

## خزعة الكبد (الاستطابات .الاختلاطات .النتائج)

### خبرة مشفى الأسد الجامعي بالاذقية

الدكتور حسان زيزفون \*

الدكتور زهير الشهابي \*\*

فلك باليه \*\*\*

( قبل للنشر في 2004/3/30 )

#### □ الملخص □

- خلال الفترة الممتدة بين تشرين أول 2002، وتشرين أول 2003 قمنا بإجراء 40 خزعة كبدية (22 ذكور و18 إناث) في مشفى الأسد الجامعي بالاذقية، وتم توزيع المرضى في خمس مجموعات اعتماداً على الاستطباب الذي استوجب إجراء الخزعة الكبدية كما درست الاختلاطات بعد إجراء الخزعة فكانت النتائج كما يلي:
1. أغلب المرضى هم فوق الخمسين من العمر (57.5%) وأغلب حالات التهاب الكبد المزمن كانت بأعمار تحت الخمسين من العمر بينما بقية الآفات كانت بأعمار فوق الخمسين من العمر في غالبيتها..
  2. لدى (40%) من المرضى، كان استطباب الخزعة هو وجود كبد غير متجانس وقد شكلت النقائل الكبدية السبب الأول للكبد غير المتجانس بنسبة (17.5%) وفي المرتبة الثانية لاستطباب الخزعة جاء الالتهاب الكبدي الفيروسي لدى (22.5%).
  3. لقد شكل التهاب الكبد المزمن 25% من نتائج الخزعة الكبدية و(15%) منها يعود في سببه للالتهاب الكبدي الفيروسي.
  4. لقد شكل تشحم الكبد 20% من نتائج الخزعة 10% منها كان لديهم ضخامة كبدية متجانسة.
  5. لقد شكل تشمع الكبد 7.5% وكان من النوع صغير العقيدات لدى جميع مرضانا.
  6. أعطت الخزعة تشخيصاً مؤكداً لسبب الركودة الصفراوية لدى جميع الأطفال الذي لديهم ركودة صفراوية استدعت إجراء الخزعة الكبدية لهم.
  7. الاختلاط الوحيد المصادف في دراستنا هو الألم..
  8. رجحان لإصابة الذكور بمختلف الآفات ما عدا الكارسينوما الأولية واللمفوما والالتهاب الكبدي الحاد الفيروسي..

\*أستاذ مساعد في قسم الأمراض الباطنية، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\*أستاذ مساعد في قسم التشريح المرضي، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\*\*طالبة دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنية، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

## **Liver Biopsy (Indications – Complications – Results)** **Experience of Al –Assad University Hospital in Lattakia**

**Dr.Hassan.Zezafoun\***  
**Dr. Zuhair. AL- Shehabi \*\***  
**Falak Balia \*\*\***

**(Accepted 30/3/2004)**

### **□ ABSTRACT □**

During the period between October 2002, to October 2003, we performed (40) Liver Biopsies (22 males and 18 females) At AL – Assad university Hospital in lattakia.we divided our patients into Five groups according to the indication. We studied camplications.. the results were:

- 1-Most of the patients ages were more than 50 year in percentage (57.5)% chronic hepatitis was reported in the ages < 50 year while others lesions were reported in the ages > 50 year.
- 2- The first indication was (Heterogenous liver) in 40% of patients. Metastasis was the first cause of this indication (17.5%). The second indication was viral hepatitis (22.5)%
- 3- Chronic hepatitis was diagnosed in (25%) of the results and (15%) of its causes were viral hepatitis.
- 4- Steatosis was found in (20%) of results and 10% of its patients were had obscure hepatomegaly- (homogenous one)
- 5- Cirrhosis had percentage (7.5%) and it wasMicro nodular cirrhosis in all our patients.
- 6- Biopsy gave a certain diagnosis to cholestasis in all children.
- 7- Pain was the only complication in our study.
- 8- The incidence of the most lesions focused in males while Hepatocellular carcinom, lymphoma and acute viral hepatitis focused in females.

---

\*Associate Professor, Department Of Internal Medicine, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\* Associate Professor, The Department Of Pathology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia.Syria.

