

تومرهای مجاری صفراوی خارجی

نگارش:

دکتر هنرجن

استاد کرسی و رئیس بخش جراحی بیمارستان رازی

دکتر حمید صادقی

رئیس درمانگاه بیمارستان رازی

در تاریخ ۶/۱۰/۳۱ بیماری بعلت یرقان انسدادی نسبتاً شدید از بخش داخلی بیمارستان رازی به بخش جراحی منتقل گردید. بیمار مردی بود در حدود پنجاه سال فوق العاده ضعیف با کمبود آب نسبتاً زیاد و یرقان شدید که بتدریج پیشرفت نموده بعلت وضع مزاجی بد و خطری در صورت عدم اقدام عاجل پیش بینی میشد پس از آماده کردن بیمار تاحدی که مقدور بود مستقیماً باطابق عمل منتقل و تحت عمل جراحی قرار گرفت پس از لاپاراتومی زیردنده راست و باز کردن حفره شکم مشاهده شد که کیسه صفرا و مجاری صفراوی فوق العاده متسع بطوریکه بازدید قسمتهای مربوطه بدون خالی کردن مجاری صفراوی مقدور نبود پس از پونکسیون مجرای کلدوک و کم کردن فشار داخلی مجرای مزبور شکافته شد. در بازرسی معلوم شد که انسداد در نیمه خارجی کلدوک بوجود آمده و سبب انسداد توموری باندازه هسته خرمای بزرگ که قوام آن نسبتاً نرم و نسج آن اسفنجی است ضخامت پایه آن نسبتاً کم و قابل برداشتن است. بدون آنکه ضایعه مهمی در جدار کلدوک ایجاد نماید و رزکسیون قسمتی از مجرا لازم شود تومر تماماً برداشته شد و انسداد برطرف شد ناحیه امپول و اتراضیعه نداشت در نیمه داخلی مجرای کلدوک هم ضایعه ای نبود تغییراتی در مجاورت مجاری مزبور نیز دیده نمیشد شکاف مجرای کلدوک ترمیم و سندن T گذارده شد کیسه صفرا چون خیلی بزرگ و محتویات آن نیز عفونی بنظر میرسید و برداشتن آن با وضع مزاجی بیمار نبود کلسیستوستمی بعمل آمد و حفره شکم بسته شده جریان حال مریض بعد از عمل رضایتبخش بود و وضعیت خطرناک مریض تدریجاً بهبود یافت بطوریکه پس از سه هفته از بیمارستان مرخص شد. آزمایش تومر مزبور از نظر آسیب شناسی پاپیوم یا تومر پاپیوماتوز با قسمتهای مظنون به استخوانه سرطانی نشان داد. بعلت نادر بودن تومرهای مجاری صفراوی بیمار

تحت مراقبت بود تا اینکه در شش ماه قبل بعلت فیستول ناحیه عمل مراجعه وبستری گردید با در نظر گرفتن سابقه بیماری و فیستولوگرافی بالیبیودل از خارج و کله سیستوگرافی با بیلیدگرافی از راه داخل وریدی و آزمایشهای لازمه لاپاراتومی برای مرتبه دوم بعمل آمد و کیسه صفرا که فوق العاده بزرگ و جدار آن کلفت و ضخیم شده بود برداشته شد در تفتیش شکم چسبندگی قابل ملاحظه و ضایعات دیگری مشاهده نگردید و بیمار پس از دو هفته تا بهبودی کامل مرخص گردید .

