكو عبر البطن (USS) يوصى به كاستقصاء أول لحصيات
القناة الجامعة ويمكن ان يساعد في تمييز المريض الذي لديه امكانية عالية لوجود
حصيات قنوية. وربما يجب الا يعتبره الاطباء اختبارا " حساسا" لهذه الحالات .
دليل درجة III . توصية B

٤-١-٤ : اذا كان المرضى المتوقع اصابتهم بحصيات قناة جامعة CBDS لم يجروا
أية استقصاءات سابقة. فيجب أن يعتمد التقدير المبدئي على الاعراض السريرية .
واختبارات وظائف الكبد (LFTs) وموجودات الايكو عبر البطن (USS) .
دليل درجة III . توصية B

٤-١-٥ : الايكو عبر التنظير (EUS) والمرنان MR كلاهما يوصى بهما لقدرتهما
العالية لاثبات وجود حصيات القناة الجامعة CBDS . عندما نختر بين هاتين
الوسيلتين علاجيتين مناسبتين للمرضى فان الوسيله الاستقصائية المتاحة والخبرة
المحلية هي الاعتبار الاهم . دليل درجة IIb . توصية B

٤-٢ : المعالجة التنظيرية :

٤-٢-١ : برامج التدريب على ال ERCP يجب أن تتبع التوصيات الموضوعة من
خلال المرشحات العلاجية لمجموعة الاستشاريين المشتركة (JAG) .
دليل درجة IV . توصية C

٤-٢-٢: من المهم بان ينجز المتدرب تنظير كامل مع عدد كافي من حالات خزع المعصرة (BS) خلال السنة لتقييم الاداء . كدليل فان ٤٠-٥٠ خزع معصرة بالسنة هو المتوقع . دليل درجة III . توصية B

٤-٢-٣: عند انجاز استئصال الحصاة بالتنظير (ESE) يجب أن يدعم المنظر بفني شعاعي والذي يمكن ان يدعمه بالمسح الشعاعي وكذلك ممرضة لمراقبة سلامة المريض بالاضافة الى ممرضة تنظير للتعامل مع السلك الدليل و الادوات. دليل درجة IV. توصية C

٤-٢-٤: يوصى بأن ال ERCP يجب الاحتفاظ به للمرضى الذين يكون الطبيب واثقا" من حاجتهم له كوسيله علاقيه ولاينصح باجرائه لمجرد الاستقصاء . دليل درجة IIIb . توصية B

٤-٢-٥: عند وضع المريض على قائمة ال ERCP فان على المنظر أن يكون حذرا" من العوامل المتعلقة بالمريض والتي تزيد خطورة ال ERCP أو الاختلاطات التالية له . دليل درجة III . توصية B

٤-٢-٦: يوصى الاطباء باخذ موافقة المريض الخطيه و اعلامه بالاختلاطات الممكنة الحدوث . دليل درجة IV . توصية C

٤-٢-٧: المرضى الخاضعين لخزع الحليمة (BS) من اجل الحصيات القنوية يجب ان يجروا FBC وكذلك PT/INR خلال ٧٢ ساعة من الاجراء . دليل درجة III . توصية B

٤-٢-٨: المرضى الذين يتناولون معالجة مضادة للتخثر يجب تدبيرهم وفق البروتوكولات المعمول بها . من أجل هؤلاء المرضى ولديهم خطورة منخفضة للسمات الخثرية فان المعالجة المضادة للتخثر يجب ايقافها قبل الاجراء اذا كان خزع المعصرة مقررا". دليل درجة III . توصية B

٤-٢-٩: خزع الحليمة يمكن أن يجرى بأمان اذا كان المريض يتناول الاسبرين او مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية . بالاضافة الى أن جرعات منخفضة من الهيبارين يجب الا تعتبر مضاد استطباب لخزع الحليمة . دليل درجة III. توصية B

٤-٢-١٠: العوامل المضادة للصفائح الجديدة مثل الكلوبيدوغريل (plavix) يجب ايقافها خلال ٧-١٠ أيام من اجراء خزع المعصرة . دليل درجة IV . توصية C

٤-٢-١١ : الصادات الوقائية يجب اعطاؤها للمرضى المصابين بانسداد صفراوي أو مظاهر سريرية سابقة لانتان صفراوي . (دليل درجة Ib .توصية A) . المريض يجب أن يدبر تبعاً للمرشد العلاجي للBSG في ما يتعلق بالصادات الوقائية اثناء التنظير دليل درجة IV . توصية C

٤-٢-١٢ : لا يوصى بآية ادوية بشكل روتيني لمنع التهاب البنكرياس في المرضى الخاضعين لاستئصال الحصاة بالمنظار . دليل درجة Ia . توصية A

٤-٢-١٣ : المرضى يجب أن يسكنوا و يركنوا وتتم مراقبتهم وفقاً للمرشد العلاجي للجمعية البريطانية للهضميين BSG . دليل درجة IV . توصية C

٤-٢-١٤ : في المرضى مع خطورة عالية بعد ERCP للتهاب البنكرياس ولكن ليس النزف . البدء بخزغ الحليلة باستخدام القطع بدون تخثير pure-cut يكون مفضلاً . دليل درجة Ib . توصية A

٤-٢-١٥ : توسيع الحليلة بالبالون ED يمكن ان يكون بديل لخزغ الحليلة في بعض المرضى . ربما خطورة التهاب البنكرياس التالي للED تزداد بالمقارنة مع خزغ الحليلة BS ويجب تجنبها عند غالبية المرضى الخاضعين لاستئصال الحصاة بالتوسيع . دليل درجة Ia . توصية A

٤-٢-١٦ : يجب أن يتأكد المنظرون من أن تصريفاً صفراوياً كافياً قد انجز في المرضى مع حصيات قناة جامعة لم تستأصل . الاستخدام القصير الامد للقوالب (stent) متبوعاً بالتنظير لاحق او جراحة . دليل درجة III . توصية B بالمقارنة استخدام القوالب كحل مفرد لحصيات القناة الجامعة يجب الاحتفاظ به للمرضى مع فترة حياة محدودة مع أو خطورة جراحية تمنع الجراحة دليل درجة Ib . توصية A

٤-٢-١٧ : دراسة متعددة المراكز اشارت الى ان pre-cut هو عامل خطورة لحدوث الاختلاطات لذلك فان هذا الاجراء يجب اعتباره تكتيك متقدم ويجب حصره في الاطباء المدربين و المرضى الذين تكون المعالجة التنظيرية اللاحقة ضرورية . دليل درجة III . توصية B

٤-٢-١٨ : المرضى الذين لديهم خطورة عالية لالتهاب البنكرياس بعد ERCP بسبب وضع القنيه لفترة طويله او pre-cut يمكن أن يستفيدو على وضع ستينت بنكرياسي لفترة قصيرة . دليل درجة Ib . توصية A

٤-٣ المعالجة الجراحية :

٤-٣-١ : يجب تقييم خطورة الجراحة قبل التداخل واذا كانت الخطورة تجعل الجراحة مضاد استطباب فان المعالجة التنظيرية يجب اعتبارها بديلا".
دليل درجة III . توصية B

٤-٣-٢ : تصوير الطرق الصفراوية اثناء الجراحة (IOC) أو الايكو اثناء التنظير (EUS) يمكن ان تستخدم لكشف حصيات القناة الجامعة CBDS في المرضى المناسبين لاستئصال الحصاة جراحيا" أو اجراء ERCP بعد الجراحة . ولايعتبر الزامي لكل المرضى . IOC يوصى به للمرضى الذين لديهم احتمال عالي لل CBDS وليس لديهم تشخيص مؤكد قبل الجراحة بالوسائل الاخرى .
دليل درجة Iib . توصية B

٤-٣-٣ : في المرضى الخاضعين لاستئصال المرارة بالتنظير فإن استخدام المرارة أو القناة المرارية للوصول للقناة الجامعة كلاهما يعتبر طريقة مناسبة لاستئصال حصيات الجامعة . دليل درجة Ib . توصية A

٤-٣-٤ : عندما تفشل التقنيات المنتشرة البسيطة في تنظيف القناة . يبقى الاستقصاء الجراحي هو معالجة مهمة . دليل درجة III . توصية B

٤-٤ المعالجة الداعمة

٤-٤-١ : يوصى بأن جميع المنظرين عندما ينجزون ال ERCP يجب أن يكونوا قادرين على استكمال تقنية استخراج الحصاة بواسطة تفتيتها اذا كان ذلك ضروريا"
دليل درجة III . توصية B

٤-٤-٢ : اذا أمكن فان تفتيت الحصيات عن طريق الامواج الصادمة من خارج الجسم ESWL يجب أن يوضع بالحسبان للمريض المصاب بأمراض صعبة وليس لديه الصحة الكافية لتحمل الجراحة المفتوحة . الصادات الوقائية خلال ESWL يجب اعطاؤها . دليل درجة III . توصية B

٤-٤-٣ : تفتيت الحصيات بالهيدروليك الكهربى (EHL) أو التفتيت بالليزر يمكن أن يستخدم في تنظيف القناة عندما تفشل الطرق الاخرى . دليل درجة III . توصية C

٤-٤-٤ : المعالجة عبر الجلد يمكن أن تستخدم كعلاج بديل أو مكمل لبقية اشكال استئصال الحصيات . يوصى بأنه اذا كانت الوسائل والخبرة متوفرة ويجب أن يوضع عندما تفشل المعالجة التنظيرية والجراحية او تكون غير ملائمة
دليل درجة III . توصية C

