



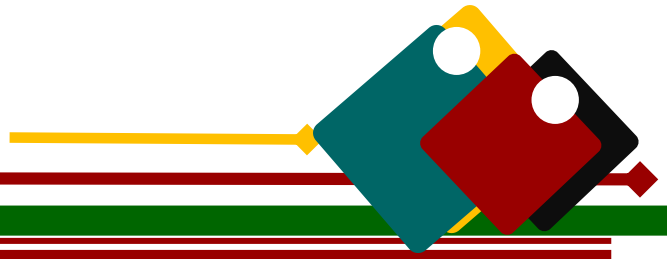
سرشناسه	کاشانی، شیما، ۱۳۷۰-
عنوان و نام پدیدآور	منتخب الگوریتمی از مینگات: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی جراحی عمومی تا سال ۱۴۰۲: Maingot's Abdominal Operations, 13e 2019/ ترجمه و تلخیص شیما کاشانی.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۲۴۲ص: مصور.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۱۱-۴-۷۶۰۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " "Maingot's abdominal operations, 13th ed, 2019" ویراستاران مایکل ج. زینر، استنلی دبلیو. اشلی، او. جو هاینز است.
موضوع	شکم -- جراحی Abdomen -- Surgery جراحی Surgery شکم -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Abdomen -- Surgery -- Examinations, questions, etc. جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Surgery -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	زینر، مایکل ج.
شناسه افزوده	Zinner, Michael J.
شناسه افزوده	اشلی، استنلی دبلیو.
شناسه افزوده	Ashly, Stanley W
شناسه افزوده	هاینز، او. جو
شناسه افزوده	Hines, O. Joe
رده بندی کنگره	RD۵۴۰
رده بندی دیویی	۶۱۷/۵۵
شماره کتابشناسی ملی	۹۶۷۸۶۳۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

منتخب الگوریتمی از مینگات	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
خلاصه درس 9 Maingot's Abdominal Operations, 13e 2019	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص: دکتر شیما کاشانی	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
صفحه آرا: منیره امیری مقدم	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۱۱-۴-۷۶۰۰۰۰۰
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	بهاء: ۷۶۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷-۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



منتخب الگوریتمی از مینگات

خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی
جراحی عمومی تا سال ۱۴۰۲
Maingot's Abdominal Operations, 13e 2019

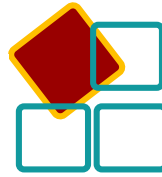
ترجمه و تلخیص



دکتر شیما کاشانی

متخصص و دارای بورد تخصصی جراحی عمومی

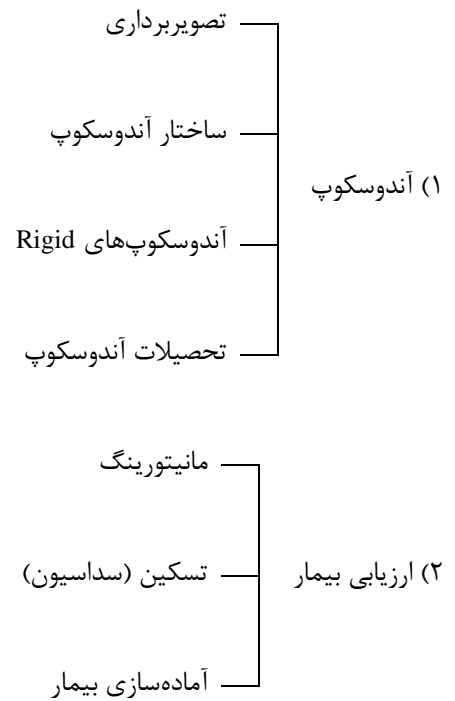
فهرست مطالب

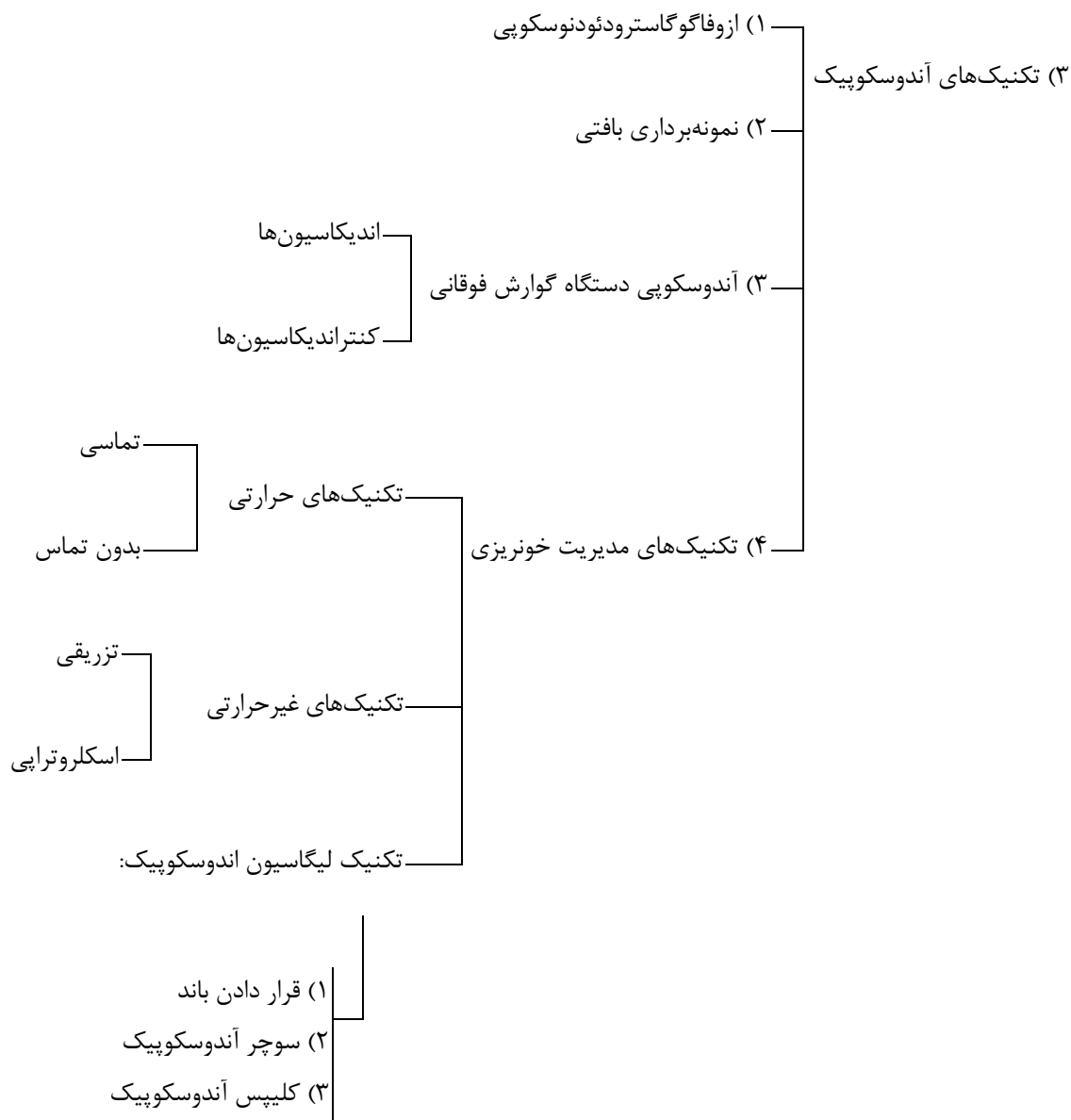


فصل ۵ - آندوسکوپی و ملاحظات آندوسکوپیک	۱۱
فصل ۶ - اصول لاپاراسکوپی	۴۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۶	۵۳
فصل ۲۹ - بیماری خوش خیم معده	۵۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۹	۷۷
فصل ۳۵ - روش های جراحی معده و دئودنوم	۷۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۵	۹۳
فصل ۳۸ - انسداد روده باریک	۹۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۸	۱۱۱
فصل ۴۱ - آپاندیس و دیورتیکول روده باریک	۱۱۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۴۱	۱۲۹
فصل ۵۲ - بیماری های خوش خیم آنورکتوم	۱۳۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۲	۱۴۹
فصل ۵۴ - کانسر رکتوم	۱۵۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۴	۱۷۳
فصل ۵۵ - کانسر آنال	۱۷۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۵	۱۸۷
فصل ۵۶ - آبسه و کیست های کبدی	۱۸۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۶	۲۱۱
فصل ۵۹ - درمان متاستاز کبدی	۲۱۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۹	۲۲۱
سوالات و پاسخنامه ارتقاء و بورده ۱۴۰۲	۲۲۳

