

## ارزش‌یابی بافت‌برداری کبد از راه پوست و گزارش ۶۷۵ مورد بیوپسی کبد

دکتر ریحان‌اله سرلئی\* دکتر محسن نفیسی\*

خلاصه: در ضایعات و آسیب منتشر کبد بافت‌برداری و امتحان آسیب‌شناسی کبد یکی از راه‌های تشخیصی با ارزش محسوب می‌شود. ولی در صورتیکه کبد بزرگ باشد و نتیجه امتحان آسیب‌شناسی منفی جواب دهد، بایستی بوسیله لاپاراسکوپ بطور ماکروسکوپی کبد مورد بررسی قرار گیرد و بافت‌برداری جلوی چشم و بکمک لاپاراسکوپ انجام شود. در بخش پزشکی یک، مواردی از سیروز جبران شده کبد داشته‌ایم که آزمایش‌های کبدی سالم بوده و حتی بیوپسی و آزمایش آسیب‌شناسی بافت کاملاً طبیعی نشان داده است، و بعداً بکمک لاپاراسکوپی و بافت‌برداری توأم با آن تشخیص صحیح داده شده است. روی این اصول در مراکز پزشکی مجهز آلمان و فرانسه همیشه ترجیح می‌دهند که بافت‌برداری از کبد در مرحله اول با کمک لاپاراسکوپ انجام شود و بعداً جهت تعقیب و سیر بیماری می‌توان فقط پونکسیون کورکورانه نمود. در بیماری‌های موضعی و ضایعات محدود کبد مثل سرطان ثانوی و اولیه و گرانولوم بافت‌برداری از راه پوست غالباً باعث اشتباه در تشخیص می‌شود و فایده‌ای نخواهد داشت.

بافت‌برداری کبد از راه پوست و آزمایش آسیب‌شناسی آن یکی از وسائل بسیار با ارزش تشخیصی و مهم بیماری‌های کبد است. خوشبختانه امروزه بیوپسی کبد در

غالب بیمارستانها باسانی انجام میشود و عوارض آن بسیار اندک و جزئی است. در سالهای اخیر تنها به آزمایش آسیب شناسی بافت بدست آمده قناعت نمیکنند بلکه تعیین میزان آنزیمهای موجود در سلولهای کبد و بافت آن و بررسی عناصر متشکله سلول با میکروسکپ الکترونی نیز مورد توجه قرار گرفته است.

بوسیله بافت برداری و آزمایش آسیب شناسی اطلاعات صحیحی از وضع کبد و خصوصاً تغییرات آن در بیماریهای منتشر و پراکنده بدست میآید که متأسفانه حصول چنین نتیجهای پس از مرگ و در موقع اتوپسی میسر نیست زیرا که انساج بدن پس از مرگ تغییرات واضحی پیدا مینمایند.

بافت برداری کبد بطرق مختلف انجام میشود :

۱ - اگر بجهتی بیمار تحت عمل جراحی و لاپاراتومی قرار گیرد میتوان جلوی چشم از کبد بافت برداری کرد. بدین طریق معمولاً قطعه کوچکی از لبه کبد بافت برداری میشود که نتیجه خوبی از آزمایش آسیب شناسی آن بدست نمیآید زیرا فیروز زیر کپسولی ( Sub Capsular Fibrosis ) غالباً در لبه کبد شدیدتر است و چه بسا اوقات با وجودیکه کبد سالم است تشخیص فیروز و سیروز کبد مطرح میشود. لهذا توصیه میشود که بافت برداری همیشه یا از سطح قدامی کبد و یا بوسیله سوزنی از قسمت مرکزی قطعه راست کبد بعمل آید. بهتر است که این بافت برداری در ابتدای شروع بعمل جراحی انجام شود تا اینکه بافت بدست آمده از تغییراتی که در اثر بیهوشی و شوک جراحی پیدا میشود محزون باشد.

۲ - بافت برداری بکمک لاپاراسکوپ: بوسیله پنس و یا توسط سوزن مخصوص بعمل میآید. این طریقه بسیار مطمئن است، زیرا بکمک لاپاراسکوپ محل ضایعه مشخص و انتخاب میشود و خصوصاً ارزش این طریقه در ضایعات موضعی و تومورهای کبد ثابت شده و حائز ارزش زیادی است. از طرف دیگر عوارض بعدی و خونریزیهای شدید را میتوان جلوی چشم مشاهده کرد و از پیشرفت آن جلوگیری نمود.

۳ - بافت برداری از راه پوست و بطور کور کورانه از همه ساده تر و امروزه در

غالب بیمارستانها رایج است. وسایل مختلفی برای بیوپسی کبد تهیه شده است که دو نوع آن بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد که یکی استفاده از سوزن مانگینی (Manghini) و دیگری ویم‌سیلورسن (Vim - Silverman) است.

**حاضر کردن بیمار :** بایستی زمان سیلان و انعقاد خون و مقدار پرترومبین بیمار طبیعی باشد. در صورتیکه غیرطبیعی است چند روزی داروی بالابرنده قدرت انعقاد خون خصوصاً ویتامین کا (K) تزریق شود. جهت بیماران یرقانی با وجود پرترومبین طبیعی بهتر است از سه روز قبل روزانه ۱ میلی‌گرم ویتامین کا (K) محلول در آب تزریق شود. برای تسکین دادن بیمار و ایجاد بیحسی در مورد بیماران یرقانی ما از مخلوط فنرگان و لارگاکتیل و یا اسپارین و در مورد بیماران غیر یرقانی از مرفین و اتروپین بطور تزریقی استفاده می‌کنیم. بهتر است روز قبل بیمار تنقیه شود تا اینکه محتویات و گازهای روده خارج گردد. شب قبل باید بیمار غذای ساده میل نموده و صبح روز آزمایش ناشتا باشد. اگر اسیت فراوان در شکم وجود دارد قبل از بافت‌برداری بایستی تخلیه شود زیرا با وجود اسیت کبد در مایع صفاق بحرکت درآمده امید موفقیت بسیار کم می‌گردد. در کبدهای کوچک باید بوسیله دق و در صورت لزوم رادیوگرافی ساده وضع کبد را روشن نمود. عوارض بیوپسی اینگونه کبدها زیاد است و امکان خونریزی شدید و یا سوراخ شدن کیسه صفرا وجود دارد. بهتر است که در این گونه موارد جلوی چشم و با کمک لاپاراسکوپ بافت‌برداری انجام شود.

