

**التهاب الكولون القرصي النزفي**  
**دراسة حول الخصائص النسيجية للتشخيص بالخزعة**  
**أجريت الدراسة في قسم التشريخ المرضي في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية**

الدكتور حيان غاتم\*

□ الملخص □

يمثل التهاب الكولون القرصي أحد أمراض الجهاز الهضمي الهامة، وتلعب الخزعة الدور الأساسي في تشخيص هذه الآفة وتحديد مراحلها. ولقد حاولنا في هذه الدراسة تقديم أهم العلامات والمظاهر التي تسمح بتحديد التصنيف النسيجي لمراحل الداء استناداً على المتطلبات النظرية والنسجية.

\* مدرس في قسم التشريخ المرضي - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Dr. Hayan GHANEM\*

□ ABSTRACT □

*Ulcerative colitis is one of the more important diseases of gastrointestinal tract. Its diagnosis is achieved in the best by biopsy.*

*In this study we attempt to identify the more diagnostic signs in fibroscopic and histological aspects. The ulcerative colitis can be divided into two main types: Acute and chronic and the latter in: chronic persistent and Chronic active.*

*In the text there is a detailed description of these types.*

---

\* Lecturer at the Department of Pathological Anatomy, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## المقدمة:

التهاب الكولون القرصي آفة التهابية مخربة ومنتشرة، تعيب الأمعاء الغليظة، سيرها مزمن في الغالب، أسبابها غير واضحة، وتتوجه الدراسات نحو تأثير عوامل وراثية، إبتائية، ومناعية. تبدأ الآفة عادة في المستقيم ثم تمتد إلى أقسام الكولون الأعلى، على أنها أحياناً قد تبدأ في أقسام الكولون الأخرى.

أول ما وصفت مورفولوجيا المرض في عام 1942 من قبل K/ ROKITANSKI ودرست أولى الخزعات في عام 1911 عندما تم استئصال كامل للكولون في سياق علاج الآفة. دفعت الصورة السريرية المتنوعة للمرض إلى تمييز أشكال سريرية عديدة تبعاً لنمط السير: فوق حاد، حاد، تحت حاد، مزمن، مزمن ناكس.....

يمثل التهاب الكولون القرصي من الناحية المورفولوجية مرضاً ذا تظاهرات نسيجية غير نوعية، وتعود صورته المتنوعة إلى نمط العملية الالتهابية المخربة، وإلى حجم امتداد الآفة، بالإضافة إلى الأذية المرافقة في الأمعاء الدقيقة، الكبد، أو الأعضاء الأخرى، وذلك بغض النظر عن جنس وعمر المرضى. تكون الصورة المورفولوجية لا تملك جميعها شكلية، لذا فإن محاولات تصنيف مورفولوجية لمرض بدت في كثير من الأحيان مصطنعة وذاتية.

## هدف الموضوع وأهميته:

يهدف الموضوع إلى دراسة نسيجية تسمح بتقديم الصورة الأكثر دقة والتصنيف الأكثر ملائمة لأشكال التهاب الكولون القرصي بناء على الخبرات المتراكمة لدينا في قسم التشريخ المرضي في مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين وفي الوحدة المهنية التابعة للجامعة، وتكمن أهمية الموضوع في تقديم فائدة كبيرة في تشخيص هذا المرض وتحديد مراحلها، مما ينعكس بشكل إيجابي ومفيد على خطة العلاج ونمط المتابعة.

## طرق البحث:

تمت دراسة الخزعات المرسله من أقسام المشفى بشكل التهاب كولون قرصي، وحددت الحالات التي أظهر الفحص النسيجي تأكيداً للتشخيص، وتم اختيار الخزعات ذات الحجم الجيد والتي تسمح بتقديم أكبر قدر من المعلومات عن التبدلات المشاهدة في هذا الداء.

لونت الخزعات بالـ HE والـ PAS لدراسة المفرز المخاطي. وتم تحديد جنس المصاب ومن الإصابات وشكل الالتهاب. وقد اعتمدنا على المراجع المختصة في تحديد الموجودات التنظيرية المرافقة لهذه الأشكال، وذلك لأن هذه الموجودات كانت غائبة جزئياً أو كلياً من الإحالات المرسله من قبل الزملاء أخصائيي التنظير الهضمي.