آندوسکوپی و ملاحظات آندوسکوپی

(A) آندوسکوپی:





(۴) رزکسیون مخاط آندوسکوپی (EMR):

- Lift EMR (با سالین)

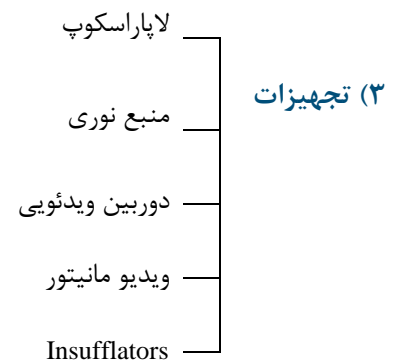
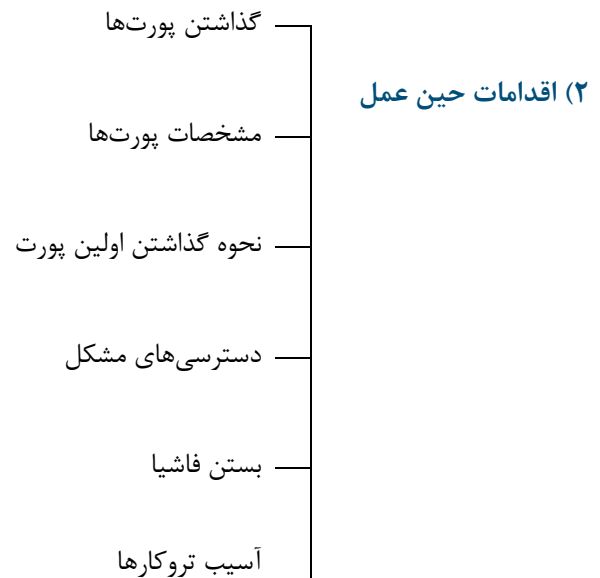
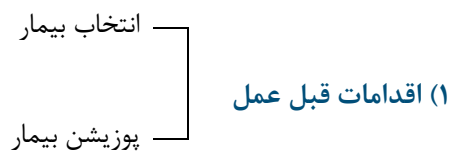
- EMR مکش و قطع کردن

- EMR مکش و لیگاتور کردن

(۵) دیسکسیون زیرمخاط به وسیله آندوسکوپی (ESD)

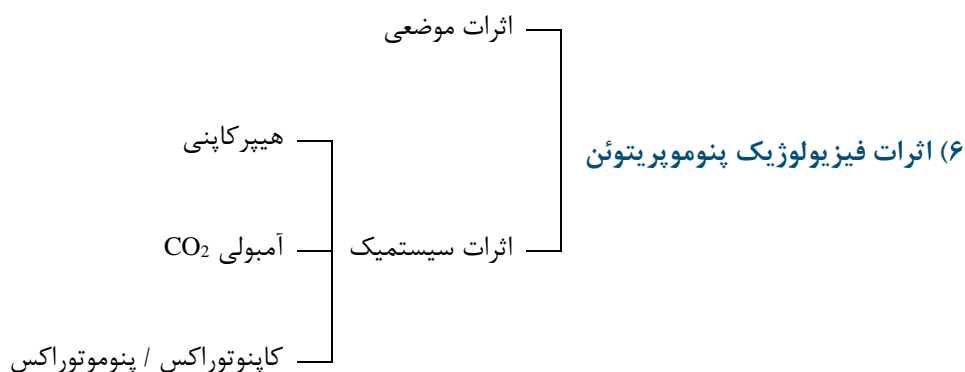
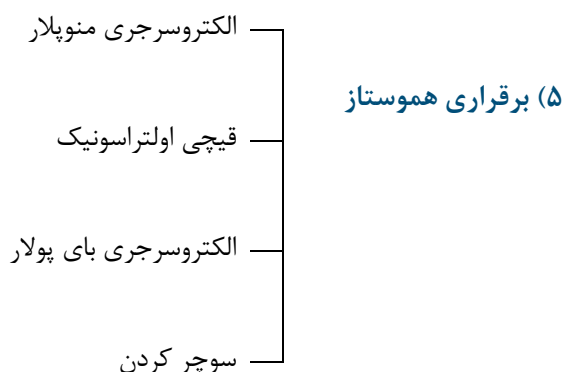
(۶) Ablation مخاطی به وسیله آندوسکوپی

اصول لاپاراسکوپی





۴) وسایل



۷) موارد خاص ← حاملگی

*** اقدامات قبل عمل:**

۱) انتخاب بیمار ←

کنتراندیکاسیون‌ها ← ۱) بیمارانی که تحمل بیهوشی عمومی ندارند.

۲) بیماران با تست ورزش مختل و شرح حال تنگی نفس نیازمند مشاوره کاردیولوژی و مشاوره ریه می‌باشند.

۳) در بیماران با احتباس شدید CO₂ (COPD) ایجاد پنوموپریتوئن باعث تشدید شرایط می‌گردد.

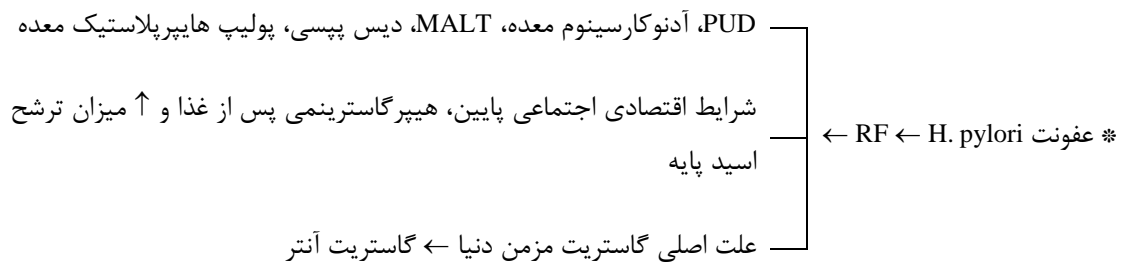
نکته: با افزایش تهویه دقیقه‌ای و ↓ پنوموپریتوئن CO₂ از ۱۵ ← ۸-۱۰ می‌توان اسیدوز متابولیک را کنترل کرد و یا می‌توان از N₂O استفاده کرد که قدرت اشتعال آن بیشتر از هوا نیست و درد بعد از عمل آن در مقایسه با CO₂ کمتر است.

۴) اگر مدت زمان لاپاراسکوپی بیشتر از جراحی باز طول بکشد نیز مناسب نمی‌باشد.

