

كلّ ما يهمّ معرفتهُ حولَ الركودة  
الحمليّة الصفراويّة  
حسب آخر التوصيات (uptodate)

بإشراف رئيس القسم :

أ. د . محمد نذير ياسمينه

تقديم:

د. خالد وليد حسن



# حقائق عامة عن الركودة الحملية:

١. أشيع مرض كبدي خاص بالحمل
٢. يحدث لسبب غير معروف، بشكل أشيع في فصل الشتاء في بعض المناطق.
٣. عوامل الخطر:

الحمل التوأمي

متلازمة فرط استثارة المبيض  
(بالتأزر مع زيادة الاستروجين)

حبوب منع الحمل الحاوية على  
الاستروجين

وجود مرض كبدي مُرافق

عوامل جينيّة  
(خصوصاً عند أقارب الدرجة الأولى)

عوامل بيئيّة  
(في المناطق ناقصة السيلينيوم ونقص  
فيتامين د)

عوامل هرمونيّة :  
لها علاقة بهرمونيّ الاستروجين  
والبروجسترون ، ويدعم ذلك حدوثه في  
النصف الثاني من الحمل.

# سريريًا:

١. **الحكّة:** غالباً أوّل عرض وتكون معمّمة ، ولكن قد تسيطر في راحة اليدين وأخمص القدمين، تسوء ليلاً، تترافق مع ألم في الحفرة الحرقفية اليمنى ونقص شهية وغثيان واضطراب نوم .
٢. يحدث المرض في النصف الثاني من الحمل (أواخر الثلث الثاني وأوائل الثلث الثالث)، ويتراجع بعد الولادة
٣. **اليرقان:** يحدث في 14 ل 25% من الحالات ، بعد أسبوع لأربعة أسابيع من حدوث الحكّة ، حيثُ وجود يرقان بدون حكّة يستدعي البحث عن مرض كبدي آخر (كالتهابات الكبد مثلاً).
٤. لا توجد آفات جلدية بدئية ، على النقيض توجد آفات جلدية ثانوية ناجمة عن الحكّة (كالسحجات مثلاً).
٥. وجود اعتلال دماغي أو قصور كبدي يستدعي البحث عن مرض كبدي آخر .

# مخبريًا:

١. يرتفع البيلروبين المباشر وغير المباشر ، لكن الكلّي لا يتجاوز ال ٦ ملغ /دل.
٢. ارتفاع الأملاح الصفراوية وهي معيار التشخيص ، وترتفع في ٩٠% من الحالات.
٣. ال GGT غالباً طبيعي، لكن قد يرتفع بشكل خفيف في ٣٠% من الحالات (عكس بقية افات الكبد الركودية الأخرى)
٤. يرتفع ال ALP لكنه غير نوعي (لأنه يرتفع فيزيولوجيًا في الحمل بسبب نظيره من المشيمة).
٥. ال PT طبيعي ولكنه قد يتناول بسبب نقص فيتامين ك بسبب الاسهال الدهني،

\* قد تحدث الحكة قبل ارتفاع تركيز الاملاح الصفراوية.

صدويًا:

الكبد والطرق الصفراوية ضمن الطبيعي

تشرح مرضي:

ركودة صفراوية بدون التهاب

# تأثيرات الركودة الحملية على الجنين

١. لا نظميّات جنينيّة ، بسبب ترسّب الأملاح الصفراويّة على الجهاز الناقل القلبي للجنين
٢. زيادة خطر وفيات الأجنّة المفاجئ :بسبب إرتفاع تركيز الأملاح الصفراوية في السائل الامنيوسي قد يسبب تشنج وعائي في الاوعية السطحية للمشيمة .

والخطر هذا يزداد بتقدم العمر الحلمي خصوصاً بعد 34  
لـ 36 أسبوع حلمي

- In particular, the risk of stillbirth increased with increasing serum total bile acid levels, especially at  $\geq 100$  micromol/L:

< 40 micromol/L: 0.13 %

40 to 99 micromol/L: 0.28 % compared with <40 micromol/L)

$\geq 100$  micromol/L: 3.44 %

٣. تعقي السائل الامنيوسي

٤. المخاض الباكر :ارتفاع تركيز الاملاح الصفراوية تزيد من حساسية الرحم

للاوكسيتوسين

٥. الـ ARDS

٦. الحاجة لقبول الجنين في وحدة العناية المشددة

لكنه لا يحدث: تحدد نمو داخل الرحم ولا قلة سائل امنيوسي.



# التشخيص والمقاربة التشخيصية:

١. يجب الشكّ بالتشخيص عند وجود حكة بدون وجود طفح جلدي.

٢. يتأكد التشخيص بـ :

▪ وجود حكة + ارتفاع الاملاح الصفراوية أو خمائر الكبد أو كليهما.