## النتائج والمناقشة:

شوهد المرض لدى الجنسين دون تفاوت، وتوزعت الإصابات في فترتين الأولى بين سن 20 و 40 سنة والثانية بين سن 50 و 70 سنة. ويظهر الجدول المرفق أهم المعلومات عن الحالات المدروسة، حيث يبدو أن الشكل الحاد والشكل المزمن الفعال أكثر مشاهدة لدى المجموعة الأولى، بينما شوهدت في المجموعة

الثانية الشكل المزمّن الفعال والمزمّن المستمر. لم نستطع تحديد شكل الالتهاب في الحالات التي كان عدد الخزعات فيها قليلاً، بحيث كانت التبدلات المرافقة غير كافية لذلك.

جدول يبين الحالات المردوسة وتوزيعها بحسب العمر والتشخيص.

مجموعة أولى - العمر بين /20-40/ سنة.

رقم الحالة	لجنس	التشخيص
94/6555	أنثى	حاد
94/6814	أنثى	لم يحدد شكل الالتهاب
94/6870	نكر	لم يحدد شكل الالتهاب
93/5615	نكر	مزمّن فعال مع بوليبيات كاذبة
93/5836	أنثى	مزمّن فعال
93/6268	أنثى	مزمّن فعال مع ثدن
93/6490	نكر	مزمّن فعال مع بوليبيات كاذبة
92/5090	أنثى	حاد
91/268	أنثى	حاد
91/273	نكر	مزمّن فعال
92/906	نكر	حاد
92/918	نكر	حاد
94/1450	أنثى	حاد

مجموعة ثانية - العمر بين /50-70/ سنة.

رقم الحالة	لجنس	التشخيص
94/6699	نكر	حاد
94/6863	نكر	لم يحدد
93/5588	أنثى	لم يحدد
93/5590	أنثى	لم يحدد
93/5940	نكر	لم يحدد
93/6031	نكر	مزمّن مستمر
93/6451	نكر	مزمّن مستمر
92/5558	أنثى	مزمّن مستمر
91/229		مزمّن فعال مع نيز بلازى
91/233	نكر	لم يحدد
92/856	نكر	مزمّن فعال
94/1458	أنثى	مزمّن فعال
94/1544	نكر	مزمّن فعال

الدراسة النسيجية:

أمكن تقسيم التهاب الكولون القرصي من الناحية النسيجية إلى الأشكال التالية:

- التهاب كولون قرصي حاد.
- التهاب كولون قرصي مزمّن ويقسم الشكل المزمّن إلى شكل مزمّن مستمر وإلى مزمّن فعال.
- ويمكن لهذا التصنيف أن يطبق على الخزعات الجراحية والتنظيرية. وسوف نورد فيما يلي أهم الصفات التنظيرية والمجهريّة لهذه الأشكال.
- أولاً: التهاب الكولون القرصي الحاد:



يبدأ المرض ويتطور بشكل حاد: ألم بطني ماحص، اسهالات غزيرة، حالة عامة تسوء بسرعة مما يجعل العمليات التنظيرية صعبة ومحفوفة بالمخاطر، يمنع معها اجراء الخزعة. ونعتقد أن بعض الحالات المشخصة لدينا على أنها حادة نسجياً قد لا تكون حادة سريريا. ويمكن تفسير ذلك بقلّة عدد الخزعات أو كونها مأخوذة من فترات حديثة.

تلجأ إلى استئصال الكولون عندما يكون الضياع المائي الدموي مهدداً للحياة، وهذا الاستئصال هو الذي زود الباحثين بالمعلومات العيانية والنسجية لهذا الشكل.