٤-٤-٥ : المعالجة بالتنظير المماسي لا يوصى بها لعلاج حصيات القناة الجامعة .
دليل درجة III. توصية B

٤-٤-٦ : عندما يكون حجم حصاة القناة الجامعة يمنع تنظيف القناة بالتنظير فان استخدام حمض ursodeoxycholic الفموي يمكن من اعادة التنظير بشكل لاحق .
دليل درجة IIa. توصية B . بعد نجاح تنظيف القناة يجب اعطاء شوط طويل من المعالجة بحمض ursodeoxycholic . دليل درجة Ib . توصية B

٤-٥-٥ : تدبير السيناريوهات السريرية الخاصة :

٤-٥-١ : خزع الحليمة واستئصال الحصاة بالتنظير (ESE) يوصى به كشكل أول من اشكال العلاج لحصيات القناة الجامعة CBDS بعد استئصال المرارة .
دليل درجة IV. توصية B

٤-٥-٢ : استئصال المرارة يوصى به لكل المرضى مع CBDS وحصيات مرارية عرضية . الا اذا وجدت اسباب خاصة تجعل الجراحة غير ممكنة . دليل درجة III .
توصية B

٤-٥-٣ : المرضى المصابين ب CBDS والمحضرين لاستئصال المرارة بتنظير البطن يجب ان يجرى لهم استئصال القناة الجامعة بالتنظير (LCBDE) في نفس زمن الجراحة . أو يجرى له ERCP في الفترة حول الجراحة . لا يوجد دليل على وجود اختلاف بالفعاليه ، المراضة أو المواتة عند مقارنة هذه المقاربات ، الا أنه LCBDE يترافق مع بقية قصيرة في المشفى . التوصية بأن كلا المقاربتين موصى بهما بشكل متساوي في خطة المعالجة ، ومن ثم فان تدريب الجراح على اجراء LCBDE يكون مشجعا" . دليل درجة Ib . توصية A

٤-٥-٤ : عندما تكون الوسائل المحلية المناسبة متوفرة ،هؤلاء المرضى يمكن لديهم التهاب بنكرياس متوقع أو مثبت من منشأ صفراوي يجب ان يجرى لهم خزع المعصرة +/- استئصال الحصاة بالتنظير خلال ٧٢ ساعة . دليل درجة Ib . توصية B

٤-٥-٥ : يوصى بأن المرضى اللا يرقانيين مع درجة معتدلة من التهاب البنكرياس يحتاجون الى معالجة داعمه فقط خلال المرحلة الحادة من مرضهم. (دليل درجة Ib ، توصية A) . المرضى المحضرين لاستئصال المرارة بالتنظير يجب أن يجرؤوا الاستئصال خلال اسبوعين من حدوث التهاب البنكرياس وفي هذه الحالة فان ERCP الروتيني غير ضروري ، حيث أن ال MR للطرق الصفراوية ،او تصوير الطرق الصفراوية اثناء الجراحة IOC، أو الايكوعبر التنظير يوصى به . دليل درجة Ib. توصية A

٤-٥-٦ : المرضى مع التهاب طرق صفراوية حاد والذين فشلوا في الاستجابة للمعالجة الدوائية او الذين لديهم علامات صدمة انتانية يحتاجون الى تخفيف الضغط الصفراوي ، خزع المعصرة ، التوسيع بالقوالب stent ، أو استئصال الحصاة . التفجير عبر الجلد يمكن ان يوصى به كبديل لل ERCP ولكن المعالجة الجراحية الفتوحة يجب تفاديها . دليل درجة Ib . توصية A

٤-٥-٧ : في المريضاات الحوامل مع اعراض حصيات صفراوية يوصى بالمعالجة متضمنة ERCP (مع خزع الحليمة واستخراج الحصاة بالتنظير) وكذلك استقصاء القناة الجامعة بتنظير البطن LCBDE . دليل درجة III . توصية B

٥-٥ . التطور السريري للحصيات المرارية :

تتواجد الحصيات الصفراوية في حوالي ١٥% من الامريكيين وتتفاوت تبعا للعمر والجنس والمجموعة المدروسة . الدراسة في المملكة المتحدة أظهرت نفس التوزيع تقريبا .

أغلب المصابين بالحصيات المرارية يجهلون ذلك وخلال ال ١٠ سنوات التالية يطور ١٥-٢٥% من الذين يبدون أعراضا "بدئية كالكولنج الصفراوي . إن وجود الألم يشير الى بدء الاعراض في غالبية المرضى ويدل على امكانية تطور اختلاطات أكثر جدية وتتضمن التهاب البنكرياس أو الطرق الصفراوية أو الانسداد الصفراوي . في السنوات العشر التالية يمكن توقع حدوث هذه الاختلاطات عند ٢-٣% من المرضى المشخص لديهم حصيات مرارية .

متابعة هؤلاء المرضى تقدم مبرر جوهري لتفضيل استئصال المرارة عند كافة المرضى مع أعراض حصيات مرارية ما عدا المرضى الذين تعتبر الجراحة مضاد استطباب لديهم

٦-٥ . التطور السريري لحصيات القناة الجامعة

التوصية بأنه اذا كان المريض عرضيا" وأظهرت الاستقصاءات وجود حصيات قنوية فيجب استئصالها اذا أمكن ذلك . دليل درجة III . توصية B

في البلاد الغربية تتشكل الحصيات القنوية نموذجيا" في المرارة ومن ثم تهاجر الى الطرق الصفراوية وهذه الحصيات ثانوية ويجب تفريقها عن الحصيات البدئية التي تتشكل في الطرق الصفراوية .

الحصيات البدئية أكثر شيوعا" في شعوب شمال شرق آسيا وتختلف تركيبها بالنسبة للبدئية وربما تحدث بسبب الانتان الصفراوي

انتشار الحصيات الصفراوية في مرضى الحصيات المرارية العرضية مختلف ولكنه ربما يقع بين ١٠-٢٠% وغالبا" فان المرضى اللايرقانيين مع اقنية صفراوية

طبيعية بالايكو عبر البطن لا تتجاوز نسبة حصيات القناة الجامعة عندهم اثناء استئصال المرارة ٥% بالمقارنة مع الحصيات المرارية فان تواجد الحصيات القنوية الثانوية ليس مفهوماً بشكل جيد . ولذلك رأى Collins بأن ثلث المرضى المصابين بحصيات القناة الجامعة أثناء استئصال المرارة سيمررون الحصيات خلال ٦ أسابيع من الجراحة وليس معروفًا سبب عبور بعض الحصيات القناة الجامعة بشكل صامت الى العفج بينما لا تفعل الأخريات .

ما بان الحصيات القنوية عندما تصبح عرضية تكون خطيرة والاعراض تشمل الألم. الانسداد الصفراوي الجزئي أو الكامل . التهاب الطرق الصفراوية . الخراجات الكبدية . او التهاب البنكرياس

الانسداد المزمن يمكن ان يسبب تشمع ثانوي او ارتفاع توتر وريد الباب ولذلك يوصى بان المريض العرضي والذي تظهر الاستقصاءات اصابته بحصيات قنوية يجب استئصالها اذا أمكن ذلك وهذا يشمل حتى المرضى الذين قد يتطور لديهم ولو نادراً تشمع ثانوي تالي لانسداد صفراوي مزمن . و لوحظ تراجع تليف الكبد بعد ازالة الانسداد الصفراوي

٧-٠ تعريف المريض المحتمل اصابته بحصيات القناة الجامعة

- الفحص بالايكو عبر البطن (USS) يوصى به كاستقصاء اولي لحصيات القناة الجامعة (CBDS) ويمكن ان يساعد في تمييز المريض الذي لديه احتمال عال للاصابة بالحصيات القنوية . ربما بعض الاطباء لا يعتبرونه اختباراً "حساساً" لهذه الحالة . دليل درجة III . توصية B
- الايكو عبر التنظير (EUS) والمرنان يوصى بهما للامكانية العالية لاثبات وجود حصيات القناة الجامعة وعند الاختيار بين ايهما اكثر ملاءمة تكون الاولوية للمتوفر اكثر وللخبرة الموجودة . دليل درجة IIb . توصية B
- تصوير الطرق الصفراوية اثناء الجراحة (IOC) و ERCP يعتبران كاختبارين قياسيين لتشخيص حصيات القناة الجامعة ولكن يجب عدم اللجوء اليهما اذا كان احتمال وجود الحصيات قليلاً

٧-١ المسح بالايكو عبر البطن المشترك مع العلامات السريرية

. ربما تكون الحساسية المنخفضة ل(USS)، مثال : غياب هذه الموجودات لا يثبت غياب حصيات القناة الجامعة (الجدول الاول) .
لذلك لا يمكن لل (USS) او الكيمياويات الحيوية او الاعراض السريرية ان تستخدم بشكل معزول كاختبار بدئي لتشخيص حصيات القناة الجامعة ولذلك يجب على الاطباء الاخذ بالاعتبار كل هذه المتغيرات معا لتقرير اذا كان المريض يحتاج لاستقصاءات اخرى
مثال : المريض المحضر لاستئصال المرارة بالمنظار مع مشاركات : عمر < ٥٥ سنة، البيليروبين < ٣٠ ميكرومول /ل ، توسع القناة الجامعة بالايكو عبر البطن يزيد احتمال وجود حصيات قناة جامعة تكشف بال ERCP بنسبة < ٧٠% (جدول ١)
الاشكال الاخرى للتنبؤ بال CBDS المشتركة بين السريريات و ال USS .