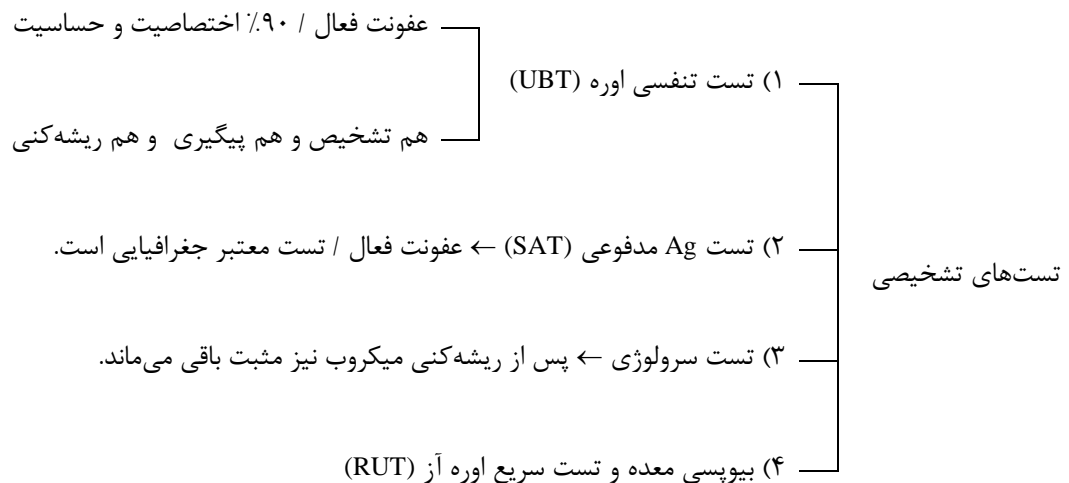
۵) سابقه جراحی باز یا جراحی متعدد قبلی به علت چسبندگی و اسکار هم توصیه نمی‌شود.

۶) در بیماران با چاقی مفرط شدید به علت چرخش پورت‌های جدار شکم نیز برای جراح خسته کننده است و دسترسی به علت فاصله زیاد جدار شکم به ارگان‌های داخل شکم مشکل است.

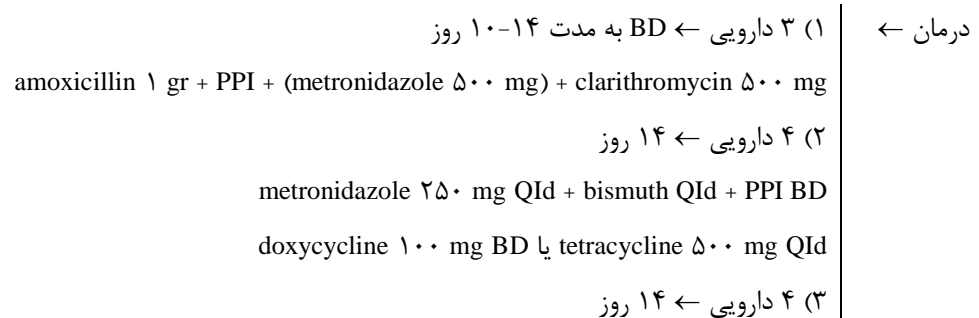
بیماری خوش خیم معده



نکته: استفاده طولانی مدت از PPI باعث corpus predominant gastritis و گاستریت آتروفیک و نهایتاً کانسر معده می شود.



نکته: افراد علامتدار با تست منفی هم باید تحت درمان قرار گیرند.





clarithromycin ۵۰۰ mg + metronidazole ۵۰۰ mg + amoxicillin ۱ gr + PPI

جدول ۱-۲۹



TABLE 29-1: COMMON TREATMENT REGIMENS FOR *H PYLORI*

Triple therapy (10-14 days)
PPI BID
Amoxicillin 1 gm BID or metronidazole 500 BID
Clarithromycin 500 mg BID
Quadruple therapy option 1 (14 days) ^a
PPI BID
Bismuth subsalicylate 524 mg QID
Metronidazole 250 mg QID
Tetracycline 500 mg QID or doxycycline 100 BID
Quadruple therapy option 2 (14 days)
PPI BID
Amoxicillin 1 gm BID
Metronidazole 500 BID
Clarithromycin 500 mg BID

^aRecommended for failures of triple therapy and in areas with high *Helicobacter* resistance to clarithromycin.

درد + احساس ناراحتی در بالای شکم / ۵۰٪ همراه *H. pylori*

تشخیص ← EGD + تست *H. pylori*

درمان ← جراحی جزء درمان‌ها نمی‌باشد.

* دیس پیسی عملکردی

ناپدید شدن غدد معدی همراه پاریتال سل‌ها + chief cell

اصلی‌ترین (۱) عفونت مزمن *H. pylori* با درگیری تنه معده

علت ← (۲) تخریب خودایمنی سلول‌ها (آنتی پرنیشیوز)

(۳) آسیب شیمیایی مثل ریفلاکس صفراوی

(۴) رژیم تغییر یافته معده

(۵) هیپرگاسترینمی

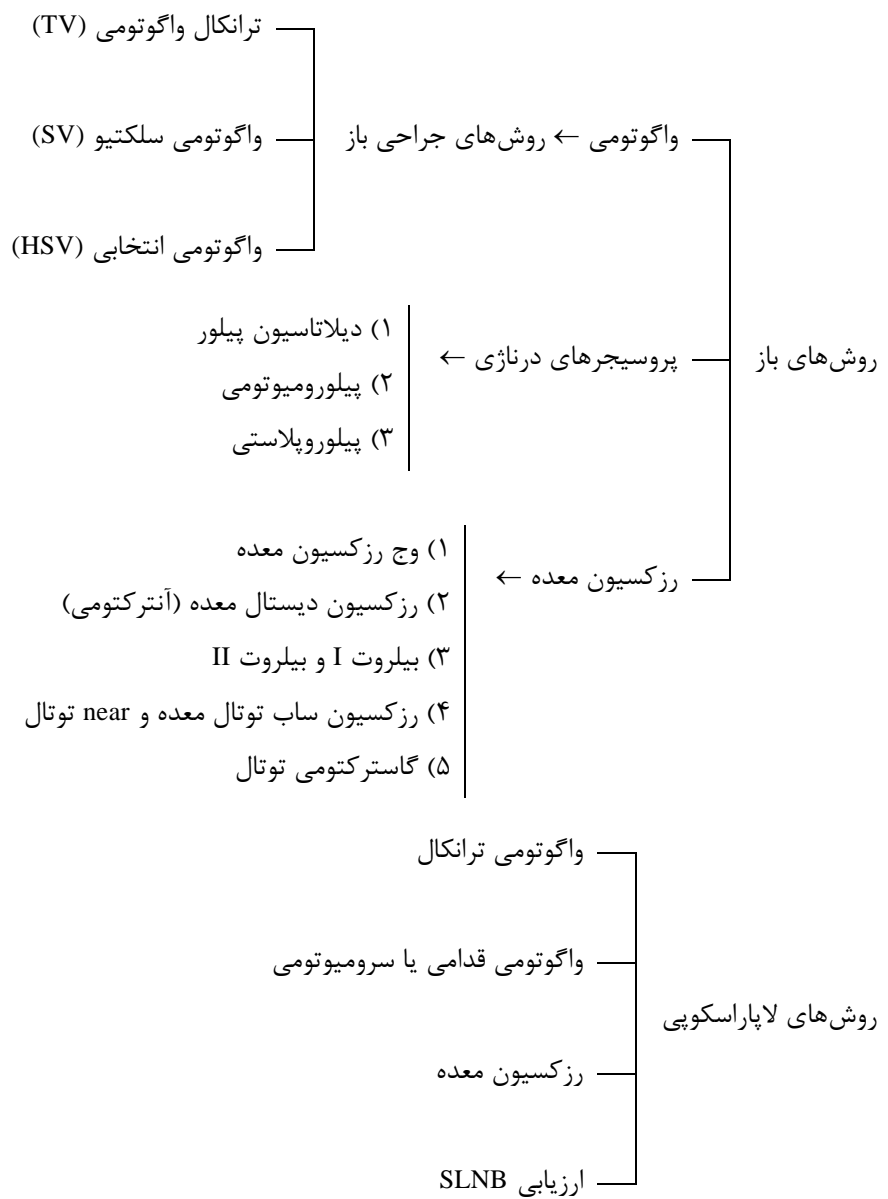
گاهی متاپلازی روده در مخاط معده باعث می‌شوند ← کانسر معده

* گاستریت آتروفیک

تشخیص ← آندوسکوپی

درمان جراحی ← گاسترکتومی

روش‌های جراحی معده و دئودنوم





* واگوتومی:

تست‌های کنترل واگال ←

(۱) اندازه‌گیری میزان ترشح اسید در پاسخ به تحریک واگ مستقیم با فرار دادن NGT و آسپیره کردن شیره معده و اندازه‌گیری آن با اضافه کردن مقدار مشخص ۰/۱ N NaOH

(۲) output معده در حالت پایه و بعد از تحریک با پنتاگاسترین یا sham feeding هم اندازه‌گیری می‌شود.