\*\*\*Postgraduate, Internal Medicine Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

إن أول عملية خزع للكبد بالإبرة أجريت عام 1883 من قبل الباحث /بول ارليش/ لدراسة محتوى الكبد السكري من الغليكوجين، تلتها محاولة الباحث الإيطالي /لوساتيلو/ عام 1895 لأجل تشخيص خراج الكبد.. وكان أول بحث تم نشره يعود للباحث /شوبفر/ عام 1907 في فرنسا حيث تم استخدام هذه التقنية لأجل تشخيص حالات تشمع الكبد والأورام الكبدية، غير أن هذه التقنية لم تحقق شهرتها إلا في عقد الثلاثينات من القرن الماضي (1930) حين تم استخدامها للأغراض العامة من قبل الباحث /هوارد/ وزملائه في فرنسا ومن قبل الباحث /بارون/ في الولايات المتحدة..

خلال الحرب العالمية الثانية ازداد استخدام تقنية خزع الكبد أساساً لأجل استقصاء حالات التهاب الكبد الحموي غير المميّنة التي كانت تصيب الجيوش المتحاربة في الطرفين.

لقد تعددت أساليب إجراء الخزعة الكبدية وتطورت تقنياتها ابتداءً من الرشف بإبرة مانغيني Mangini والتي تعتبر طريقة سهلة وسريعة وقليلة الكلفة إلى استخدام إبرة Trucut المغلفة والتي تعد طرازاً معدلاً لإبرة فيم-سيلقرمان ذات الأهمية عند مرضى التشمع الكبدية وذات المضاعفات الأقل..

مروراً بطريقة الخزع عبر الوريد الوداجي إلى الوريد الكبدية ذات الأهمية عند المصابين بمشاكل تخثر أو الذين لديهم حبن غزير.. وصولاً إلى عملية الخزع الموجه بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية أو بالتصوير الطبقي المحوري والتي تعتمد تقنية الخزع (Biopty-Gun) - مسدس الخزع- التي تعمل بآلية نابض سريعة وقوية وتتاسب الآفات البؤرية بشكل خاص.. فالיום تبدلت التقنيات والاستطبابات ويات من الممكن تحديد المضاعفات بصورة أفضل واليوم يتوجب على كل طبيب أن يتعلم إجراء عملية خزع الكبد تحت الإشراف والمراقبة. وتعتبر مسألة تفسير نتائج الخزع جزءاً هاماً في برنامج تدريب أخصائي التشريح المرضي..

## أهمية البحث:

خزعة الكبد أحد الإجراءات التشخيصية الهامة في قسم الأمراض الباطنة وبخاصة في شعبة أمراض الهضم وتأتي أهمية البحث من ضرورة القيام بدراسة تحليلية لحالات الخزع الكبدية المجرى في المشفى..

## هدف البحث:

- كما سبق وذكرنا بأن البحث دراسة تحليلية لمرضى خزعة الكبد فهو يهدف إلى:
- . معرفة الاستطبابات التي استدعت إجراء الخزعة.
- . دراسة الاختلاطات المختلفة للخزع المرضية..
- . تحليل النتائج التشريحية المرضية..

## العينة وطريقة البحث:

تضم عينة الدراسة جميع المرضى المراجعين لمشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة الممتدة بين تشرين أول 2002 ، وتشرين أول 2003 الذين أجرينا لهم خزعة كبد بصرف النظر عن العمر أو الجنس.. بعد اختيار المريض بشكل جيد لتحديد الاستطباب ومضادات الاستطباب لإجراء الخزعة وذلك بأخذ قصة سريرية متكاملة وفحص فيزيائي وفحوصات مخبرية وشعاعية حيث يتم إجراء تصوير الصدرى للبطن باستعمال

جهاز ايكوگرافي نوع توشيبا مع بروب كونفكس 3.5 ميغا للتأكيد على وجود معطيات شعاعية تستوجب إجراء الخزعة الكبدية مع تحديد للآفات الكبدية سواء أكانت موضعة أم منتشرة..

من خلال ذلك كله نحدد وجود أي اضطراب في تخثر الدم لدى المريض فمقومات التخثر يجب أن تكون سليمة لأن الجرح الناجم عن الخزعة يعتبر جرحاً بليغاً ويقصد بمقومات التخثر بشكل خاص زمن البروترومبين PT:

