# Diagnostic and interventional radiological techniquesin budd-chiari syndrome

## Mohamed Farag Shehawy

يعد مرض متلازمة باد – كيارى نادر الحدوث الا أنه شديدة الخطوره اذا حدث و غالبا يؤدى الى الوفاة، ويحدث نتيجه لانسداد فى مسار التدفق الدموى للوريد الكبدى (وقد تكون السدة فى الأوردة الكبدية الرئيسية أو الوريد الأجوف السفلى أو كليهما). ولقد وجد أن طبيعة، مكان وامتداد السدة يمكن تصويرها بتقنيات الأشعة التشخيصية .وهناك الكثير من الأضطربات التى قد تؤدى الى متلازمة باد – كيارى، و يمكن تصنيف أليات تلك الأضطربات الى القابلية للتخثر (أسباب أوليه ) أو الانسداد الميكانيكي للأوردة (أسباب ثانوية) .و قد وجد أن انسداد النظام الوريدى الكبد،(من الشعيرات الدموية الصغرى و حتى الأذين الأيمن للقلب ) يؤدى الى زيادة ضغط الوريد البابى والضغط الجيبى الكبدى و احتقان الكبد و فقر دموى بالأوعية الدموية الصغرى بالكبد والذى يؤدي في النهايه الي القصور الكبدى الوظيفى الكامل .وقد لوحظ أن الثالوث التقليدى الذى يظهرعلى مريض المتلازمة هو الآم بالبطن ، الآستسقاء، التضخم الكبدى . وتصنف مراحل المتلازمة الي اربعه درجات من حيث الشده: المتوسطة، الحادة، المزمنه ، العنيفة .اما بالنسبة لسبل التصوير المستخدمة فهى الموجات فوق الصوتية، الدوبلر و الدوبلر الملون (والذى يعطينا فكرة عامة عن الوضع التشريحى و التدفق الدموي خلال الأوعيه الدمويه ). كما وجد ان تقنيات الأشعة المقطعية و الرنين المغناطيسى ( المصحوبه بالصبغة أو بدونها) وطرق تصوير الأوعية الدموية بالصبغة هم أدق الطرق لتشخيص المتلازمة .و قد وجد ان المفتاح الرئيسى لتشخيص المتلازمه عند التصوير هو: انسداد الأوردة الكبدية، الوريد الأجوف السفلى، أو كليهما، تضخم الفص المذنب الكبدى، عدم تجانس تباين الصبغة بنسيج الكبد، و وجود دوالى وريدية داخل الكبد، عقيدات دموية . فلهذا ان معرفه هذه الدلائل يعد غاية في الأهمية للتشخيص المبكر للمتلازمه واختيار طريقه العلاج الملائمة.أما عن طرق العلاج للمتلازمه فتشتمل على: علاج دوائى، تقنيات الأشعة التداخلية (توسيع ببالون – تركيب دعامة كبدية – تركيب دعامة وريدية كبدية بابية من خلال وريد الرقبة)، علاج جراحى (عمليات تحويلات دموية و زرع كبد ) .ان الدعامة الوريدية الكبدية البابية الموضوعة من خلال وريد الرقبة (هى عملية يتم فيها ادخال قسطره الى الكبد عن طريق الوريد الوداجى بالرقبة، ثم ادخال ابره تتقدم من خلال نسيج الكبد، لتصل الى الوريد البابى، ثم يتم توسيع المسار داخل الكبد ببالون، ثم توضع الدعامة داخل المسار و الذى يوصل بين الوريد البابى و الوريد الكبد،).و لاشك أن تلك العملية لها نتائج جيده ( أقل تسببا للوفاة مقارنة بعمليات التحويل الدموي الجراحية )، و هى العلاج الأمثل لمشاكل ارتفاع ضغط الوريد البابى (مثل نزيف الدوالى و الاستسقاء المقاوم للعلاج ) ولكنها على المدى الطويل تواجه مشكلة عدم استمرار تدفق الدم من خلال الدعامة، والتى تتطلب برنامج مراقبة الزامى، و هذا مازال العائق الرئيسى.