(۳) ترشح اسید با استفاده از مواد PH-sensitive-dye مثل کنگوی قرمز که سطح موکوس را می‌پوشاند و زمانی که اسیدی شود رنگش عوض می‌شود ← روش colorimetric ← در زمان عمل جراحی ← سریع‌تر

نکته: در موارد پرفوراسیون کنگوی قرمز کنتراندیکاسیون دارد.

فعالیت واگ ← کنترل حرکت معده ←

↓

(۱) شل شدن پذیرنده (receptive relation) ← وقتی فشار داخل معده و مری بالا رود، فوندوس معده شل شود.

(۲) ↑ فعالیت میوالکتریکیال آنترال ← دیستانسیون بیشتر پروگزیمال معده

(۳) هماهنگ کردن تخلیه پیلوریک با فعالیت میوالکتریکی آنترال در پاسخ به دئودنوم، pH و فعالیت حرکتی پروگزیمال معده

نکته ← روش ترانکال واگوتومی، سلکتیو و HSV ← باعث از بین رفتن شل شدن پذیرنده و تطابق معده می‌شوند.

نکته ← از روش‌های ترکیبی مثل واگوتومی خلفی و HSV واگوتومی قدامی نیز می‌توان استفاده کرد ولی درناژ لازم است.

روش‌های جراحی باز:

جراح سمت راست بیمار و head light داشته باشد. / انسزیون میدلاین یا شوورن جهت دسترسی به

دئودنوم

پوزیشن

ریورس ترندلنبرگ، NGT، پد میکولیز در قسمت تحتانی شکم برای نگه داشتن روده / برش لیگامان

مثلثی جهت جابه‌جایی لوپ چپ کبد یا توسط رترکتور ریچاردسون یا هارینگتون قرار داده می‌شود.

همیشه TV + درناژ می‌باشد.

الف) ترانکال واگوتومی

TV + آنترکتومی اندیکاسیون ← زخم Du عود کرده / زخم کانال پیلور (III)، زخم Du و Gu

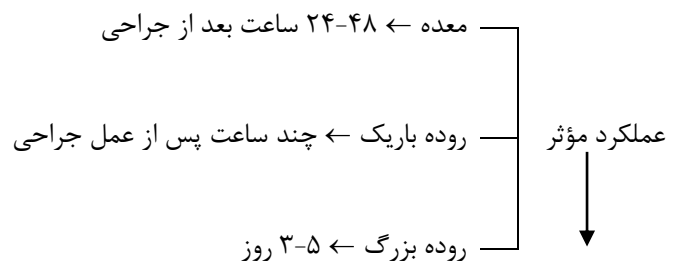
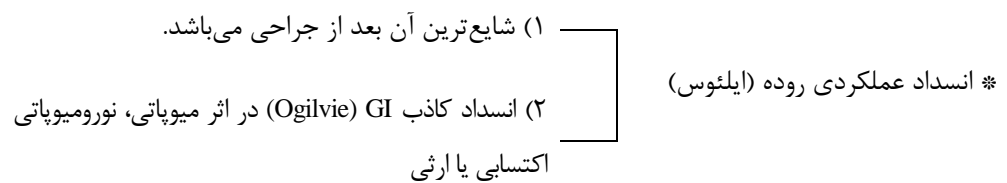
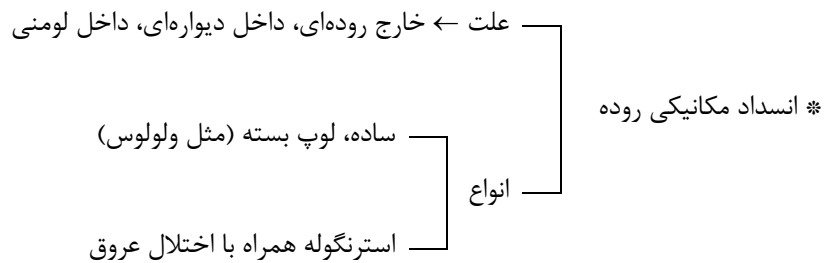
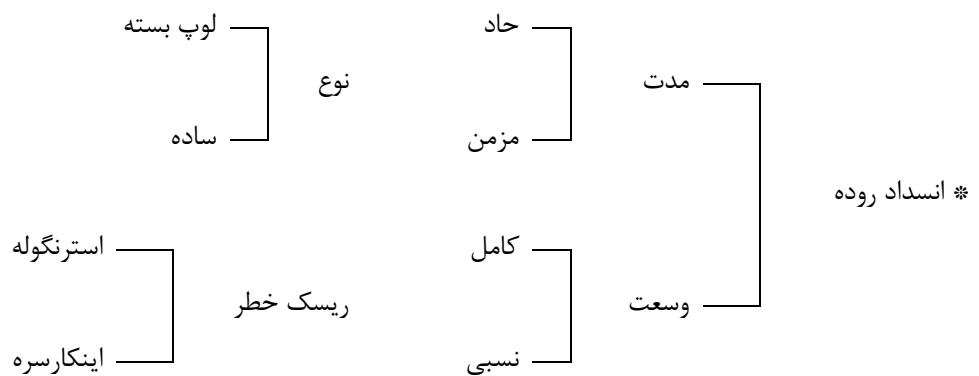
ترکیبی (Dragstad)

اندیکاسیون اصلی ← انسداد خروجی معده (GOO) با سابقه طولانی

TV + پیلوروپلاستی ← در موارد جراحی اورژانسی مثل GIB و پرفوراسیون کاربرد دارد.

TV + GJ ← زمانی که دئودنوم اسکار دارد و امکان آنترکتومی ایمن وجود ندارد.

انسداد روده باریک



آپاندیس و دیورتیکول روده باریک

آپاندیس
 طول ← ۹ cm
 عرض ← ۳-۸ cm
 خونرسانی ← شریان آپاندیکولار ← منشأ از شریان ایلئوکولیک

آپاندیسیت
 حاد
 اپیدمیولوژی
 سن زیر ۳۰ سال
 میزان پرفوراسیون
 مردان ← ۱۰-۱۴ سال
 زنان ← ۱۵-۱۹ سال
 زیر ۵ سال
 بالای ۶۵ سال

اتیولوژی ← انسداد مسیر آن ← ↑ ترشح داخل لومنی و بالا رفتن فشار آن ← کشش
 بیش از حد ← ↓ خونرسانی ← رشد بیش از حد باکتری + پرفوراسیون و نکروز

نکته: بین میزان پرفوراسیون و طول مدت علائم ارتباط مستقیم وجود دارد.

هر چقدر از مدت زمان آن بگذرد احتمال پرفوراسیون بیشتر می‌شود ← تأخیر اغلب ناشی از مراجعه به بیمارستان است نه تأخیر در تشخیص آپاندیسیت در بیمارستان.

نکته: ۲۰ درصد پرفوراسیون‌ها در ۲۴ h اول شروع علائم آپاندیسیت می‌باشد.