حيث يمكن إجراء الخزعة عندما PT يصل حتى (60%) وتعداد صفيحات الدم حتى (100) ألف صفيحة/ملم<sup>3</sup>.. كما نتبين من عدم وجود حبن خاصة إذا كان غزيراً وكذلك عدم وجود كيسة مائية كبدية أو توسع في الطرق الصفراوية داخل أو خارج الكبد ونحدد حجم الكبد وموقع المرارة ووجود تشوهات تشريحية كما نستقي من خلال ذلك وجود أية آفة أو مرض لدى المريض مثل آفات الجلد الالتهابية أو نفاخ رئوي أو قصور قلب... ونلاحظ مدى تجاوب المريض وتعاونه وبعد التأكد من عدم وجود مضاد استنطاب وخاصة إذا كان مطلقاً أو إن أمكن التغلب عليه (مثلاً مريض نقص الصفيحات بنقل دم طازج أو مريض لديه تطاول PT بنقل بلازما عالية التخثر) في حال الحاجة الماسة للخزعة.. نبدأ بتحضير المريض خاصة إذا كان متهيجاً وقلقاً بإعطائه الأدوية المركنة مثل الديازيبام عضلياً بجرعة 10mg والأترابين بجرعة (0.25) ملغ قبل حوالي نصف ساعة من البدء بإجراء الخزعة مع الإشارة إلى أنه إذا كان المريض طفلاً يتم تحضيره في قسم الأطفال وتجري خزعة الكبد بحضور طبيب أطفال.. بعد تحديد النقطة المناسبة عادة في الفراغ الوري الثامن أو التاسع على الخط الإبطي المتوسط يتم تعقيم المنطقة جيداً ومن ثم يتم تخدير المريض تخديراً موضعياً بالليدوكائين (0.5-2.0%) نحتاج حتى 5 مل منه (20mg/ml) أي بجرعة 100mg ولا تتجاوز 200mg.. ومن ثم يتم إجراء الخزعة في نهاية زمن الزفير.

وقد استخدمنا نوعين من الخوازع ففي المرحلة الأولى من الدراسة استخدمنا خازع من نوع Biopty- Bard باستخدام إبر قياس (18G) بطول مناسب وفي المرحلة الأخيرة من الدراسة اعتمدنا نوع آخر من الخوازع هو (Magnum) باستخدام إبر قياس (18G) ويطول مناسب (16-22cm). وبعد أخذ عدة خزع تثبت الخزع بالفورمول (10%) أو بالكحول وترسل إلى مخبر التشريح المرضي للدراسة..

بعد الانتهاء من إجراء الخزعة ووضع الضماد مكان الخزعة تتم مراقبة المريض لرصد أي اختلاط قد يحدث لديه حيث يبقى المريض في سريره لمدة 6 ساعات متواصلة على الجانب الأيمن (مكان إجراء الخزعة) ونراقب الضغط والنفض لديه كل نصف ساعة لمدة ساعتين ثم كل ساعة لمدة ست ساعات ثم كل 3 أو 4 ساعات حتى 24 ساعة.. ونراقب مدى تألم المريض لتسكين الألم في حال حدوثه وكذلك الحرارة . حدوث زلة تنفسية... وجود نزف مكان الخزعة (جرح الخزعة) ومن ثم يتم إجراء ايكوگرافي البطن لكل مريض بعد 24 ساعة وأحياناً أبكر من ذلك للمريض المتألم لكشف وجود نزف داخل الصفاق أو ورم دموي داخل كبدي أو أي اختلاط آخر (تدمي الصفراء..)

وأثناء ذلك يتم إملاء استمارة خاصة بكل مريض تتضمن كافة المعلومات:

تاريخ إجراء الخزعة وساعة إجرائها. بطاقة المريض الشخصية. الاستنطاب . تعداد الصفيحات وزمن PT عند المريض . عدد الخزع . الاختلاطات الحادثة وكيفية تدبيرها إن وجدت وأخيراً نتيجة التشريح المرضي.

### اعتماداً على الاستطباب تم تقسيم المرضى إلى خمس مجموعات:

**المجموعة الأولى:** وجود كبد غير متجانس (مثبت بالإيكوغرافي أو الطبقي المحوري).  
**المجموعة الثانية:** التهاب كبد فيروسي مثبت مصلياً بالواسمات الفيروسية الإيجابية وهنا أجريت الخزعة لتحديد درجة ومرحلة الالتهاب المزمن.

**المجموعة الثالثة:** وجود ضخامة كبدية متجانسة تم التوجه إليها سريراً وشعاعياً.  
**المجموعة الرابعة:** كبد كحولي: تم استقصاؤه سريراً ومصلياً (كثرة الكريات الحمراء الكبيرة بغياب فقر الدم وازدياد غاما غلوتاميل ترانسفيراز في البلازما.. خمائر الكبد الأخرى والنسبة بينها.. )  
**المجموعة الخامسة:** استطبابات لأسباب أخرى.