٧-٢ الطبقي المحوري CT للطرق الصفراوية

عند مقارنة ال CT مع الايكو عبر التنظير EUS (وال ERCP او تصوير الطرق الصفراوية اثناء الجراحة IOC لاستخدامها كمرجع قياسي) ، ظهر EUS كاختبار اكثر حساسية" وخاصة في المرضى الذين تكون عندهم الحصيات القنوية > ١ سم . بالرغم من ذلك يجب الملاحظة بان الدراسات الحديثة لاحظت بان ال CT الحلزوني يمكن ان يشخص الحصيات القنوية بحساسية ونوعية يمكن مقارنتها مع ال MR للطرق الصفراوية

٧-٣ التصوير بالرنين المغناطيسي MRI

ان تصوير الطرق الصفراوية ب MR هو جيد مثل ال ERCP في تشخيص CBDS ، لذلك فان امكانية ال MR لاثبات تشخيص حصيات صفراوية بقطر بضعة ميليمترات حتى الان لم يثبت بالدليل ويجب ايضا" الاخذ بالاعتبار ان وجود مشبك معدني داخل الجمجمة ، او الخوف من الاماكن المغلقة او السمنة المرضية هي مضادات استطباب لل MR و المجمع الاوربي لجراحي التنظير اعتبر ال MR للطرق الصفراوية اختبارا" تشخيصيا" معتمدا" للحصيات الصفراوية في المرضى ذوي الاحتمالات المتوسطة لوجود CBDS

٧-٤ المسح بالايكو عبر التنظير EUS

بالاجماع فان حساسية ERCP من اجل CBDS هي بمدل ٧٩-١٠٠% مقارنة مع EUS الذي حساسيته ٨٤-١٠٠% ونوعية ERCP بين ٨٧-١٠٠%

بينما EUS ٩٦-١٠٠ % . أي من الدراسات لم تستطع ان تثبت بالدليل انها الافضل نتيجة.

في الختام ظهر ال EUS مقارنة مع ال ERCP بانه الاختبار التشخيصي لل CBDS وينجز بشكل افضا من USS و CT (٣٨-٣٩) . بخلاف ERCP فان EUS لا يحتاج الى تجهيزات من اجل معصرة اودي ولا يعرض المريض لخطر التهاب البنكرياس . فيما يتعلق بال MR فان مراجعة الدراسات التوقعية فشلت في اظهار اختلاف احصائي هام عندما قورنت الطريقتان . ولذلك من اجل الحصيات الصغيرة فان EUS هو الاكثر حساسية" (٥٣-٦٣) ربما يجب ملاحظة ذلك . EUS . يبقى غير شائع الاستعمال بالاضافة الى انه يتطلب الا يكون المريض قد خضع للتنظير ولا يؤمن تصوير للطرق داخل الكبد وربما يكون صعب الانجاز في المرضى الذين لديهم شذوذ تشريحي في المعدة او العفج

٨-٠ المعالجة التنظيرية لحصيات القناة الجامعة

التصوير الراجع للطرق الصفراوية ERCP يمكن ان يستخدم كعلاج نهائي او مؤقت لل CBDS .

٨-١ الادوات اللازمة والاشخاص

برنامج التدريب على ال ERCP يجب ان يتبع التوصيات الموجودة في المرشد العلاجي لمجموعة الاستشارات المشتركة JAG . دليل درجة IV . توصية C

من المهم بأن يقوم المنظر بعد انتهاء تدريبيه بانجاز عدد كافي من خزع المعصرة في السنة بشكل تام وعادة الرقم المتوقع سنويا" ٤٠-٥٠ . دليل درجة III . توصية B

عند انجاز استئصال الحصاة بالتنظير (ESE) المنظر يجب ان يدعم بفني او شعاعي يجري المسح بالتنظير المتألق وممرضة لمراقبة المريض وممرضة او مساعد تنظير . دليل درجة IV . توصية C

البيانات الامريكية قررت بأن المطلوب على الاقل ٢٠٠ اجراء قبل ان ينجز المتدرب المتوسط سبر انتقائي بنسبة نجاح تزيد عن ٨٠% (٦٤) . في المملكة المتحدة الرقم المطلوب اكبر من ذلك ولذلك يوصى بتضمين وتطوير برامج التدريب على ال ERCP والالتزام بالمرشد العلاجي لمجموعة الاستشارات المشتركة JAG .

التقارير ايضا" قررت بان معدل الاختلاطات اثناء خزع المعصرة (BS) يتعلق بعدد الحالات السنوي أو حجم العمل .

٢-٨ اختيار المرضى لل ERCP

مناقشة الحالات في اجتماعات تضم كل من المنظرين و الجراحين و الشعاعيين . دليل درجة IV . توصية C

عند جدولة ERCP فان على المنظر ان يكون حذرا" من عوامل الخطورة المتعلقة بالمريض والتي تزيد خطورة ال ERCP او الاختلاطات المتعلقة باستئصال الحصاة دليل درجة III . توصية B

ان المشاكل المتعلقة ب ERCP موجوده في الجدول ٢

المنظر يجب ان يدرك عوامل الخطورة المتعلقة بالمريض والتي تزيد خطورة ERCP والاختلاطات المتعلقة باستئصال الحصاة وهذه تتضمن

- العمر تحت ٦٠-٧٠ سنة .
- الجنس انثى
- بيليروبين طبيعي . عدم توسع الاقنية . الشك بالخلل الوظيفي لمعصرة (اودي)
- العوامل المرضية المشاركة والتي تزيد الخطورة مثل النشمع
- التهاب البنكرياس بعد ERCP (PEP)
- وعند خزع المعصرة .
- اعتلال تخثري

الخطورة عند كل مريض يجب ان تقارن بامكانية تقديم العلاج في نفس وقت اجراء ERCP . ويوصى بان يجرى ال ERCP للمرضى الذين يؤكد الاطباء انه لازم لهم و عدم اللجوء الى مناورات غازيه غير ضروريه .

٣-٨ الاستقصاءات المطلوبة قبل اجراء ERCP

عندما يكون المريض المتوقع اصابته بالحصيات الصفراوية لم يجري استقصاءات مسبقة فان التقييم الاولي يجب ان يجر بناء" على الاعراض السريرية ، وموجودات LFTs وUSS دليل درجة III . توصية B

يوصى بان يجرى ال ERCP للمرضى الذين يكون الطبيب واثقا" من حاجتهم اليه كاجراء علاجي و تشخيصي . اذا المريض متوقعا" اصابته ب CBDS فلايوصى به لمجرد كونه وسيلة تشخيصية دليل درجة Iib . توصية B

عندما لا يكون المريض قد اجرى استقصاءات مسبقة فان التقييم المبدئي يجب ان يستند على الاعراض السريرية .وموجودات LFTs وUSS وعندما يبدي التقييم الاولى احتمالية عالية ل CBDS ياخذ المريض بعدها الى ERCP اذا تقرر هذه المعالجة .

اذا قرر التقييم الاولى انخفاض نسبة الاحتمال للاصابة ب CBDS يوصى بتوجيه المريض الى MR او EUS مع الاحتفاظ ب ERCP للحالات غير الطبيعية او المريية . يجب ملاحظة ان بغياب اضطراب وظائف الكبد فان توسع القناة الجامعة ب USS لا يمكن الاعتماد عليه للتنبؤ ب CBDS وبجميع الحالات فان اجراء MR او EUS مناسب اكثر من التوجه مباشرة الى ERCP

٤-٨ تحضير المريض لل ERCP

١-٤-٨ القبول

يجب اخذ موافقه المريض الخطيه و شرح موجبات ال ERCP و اختلاطاته

٢-٤-٨ التخثر والمعالجة المضادة للتخثر

المرضى الذين يخضعون لخزغ المعصرة من اجل الحصيات القنوية يجب ان يجرى لهم FBC و PT/INR خلال ٧٢ ساعة قبل الاجراء . اذاكان لدى المريض اضطراب تخثري فان التدبير اللاحق يجب ان يتبع المرشادات العلاجية الخاصه به . دليل درجة III . توصية B

في المريض المثبت تناوله للمعالجة المضادة للتخثر يجب أن تتبع البروتوكولات المحلية من اجل استئصال الحصاة بالتنظير في حال وجود خطورة متوسطة لصمات الخثرية فان المعالجة المضادة للتخثر يجب ايقافها اذا كان مقررًا " خزغ المعصرة . دليل درجة III . توصية B

الاضطرابات التخثرية هي مظهر مشترك للانسداد الصفراوي وآفات البرانشيم الكبدي . في عدد من الدراسات المستقبلية لوحظ ان الاعتلالات التخثرية (مثل تعداد صفيحات > ٨٠-٥٠ الف /مم^٣ . زمن البروترومبين متطول < ٢ ثانية . او اختبار البروترومبين > ٥٠ %) . والظروف التي ادت الى ذلك والاعتلالات النزفية المشابهة معروفة كعوامل خطورة للنزف بعد خزغ المعصرة . بينما لوحظ في بعض الدراسات الرجعية ان نسبة النزف بعد خزغ المعصره يزداد عند اللذين لديهم اختبارات تخثر طبيعيه أو مصلحه

، واذا كان المريض خاضعا" لمعالجة اضطراب تخثري فيجب تدبيره وفقا" للمرشحات العلاجية المحلي المتفق عليها. المريض الذي يتناول معالجة مضادة للتخثر من أجل حالة مرضية مرافقة يجب ان يجرى له تقييم من أجل خطورة اطلاق الصمات الخثرية . عندما تكون الصمات الخثرية منخفضة كما في مرضى الرجفان الاذيني يجب ايقاف مضادات التخثر عدة ايام قبل خزع المعصرة . بعض الدراسات قررت ان استئناف المعالجة المضادة للتخثر خلال ثلاثة ايام من اجاء ERCP يزيد خطورة النزف .