درد کرامپی شکم و متناوب + شیفت درد به RLQ طی ۱۲-۲۴ ساعت

تشخیص
 علائم بالینی
 تمایل به دراز کشیدن دارد + تهوع + بی‌اشتهایی + تب خفیف +
 معاینه بالینی ← ill + گرم + تاکیکارد + تندرns نقطه مک برنی + رژیدیتی عضلانی لوکالیزه +
 ریباند تندرns

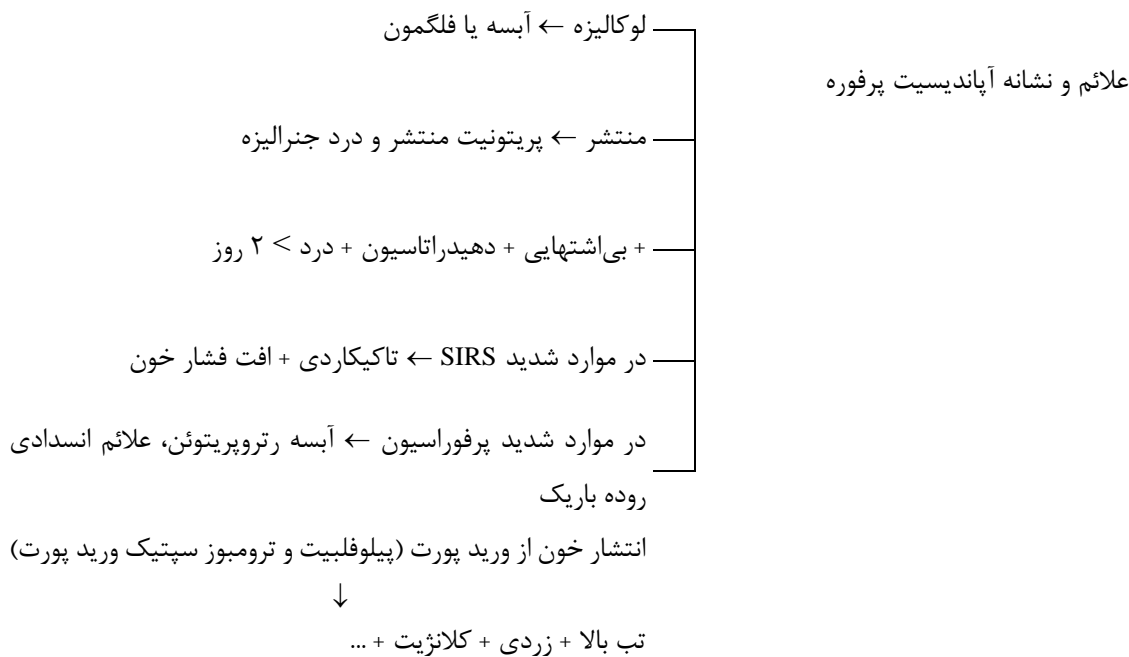


نکته: بیمار با آپاندیس رتروسکال یا داخل لگنی ممکن است فاقد تندرns باشد.

- ← Rousing sign در RLQ بلافاصله پس از برداشتن فشار دست در LLQ
- ← Psoas sign در درد با فلکسیون هیپ راست در آپاندیسیت رتروسکال ناشی از عضلات ایلئوپسواس
- ← Obturator sign در درد با چرخش به طرف داخل ران راست در حالت فلکسیون التهاب عضله obturator داخل لگنی

نکته: گاهی به علت التهاب مثانه یا رکتوم مجاور آپاندیس از تکرر ادرار یا مدفوع شاکمی است.

نکته: در آپاندیسیت رتروسکال ممکن است درد تا ایجاد پریتونیت ژنرالیزه ناشی از پرفوراسیون آن لوکالیزه نشود.



در آپاندیسیت غیرپرفوره ← مختصر بالا می‌رود.

در آپاندیسیت پرفوره ← کاملاً بالا می‌رود.

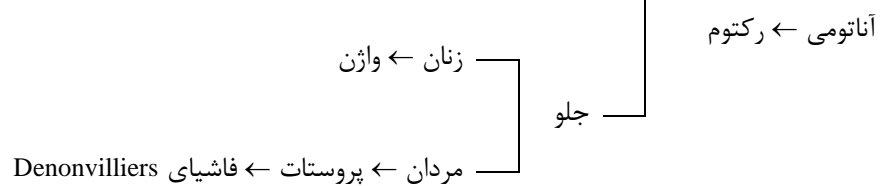
در آپاندیسیت مراحل ابتدایی ← نرمال

WBC

Lab

بیماری‌های خوش خیم آنورکتوم

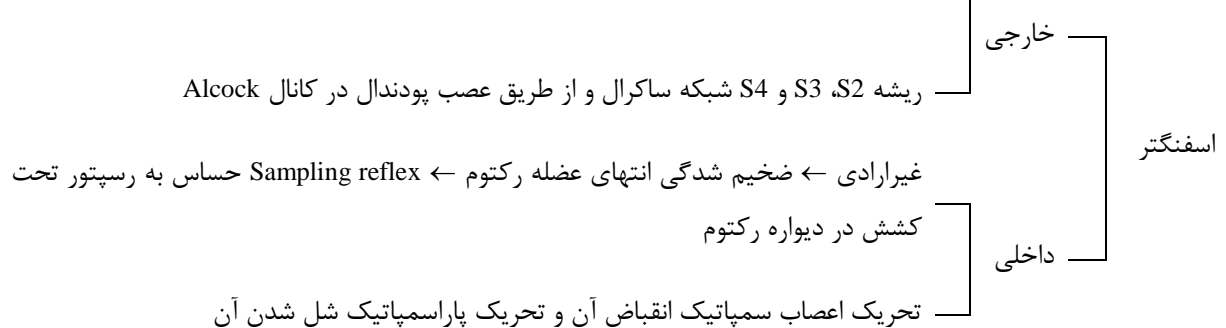
خلف توسط مزورکتوم^{به} ← ساکروم متصل است.