يبين الجدول رقم 1 الاستطبابات التي دفعتنا لإجراء الخزعة الكبدية

جدول رقم 1: استطبابات الخزعة الكبدية

| النسبة المئوية | عدد المرضى | الاستطباب                  |
|----------------|------------|----------------------------|
| 40%            | 16         | . كبد غير متجانس           |
| 22.5%          | 9          | . التهاب كبد فيروسي مزمن   |
| 15%            | 6          | . ضخامة كبدية متجانسة      |
| 10%            | 4          | . كبد كحولي                |
| 7.5%           | 3          | . ركودة صفراوية            |
| 2.5%           | 1          | . ضخامة طحال غير مفسرة     |
| 2.5%           | 1          | . خمائر كبد شاذة غير مفسرة |
| 100%           | 40 مريض    | المجموع                    |

## النتائج:

أجرينا 40 خزعة كبدية منهم 22 من الذكور (55%) و18 من الإناث (45%) تراوحت أعمارهم بين شهرين . 75 سنة..

وسنبين فيما يلي النتائج: الموجودات التشريحية المرضية أولاً، ثم الاختلالات الحادثة ثانياً، ثم العلاقة بين النتائج وكلاً من العمر والجنس..  
أولاً. الموجودات التشريحية المرضية:

يبين الجدول رقم 2 مختلف الموجودات التشريحية المرضية لدى جميع مرضانا بصرف النظر عن العلاقة بين الاستطباب ونتيجة الخزعة وسنستعرض بعد ذلك نتائج الخزع لدى أهم مجموعات المرضى..

جدول رقم 2: الموجودات التشريحية المرضية لدى المرضى

| النسبة المئوية | عدد المرضى | نتيجة الخزعة           |
|----------------|------------|------------------------|
| 25%            | 10         | . التهاب كبد مزمن      |
| 20%            | 8          | . تبدل شحمي (تشحم كبد) |
| 17.5%          | 7          |                        |

|      |         |                                 |
|------|---------|---------------------------------|
| 7.5% | 3       | . نقائل كبدية                   |
| 7.5% | 3       | . كارسينوما أولية               |
| 7.5% | 3       | . تشمع كبد                      |
| 5    | 2       | . التهاب كبد فيروسي حاد         |
| 5    | 2       | . تبدلات التهابية لا نوعية      |
| 5    | 2       | . انسداد طرق صفراوية خارج الكبد |
|      |         | . لمفوما                        |
| 100% | 40 مريض | المجموع                         |

ضمت المجموعة الأولى 16 مريض أي (40%) من مجموع المرضى كان وجود كبد غير متجانس هو الذي دفعنا لإجراء الخزعة وقد بينت النتائج التشريحية المرضية في هذه المجموعة وجود:

. نقائل للكبد 7 مرضى (17.5%) . التهاب كبد مزمن 3 مرضى (7.5%)

. كارسينوما (كبدية أولية) 3 مرضى (7.5%) . التهاب فيروسي حاد نمط ب 2 مريض (5%)

. تشمع كبد 1 مريض (2.5%)

ويبين الجدول رقم 3 نتائج الخزعة لمرضى المجموعة الأولى.

جدول رقم 3 نتائج الخزعة في المجموعة الأولى

| النسبة المئوية | عدد المرضى | نتيجة الخزعة            |
|----------------|------------|-------------------------|
| 17.5%          | 7          | . نقائل كبدية           |
| 7.5%           | 3          | . كارسينوما أولية       |
| 7.5%           | 3          | . التهاب كبد مزمن       |
| 5%             | 2          | . التهاب كبد فيروسي حاد |
| 2.5%           | 1          | . تشمع كبد              |
| 40%            | 16 مريض    | المجموع                 |

- في المجموعة الثانية لدينا 9 مرضى ممن دخلوا المشفى بشكايات مختلفة وشخص لديهم التهاب كبد فيروسي فقمنا بإجراء الخزعة الكبدية لتحديد مدى فعالية الالتهاب. وقد بينت لنا الخزعة: التهاب كبد مزمن مع تحديد المرحلة والدرجة لدى 6 مرضى (15%)

. لدى مريضين تبدلات شحمية مع علامات التهابية خفيفة في السبل البابية (5%).

. لدى مريض واحد علامات تشمع كبدي (2.5%)

ويبين الجدول رقم 4 نتائج الخزعة لمرضى المجموعة الثانية.