٣. كون الحكة تسبق ارتفاع الاملاح الصفراوية بأسابيع ، يجب اجراء معايرة اسبوعية

لها، مع العلم أن تناول السيدة لل UDCA قد يجعل الأملاح والخمائر طبيعية .

٤. القيمة الحدية للاملاح الصفراوية هي 10ملغ/دل ، ارتفاعها فوق ال 40ملغ /دل

يجعل الركودة الصفراوية شديدة.

# التشخيص والمقاربة التشخيصية:

٥. يختلف تركيز الاملاح الصفراوية حسب الثلث الحلمي ، عكس تركيز الخمائر الكبدية التي لا تختلف حسب العمر الحلمي .
٦. الحكة تصيب ٢٣% من الحمول ، لكن نسبة قليلة منها تكون بسبب ICP
٧. قد تتطور ال ICP لما قبل ارجاج ، تشحّم كبدي
٨. عدم وجود آفات جلدية يميّزها عن باقي أسباب الحكة في الحمل .

# التدبير وحقائق عنه:

١. الديكساميتازون لم يكن مفيد ولم يُحسّن من القيم المخبريّة .
٢. العلاج النوعي بال : (UDCA)
  - الجرعة البدئية 300ملغ /ثلاث مرات يومياً أو 15(ملغ/كغ (حتى الولادة .
  - تتحسن الحكة خلال أسبوع لأسبوعين ، أمّا تحسن القيم المخبرية يحتاج 3 ل 4أسابيع .
  - إذا لم تتحسن الحكة خلال أسبوعين ترفع الجرعة تدريجياً كل أسبوع حتى جرعة قصوى 21 ملغ /كغ اليوم.
  - تستطب المعالجة عند جميع المريضات وفي حال كانت الاملاح والخمائر طبيعية قد يستطب العلاج التخبري عند وجود أعراض كلاسيكية /أو اجراء معايرة كلاسيكية للخمائر وبدء المعالجة عند ارتفاعها.

# التدبير وحقائق عنه:

- تستطب المعالجة الاسبوعيّة للاملاح الصفراوية خلال العلاج.
- في الحالات المعنّدة وعدم تحسّن الحكة بعد أعلى جرعة لل UDCA يمكن استخدام :  
S\_adenosyl-methionine  
Cholestyramine او Rifampin او Hydroxyzine عيار ( ٢٥ ملغ كل ٤ ل ٦ ساعات) أو  
chlorpheniramine أو  
Calamine lotion أو
- على الرغم من الفائدة غير المثبتة لكنه يستطب اجراء BPP مرتين أسبوعياً.

# توقيت الولادة:

١. اذا كان تركيز الاملاح الصفراوية اقل من ٤٠ ، تستطب الولادة من ٣٧ ل ٣٨,٦ ويجب تجنب الولادة قبل الاسبوع ٣٧.
٢. اذا كانت تراكيز الاملاح الصفراوية بين ٤٠ و ٩٩ تستطب الولادة بين ٣٦ و ٣٧ اسبوع حملي.
٣. اذا كانت تراكيز الاملاح الصفراوية اكثر من ١٠٠ ، تستطب الولادة عند ٣٦ اسبوع حملي ، لكن قد تستطب الولادة بشكل مبكر أكثر بحال :
  - حكة شديدة وغير مستجيبة على العلاج الدوائي.
  - تدهور وظائف الكبد ( استمرار ارتفاع الاملاح والخمائر رغم المعالجة الدوائية).
  - سوابق املاص قبل الاسبوع ٣٦ في حمل سابق ناجم عن ركودة صفراوية

# طريقة الولادة:

١. تحريض المخاض لا يزيد من معدّل ال CS، لكن تستطب المراقبة المستمرة أثناء المخاض بسبب ارتفاع معدل نقص الاكسجة والاختناق،
٢. عند النساء المعالجات بال UDCA لا يزداد خطر النزف بعد الولادة، لكن في حالات المعنّدة والغير مُعالجة قد تستطب معايرة ال PT وعند وجود نقص فيه يتسطب اعطاء فيتامين ك.
٣. يوقف UDCA عند بدء المخاض .

# بعد الولادة:

١. تتراجع الحكة خلال أيام ، مع تحسن القيم المخبريّة ومستوى الاملاح الصفراويّة.
٢. احتمال النكس في الحمل اللاحق ٦٠ ل ٧٠ % ولكن الشدة قد تختلف.
٣. يمكن للمريضة استخدام اي مانع حمل بعدها ، عند عودة قيم المخبريات لوضعها الطبيعي يمكن استخدام OCP، ولكن تحتاج اعادة التقييم المخبري بعد ٣ ل ٦ اشهر من بدء المعالجة فيها
٤. يمكن استخدام موانع الحمل الحاوية على البروجسترون فقط



Thank  
you