٨-٤-٣ اعطاء الصادات الحيوية

الصادات الحيوية الوقائية يجب اعطاؤها للمرضى مع انسداد صفراوي او مظاهر لانتان الطرق الصفراوية .(دليل درجة Ia . توصية A) المرضى يجب تدبيرهم تبعا" للمرشد العلاجي للBSG فيما يتعلق بالصادات الوقائية أثناء التنظير . دليل درجة IV . توصية C الاعطاء الوقائي للصادات الحيوية لكل المرضى خلال ERCP يعتبر غير ضروري ولكن ربما ان الصادات الوقائية تنقص الانتان الهام في المرضى مع انسداد صفراوي او المظاهر السابقة للانتان الصفراوي . الصادات الوقائية تعطى ايضا" للمرضى مع خطورة عالية أو منخفضة للافات القلبية ولكن لا يوجد دليل صريح على فائدتها . الصادات المحتاجة هي ciprofloxacin فموي او gentamicin. quinolone.cephalosporin. او ureidopencillin حقن وهي الموصى بها . المرشد العلاجي للجمعية البريطانية للأطباء الهضميين حول الصادات الوقائية يجب اتباعه.

٨-٤-٤ الوقاية من التهاب البنكرياس

لايوصى باعطاء اية صادات وقاية من التهاب البنكرياس للمرضى خلال التنظير لاستئصال الحصيات . دليل درجة Ia . توصية A اكثر شيوعا" من الانتان بعد ERCP يحصل التهاب بنكرياس PEP . انواع مختلفة من الصادات اعطيت للوقاية من التهاب البنكرياس والنتائج كانت مخيبة . عبر الجلد او تحت اللسان GTN اعطيت خلال ERCP لانقاص التهاب البنكرياس ولكن نحتاج لدراسات كافية . بالاضافة الى ان التجارب الحديثة متعددة المراكز اظهرت فائدة octreotide للوقاية من التهاب البنكرياس ولكن نحتاج لدراسات كافية . somatostatin و Gabexate ايضا" اقترحت لانقاص حدوث PEP . والدراسات الحديثة اظهرت ان لا فائدة لكلا الدوائى ولذلك فلا يوصى باعطاء اية ادوية للوقاية من التهاب البنكرياس للمرضى خلال اجراء التنظير لاستئصال الحصيات

المريض يجب ان يهدأ ويراقب تبعاً للمرشد العلاجي لل BSG . دليل درجة IV . توصية C .
يقترح بأن تتم تهدة المريض ومراقبته تبعاً للمرشد العلاجي لل BSG .
خلال ERCP يمكن ان يحدث هبوط الضغط ولذلك يوصى بفتح خط وريدي كبير .
المرضى المصابين بيران انسدادى والذي كان صائماً او مهدءاً لفترة طويلة يمكن
ان لا يتناول كميته كافيه من السوائل . يكون بخطورة لحدوث التجفاف والخلل
الكلى ولذلك يجب دعمه بالسوائل وريدياً" ويجب مراقبة الصادر البولى .
في بعض البلدان استعمال propofol للتهدة اثناء ERCP اجراء شائع بالاضافة
الى الدليل من US يقترح ان تدرب ممرضة لمراقبة التهدة ب propofol
اما في بريطانيا فان propofol يجب الا يستخدم الا اذا كان التخدير اخصائى
جاهزاً"

٨-٥ خزع المعصرة واستخراج الحصاة

المرضى مع عوامل عوامل خطورة لالتهاب البنكرياس بعد ERCP ولا
يتوافق مع وجود اعتلال تخري يكون اجراء خزع الحليمة باستخدام القطع النقي
يكون مفضلاً" . دليل درجة Ia . توصية A

خزع المعصرة متبوعاً باستئصال الحصاة بواسطة السلة او القثطرة البالونية
هو المعالجة المختارة لاستئصال CBDS بالتنظير . المعالجة التنظيرية الناجحة
ممكنة لغالبية المرضى واليد الخبيرة يمكن ان تنجز < ٩٠% ولكن يبقى ٢٥% من
المرضى يحتاج الى ERCP مرتين او اكثر
بشكل عام اختلاطات ال ERCP و خزع الحليمة تتنوع تبعاً للحالة ،
التعاريف المستخدمة ، وتصميم الدراسة و يتراوح حدوثها حالي ١٠% من
الحالات . الاختلاطات الشديدة نسبة حدوثها اقل من ١-٢% ومعدل PEP التالي
لاستخراج الحصاة منخفض بالمقارنة مع بقية الاستطابات الاخرى ل BS كالخلل
الوظيفي لمصرة اودي . الوفيات التالية ل BS حوالي ٠.٤% من الحالات .
الاختلاطات المتأخرة لل BS تتضمن عودة الحصيات والتهاب الطرق الصفراوية
 . في بعض الحالات الخاصة هذه المخاطر تحتاج للبحث عن معالجة بديلة . العقابيل
طويلة الامد لل BS لم تذكر ولذلك يعتبر BS هو المعالجة المختارة في المرضى
الشباب

٦-٨ التوسيع بالبالون كبديل لخزع الحليمة بشكل مسبق ل ESE

التوسيع بالبالون للحليمة (ED) يمكن ان يكون بديلا" لخزع الحليمة في بعض المرضى ، ربما خطورة التهاب البنكرياس الشديد يعد ERCP تزداد باستخدام ال(ED) بالمقارنة مع خزع الحليمة BS وفي غالبية المرضى الخاضعين لاستئصال حصيات ESE . هذه الطريقة يجب تجنبها (دليل درجة Ia . توصية A توسيع الحليمة بالبالون بالتنظير (ED) يمكن تأييده كبديل لخزع الحليمة في بعض المرضى وذلك في ثلاث حالات :

- اولاً" ظهور النزف كخطورة مرضية عالية لخزع الحليمة وهذه يمكن انقاصها بالتوسيع بالبالون .
- ثانياً" يحدث ال ED خلل وظيفي في مصرة اودي اقل من خزع الحليمة وربما بذلك ينقص خطر الاختلاطات مثل التهاب الطرق الصفراوية في مرضى الحصيات المرارية
- واخيراً" هذا الاجراء يمكن ان يكون اسهل في المرضى مع تشوه تشريحي كما يحدث بعد الجراحة بيليروث II

٧-٨ وضع القوالب STENTING من اجل حصيات القناة الجامعة

من المهم للمنظر ان يضمن تصريفاً" كافياً" للصفراء في مرضى حصيات القناة الجامعة التي لم تم استخراجها . لذا من المستطاب استخدام قالب stent قصير الامد متبوعاً" بالجراحة او بالتنظير لاحقاً". دليل درجة III . توصية B استخدام القالب stent الصفراوي كمعالجة وحيدة لحصيات القناة الجامعة يجب ان يكون محصوراً" بالمرضى مع فترة حياة محددة متوقعة او مع مضاد استطباب للجراحة . دليل درجة Ib . توصية A

بالنسبة للمرضى فوق ٧٠ سنة مع مرض موهن (ASA III) حسب تعريف الجمعية الامريكية للمخدرين) تم اختبار القوالب stent الصفراوية كبديل ل ESE . هذا التكنيك بالمقارنة مع ESE يؤدي الى تحسن فوري واختلاطات ربما اقل لاحقاً" ربع المرضى يحدث لديهم انتان صفراوي راجع خلال متابعتهم . النتائج طويلة الامد ربما تكون افضل عند هؤلاء المرضى بدون اللذين استؤصلت مرارتهم . لذلك يستطاب القالب الصفراوي كبديل مؤقت للمعالجة النهائية ، ويستخدم كمعالجة نهائية ل CBDS بشرط ان يكون محصوراً" بالمرضى المتوقع لهم فترة حياة محدودة او مضاد استطباب للجراحة

٨-٨ قواعد خزع قبل الحليمه Role of pre-cut papillotomy

دراسات متعددة المراكز ترى ان الخزع قبل الحليمه عامل خطورة للاختلاطات ولذلك يجب اعتبار هذا الاجراء كتكنيك متقدم ويجب استخدامه فقط من المتدربين جيدا" واصحاب الخبرة ويجب ان يخصص للمرضى الذين تكون المعالجة اللاحقة لهم اساسية . دليل درجة III . توصية B

٨-٩ القوالب الانتقائية للقناة البنكرياسية

المرضى عاليي الخطورة لالتهاب البنكرياس بعد ERCP (كما في طول مدة بقاء ال stent القثطرة او pre-cut) يمكن ان يستفيدوا من وضع قالب قصير الامد في القناة البنكرياسية . دليل درجة Ib . توصية A