#### 1- عيانياً:

- المخاطية مغطاة بطبقة رمانية متمسكة، تغسل بسهولة على مجرى الماء تاركة سطحاً أحمر فاقعاً أو بنفسجياً، يُمَاهد على هذه الأرضية تآكلات مختلفة السطح، والشكل والعمق، يكون جدار الكولون مترققاً بشدة في أماكن التقرحات الواسعة.
- يكون قعر التقرحات بلون أحمر دموي وغالباً ما يغطي بعلقة دموية مختلطة بمادة نخرية بلون رمادي متمسخ.
- المخاطية خارج التقرحات بلون أحمر أيضاً مبرقشة بنزوف حثثية نقطية متوزمة ومرتفعة.
- يبدو الكولون عند الاستئصال الكامل معنوفاً بسبب قعره والتضيقات والتوسعات غير المنتظمة في أجزاء محددة منه.
- يعتقد أن هذا التشوه إنما ينشأ إما من تقلص الطبقة العضلية أو نتيجة لاضطراب بنائها الناجم عن الحدئية التخرية للداء.

#### 2- مجهرياً:

- يكون سطح المعى مغطا بطبقة من المخاط والفبرين والخلايا متوسطة البشروية مع عديدات النوى والمفاويات.
- البشرة الساترة ذات هيولى فجوية، وتنتقل النوى من القاعدة نحو قمة الخلايا، ويعتبر هذا الانتقال مظهرأ هاماً في التهاب الكولون القرخي الحاد.
- بالإضافة لما سبق نشاهد توسفات بشروية مختلفة المساحة تتحول إلى تآكلات وتقرحات.
- تهاجر المعتدلات والمفاويات من الصفيحة الخاصة إلى ما بين الخلايا الساترة وأكثر ما تشاهد هذه الظاهرة في جوار التآكلات والتقرحات.
- تشاهد هذه الهجرة بشكل خاص في الشكل الحاد إلا أنها تشاهد في الشكل المزمن أيضاً.
- الغشاء القاعدي للبشرة الساترة غير متبدل.
- تكون التبدلات المشاهدة في الخلايا الساترة للأغوار أقل منها في السطحية، وهذه التبدلات متباينة بين الخلايا الموجودة تحت سطح متبدل أو غير متبدل.
- تكون الأغوار تحت المناطق المصابة ذات بناء مضطرب فهي غالباً متشعبة بشدة، ملتوية، متوسعة بشكل كيسى، وأقل من ذلك غامرة، يكون عدد الخلايا الكأسية هنا مرتفعاً لدرجة قد تغطي كامل سطح الأغوار، وتشاهد هنا أيضاً هجرة المعتدلات والمفاويات عبر الخلايا الساترة للأغوار.
- من العلامات الهامة المميزة للشكل الحاد ما يسمى بخراجات الأغوار:

إنها في الغالب أغوار مشوهة مليئة برشحة التهابية ممزوجة مع المخاط والخلايا المتوسفة أو اشلائها والخلايا المعتدلة المتوتة.

تعتبر هذه العلامة مميزة لالتهاب الكولون القرصي بشكل خاص الشكلين الحاد والمزمن الفعال مع العلم أنها ليست نوعية للمرض.

• يرى بعض المؤلفين أن هذه الخراجات هي التظاهرة الأولية للحدثية الالتهابية في الأمعاء الغليظة ومنها تتسرب المركبات السامة إلى الأقسام الأعمق للمخاطية مؤدية إلى تشكل الخراجات الجوبية lacunar abscess.

• يرى البعض الآخر أن خراجات الأغوار لا تمثل التظاهرة الباكرة للشك الحاد، حيث تكون المخاطية المجاورة لهذه الأغوار في غالبية الأحوال غير متبدلة.

• في الصفيحة الخاصة: وزمة التهابية، ارتشاح غزير من المعتدلات، الحمضات، المعوريات، اللقاويات والناسجات مع سيطرة أحياناً للحمضات.

توزع الرمشاحة منتشر مع تراكز حول الأوعية، يضاف إلى الرمشاحة حول الأوعية في أماكن التخرب النسيجي وجود البندنيات بدرجة مختلفة.

الأجربة للمقاوية مفطرة التسج، وقد يشاهد في مراكزها النتوجة البندنيات والحمضات.