جدول رقم 4: نتائج الخزعة في المجموعة الثانية..

| النسبة المئوية | عدد المرضى | نتيجة الخزعة      |
|----------------|------------|-------------------|
| 15%            | 6          | . التهاب كبد مزمن |

|       |        |                    |
|-------|--------|--------------------|
|       | 2      | (الدرجة + المرحلة) |
| 5%    | 1      | . تبدلات شحمية     |
| 2.5%  |        | . تشمع كبد         |
| 22, % | 9 مرضى | المجموع            |

- لدى مرضى المجموعة الثالثة وعددهم 6 مرضى (15%) لديهم ضخامة كبدية متجانسة كانت نتائج الخزعة كما يلي:

. تشحم كبدي 4 مرضى (10%)

. تبدلات التهابية لا نوعية لدى مريضين من الأطفال (5%)

يبين الجدول رقم 5 نتائج الخزعة لمرضى المجموعة الثالثة

جدول رقم 5: نتائج الخزعة في المجموعة الثالثة

| النسبة المئوية | عدد المرضى | نتيجة الخزعة               |
|----------------|------------|----------------------------|
| 10%            | 4          | . تشحم كبدي                |
| 5%             | 2          | . تبدلات التهابية لا نوعية |
| 15%            | 6 مرضى     | المجموع                    |

- المجموعة الرابعة نجد 4 مرضى. أجرينا لهم الخزعة في إطار دراسة كبد كحولي لتحديد الآفات الحاصلة لديهم والمسببة بالكحول..

كانت النتائج التالية: تبدل شحمي (تشحم كبدي) 2 مريض (5%)

تشحم كبدي 1 مريض (2.5%)

التهاب كبد مزمن 1 مريض (2.5%)

يبين الجدول رقم 6 نتائج الخزعة لمرضى المجموعة الرابعة

جدول رقم 6: نتائج الخزعة في المجموعة الرابعة

| النسبة المئوية | عدد المرضى | النتيجة           |
|----------------|------------|-------------------|
| 5%             | 2          | . تشحم            |
| 2.5%           | 1          | . تشحم            |
| 2.5%           | 1          | . التهاب كبد مزمن |
| 10%            | 4 مرضى     | المجموع           |

. بالنسبة للمجموعة الخامسة كان لدينا 5 مرضى أجريت لهم الخزعة لاستطبابات مختلفة

. لدى 3 مرضى منهم ركودة صفراوية

. لدى مريض ضخامة طحال غير مفسرة

. لدى مريض خمائر كبد شاذة غير مفسرة

فبالنسبة لمرضى الركودة الصفراوية كانوا جميعاً من الأطفال أعطت الخزعة:

. انسداد في الطرق الصفراوية خارج الكبد لدى مريضين (5%)

. التهاب كبد فيروسي حاد لدى مريض (2.5%)

أما مريض الضخامة الطحالية والخمائر غير المفسرة فأعطت الخزعة الكبدية نتيجة لمفوما لدى 2 مريض (5%).

ثانياً. الاختلاطات:

يبين الجدول رقم 7 الاختلاطات المصادفة لدى مرضى الخزعة الكبدية.

جدول رقم 7: الاختلاطات لدى مرضى الخزعة الكبدية

| الاختلاط       | الأم | النزف | الوفيات | اختلاطات أخرى |
|----------------|------|-------|---------|---------------|
| عدد المرضى     | 3    | .     | .       | .             |
| النسبة المئوية | 7.5% | .     | .       | .             |

كما نلاحظ من الجدول أن الاختلاط الوحيد الذي صادفناه لدى مرضانا كان الأم لدى 3 مرضى

(7.5%) بينما لم نلاحظ أي اختلاط آخر سواء أكان باكراً أم متأخراً..