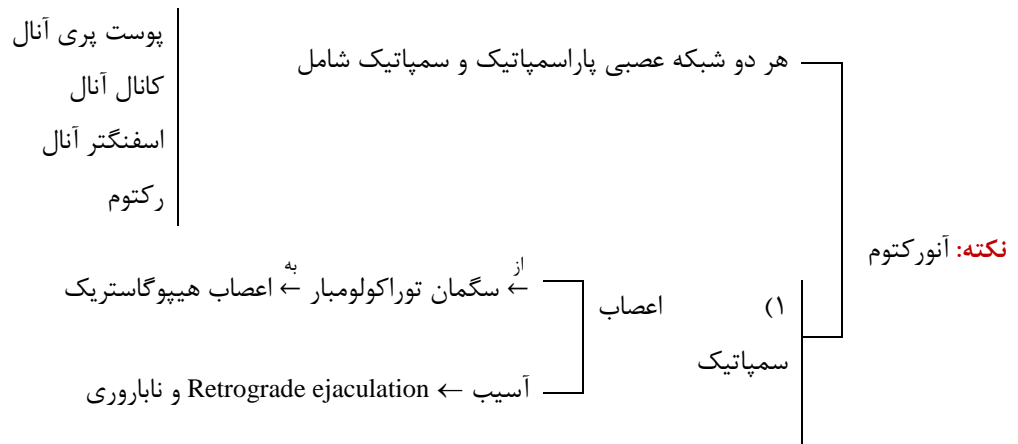
- رکتوسیگموئید جانکشن ← Inf. M. A

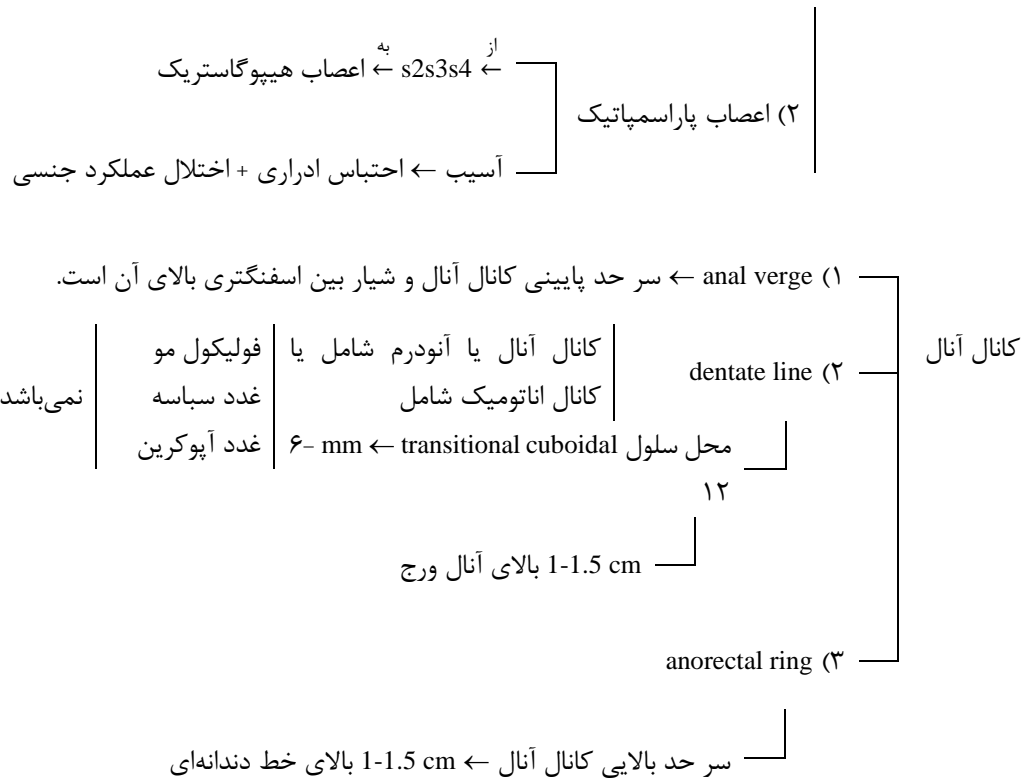
- عضله پوبورکتالیس ← شکل نعل اسبی ← رکتوم را به طرف جلو کشیده و زاویه حاده در محل حلقه آنورکتال ایجاد می‌کند.

ارادی ← در ادامه به کانال آنال طول ۳-۴ cm می‌رسد.

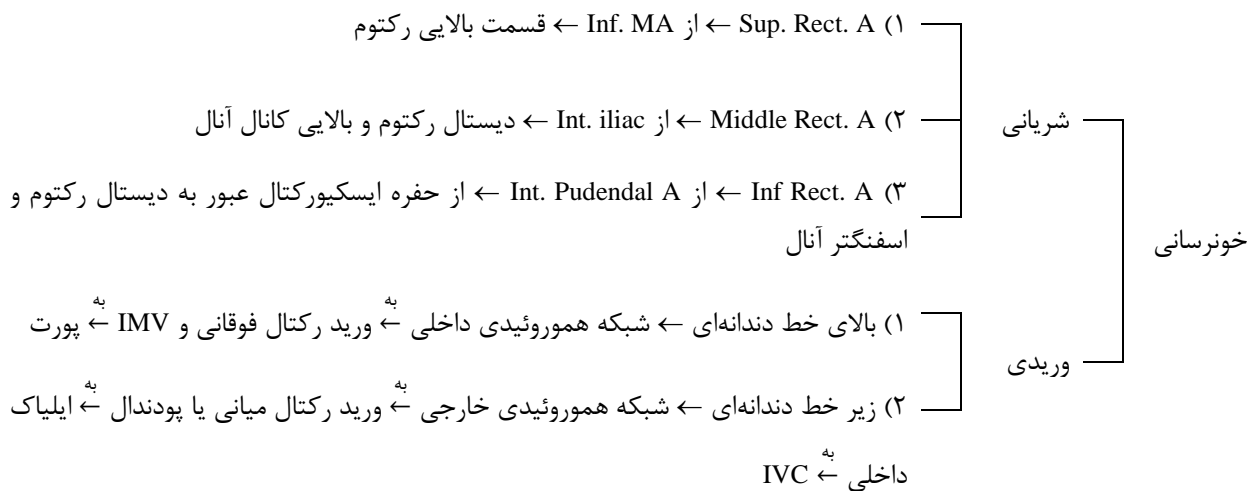
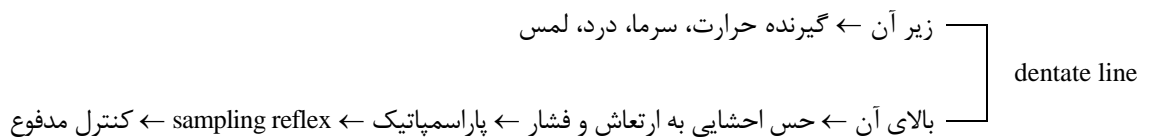


نکته: عضلات ارادی کف لگن ← اعصاب s2 s3 s4 ساکرال



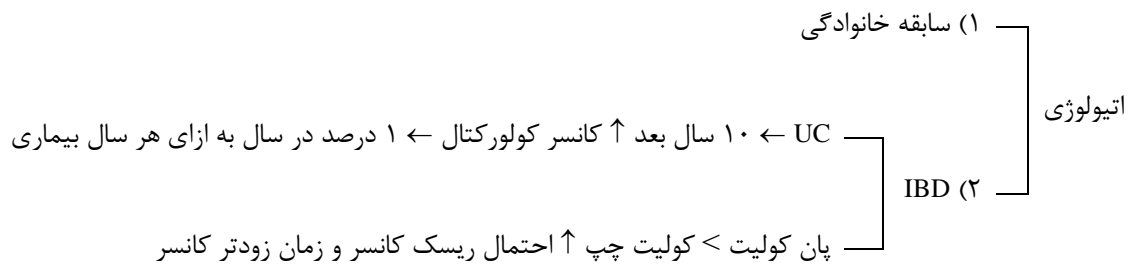


کانال آنال جراحی ← از anorectal ring شروع و به آنال ورج ختم می‌شود.
ستون رکتال ← بالای خط دندانهای ۸-۱۲ چین طولی که مابین آن‌ها anal crypt وجود دارد که مجاری این غدد از میان اسفنگتر داخلی یا plane بین اسفنگتری گسترش می‌یابد.

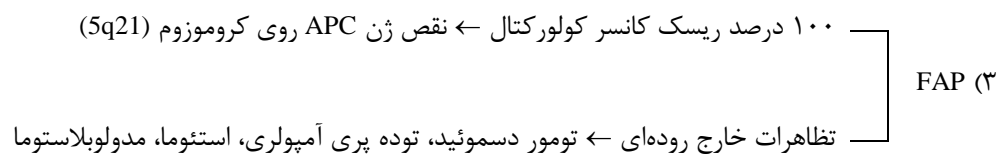
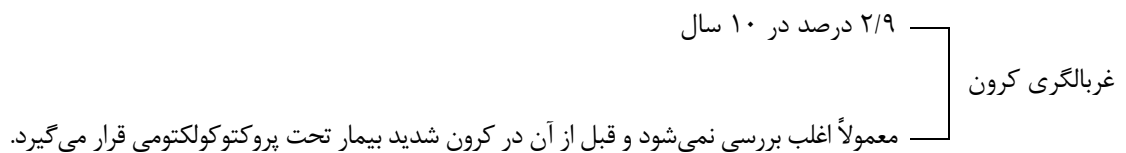


کanser رکتوم

اپیدمیولوژی ← کانسر رکتوم معمولاً بالای ۶۵ سال / زیر ۶۵ سال ← جنس مذکر بیشتر
 بقای کانسر رکتوم < کانسر کولون ← تشخیص زودتر کانسر رکتوم
 شیوع تومور دیستال کولون < تومور پروگزیمال کولون < رکتوم
 ضایعات prox ← بیشتر در زنان
 آدنوکارسینوم رکتوم ← ۳۰ درصد کانسره‌های کولورکتال



غربالگری UC ← کولونوسکوپی سالانه ۱۰ سال پس از تشخیص + بیوپسی متعدد از هر چهار گوشه کولون و از هر ۱۰ سانتی‌متر از سکوم تا دیستال کولون
 ↓
 اگر تغییرات دیسپلازی در بیوپسی ← پروکتوکولکتومی