التهاب البنكرياس بعد ERCP يمكن ان يرتفع بسبب تعطل التصريف البنكرياسي. الوقاية الميكانيكية بقالب بنكرياسي مؤقت تظهر فائدة واضحة في مرضى خلل وظيفة معصرة اودي لديهم (SOD) . بالاخص مع وجود صعوبة القثطرة وخزع قبل الحليمه pre-cut . قالب القناة البنكرياسية يمكن أن يسبب انثقاب او اذية القناة البنكرياسية وعندما يوضع وقائيا" فان اغلب اصحاب النظريات يوصون بازالته باكرا" عنما لا يهاجر عفويا" . هذا يجعل من المفضل نقل المرضى عاليي الخطورة الى مراكز ذات خبرة مناسبة بهذا التدبير

٩-١٠ المعالجة الجراحية لحصيات القناة الجامعة

المعالجة الجراحية لحصيات القناة الجامعة توضع بالحسبان عند تداخل استئصال المرارة بالمنظار . وهذا يقدم فرصة للعلاج الحاسم للحصيات المرارية المرافقة في مرحلة واحدة . ربما كما في ERCP الجراح ، المريض والاجراء كلها عوامل ذات تأثير متشارك في نجاح المعالجه . استئصال الحصاة بالجراحة كبديل ل ERCP نوقشت في الفصل ١٠-١٠

٩-١١ الاشخاص والتجهيزات المطلوبة

. استئصال المرارة بالتنظير حلت محل الجراحة المفتوحة كخيار للحصيات المرارية العرضية .

لذلك اكثر من ٨٠% من الحصيات المرارية تستأصل بالتنظير. التقنية المتطورة الاكثر حداثة و هي استئصال القناة الجامعة بالتنظير (LCBDE) اصبحت متوفرة ولم تستخدم على نطاق واسع بعد . LCBDE تتطلب منظار مرن

للقناة الصفراوية مع منبع ضوئي وكاميرا وادوات مشابهة لادوات ERCP ذات استعمال مرة واحدة مثل (سلة. بالون. قالب).

بالمقارنة الاستقصاء المفتوح للقناة الجامعة يمكن ان يجرى بدون منظار طرق صفراوية . ويمكن ان يتم اقل تكلفة . ربما الاستخدام الاعمى للادوات في القناة الصفراوية غير مشجع لانه يزيد خطورة التضيقات .

٩-٢ اختيار المرضى لاستقصاء القناة الجامعة المفتوح

يجب تقييم المرضى قبل الجراحة و في حال كون الجراحه مضاد استطباب يجب اللجوء الى التدبير ب ERCP . دليل درجة III . توصية B

استقصاء القناة الجامعه الجراحي بالتنظير يسمح بمعالجة في مرحلة واحدة لامراض المرارة الحصوية واستئصال المرارة المحصاة في نفس الاجراء وهذا ينقص فترة المكوث في المشفى بالمقارنة مع اجراء ERCP ومن ثم استئصال المرارة

. الاختلاطات الاضافية للاستقصاء الجراحي للقناة تتعلق بفغر القناة واستخدام T-TUBE (تسرب الصفراء). التهاب البنكرياس نادر لعدم استخدام الادوات على الحليمة . T-TUBE يستخدم تقليديا" اثناء الاستقصاء المفتوح للقناة الجامعة بسبب خطورة تسرب الصفراء اثناء فغر الطرق الصفراوية . والذي يزداد كنتيجة لتنظيف القناة بشكل غير كامل او بسبب الوذمة والالتهاب الناتج عن ادخال الادوات بشكل اعمى الى القناة الجامعة

. LCBDE مع الرؤية المباشرة، ادخال الادوات بشكل لطيف وتحت الرؤية المباشرة يسمح بانقاص رض القناة ويزيد امكانية اغلاق القناة مباشرة بشكل امن". وهذا يسمح بتجنب المشاكل الناتجة عن T-tube وضروري لتصوير القناة عبر T-tube . ولكن حتى الان لا توجد بيانات حاسمة لتفضيل احدي الطريقتين عن الاخرى .

المراجعة النظامية لتقارير الدراسات الواردة عن LCBDE اشارت الى معدل مرضاة بين ٢-١٧% ومعدل وفيات بين ١-٥% (١٥٢) . وهذا مشابه ل ERCP .

المعروف بأن المرضى فوق ٧٠-٨٠ سنة يكون معدل وفياتهم بفتح القناة الجامعة بين ٤-١٠% وربما يزيد الى ٢٠% في المرضى الكهول اثناء الجراحة الاسعافية . هذه الموجودات اكثر بالمقارنة مع ERCP ولذلك كما في أي استقصاء جراحي يجب وضع تقييم لخطورة العمل الجراحي حيث ان الخطورة التي تعتبر مضاد استطباب للجراحة تجعل المعالجة التنظيرية بديلا"

٣-٩ استقصاءات القناة الجامعة قبل الكشف الجراحي

تصوير الطرق الصفراوية اثناء الجراحة (IOC) او الايكو عبر التنظير (LUS) يمكن ان يستخدم لتحري CBDS في المريض الذي يستفيد من الاستقصاء الجراحي او ERCP بعد الجراحة، ولا يعتبر الزامي لكافة المرضى . IOC يوصى به للمرضى الذين تظهر الاستقصاءات الاولية احتمالية متوسطة الى عالية للاصابة ب CBDS او الذين ليس لديهم تشخيص مؤكد قبل الجراحة بطرق الاستقصاء الاخرى . دليل درجة Iib . توصية B

الطريقة المعتمدة لتصوير لتصوير القناة الجامعة اثناء الجراحة هو القطار عبر المرارة الى القناة الجامعة بقطار ناعم وبالحقن المباشر لمادة غير متأينة الى القناة . التصوير المكثف حل مكان الافلام . وهو ينقص سوء الوضعية ويسمح بالتصوير بالوقت الحقيقي (ويساعد بتقييم الحصيات) . وينقص وقت الاجراء وجرعة الاشعة . كما في تنظير القناة الجامعة IOC يملك حساسية بين ٨٠-٩٢.٨% ونوعية بين ٧٦.٢-٩٧% . الاحداث وهو الايكو عبر التنظير اثناء الجراحة LUS وجد ان له نفس الحساسية ولكنه اسرع وهو يجنب الكادر التمريضي والمريض خطر الاشعة

فيما اذا كل المرضى المرشحين لاجراء استئصال مراره يحتاجون لاجراء IOC يناقش بشكل واسع في الادب الطبي . IOC الروتيني يدعم على ارضيتين : أولا" يقدم التشريح الدقيق وبذلك يسمح للجراح بتفادي اذية القناة الى اقصى درجة او على الاقل يمكن اجراء الاصلاح فور حدوثه . وثانيا" يحدد الحصيات الصفراوية الصامتة .

على العكس سياسة IOC الاختياري لاتزال تناقش لتجنب ادخال غير الضروري للادوات الى الطرق الصفراوية . الدراسات الحديثة الواسعة ب MRCP و EUS أظهرت بالدليل موجودات تتطابق مع نتائج IOC ولذلك اقترح بأن هذه الاجراءات فعالة في المسح من أجل CBDS . ربما تكلفة اجراء هذا التصوير لكل المرضى قبل الجراحة عالية وامكانية اجراء هذه الاجراءات الخاصة تختلف بين المناطق .

استخدام نتائج الاختبارات قبل الجراحية لاختيار المرضى الذين سيخضعون للاستقصاءات التالية تعتبر سياسة ممكنة وفعالة . من المعروف بأن بعض الاطباء يقرر اجراء IOC لكل المرضى الخاضعين لاستئصال المرارة . المرضى مع وظائف كبد طبيعية قبل الجراحة واقطار طبيعية ل CHD/CBD بالايكو يكون احتمال اصابهم بحصيات القناة الجامعة ضعيفا" . التصوير لا يوصى به حتميا" هذه المجموعة .

ربما المرضى الذين يظهرون يرقانا" سريريا" يجب ان يجروا قبل الجراحة ERCP او بديلا" عنه MRCP لنفي الامراض الخبيثة متبوعا" بواحدة من LCBDE/OCBDE وهذه الاستراتيجية يجب أن يتم تبنيها اعتمادا" على المهارة الجراحية او التنظيرية المتوفرة . في المراكز غير القادرة على اجراء LCBDE

لمرضى غير اليرقانيين مع توسع القناة الجامعة او وظائف كبد غير طبيعية يجب ان
يجرى لهم MRCP او EUS قبل استئصال المرارة لتمييز CBDS والتي تكون
موجودة في حوالي ١٠% من المرضى ويمكن عندها ان يجرى لهم ERCP
متبوعاً ب LC او OCBDE . البديل للتصوير قبل الجراحة لهذه المجموعة يكون
باجراء IOC مع التحويل الى OCBDE او ERCP بعد الجراحة اذا وجدت
حصيات القناة الجامعة .