• تبدي الأوعية للمقاوية والدموية في أماكن الأذية تبدلات مختلفة: غالباً ما شوهد احتقان مختلط (في الشريينات الوريدات والشعيرات) مترافق بركودة لمقاوية ووزمة في النسيج المجاور، تكون بعض الشريينات في جوار الأذية متمسكة الجدر مع نخر فيبرينونيدي وهياليني، يقود هذا النخر إلى التهاب منتج حول وضمن الأوعية، ويعتبره بعض المؤلفين علامة باكراً لالتهاب الكولون القرصي الحاد.

• إن أكثر العلامات تمييزاً، مشاهدة في الالتهاب الحاد هو تنخر المخاطية حيث تتشكل القرحات في أماكن تومف الأجزاء المتخثرة والتي تبدي نسيجياً وجود مادة نخرية في قاعدة وحواف هذه القرحات.

• الطبقة العضلية المخاطية: غالباً ما تكون ممزقة بسبب الوزمة الالتهابية التي تمزق الألياف العضلية، تتورم هذه الألياف ويرتشح فيما بينها خلايا عديدة النوى تدخل إليها من الصفيحة الخاصة.

• في الطبقة تحت المخاطية: تبدلات حثلية في العقد العصبية، وتسمك الألياف العصبية، لكن هذه التبدلات غير نوعية ولا تحمل قيمة تشخيصية.

ثانياً - التهاب الكولون القرصي المزمن:

لقد صادفنا هذا الشكل بشكل أوسع وهو يتظاهر بأحد شكلين - مزمن مستمر أو فعال.

1- الشكل المزمن المستمر:

وهو يستمر لعدة سنين في صيغة واحدة سريرياً ومورفولوجياً، ولا يخضع للعلاج الجراحي عادة

وذلك بسبب الاستجابة للعلاج المحافظ.

وعليه فإن الدراسة العيانية والمجهرية إنما تتم فقط بمساعدة التنظير تبدو المخاطية غير منتظمة،

محمره، تحتوي العديد من القرحات، ذات أحجام وأعمال متباينة، مبعثرة بشكل فوضوي، وهي أصغر حجماً

من مثيلاتها في الشكل الحاد وتعطي المخاطية منظرأ خاصاً وكأنها مأكولة بالعث.

يكون قاع القرحات بلون رمادي مبيض، كما تشاهد هنا وهناك ندبات في أماكن القرحات.

من الضروري الإشارة إلى أن المساحات المصانة في الخاطية في الشكل المستمر هي أوسع بشكل واضح منها في الشكل الحاد.

تعتبر البوليبات الكاذبة موجودة وهامة في التنظير على أن أحجامها لا تتجاوز (2-4) سم قطراً.

#### الدراسة النسيجية:

اختلفت النتائج بحسب مكان أخذ الخزعة، مما يوجب أخذ عدة خزعات وذلك من أماكن مختلفة التبديل الأمر الذي يسنح بصياغة صورة أشمل عن الآفة.

يجب أن تدرس الخزعة المقوضة كما الخزعة الجراحية وذلك بالبحث عن حالة كل جزء من بناء جدار المعى المقروض.

• البشرة الساترة والمجاورة مباشرة للتآكلات أو القرحات متفاوتة بشدة بالزهري ذات نوى زائدة الصبغ، الاضطراب النووي خفيف، أما الارتشاح داخل البشرة الساترة بالمعدلات والمحمضات فيشاهد في حالات قليلة.

• الخلايا الكأسية زائدة العدد خاصة في الأغوار وتحافظ على الطبيعة الكيميائية للمفرز المخاطي وهذا أمر يتحقق على أحسن وجه عند التلوين بالـ pas.

• وتبدي الأغوار تبدلات بنوية تسببه مثيلاتها في الشكل الحاد: تشوه، هجرة للمفاويات والبيض عبر البشرة الساترة للأغوار، وبشكل نادر جداً بعض الخراجات الفورية.

• وقد شوهد في بعض الحالات نقص في عدد الخلايا الكأسية خاصة عندما تراكمت مع درجة من خلل التنسج.