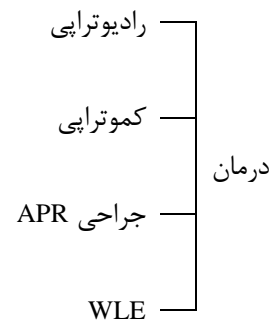
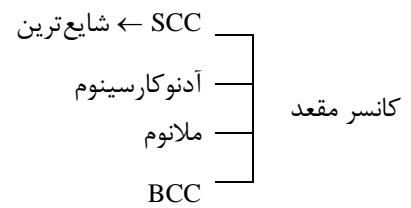


- اختلال ژن PMS2, MSH6, MSH2, MLH1
- ۴ HNPCC ← لینچ
- منشأ از آدنوم / ۵ درصد عامل بدخیمی کولورکتال / اتوزومال غالب
- کanser بخش صعودی کولون و بیشتر در جوانان
- ۸۰ درصد احتمال کanser کولون / ۵۰ درصد کanser اندومتريال / ۱۵ درصد کanser تخمدان / ۱۰ درصد کanser مجاری ادراری / ۵ درصد کanser معده / ۱ درصد توده روده باریک / کanser هپاتوبیلیاری
- غربالگری لینچ ← از سن ۲۵ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از جوانترین فرد مبتلا ← کولونوسکوپي سالانه + EGD هر ۳ سال + سیتولوژی ادرار (از نظر TCC R/O + TVS و اندازه‌گیری CA125 سالانه + TAH BSO پروفیلاکتیک بعد از دوره بارداری
- ۵ MUTYH Polyposis (FAP اتوزومال مغلوب) ← حامل ژن MYH
- غربالگری ← هر ۵ سال کولونوسکوپي
- ۶ رژیم غذایی پرچرب ← گوشت قرمز ← ۲۰ درصد چربی غذا (چربی حیوانی غیراشباع چه روغن نباتی و ...)
- ۷ مصرف الکل و تنباکو ← اثر سینرژیک با پولیپ آدنوماتوز کولون

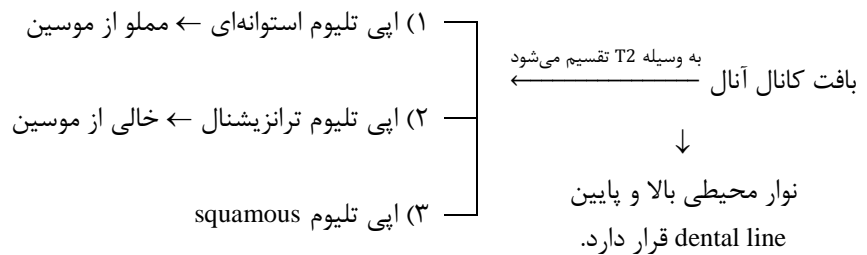
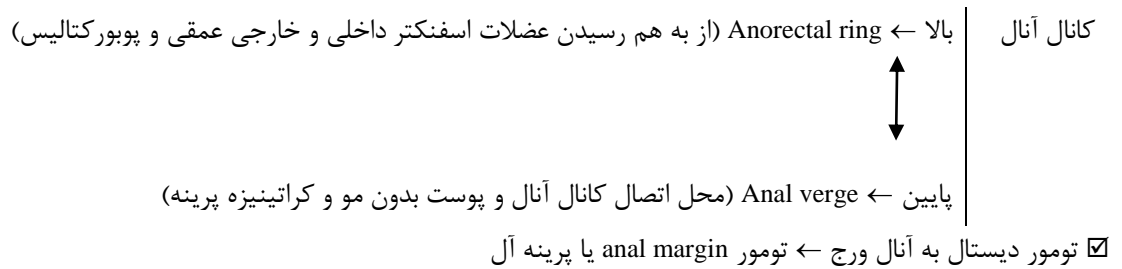
*** پولیپ‌ها:**

- ژنتیک
- انکوژن Kras ← رشد غیرطبیعی سلولی
- P53 ← ژن سرکوب کننده تومور
- فقدان هتروزیگوتی LOH روی بازوی بلند کروموزوم ۱۸
- موتاسیون ژن APC ← شایع‌ترین
- انواع پولیپ ← آدنوم
- ۷۵-۸۵ درصد توبولار ← پایه‌دار (pedunculated)
- ۸-۱۵ درصد توبولوویلوس
- ۵-۱۰ درصد ویلوس ← پهن (sessile) ← ↑ خطر کanser
- ۵۰ درصد پولیپ < ۲ cm ↑ ریسک کanser دارند.
- سیگموئیدوسکوپي ریجید و flexible اساس غربالگری رکتوم می‌باشند.

کانسر آنال



آناتومی:



Atz ← پهنا حدود ۱-۲ cm تا ۳-۶ mm زیر dentate line کشیده شده است.



☑ Dentate line ← در ۵-۱۲ mm بالای بخش انتهایی دیستال کانال قرار دارد.

انواع squamous cell یا cloacogenic (از بالا و داخل ATZ منشأ می‌گیرند)
(کراتینیزه، غیرکراتینیزه، بازالوئید)
آدنوکارسینوم، کارسینوئید، لنفوم، ملانوم (از پایین ATZ منشأ می‌گیرند)
تومور پرینه آل یا anal margin ← Giant condyloma / SCC / کارسینوم
وروکوس / BCC

* ضایعات کانال آنال

عروق رکتال فوقانی ← غدد
لنفاوی مزانتریک تحتانی
عروق رکتال میانی و تحتانی ←
غدد لنفاوی ایلیاک داخلی

لنف بالا

لنف پایین ← غدد لنفاوی Ing و فمورال

ناحیه ATZ ← هر دو مسیر را دنبال می‌کند.

* درناژ لنفاوی کانال آنال ← بر مبنای Dentate line

:SCC



TABLE 56-12: TREATMENT OPTIONS FOR HYDATID LIVER CYSTS

UNCOMPLICATED PATIENTS

Percutaneous or Laparoscopic Evacuation	Open Evacuation or Resection
Gharbi type I or II	Gharbi type IV or V
Anterior cysts	Posterior cysts
Peripheral cysts	Central cysts
1 to 3 cysts	>3 cysts
Small cysts	Large cysts
No or minimal calcification	Heavy calcification

COMPLICATED PATIENTS

Percutaneous or Laparoscopic Evacuation	Open Evacuation or Resection
Infected cysts meeting above criteria	Infected cysts meeting above criteria
Biliary communication—not indicated	Biliary communication—indicated
Pulmonary communication—not indicated	Pulmonary communication—indicated
Peritoneal rupture—not indicated	Peritoneal rupture—indicated

آبسه و کیست‌های کبدی

- آبسه پیوژنیک کبدی ← اتیولوژی / شیوع / RF / پاتولوژی / باکتریولوژی / Dx / علائم بالینی / رادیولوژی / درمان
- آبسه آمیبی کبدی ← اتیولوژی / شیوع / RF / پاتولوژی / باکتریولوژی / Dx / علائم بالینی / رادیولوژی / درمان
- کیست هیداتید کبدی ← اتیولوژی / شیوع / RF / پاتولوژی / باکتریولوژی / Dx / علائم بالینی / رادیولوژی / درمان
- Infected cyst (۱)
- کیست مادرزادی کبدی
- کیست ساده
- بیماری پلی کیستیک کبدی
- کیست نئوپلاستیک
- سیست آدنوم
- سیست آدنوکارسینوم
- کیست تروماتیک
- * آبسه پیوژنیک کبدی ← سلول کوپفر به عنوان فیلتری برای پاکسازی کبد اتیولوژی ←

- انسداد صفراوی و کلانژیت ←
- جوامع غربی ← انسداد ناشی از بدخیمی
- جوامع شرقی ← سنگ اینترهپاتیک و تنگی صفراوی
- ۵۰ درصد موارد
- مداخلات در مجاری صفراوی مثل ERCP، گذاشتن stent، آناستوموز صفراوی روده‌ای
- (۱) مجاری صفراوی



- (۲) ورید پورت ← پرفوراسیون GI یا آپاندیسیت (۰.۲٪)، دیورتیکولیت، کانسر کولون پرفوره و ...
 (۳) تهاجم مجاورتی ← کوله سیستیت گانگرنه، زخم پرفوره، آبسه ساب فرنیک و ...
 (۴) ترومای بلانت یا نافذ ← از طریق آلودگی حین عمل، آناستوموز روده‌ای صفراوی، اکسترنال درناژ مرتبط با درخت صفراوی یا گذاشتن درن پرکوتانئوس در محل تروما و ...