٩-٤ الاعتبارات التقنية لاستئصال القناة الجامعة

يوصى بأنه اذا كان المريض محضراً " لاستئصال المرارة بالتنظير فان
الاستئصال عبر القناة المرارية او عبر القناة الجامعة من أجل حصيات القناة الجامعة
هو تقنية مناسبة لاستئصال CBDS . دليل درجة Ib . توصية A

استئصال المرارة بالمنظار هو المعالجة المختارة للحصيات المرارية العرضية
ويتميز بفترة مكوث في المشفى وامراضة بالحد الأدنى . انتشار استعمال LCBDE
اقل من LC ربما لان هذه التقنية تتطلب نفقة زائدة بالاضافة لصعوبتها . ويتطلب
مهارة تنظيرية ومهارة الخياطة بالتنظير . والمقدر بأنه فقط ٢٠% من حالات
استئصال القناة الجامعة بالتنظير تجرى بنفس مرحلة LC . والموجودات بمسح عام
٢٠٠٥ في المشافي البريطانية بأن واحد من كل ثلاث عالجت المرضى بهذه الطريقة
الاستئصال بالتنظير يمكن أن يستخدم مع المقاربة عبر القناة الجامعة او القناة
المرارية . الاستئصال عبر القناة المرارية يسمح بشكل محدود باسترجاع الحصيات
الصغيرة فقط كما أنه ضعيف في العبور الى القناة الكبدية المشتركة . ويمكن ان
ينجز باستخدام الاشعة المكثفة او المنظار شديد النفاقة (٣مم) . غالبية الجراحين
يستخدمون المقاربة عبر القناة الجامعة مباشرة . بغض النظر عن التقنية المتبعه فان
LCBDE ظهر بوضوح كمعالجة فعالة ل CBDS مع معدلات نجاح تقارب
تنظيف القناة الجامعة ب ERCP قبل او بعد الجراحة . النتائج طويلة الامد ايضا"
اظهرت الافضلية لهذا الاجراء ولذلك يوصى بأن المرضى المحضرين لاستئصال
المرارة بالمنظار يجرى لهم استئصال القناة الجامعة عبر القناة او عبر المرارة
لاستئصال حصيات القناة الجامعة

١٠-٠ تدبير أمراض الحصيات الصعبة

عندما تفشل الاجراءات صغيرة البضع في تنظيف القناة فان الاستئصال الجراحي
المفتوح يبقى طريقة علاجية هامية . دليل درجة III . توصية B
استخراج الحصيات الصفراوية بواسطة خزع الحليمة
بالتنظير او تسليك القناة بالتنظير يمكن ان يكون صعباً او غير مناسب لعدة اسباب .
كبر الحجم الواضح ، شكل وعدد الحصيات يمكن ان يجعل استخراجها صعباً ، في

مرضى آخرين قد تكون الحصيات متوضعة بالقرب من تضيق القناة ، بالإضافة الى ان الاستقصاء الجراحي المفتوح الذي يبقى قاعدة هامة في تدبير الحصيات الصعبة ، هناك عدة تقنيات اخرى يمكن استخدامها وستوصف لاحقا"

١٠-١ التفتيت الميكانيكي

يوصى بأن جميع المنظرين الذين ينجزون ERCP يجب ان يكونوا قادرين على اكمال الاجراء بالتفتيت الميكانيكي اذا تطاب الامر . دليل درجة III . توصية B

التفتيت الميكانيكي هو اجراء تنظيري يستخدم سلة مقوات حيث يتم تحطيم الحصيات وتحويلها الى شظايا . التفتيت الميكانيكي ناجح في حوالي ٨٠% من الحالات عندما يكون الاستخراج بالسلة او البالون غير ممكنا" . حجم الحصيات و شكلها و عددها تلعب دورا في انتقاء الوسيله المناسبه لاستخراج الحصيات ان انحسار حصاة كبيره اثناء هذه المناوره يشكل حالة اسعافيه

١٠-٢ التفتيت بالامواج الصادمة عبر الجلد

عما يتوفر فان التفتيت بالامواج الصادمة عبر الجلد (ESWL) يوصى به للمرضى المصابين بأمراض صعبة او لاتسمح صحتهم بالجراحة المفتوحة . يجب اعطاء الصادات الوقائية عند اجراء ESWL . دليل درجة III . توصية B

التفتيت بالامواج الصادمة عبر الجلد يستخدم طاقة الكهرباء الهيدروليكية او الكهربائية المغناطيسية لتفتيت CBDS . يجب ادخال الانبوب الانفي الصفراوي لانجاز التنظير المتألق لتحديد واستهداف CBDS . التصوير المباشر ومناولة الحصيات غير ضروري . المريض غالبا" يهدأ من اجل المعالجة التي تأخذ ٩٠ دقيقة لانجازها . الطاقة المستخدمة ومرات الشحن تختلف تبعا" لحالة المريض والادوات المستخدمة . تصوير الطرق الصفراوية في اليوم التالي يساعد في التعرف على المرضى الذين استفادوا من المعالجة . يمكن اللجوء الى شوط ثاني من ESWL اذا كان ضروريا" واللجوء الى ERCP لازالة الشظايا المتبقية . اجهزت تفتيت الكلية يمكن ان يستخدم والنتائج مع معدلات تنظيف القناة بين ٦٠-٩٠% .

التأثير النوعي الاساسي ل ESWL هو الالم . تكون الورم الدموي الموضعي وتدمي البول و نزول عادة بدون معالجة نوعية . الاكثر خطورة من الاختلاطات هو الالتهاب الصفراوي كعقابيل للمعالجة يمكن ان يحدث بتواتر اكبر في المرضى الذين لا يأخذون الصادات الوقائية . من المعروف ان عددا" قليلا" من المراكز تجري

ESWL ونادرا" ما يستخدم من اجل CBDS . ربما يجب ان يوصى به روتينيا" اذا كان متوفرا" في المرضى الذين يفشل عندهم التنظير والتفتيت الميكانيكي في تنظيف القناة وليسوا متحملين للجراحة . ويجب ان تعطى الصادات الوقائية

١٠-٣ التفتيت بالليزر والامواج الهيدروكهربية من داخل الجسم

التفتيت بالامواج الهيدروكهربية EHL والليزر يمكن ان يكون فعالا" في تنظيف القناة عندما تفشل طرق التفتيت الاخرى . دليل درجة III . توصية B الطريقة تتضمن توجيه الطاقة مباشرة الى الحصاة الكبيرة باستخدام الليزر عبر الفم او بروب التفتيت الهيدوكهربية EHL . يجب الاستمرار بترطيب القناة الجامعة اثناء المعالجة وبينما اجهزة رؤية الحصيات تطورت للسماح لليزر بالانجاز تحت التصوير الفلوروسكوبي (١٩٣-١٩٤) . المعالجة توجه عادة مباشرة الى الحصيات بالمقارنة مع بقية طرق التفتيت فان عدد المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة قليل جدا" .

التفتيت بالهدروليك الكهربى يمكن ان يستخدم بتنظيف القناة بالتنظير للتعامل مع الحصيات الكبيرة والمؤثرة بمعدل نجاح < ٩٥% . ولذلك فان التفتيت بالليزر او الهيدروليك الكهربى يمكن ان يستخدم عندما تفشل طرق التفتيت الاخرى

١٠-٤ المعالجة عبر الجلد

المعالجة عبر الجلد وصفت كبديل او علاج اضافي لبقية اشكال استئصال الحصيات يوصى بأنه اذا كانت الخبرة متوفرة فتستخدم عندما يفشل التنظير والمعالجة الجراحية او يكونان غير مناسبين . دليل درجة III . توصية B

المروور الى السبيل الصفراوى عبر الجلد يتم باستخدام مجرى T-tube او موسعات عبر الكبد او المرارة .

عندما يفشل ERCP ويستمر الانسداد الصفراوى يجب ان يتم تأمين تصريف صفراوى مباشرة وهذا يمكن تأمينه بواسطة قالب stent داخلي او مفجر صفراوى داخلي -خارجي . تصوير الطرق الصفراوية عبر الجلد يمكن ان يقدم معلومات تشخيصية مفيدة في هذه الحالة .

ربما يستطيع الشعاعى ان يدفع الحصاة الى العفج او نادرا" ان يستخرجها عبر الجلد . التكنيك المستخدم متنوع جدا" ويمكن ان يكون باستخدام السلة او باستخدام الهيدروليك الكهربى او الليزر او عبر بضع المعصرة غير الراجع او التوسيع بالبالون . انجاز العمل او التوسيع بواسطة الناسور عبر الكبد هو اجراء اكثر غزوا" من التنظير ويمكن ان يستهلك الوقت . التقارير تذكر نسب نجاح عالية لأي منها . التكنيك يمكن ان يكون رائعا" عندما يكون الوصول بالطريق الراجع مستحيلا") عندما تكون الحصيات فوق منطقة تضيق (.

بالإضافة الى الحالات التي يكون الوصول الى الحليمة صعبا" كما في المرضى الذين تكون لديهم عروة صائمية واردة طويلة بعد الجراحة على البطن . الشعاعي يمكن ان يدعم المنظر باجتياز الحليمة بالطريق الراجع بادخال دليل الى العفج عبر الحليمة ، هذا الاجراء المشترك يمكن ان يكون مسببا" للاختلاطات بشكل اكثر شيوعا" من خزع الحليمة ب ERCP فقط .
المعالجة عبر الجلد تستخدم للمرضى الذين لايمكن ان تستخدم لديهم الخط الاول من معالجة CBDS . ربما يوصى بهذه الطريقة عندما تفشل طرق العلاج الاخرى أو تكون مستحيلة . المعالجة عبر الجلد يمكن ان تكون بديلا" او داعمة" ل ERCP او الجراحة . بغياب نتائج المقارنة يجب ان يبقى استخدامه محصورا" بالمراكز المختصة ولأصحاب الخبرة .