ثالثاً. النتائج التشريحية المرضية وفقاً للجنس والعمر

يبين الجدول رقم 8 النتائج التشريحية لدى كلا الجنسين

جدول رقم 8 النتائج التشريحية وفقاً للجنس

| نتيجة الخزعة          | الذكور | النسبة المئوية | الإناث | النسبة المئوية |
|-----------------------|--------|----------------|--------|----------------|
| التهاب كبد مزمن       | 7      | 17.5%          | 3      | 7.5%           |
| تشحم كبدي             | 5      | 12.5%          | 3      | 7.5%           |
| نقائل كبدية           | 5      | 12.5%          | 2      | 5%             |
| كارسينوما             | 1      | 2.5%           | 2      | 5%             |
| تشحم كبد              | 2      | 5%             | 1      | 2.5%           |
| التهاب كبد فيروسي حاد | 0      | 0%             | 3      | 7.5%           |
| تبدلات لا نوعية       | 1      | 2.5%           | 1      | 2.5%           |
| انسداد طرق صفراوية    | 1      | 2.5%           | 1      | 2.5%           |
| لمفوما                | 0      | 0%             | 2      | 5%             |
| المجموع               | 22     | 55%            | 18     | 45%            |

يبين الجدول رقم 9 النتائج التشريحية لدى المرضى وفقاً للعمر

جدول رقم 9 نتائج الخزعة لدى مختلف الفئات العمرية

| نتيجة الخزعة    | أطفال تحت 3 سنوات | تحت الخمسين سنة | فوق الخمسين سنة |
|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| التهاب كبد مزمن | .                 | 7               | 3               |
| تشحم كبدي       | .                 | 3               | 5               |

|       |         |       |                    |
|-------|---------|-------|--------------------|
| 7     | .       | .     | نقائل كبدية        |
| 2     | 1       | .     | كارسينوما أولية    |
| 3     | .       | .     | تشمع كبدي          |
| 1     | 1       | 1     | التهاب فيروسي حاد  |
| .     | .       | 2     | تبدلات لا نوعية    |
| .     | .       | 2     | انسداد طرق صفراوية |
| 2     | .       | .     | لمفوما             |
| 57.5% | 23 مريض | 30%   | 12 مريض            |
|       |         | 12.5% | 5 مرضى             |
|       |         |       | المجموع            |

### المناقشة بالمقارنة مع دراسات أخرى:

بالعودة إلى الجدول رقم 1 نلاحظ أن الاستطباب الأول الذي استوجب إجراء الخزعة في دراستنا هو وجود كبد غير متجانس بنسبة (40%) تلاه الالتهاب الكبدي الفيروسي بنسبة (22.5%).. وبخصوص الكبد غير المتجانس فقد شكلت النقائل الكبدية السبب الأول في دراستنا بنسبة (17.5%) من الأسباب وفي المرتبة الثانية لأسباب الكبد غير المتجانس جاءت الكارسينوما الكبدية الأولية والتهابات الكبد المزمنة لدى (3) مرضى (7.5%)..

علماً أنه في دراسة محلية أجريت في دمشق عامي 1997-1998 أعدها الدكتور بركات شاهين تبين دور الخزعة الموجهة بالإيكوغرافي في تشخيص كتل البطن والكبد- حيث أجريت 67 خزعة على الكبد خلال عامين كانت نسبة النقائل الكبدية (15.2%) في حين كانت نسبة السرطانة الأولية (14.1%) دون أن تحدد الدراسة العلاقة بين الاستطباب ونتيجة الخزعة.

- وبالعودة إلى الجدول رقم 4 نجد أن 6 مرضى من المجموعة الثانية أبدت الخزع الكبدية وجود التليف والنخر الكبدي الحاصل أي أعطت درجة ومرحلة الالتهاب بينا كانت التبدلات الحاصلة لدى مريضين من مرضى هذه المجموعة عبارة عن تبدلات شحمية فقط مع علامات التهابية بائية خفيفة (5%).

في حين أن مريض واحد أظهرت الخزعة لديه علامات التشمع وهنا كان التشمع صغير العقد (2.5%) علماً أنه من المعروف أن التشمع التالي لالتهاب الكبد المزمن عادة يكون كبير العقد بينما دراسة دمشق أعطت نسبة الالتهاب الكبدي المزمن بشكل عام (7.2%).

- في مرضى الضخامة الكبدية المتجانسة كان التشحم الكبدي قد شكل نسبة (10%) بينما في دراسة دمشق شكل التشحم الكبدي لدى كل مرضى الدراسة نسبة (1.2%).

. في مجموعة مرضى الكبد الكحولي كان التبدل الشحمي المسبب بالكحول موجوداً لدى مريضين (5%) في حين تطور لدى مريض آخر تشمع كحولي مع وجود لسحار حديدي خفيف في بعض الخلايا، لم تنطرق دراسة دمشق لهذا الاستطباب وإنما أعطت نسبة للتشمع الكبدي (16.5%) لدى 14 مريض من أصل 67 مريض أجري لهم خزعة.