• يمتاز الشكل المستمر بالنقص المعتبر في عدد الأغوار مع توزيعها غير المنتظم وذلك بسبب الضمور المترقي في الجدار المعوي.

• تكون خلايا بانث زائدة العدد خاصة في جوار المناطق المتأذية.

• في الصفيحة الخاصة: رشاحة لمفاوية غزيرة تختلط بالمعدلات، الناسجات، والأرومات الليفية تهاجر في بعض الحالات المعدلات باتجاه الغشاء القاعدي للبشرة الساترة المسطحة.

• لا تتواجد الحمضات بالضرورة في الرشاحة على الرغم من سيطرتها في بعض الحالات.

• يعتبر النسيج الحبيبي غير النوعي في قعر القرحات علامة هامة في تشخيص الشكل المستمر.

• يكون تكاثر الأرومات الليفية في مناطق القرحات نسبياً غير متطور.

• التبدلات الوعائية أقل توتراً في الشكل المستمر وتمتاز أساساً بالتكس الهيايني مع تضيق للمعات، نادراً ما يشاهد التتسك القبرينويدي، وإذا ما لوحظ فإنه يفتح الطريق أمام السؤال عن إمكانية تفاعل الحالة.

• تظهر العضلة المخاطية في الخزعات المقروضة أو المشفوفة بشكل نادر لذا فإن التبدلات المرافقة فيها قليلة المشاهدة، وتتجلى عند وجودها بالترقق والاستبدال بالنسيج الضام.

• البوليبات الكاذبة: أهم العلامات في تشخيص التهاب الكولون القرصي وقد شوهدت في أغلب الحالات خاصة الشكل المستمر، وهي تختلف عن البوليبات الحقيقية بالمتشأ والبناء معاً ويمكن تصنيفها في شكلين أساسين:

1. بوليبات تخريبية وهي إما حادة: في التهاب الكولون القرصي الحاد

أو مزمنة: في الالتهاب المزمن.



2. بوليبيات ترميمية وتقسّم إلى:

- التهابية: وتتشكل من نسيج حبيبي التهابي.
- ترميمية غدومية.
- مختلطة.

- البوليبيات الكاذبة التخريبية:
- وتُشاهد في مختلف أشكال الالتهاب القرصي، وتشتمل على جزر مصنونة من المخاطية تحيط بنسيج متقرح أو متخر على شكل بوليبي.
- يكون التشخيص العياني لهذه البوليبيات صعباً للغاية إذا فالخزعات على هذه المناطق أمر لا بد منه وقد تكون الخزعة المقروضة أو المشفوفة غير كافية للتشخيص وذلك عندما تكون سطحية أو لا تحتوي على تشكل بوليبي كامل.
- البوليبيات الكاذبة الترميمية: نميز لها شكلين:
- البوليبي الالتهابي: نسيج حبيبي متكاثف ينشأ من قعر أو حواف القرحات وينشأ فوق سطح المخاطية، ولا توجد صعوبة في التعرف على هذا الشكل.
- البوليبي الغدومي الترميمي: يتشكل نتيجة للترميم الفعال في غدد ليبركون في مخاطية الكولون. يصعب عيانياً تفرغه من البوليبيات الأخرى بما فيها الحقيقية.
- إن الموجه الأساسي في الخزعات المدروسة لمثل هذه الحالات هو المخاطية المتخرجة والمتقرحة نسيجياً: فرط تتسج غدد ليبركون مع نشاط إفرازي ضعيف نسبياً لبشرة هذه الغدد، تكون المخاطية المحيطة بهذه البوليبيات الترميمية ذات بناء متخرّب بشدة.
- قد يكون تفرق البوليبيات الحقيقية عن الكاذبة صعباً أحياناً إلا أن المعطيات التنظيرية عن مخاطية متقرحة متخرجة في الكولون تساعد في الإجابة.
- البوليبي الكاذب المختلط: يساهم في تشكيل هذه البوليبيات.
- فرط تشكل النسيج الحبيبي وفرط ترمم غدد ليبركون. وهذا الشكل أكثر مصادفة من الشكل الغدومي الترميمي الصرف.