تومرهاییکه در مجاری صفراوی خارج کبدی در هیپاتیک، سیستیک یا کلدوک بروز مینمایند و تولید یرقانهای انسدادی ناقص یا کامل مینمایند بیشتر از نوع تومرهای سرطانی تشکیل میشوند ولی نادراً تومورهای غیرسرطانی نیز در این مجاری مشاهده میشوند که علامت نامبرده بالا را کم و بیش می توانند تولید نمایند . در بین تومرهای غیر سرطانی که در این مجاری دیده میشوند بیش از همه پاپیلوم مشاهده میشود که اغلب باعث خونریزی شده و مانع جریان صفرا نیز میگردد لازم است تذکر داده شود که این تومرها که بعضی اوقات بصورت پولیپ ظاهر میشوند بواسطه نرمی اغلب در موقع عملیات جراحی و بررسی موضعی محسوس نیستند و سبب اصلی یرقان پیدا نمیشود و تشخیص صحیح بیماری داده نمیشود . علاوه بر پاپیلوم و تومرهای پولیپی شکل تومرهای دیگری از قبیل لیپوم ، فیبرم ، آدنوم و میکسوم از جمع تومرهای غیر سرطانی مشاهده میشود . لازم است ذکر شود که همین تومرهای غیرسرطانی بسهولت ممکن است استحاله سرطانی پیدا کنند و تبدیل به سرطان بشوند . در مطالعه نوشتجات و انتشارات طبی که در دسترس بوده در حدود شصت مورد تومرهای غیرسرطانی مجاری صفراوی و امپولواترذ کرده که از انواع تومرهای مذکور سرطانی بطور کلی می توان گفت که از مجاری صفراوی خارجی بیش از همه آمپولواتر و کیسه صفرا و کمتر از قسمت های دیگر مجاری خارجی دیده میشوند . در بخشهای جراحی این تومورها بمناسبت اینکه علامت و آثار بالینی زیادی تولید نمی نمایند نسبتاً زیادتر مشاهده میگردند من باب مثال کلمر (۱)، در ۲۲۵۰ عمل روی مجاری صفراوی ۲۷ مورد سرطان کیسه صفرا و مجاری صفراوی مشاهده نموده در حدود ۳ درصد و مایو (۲)، در ۲۲۳۶۵ عمل روی مجاری کبدی ۲۱۲ مورد سرطان مجاری خارج کبدی کمتر از ۰.۱٪ بطور کلی عده مبتلایان از سرطان اولیه کبد نیز کمتر

است. همانطوریکه ذکر شد اگر محل تولید و بروز این بیماری در مجاری صفراوی در نظر گرفته شود ناحیه آمپول و اتر و پاپیل بیشتر از سایر قسمتها دچار این بیماری میگردد ضمناً اضافه میشود که کارسینوم آمپول و اتر بعلت نزدیکی به سرغده پانکراس تظاهرات بالینی آن مثل سرطان لوزالمعده است و عوارض ناشی از اختلالات لوزالمعده و ترشحات داخلی و خاص آن مشاهده می شود در پیران و بیشتر در سنین ۵۵ ساله بیالام مشاهده میشود در افراد جوانتر نادراً دیده میشود علائم بالینی آن همان علائم انسداد مجرای کلدوک و مجرای ویرسونک میباشد و علاوه در موقع متلاشی شدن تومور خونریزی نیز ممکن است دیده شود در هر حال علامت برجسته آن یرقان است با درد که همیشه بطور ثابت و مداوم وجود دارد در موارد خیلی نادر یرقان کاملاً مشهود نیست آنهم بعلت اینست که یرقان سفید موجود است در صورتیکه سنگ نیز موجود باشد ممکن است درد بصورت دردهای قولنجی متظاهر شود. بعقیده هنت (۱) و دید (۲)، تشخیص بالینی سرطان آمپول و اتر با اشکال و ندرتاً داده میشود و اغلب بالا پارا تومی تجسس یا اتوپسی تشخیص داده میشود؛ در اتوپسی غالباً ملاحظه میشود که تمام تظاهرات بالینی مذکور بواسطه يك تومور کوچک محدود و متحرك بدون انتشار وبدون متاستاز و سريت بنسوج اطراف و قابل عمل بوده است در اینجا است که ارزش لا پارا تومی تجسس معلوم میگردد و در تمام موارد یرقانهای انسدادی لازم است مورد توجه مخصوص قرار گیرد رادیوگرافی با استعمال ماده حاجب بعضی اوقات به تشخیص کمک میکند.