. لقد تم تشخيص وجود انسداد في الطرق الصفراوية خارج الكبد لدى طفلين في إطار البحث عن سبب للركودة الصفراوية في حين كان سبب هذه الركودة لدى طفلة أخرى وجود التهاب فيروسي حاد .  
بينما كانت اللمفوما سبباً لضخامة طحال مترافقة مع ارتفاع نسبة حمضات الدم وسبباً لوجود خمائر كبدية شاذة غير مفسرة وقد أحييت المريضتان إلى أخصائي أمراض الدم.. في دراسة دمشق كانت نسبة اللمفوما (5.9%) وفي دراستنا النسبة (5%).  
. فيما يتعلق بالاختلاطات: بالعودة إلى الجدول رقم 7 نلاحظ أن الاختلاط الوحيد الذي صادفناه في دراستنا هو الألم لدى 3 مرضى (7.5%).

كان الألم خفيفاً يتوضع في الكتف لدى أحد المرضى تم تسكينه بالمسكنات العادية بينما كان الألم متوسط الشدة لدى مريضين يتركز في الشرسوف والمراق الأيمن تم تسكينه بالبنتازوسين 30mg عضلياً في حين تذكر الدراسات أن الألم التالي للزعة الكبدية إما أن يكون خفيفاً أو لا يوجد تألم لدى المريض (Douds,et.al.,1995) في حين لم نلاحظ في دراستنا حدوث أي نزف حيث تم مراقبة كل مريض بإجراء إيكوغرافي البطن وخاصة لدى المريض المتألم لكشف أي نزف داخل الصفاق أو ورم دموي داخل الكبد.... علماً أنه في دراسة تناولت 9212 حالة خزع كبد كان هنالك 10 حالات نزف مميتة بنسبة (0.11%) و22 حالة نزف غير مميتة بنسبة (0.24%) (SHERLOCK & Dooly, 1996) كما سجلت 26 حالة نزف في 1500 خزعة كبدية بنسبة (1.7%). (Gilmore,et.al.,1995) ..

بالنسبة للوفيات لم تحدث أية حالة وفاة في دراستنا علماً أنه في دراسة في مشفى Royal تم إجراء 8000 عملية خزع للكبد خلال فترة 17 سنة اقتصررت الوفيات على اثنين فقط أحدهما مصاب بالناعور والثاني بالتهاب كبد فيروسي بنسبة (0.01%) بينما كانت نسبة الوفيات في 1500 خزعة كبدية (0.13-0.33%) (Gilmore et.al.,1995) وفي دراسة دمشق حدث نزف لدى مريض واحد ووفاة لدى مريض آخر حيث تذكر الدراسة أن نسبة الاختلاطات كانت 2%.

بالنسبة للاختلاطات الأخرى مثل التهاب البريتوان الصفراوي . تجرثم الدم . استرواح الصدر ثقب أعضاء أخرى . ورم دموي داخل الصدر... لم نلاحظ أي اختلاط منها في دراستنا علماً أن التهاب البريتوان وجد 49 مرة في 12300 خزعة مع 12 حالة وفاة (SHERLOCK&Dooly,1996) وتجرثم الدم سجل بنسبة 13% من الحالات (MCCLOSKEY, et. al., 1973)....

#### **. بالنسبة للعلاقة بين النتائج التي حصلنا عليها وبين الجنس:**

بالعودة إلى الجدول رقم 8 نلاحظ أنه يوجد رجحان لإصابة الذكور بمختلف الآفات ما عدا الكارسيнома الأولية والتهاب الكبد الفيروسي الحاد واللمفوما مع العلم أن الكارسيнома الأولية يذكر دوماً أن نسبة الإصابة بها للذكور أعلى من الإناث وفي دراستنا إحدى المريضتين كانت بعمر 21 سنة.. لم نتطرق دراسة دمشق لهذه العلاقة كانت نسبة الذكور في مرضى الدراسة 62.5% والإناث 37.5%..

#### **. بالنسبة للعلاقة بين النتائج التي حصلنا عليها وبين العمر:**

بالعودة إلى الجدول رقم 9 نلاحظ أن أغلب حالات التهاب الكبد المزمن كانت تحت الخمسين من العمر في حين أغلب الآفات الأخرى خاصة النقائل والكارسيнома كانت بأعمار فوق الخمسين وهنا أغلب حالات التهاب الكبد المزمن كانت من منشأ فيروسي..