#### التهاب الكولون المزمن الفعال:

صادفنا هذا الشكل نسبياً بشكل متواتر، وكثيراً ما يوجه المرضى إلى العلاج الجراحي بسبب صعوبة التأثير بالعلاج المحافظ، على أننا لم نشاهد أية حالة معالجة جراحياً خلال السنوات الخمس الماضية.

عيانياً: لا تمثل الدراسة العيانية لمحضرات العمليات صعوبة تشخيصية:

قرحات عديدة مغطاة بنسيج حبيبي التهابي بلون رمادي مبيض، على هذه الخلفية تكتشف مساحات نخرية حديثة بلون رمادي متسخ مختلفة الشكل والمساحة، تظهر تحتها أحياناً قرحات حديثة بقعر أحمر دموي. إن هذا التناوب بين القرحات المستورة بنسيج حبيبي وبين القرحات الحديثة النازفة يشكل أحد أهم الخصائص العيانية في التهاب الكولون القرصي المزمن الفعال.



## التبدلات النسيجية:

- تسمح الخزعة الجراحية بمتابعة التبدلات في الأماكن المختلفة للأعضاء كما في طبقاتها، وبناء على تنوع التبدلات وجب أخذ الخزعات من أماكن مختلفة.
- تتمثل الموجودات النسيجية في تزامن العلامات المميزة للشكل المستمر والشكل الحاد معاً. يكون الابلتيوم السطحي في المناطق التي ما زال مصوناً فيها ذا نوى متباينة التوضع. تكون البشرة السطحية في الغالب متوسعة وتكون خراجات الأغوار المظهر المعتاد حتى أنها قد تكون أكثر منها في الشكل الحاد.
- الرشاحة الالتهابية في الصفيحة الخاصة مكونة من اللمفاويات والمصوريات مع العديد من المعتدلات والحمضات.
  - يعتبر وجود القرحات الحديثة والمزمنة معاً والمتراق مع وجود تراكيب بوليبيية كاذبة مختلفة، يعتبر ذات علامة تشخيصية مهمة في النموذج المزمن الفعال.
  - يكون التشخيص على الخزعات المقروضة أشد صعوبة/ لذا فإن من الضروري أخذ أكثر من خزعة من أماكن مختلفة، الأمر الذي يقلل فرص حصول أخطاء تشخيصية، فالخزعة الوحيدة المأخوذة من قرحة حديثة من الطبيعي أن تشخص على أنها شكل حاد. أن تكرار الخزعة عموماً والمقارنة مع الموجودات العيانية يصحح احتمال الخطأ.

## REFERENCES

المراجع

1. Allen D.C. 1986 Misplaced epithelium in ultcerative colitis and crohn disease of the colon and its relationship to malignant mocosal changes. *Histopathology*. Vol 10, pp 37.
2. Bookman. M.A. 1979 characteristics of isolated intenstinal mocosal lymphoid cell in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. Vol 77, pp 503.
3. Chambers. T.J. 1980 Large bowel biopsy in the differential diagnosis of inflamatory bowel disease. *Invest cell pathol* Vol 3, pp 159.
4. Goldman. H. 1981 mucosal biopsy of the rectum colon, and distal ileum. *Hum. Pathol*. Vol 13, pp 981.
5. Jessurum J. 1986 Pseudosarcomatous changes in inflammatory pseudopolyps of the colon. *Arch. Pathol. Lab. Med*. Vol 110, pp 981.
6. Kirsner. J.B. 1978 inflammatory bowel disease consideration of etiology and pathogenesis. *Gastroentorallogy*. Vol 69, pp 253.
7. Lum G.D. 1958 Ucerative colitis. Apathological study of 152 syrgical specimens. *Gastroentorallogy*. Vol 43, pp 833.
8. Morson .B. 1970 Curent concept of colitis lucture 1. *Trans . Med Soc. Land*. Vol 86, pp 159.
9. Price A.B. 1975 Inflammatory bowel disease, the surgical pathology of ulcerative colitis. *Hum. Pathol*. Vol 6, pp 7.