آمبولیزاسیون ۱۲٪ / سوء مصرف داروهای وریدی / کم‌آمبولیزاسیون از طریق کاتتر نافی
 (۵) شریان هپاتیک
 در اثر آمبولیزاسیون ترانس آرتریال کبدی و ...
 ablation های تومور و ...

- (۶) کریپتوزنیک ← در بیماران با بیماری همراه مثل دیابت، نقص ایمنی، بدخیمی ← معمولاً منفرد و بی‌هوازی شیوع ← دو مورد در ۱۰۰ هزار
 ریسک فاکتورها ← دیابت، سیروز، پانکراتیت، IBD، پیلونفریت، PUD، کانسر سالیید ارگان، لنفوم، لوسمی، ساپرس ایمنی، بدخیمی زمینه‌ای و ...

- (۱) اغلب در سنین ۴۷-۶۵ سال
 (۲) جوان ← مردان الکلی با آبسه کریپتوزنیک
 (۳) مسن ← بیشتر اتیولوژی صفراوی یا کانسر

همراه با پلورال افیوژن، انتخاب نامناسب Ab، عفونت پلی میکروبیال مقاوم و شدت بیشتر بیماری در زمان بستری دارند.
نکته: اگر APACHE II < ۱۵ باشد ← فاکتور خطر مورتالیتی در افراد مسن
 میزان مورتالیتی بیشتر مربوط به شرایط میزبان هست نه خود آبسه.

- (۴) کودکان ← بیشتر در زمینه اختلالات دفاع میزبان و بیماری‌های ایمنی ← نقص کمپلمان، بیماری گرانولوماتوز مزمن، لوسمی و سایر بدخیمی‌ها و ... آنمی سیکل سل، فیبروز مادرزادی کبدی، بیماری پلی کیستیک کبدی، بعد از پیوند کبدی و ...

پاتولوژی ← موارد قارچی ← متعدد، دوطرفه و بیلیاری
 موارد تروماتیک، پورتال، کریپتوزنیک ← آبسه منفرد و بزرگ
 موارد آبسه‌های صفراوی و شریانی ← آبسه کوچک و متعدد
 - ۶۳ درصد لوب راست / ۱۴ درصد لوب چپ / ۲۲ درصد هر دو لوب
 - در اتیولوژی صفراوی ← میزان دو لوبه و متعدد بودن آبسه بیشتر است.
 - در ۹۰ درصد منشأ صفراوی یا شریانی ← آبسه دوطرفه هستند.

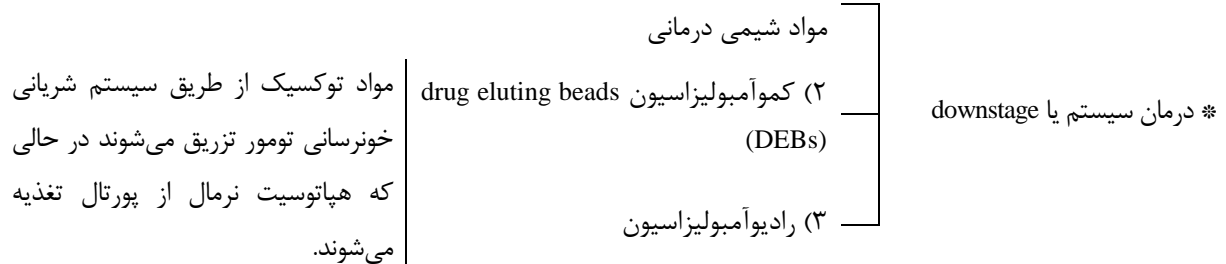
درمان متاستاز کبدی

جراحی ← گلد استاندارد است ولی در ۲۰٪ موارد قابل انجام است ←^{به علت} بار بیماری، محل تومور، تخمین ناکافی کبد بعد رزکشن، بیماری خارج کبدی و بیماری‌های همراه دیگر.

(۱) atrial direct therapy (ADT):

اندیکاسیون‌ها ← ضایعات اولیه کبد مثل HCC، کلانژیوکارسینوم داخل کبدی مثل ضایعات متاستاتیک کولورکتال، تومور نورواندوکراین، پستان، ملانوم، کلیه

(۱) آمبولیزاسیون bland ← ایسکمی تومور از طریق مقطع شریانی بدون استفاده از



(۲) کموآمبولیزاسیون ← از طریق کاتتر شریانی (TACE)

(۱) بیماران با بدخیمی کبدی غیر قابل رزکشن اولیه محدود به کبد ← به عنوان درمان salvage

اندیکاسیون‌ها (۲) برای بیماران با HCC (stage متوسط) اگر متاستاز کبدی نداشته باشند.

(۳) متاستاز تومور NE، کلانژیوکارسینوم، ملانوم، متاستاز کولورکتال



چون تومور کبدی از شریان هپاتیک خونرسانی می‌شوند ماده توکسیک در بستر تومور می‌ماند و سمیت سیستمیک کمتری ایجاد می‌کند.

تکنیک

پاسخ تومور به صورت نکروز در CT یا MRI می‌باشد.

پس از درمان با کاتتر شریان فمورال و آنژیوگرافی آناتومی شریانی محل تومور انجام می‌شود.

Lipiodol ← یک اسنریدینه از روغن دانه خشخاش همراه با ماده کموآمبولیزاسیون برای هدف‌گیری بهتر تومور می‌شود.

داروهای سیتوتوکسیک ← دوکسوروبیسین، جمسیتابین، سیس پلاتین، میتومایسین C

مواد آمبولیزاسیون ← ذرات پلی وینیل الکل، میکروسفر استارچ، ژلوفوم

پس از داروی سیتوتوکسیک و مواد آمبولیزاسیون ← آنژیوگرافی برای اطمینان از قطع خونرسانی

سپس بیمار به مدت کوتاه بستری + هیدراتاسیون وریدی + کنترل ادرار + مانیتور از سندرم پست آمبولیزاسیون می‌شود.

سپس پروسیجر بعدی TACE ← ۴ w بعد

تصویربرداری فالوآپ ← یک ماه بعد از تکمیل درمان و تکرار هر ۳ ماه یک بار

در HCC غیر قابل رزکشن، متاستاز کبدی کولورکتال غیر قابل جراحی مقاوم به شیمی درمانی نتایج خوبی دارد.

نتایج

در متاستاز تومورهای NET و متاستاز کبدی کولورکتال نامشخص است.

فقدان جریان هپاتوپدال، فقدان جریان کولترال جبرانی، عملکرد ضعیف کبدی (انسفالوپاتی و آسیب غیر

قابل کنترل)، انسداد صفراوی

کنتراندیکاسیون

نسبی ← سنتز ضعیف کبدی ($Alb < 2$), $Bi > 2$, $LDH > 425$, $ALT > 100$

واریس خونریزی دهنده، آسیب، ترومبوسیتوپنی، بار زیاد تومور < 50 درصد کبد، نارسایی قلبی و کلیوی

عوارض ← آسیب کبدی، پارگی تومور، نارسایی حاد کبد، GIB، آمبولی ریوی، اختلال کلیوی، توکسیسیتی قلبی، آسیب مجاری صفراوی،

خونریزی از محل سوراخ فمورال، سندرم پست آمبولیزاسیون