هالستد (۲) و سپس مایو، هر يك يك مورد تومور آمپول و اتر که با عمل جراحی با موفقیت انجام داده اند شرح میدهند بعداً چند مورد عمل دیگر ذکر شده است بالاخره هنت، خلاصه ای از ۱۰۹ مورد که تا ۱۹۴۱ عمل شده اند تهیه کرده است طبق این آمار عملیات مزبور ۳۱/۱ درصد تلفات داشته و ۳۲ نفر از بیماران نامبرده در موقع تهیه این آمار زنده بوده و عمر متوسط بیماران مذکور پس از عمل در حدود ۱۷/۴ ماه بوده است.

تومورهای مجاری صفراوی چنانچه در بالا ذکر شد یا بصورت تومورهای پاپیلوماتو نمو میکنند و یا در جدار مجاری صفراوی نفوذ کرده و تولید انفیلتراسیون غیر محدود در جدار مجاری می نماید و در این قسمت مجاری بصورت لوله سخت و سفت

درمی آید که ممکن است بعضی اوقات با آماسهای عفونی اشتباه شود و این تومورها یا از مخاط مجاری و یا غده‌های جداری آن تولید میشوند. از علائم قاطع و مشخص تومرهای مجاری صفراوی یرقان انسدادی تدریجی و بدون تغییر و پیشرونده مجرای کلدوک است که تدریجاً بدون درد ولی بدون وقفه پیشرفت می نماید همیشه با بزرگ شدن کیسه صفرا همراه است (علامت کورووازی) مگر در مواقعی که تومور بالاتر قرار داشته باشد و یا کیسه قابل اتساع نباشد اختلال ترشحات لوزالمعده اغلب موجود است در آزمایش پرتونگاری ممکن است تغییرات دهانه آمپول و اثر مرئی باشد و بصورت نقیصه‌ای در جدار دوازدهه آن کوش مشاهده شود. بطور معمول علائم انفکسیون و کلانژیت مشاهده نمیشود بطوریکه یرقان شدید بدون تب و علائم کلانژیت از مختصات بالینی این بیماری است و اصولاً یرقان در اینطور مواقع به شدیدترین درجات خود میرسد در نتیجه اختلالات نسج کبدی و کاشکسی سبب مرگ بیمار میشود و علائم مذکوره در بالا از نظر تشخیص افتراقی با سنگ مجاری صفراوی قابل اشتباه است راجع به طریقه اجرای عمل جراحی باید متذکر شد که در بیمار نامبرده بالا با طریقه‌ای که ذکر شد و نظر بوضعیت خاص تومور نتیجه رضایتبخش گرفته شد ولی در مواردی که تومور بیش از این توسعه داشته باشد هر گاه در نتیجه پیشرفت بیماری عمل رادیکال مقدور نباشد باید جریان صفرا را لاقط بطور موقت توسط اتصال مجاری صفراوی با قسمتی از روده یا معده برقرار نمود در مواقعی که عمل رادیکال مقدور باشد لازم است تأکید شود که برداشتن تومور با قسمتی از دوازده یعنی رزکسیون با عبور از دوازدهه تومور با آمپول و اثر و قسمتی از کلدوک اغلب کافی نیست و بیماری بفاصله کوتاهی مجدداً عود می کند و از این نظر بهتر و بلکه لازم است تمام تومور با دوازدهه و قسمتی از لوزالمعده و نسوج لنفی مجاور کاملاً برداشته شود و بجای آن یک گاستروژژونوستمی و یک آناستوموز انتهائی بین لوزالمعده و انتهای پروکسیمال ژژونوم و برای تضمین جریان صفرا یک آناستوموز طرفی با باقیمانده دوازدهه و یا با مجاری صفراوی برقرار گردد. البته اجرای این عمل به نحوی که ذکر شد بسته به توسعه بیماری و وضعیت حال بیمار و نظر جراح خواهد بود.