١٠-٥ المعالجة بالتذويب

المعالجة بالتذويب المباشر لا يوصى بها ل CBDS . دليل درجة III . توصية B

عندما يحول حجم الحصاة دون استخراجها بالتنظير فان اعطاء ursodeoxycholic acid عن طريق الفم ان يسهل استئصالها لاحقا" بالتنظير . (دليل درجة IIa . توصية B)
اللاحق يمكن اعطاء شوط طويل الامد من ursodeoxycholic acid بعد تنظيف القناة ب ERCP . (دليل درجة Ib . توصية B) .
في المملكة المتحدة ursodeoxycholic acid بجرعة يومية ٨-١٢ مغ/كغ هي معالجة مرخصة للحصيات المرارية . ولكن لا يوجد دليل على أنه ينقص الاعراض الصفراوية ريثما يتم استئصال المرارة . يمكن ان يكون له دور في انقاص حجم CBDS التي لا تسهل استخراجها بالتنظير . وحتى يكون فعالا" يجب استخدامه لعدة اشهر .

١١-٠ تدبير حصيات القناة الجامعة المحتملة في حالات سريرية خاصة

عند مناقشة تدبير حصيات القناة الجامعة المحتملة من المفيد الاخذ بالحسبان الحالات التالية . في حالة الحصيات الصعبة فان ايا" من المعالجات المذكورة لاحقا" قد تحتاج الى الدعم المذكور في الفصل ١٠-٠ .

١١-١ حصيات القناة الجامعة بدون مرارة

خزع المعصرة واستخراج الحصيات بالتنظير هو الخط الاول لمعالجة مرضى CBDS بعد استئصال المرارة . دليل درجة IV . توصية C

الطبيعة قليلة الغزول ERCP تجعل خزع الحليمة بالمشاركة مع استئصال الحصيات بالتنظير هو الخط الاول لمعالجة هذه المجموعة من المرضى . وهذه المقاربة مدعمة . ولكن لا توجد مقارنة مباشرة بين استئصال الحصيات بالتنظير او بالجراحة في هذه الحالات .

١١-٢ حصيات القناة الجامعة مع مرارة في موضعها

في هذه الحالة يجب على الطبيب ان يقرر ان يستأصل المرارة ويستخرج الحصاة في وقت واحد . عدد من المعالجات المحتملة ستوصف لاحقا" . تدبير التهاب البنكرياس الحصوي والتهاب الطرق الصفراوية الحاد سيبحث بشكل مستقل في الفصل ١١-٣ و ١١-٤ .

١١-٢-١ : استئصال الحصيات بالتنظير بدون استئصال المرارة اللاحق

يوصى باستئصال المرارة في كل مرضى CBDS مع حصيات مرارية عرضية . الا في بعض الحالات الخاصة التي تكون فيها الجراحة غير مناسبة . (دليل درجة III . توصية B)

في مرضى حصيات القناة الجامعة يجب أن يجرى استئصال المرارة بشكل روتيني او يترك للمرضى الذين يطورون اعراضا" بعد ESE . الدراسات العشوائية للمقارنة بين كلا المقاربتين لاحظت ان ١٥-٣٧% من المرضى الذين تترك لديهم المرارة المحصاة سيطورون اعراضا" تقود الى استئصال المرارة خلال الفترة التالية والتي تتراوح وسطيا" بين ١٧ شهرا" الى ٥ سنوات . عودة الاعراض بعد استئصال الحصيات اكثر شيوعا" في المرضى الاصغر سنا" المرضى الملائمين جراحيا" مع حصيات مرارية مثبتة شعاعيا" تاجيل استئصال المرارة تنظيريا" عند هذه المجموعة يزيد احتمال تحويل الاستئصال الى فتح جراحي مع زيادة مخاطر الاختلاطات الجراحية .

مع أن سرطان المرارة نادر فان الاستراتيجية تفتضي استئصال المرارة بشكل روتيني للمرضى مع حصيات قناة جامعة ثانوية وخاصة في الكهول وهذا يمنع ويعالج المرض الباكر .

ولذلك في المرضى مع حصيات مرارية وحصيات قناة جامعة فان استئصال الحصيات بالتنظير كمعالجة وحيدة يجب تجنبه لأن المرضى قد يطورون مشاكل تجعل الجراحة غير مناسبة .

يجب الملاحظة بأن تدبير حصيات القناة الجامعة في المرضى مع مرارة غير حصويه لا يزال قليل الوضوح . و عدة احتمالات مستقبلية ممكنة لهؤلاء المرضى . في اليابان لاحظوا بأن بعد الاستئصال الناجح لحصيات القناة الجامعة هناك معدل منخفض لعودة هذه الحصيات . مع خطورة منخفضة لحدوث التهاب الطرق الصفراوية ولا يوجد حدوث لسرطان المرارة . هذه الدراسة لم تجر حتى الآن في البلدان الاوربية . ولكن بشك شائع وباهمال الجنس فان الحصيات المرارية هي عامل خطورة مستقل لعودة الاعراض بعد استئصال حصيات القناة الجامعة

١١-٢-٢ استئصال المرارة بالفتح الجراحي مع استئصال القناة الجامعة

في فترة ما قبل التنظير ، ERCP الروتيني قبل الجراحة تمت مقارنته بشكل واسع مع المقاربة بمرحلة واحدة حيث يتم الاستئصال الاستئصال بالفتح الجراحي مع استئصال القناة الجامعة (٢١٦-٢١٩) . ربما للأسباب التي نوقشت في الفصل التاسع فان استئصال المرارة بالتنظير (LC) حل محل الاستئصال المفتوح كمرجع معتمد لمعالجة حصيات المرارة . وكما ذكر سابقا" فان الجراحة المفتوحة لتدبير حصيات القناة الجامعة قد استبدلت بشكل كبير بالاجراء الاقل غزوا" المذكور لاحقا" . بالرغم من ذلك كما تمت التوصية في الفصل ١٠-٠ . فان OCBDE يبقى تكتيك هام لمعالجة حصيات القناة الجامعة غير المناسبة لمعالجتها بالتنظير أو غير القابلة للاستئصال ب ERCP . الاستئصال المفتوح تم تبديله ب LCBDE بعد أن أصبح هذا التكتيك اكثر انتشارا" و حتى بغياب الدراسة العشوائية (RCTs) فانه يظهر فائدة عظيمة .

١١-٢-٣ استئصال المرارة بالتنظير مع استئصال الحصيات تنظيريا" (ESE) او استئصال القناة الجامعة بالتنظير (LCBDE)

المرضى المصابين ب CBDS المحضرين لإجراء استئصال مرارة بالمنظار يمكن أن يجرى لهم استئصال القناة الجامعة بالتنظير (LCBDE) في نفس وقت الجراحة . أو يجرى لهم ERCP حول الجراحة . ولا يوجد أي دليل على فرق بينهما في المراضة أو المواتة عند المقارنة بينهما بالإضافة الى أن LCBDE يترافق مع فترة بقاء أقصر في المشفى ويوصى بأن تعتمد كلا المقاربتين في هكذا مرضى وأن يشجع الجراحون على التدريب لإجراء LCBDE . دليل درجة Ib . توصية A . على اعتبار ان عدد قليل من المرضى اللذين يخضعون ل (LC) ليس لديهم حصيات قناة جامعة فان الاستخدام العشوائي لل ERCP قبل الجراحة غير مبرر . و انتقاء المرضى بناء على وجود يرقان او موجودات الايكو او الطبقي المحوري فان احتمال اكتشاف حصيات قناة جامعة في ERCP يصل الى ٥٠% باستخدام هذا التكتيك لا يتم اغفال اكثر من ٥% من حصيات القناة الجامعة . اما وجود موجودات

ايجابيه على IOC:تصوير الطرق الصفراوية أثناء الجراحة يزيد من قدره ال ERCP على كشف حصيات القناة الجامعه الى ٧٠% .

اعتمادا" على هذه الملاحظات فإن ERCP الانتقائي بعد الجراحة هو اكثر قيمة منه قبل الجراحة .

١١-٣ التهاب البنكرياس الحاد

عند الخبره و الامكانيات فإن هؤلاء المرضى المتوقع إصابتهم بالتهاب بنكرياس حاد مع توقع أو اثبات ان المصدر صفراوي فإنه يجب أن يجرى لهم خزع معصره مع او بدون استئصال الحصاة الصفراوية خلال ٧٢ ساعة من الحدئية . دليل Ib .
توصية B

يوصى بأن المريض غير اليرقاني مع التهاب بنكرياس صفراوي متوسط الشدة يحتاج الى معالجة داعمة فقط خلال المرحلة الحادة من المرض. دليل Ib . توصية A

وهؤلاء المرضى يجب أن يجرى لهم استئصال المرارة خلال اسبوعين من الحدوث وفي هذه الحالة ERCP روتيني قبل الجراحة غير ضروري . وهنا فإن MR للطرق الصفراوية او IOC . أو ايكو عبر التنظير يجب أن يجرى. دليل Ib .
توصية A

حصيات القناة الجامعة هي سبب معروف لالتهاب البنكرياس الحاد . السبب الصفراوي لالتهاب البنكرياس يمكن توقعه من خلال اضطراب وظائف الكبد ، وجود حصيات مرارية أو حصيات قنوية أو توسع طرق صفراوية بالتصوير أو وجود انتان صفراوي مرافق . في هذه الحالات التوقيت واختيار المرضى ل ESE يكون مهما" .