تذكر دراسة دمشق أن معظم الحالات كانت بأعمار متقدمة 65% فوق الخمسين من العمر .  
عند الأطفال لم نلاحظ أي من الآفات السابقة بل كانت الخزعة مشخصة للركودة الصفراوية لديهم (انسداد طرق صفراوية خارج كبدية + التهاب حاد فيروسي)  
كان للأطفال نسبة مهمة في عينة الدراسة 5 أطفال أي بنسبة (12.5%) في حين لم تذكر دراسة دمشق وجود أي طفل في مرضى الدراسة لديهم.

## الخلاصة:

نستخلص من بحثنا هذا الأهمية الكبيرة للخزعة الكبدية في تشخيص الآفات الكبدية سواء أكانت موضعة أم منتشرة، تستطيع الخزعة الكبدية أن تعطي تشخيصاً مؤكداً. أضف إلى أنه استقصاء جيد التحمل وخال من الأخطار عملياً إذا أجري بأيدي خبيرة..

## المقترحات والتوصيات:

- 1- إن الخزعة الكبدية إجراء سهل ونسبة الفشل فيه قليلة جداً والاختلاطات الحاصلة غالباً خفيفة يمكن السيطرة عليها لذلك يجب اعتبارها من الاستقصاءات الأساسية في قسم الأمراض الباطنة وحتى في قسم الأطفال بالنظر إلى أنها تختصر كثيراً من الجهد والزمن اللازمين للتوصل إلى تشخيص مؤكد لبعض الآفات التي قد تكون أحياناً قابلة للعكس أو من الممكن الحد من تطورها أحياناً أخرى.  
لذلك يتوجب على كل طبيب أن يتعلم طريقة إجراء هذه التقنية خلال فترة تدريبه السريري في هذه الأقسام.
- 2- إن إجراء الخزعة الكبدية الموجهة بالإيكوغرافي أفضل من الخزعة العمياء فهي غالباً أقل هجومية وذات موثوقية أكبر حتى في تشخيص الآفات المنتشرة لذلك يتوجب اعتمادها بشكل أكبر .
- 3- وجوب التحضير الجيد للمريض والتعقيم الجيد قبل إجراء الخزعة منعاً لحدوث الإنتان والحد من الاختلاطات مع وجوب المراقبة اللصيقة للمريض بعد إجراء الخزعة تفادياً لأي طارئ.
- 4- لقد شكل الالتهاب الكبدي المزمن الفيروسي نسبة عالية في مرضى دراستنا ومن المعلوم أن الالتهاب المزمن قد يتطور إلى تشمع بنسبة 10% من الحالات كما يذكر أنه المتهم الأول في تطور السرطانة الكبدية الأولية خاصة بالنسبة للنمط B لذلك يتوجب تعميم لقاح التهاب الكبد الفيروسي على كافة شرائح المجتمع وعدم الاقتصر على فئات الخطورة العالية التعرض لهذا الفيروس..
- 5- يجب نشر التوعية في المجتمع للامتناع عن سرف الكحول لما يسببه من أذيات في الكبد والجسم ككل..

/استمارة المريض/

| (ساعة إجرائها) | (تاريخ إجراء الخزعة)                    |
|----------------|---|
|                | البطاقة الشخصية:                        |
|                | اسم المريض:                             |
|                | العمر:                                  |
|                | مكان السكن:                             |
|                | رقم الهاتف إن وجد:                      |
|                | الاستطباب الذي استوجب إجراء الخزعة:     |
|                | زمن PT:                                 |
|                | تعداد الصفحات:                          |
|                | عدد الخزع المأخوذة:                     |
|                | الاختلاط بعد إجراء الخزعة وكيفية تديره: |
|                | نتيجة التشريح المرضي:                   |

## المراجع:

.....

### الأجنبية:

- 1-NEILKAPLOWITZ, M.D. 1996- Liver and Biliary diseases, 2th ed, LosAngeles california, p.717.
- 2- SHERLOCK, SH., DOOLY, J. 1996- Diseases of Liver and Biliary system, 10 th ed, London, p.33-42.

### العربية:

- 3- شاهين، بركات، 1997- دور الخزعة الموجهة بالإيكو في تشخيص كتل البطن والكبد، رسالة ماجستير، جامعة دمشق.

### المنقولة إلى العربية:

- 4- قمحية، حسان، 1996- ديفيدسون، مبادئ الطب الباطني وممارسته، المجلد الثاني، الطبعة الأولى، دار الكتب العربية، دمشق. ص 1077-1183.