أولا" إذا كان لدي المريض يرقان أو التهاب طرق صفراويه أو معروف التهاب البنكرياس الحاد الشديد من منشأ صفراوي يوصى خزع معصره واستخراج الحصيات خلال ٧٢ ساعة من الحدوث .
عند المقارنة مع تأخير استخراج الحصاة . فإن هذه المقاربة تنقص المراضة وربما تنقص المواتة أيضا" في مجموعة المرضى المصابين بالتهاب بنكرياس مع انسداد صفراوي .

في المرضى المتوقع اصابتهم بالتهاب بنكرياس خفيف الشدة مع ارتفاع خفيف بأرقام البيليروبين المصلي ، ظهر بوضوح أن ERCP لا دور له .ولذلك يوصى بأن المريض غير اليرقاني مع التهاب بنكرياس صفراوي معتدل تقدم له المعالجة الداعمة فقط أثناء المرحلة الحادة للمرض . ويجب أن يحضر هؤلاء المرضى لاجراء

استئصال المرارة خلال اسبوعين من الحدوث . ERCP الروتيني قبل الجراحة غير ضروري .

١١-٤ التهاب الطرق الصفراوية الحاد

مريض التهاب الطرق الصفراوية الحاد والذي لم يستجب للمعالجة المضادة للانتان والذي يظهر علامات صدمة انتانية يحتاج الى تدخل اسعافي لازالة الضغط عن الطرق الصفراوية بخزغ المعصرة . بالاضافة الى تركيب قالب (stent) أو استخراج الحصاة . إن التصوير الشعاعي الموجه بمفجر عبر الجلد يمكن اعتباره كبديل ل ERCP و يجب تجنب اجراء الحراحة المفتوحة . دليل Ib . توصية A

غالبية المرضى المصابين بالتهاب طرق صفراوية مصابين بالحصيات ولديهم مرض خفيف الى متوسط . ويستجيب للمعالجة المضادة للانتان ، في هذه الظروف التنظير و/أو المعالجة الجراحية يمكن برمجته بشكل اختياري . أن ١٥-٣٠% من مرضى الالتهابات الحادة بالجراثيم الصفراوية لا يستجيبون للمعالجة المضادة للانتان وهؤلاء بحاجة الى ازالة الضغط عن الطرق الصفراوية بشكل اسعافي . وعند وجود الحصيات الصفراوية يمكن معالجتها بخزغ المعصرة واستخراج الحصيات الصفراوية مع تقارير عن معدلات نجاح تتجاوز ٩٠% ونسبة وفيات تتراوح بين ٤-١٠% . المرضى الذين يظهر لديهم قيح أثناء التنظير يفضل غالبية الجراحين تركيب قالب (stent) +/- خزغ معصرة كمعالجة أولية لتفادي الوقت الطويل ل ERCP وانقاص معدل الاختلاطات لهذا الاجراء . الجراحة المفتوحة لهؤلاء المرضى تترافق مع زيادة معدل الوفيات أكثر من ERCP ويجب تجنبها . ومن المعروف بأنه عندما يفشل ERCP أو لايمكن اجراؤه فإن التفجير عبر الجلد يكون القاعدة.

قلة من مرضى الحصيات المرارية مع التهاب طرق صفراوية تكون لديهم القناة الجامعة فارغة من الحصيات أثناء إجراء ERCP ، نسبة الوفيات عند هذه المجموعة منخفضة بالمقارنة مع المرضى الذين لديهم حصيات قنوية . Hui وآخرون لديهم تقارير بأن خزغ المعصرة ينقص الحرارة ومعدل البقاء في المشفى لدى هؤلاء المرضى . بالرغم من ذلك فإن الحصيات الصغيرة يمكن الا ترى بتصوير الطرق الصفراوية . خزغ المعصرة المتبوع بالسلة او البالون للقناة يوصى به لكل المرضى المصابين بالتهاب طرق صفراوية والذين يحتاجون الى ERCP اسعافي .

١١-٥ حصيات القناة الجامعة في الحمل

في المريضات الحوامل مع أعراض حصيات قناة جامعة . يوصى بالمعالجة المتضمنة ERCP مع خزع الحليمة واستخراج الحصيات وكذلك LCBDE . دليل درجة III . توصية B

القليل نشر في هذا المجال . ربما بمراجعة سلسلة الحالات والتقارير تقترح أن خزع المعصرة هو معالجة آمنة وفعالة من أجل حصيات القناة الجامعة في المريضات الحوامل (٢٤٢-٢٤١) . الجنين يجب أن يكون مغطى بواقى ومن المهم أن يكون التعرض للأشعة بحدوده الدنيا . والذي يمكن أن ينجز بتحديد وقت التصوير وأخذ لقطات شعاعية أقل مما يكون في ERCP . ولانقاص خطر الاستنشاق من خلال القلق المعدي المريئي فإن الحوامل في الثلثين الثاني أو الثالث يجب أن يخضعن للتخدير العام مع التنبيب الرغامي . ويجب التذكر أن وضعية الاستلقاء في المراحل الاخيرة من الحمل تؤدي الى انخفاض الضغط بشدة ويجب تجنبها . استئصال المرارة بالمنظار وتنظيف الحصيات القنوية هناك تقارير عن انجازها بشكل امن عند الحوامل ولكن يجب اجراؤها في المراكز المجهزة ولكن يجب الملاحظة أن المعلومات غير كافية لرسم استنتاج حاسم حول فعالية الجراحة مقابل التنظير .

جدول توقع وجود حصيات قناة جامعة عند مريض مرشح لاستئصال مراره

العمر ٥٥ <	البيلوروبين ٣٠ <	توسع CBD USS	احتمال CBDS ERCP
+	+	+	72%
		=	50%
	-	+	61%
		=	38%
-	+	+	49%
		=	28%
	-	+	38%
		=	19%

هوامش : المختصرات الواردة في المرشد العلاجي
AUGIS: جمعية جراحي الجهاز الهضمي العلوي في بريطانيا العظمى وايرلندا
ALS: جمعية جراحي التنظير في بريطانيا العظمى وايرلندا
BSG: المجمع البريطاني لأطباء الجهاز الهضمي
RCR: الكلية الملكية للشعاعيين
BS: خزع المعصرة (بالتنظير)
JAG: مجموعة الاستشاريين في التنظير المعدي المعوي
ERCP: التصوير الراجع للطرق الصفراوية بالتنظير
PEP: التهاب البنكرياس بعد ERCP
ESE: استئصال الحصيات بالتنظير
CBDS: حصيات القناة الجامعة
CBD: القناة الجامعة
LC: استئصال المرارة بالتنظير
LFTs: اختبارات وظائف الكبد
IOC: تصوير الطرق الصفراوية أثناء الجراحة
USS: الفحص بالايكو عبر البطن
CT: التصوير الطبقي المحوري
EUS: الايكو عبر التنظير
MR: الرنين المغناطيسي
LCBDE: استئصال القناة الجامعة بالتنظير
OCBDE: استئصال القناة الجامعة بالجراحة المفتوحة
SOD: اضطراب وظيفة معصرة اودي
ED: التوسيع بالبالون بالتنظير (للحليمة)
LUS: الايكو اثناء الجراحة التنظيرية
RCT: التجارب العشوائية المضبوطة

الجدول ١ السريريّات والمظاهر بالايكو النوعية لحصيات القناة الجامعة <٠.٩٥

مؤشر لحصيات القناة الجامعة	النوعية	الحساسية	معدل الايجابية الكاذبة	معدل السلبية الكاذبة
حصيات قناة جامعة بالايكو	١.٠٠	٠.٣	١٣.٦	٠.٧٠
التهاب طرق صفراوية	٠.٩٩	٠.١١	١٨.٣	٠.٩٣
يرقان قبل الجراحة	٠.٩٧	٠.٣٦	١٠.١	٠.٦٩
توسع القناة الجامعة بالايكو	٠.٩٦	٠.٤٢	٦.٩	٠.٧٧

الجدول ٢ الاختلاطات المعروفة ل ERCP

الاختلاط	المؤشر المسجل بالدراسة التوقعية كبيرة النسبة *	المؤشر المسجل بتدقيق BSG لل ERCP **
PEP	١.٣ الى ٦.٧% (٦٧-٦٩-٧٤) (٧٢-٧٠)	١.٥%
النزف الهضمي	٠.٧ الى ٢% (٦٧-٦٩-٧٤) (٧٢-٧٠)	٠.٩% ١.٥% عند خزع الحليمة
التهاب الطرق الصفراوية	٠.٥ الى ٥% (٦٧-٦٩-٧٤) (٧٢-٧٠)	١.١%
انتقاب العفج	٠.٣ الى ١% (٦٧-٦٩-٧٤) (٧٢-٧٠)	٠.٤%
الاذيات المتنوعة بما فيها القلبي - الرئوي	٠.٥ الى ٢.٣% (٦٧-٦٩-٧٤) (٧٢-٧٠)	١.٤%

*الرقم مستنتج من خزع الحليمة المتعاقب للمرضى (٦٧) ومن سلسلة عشوائية من ERCP التشخيصي والعلاجي (٦٩-٧٠-٧٤)
**الرقم مستنتج من كل التقارير الواردة خلال فترة الدراسة