**طرز عمل :** بیمار بر روی تخت عمل کمی متمایل بطرف چپ می‌خوابد و دست راست را بالای سر قرار می‌دهد. پهلوئی بیمار نزدیک لبه تخت قرار می‌گیرد. بیحسی موضعی پوستی با محلول نوکائین یک تا دو درصد بعمل می‌آید و از سطح تا عمق تا نزدیک کپسول گلیسون بیحسی انجام میشود. معمولاً مقدار ۵ - ۱ سانتیمتر مکعب محلول نوکائین ۲٪ برای ایجاد بیحسی کافی است. بهتر است قبلاً آزمایش حساسیت پوستی برای محلول نوکائین بعمل آید. محل سوزن زدن معمولاً فضاها

بین دنده‌ای است زیرا در اینجا بهتر قطعه راست کبده در دسترس می‌باشد و امکان سوراخ کردن احشاء و کیسه صفرا کمتر است. اگر کبده کاملاً بزرگ و از دنده‌ها تجاوز کرده باشد میتوان از قسمت جلو زبردنده بیوپسی کرد. معمولاً سه فضای آخر بین دنده‌ای راست حدود بین خط زیر بغلی قداسی و سیانی محلی که هنگام دق حداکثر صدای توپری وجود دارد بهترین محل مناسب برای بیوپسی است. با سرنگ و سوزن سانگینی با روش اسپیراسیون و ایجاد خلاء و فشار منفی در داخل سرنگ بافت برداری بعمل می‌آید. ابتدا داخل سرنگ سه سانتی متر مکعب محلول نووکائین و با سرم فیزیولوژیک کشیده میشود و سوزن را از فضای بین دنده‌ای عبور داده عمود به محور بدن جلو میبریم تا به جسم توپر کبده و مقاومتی برخورد کنیم. به بیمار دستور میدهیم نفس خود را قطع کند و با اندازه یک تا دو سانتی متر سر سوزن را وارد کبده میکنیم. کمی از محلول داخل سرنگ تزریق میشود و سپس با اسپیراسیون و ایجاد فشار منفی قطعه کوچکی از بافت کبده داخل سرنگ کشیده میشود. در بخش پزشکی یک ما بیشتر از سوزن بافت برداری ویم سیلورسن استفاده میکنیم.

این سوزن تشکیل شده است از کانول فلزی، تروکار و سوزن شکافدار که معمولاً با اندازه ۳-۴ سانتی متر از کانول درازتر است. سوزن ویم سیلورسن در سه اندازه و قطر مختلف تهیه شده است.

ابتدا تروکار و کانول با اندازه یکی دو سانتی متر وارد پوست میشود. سپس به بیمار دستور میدهیم چند نفس بلند کشیده و بعداً نفس خود را قطع کند پس از آن کانول و تروکار عمود بر محور بدن جلو برده میشود تا پس از برخورد با کبده مقاومتی حس شود و باز هم یک یا دو سانتی متر جلو تر میبریم تا داخل کبده فرو برده شود. همیشه باید انتهای کانول و تروکار تا پوست بدن چند سانتی متر (با اندازه بلند تر بودن سوزن شکافدار) فاصله داشته باشد و در خارج بدن باقی بماند. در این حالت که بیمار نفس نمیکشد با عجله تروکار را خارج کرده و سوزن شکافدار را بجای آن داخل کانول

میکنیم و تا انتها فروسیبریم. سپس سوزن شکافدار را در جای خود نگهداشته کانونول را با چرخش بطرف چپ و راست جلو سیبریم تا در این حالت سر سوزن شکافدار که درازتر از کانونول است و نسج را در داخل خود گرفته است بداخل کانونول وارد شده محفوظ بماند. بالاخره کانونول و سوزن شکافدار در این وضعیت توأمآً خارج میگردد. قطعه بدست آمده را میتوان در یک لوله شیشه‌ای که داخل آن محلول فرمل ریخته شده انداخت و از لحاظ میکروسکوپی جلوی نور رنگ آنرا بررسی کرد. در سیروز کبد بافت بدست آمده به قطعات ریزی تقسیم میشود. در کلاستاز صفراوی برنگ سبز و در هموکروماتوز قهوه‌ای رنگ است. اگر ضایعه موضعی سلی و یا گرانولوم و یا متاستاز وجود داشته باشد رنگ آن سفید روشن و یا زرد رنگ است و یا رنگ بافت طبیعی کبد فرق دارد.

مراقبت بعدی: تسکین درد بیمار، کنترل نبض و فشار خون، استراحت مطلق تا مدت ۴ ساعت و تزریق ویتامین کا (K).

اشکالات در عمل - در سیروزاتروفیک امکان خونریزی زیاد و امید موفقیت از بافت‌برداری اندک است. اگر در سرتبه اول پونکسیون بافتی بدست نیاید میتوان دوسرتبه تکرار نمود و در صورت عدم موفقیت این آزمایش را به جلسه بعد باید موکول کرد. عوارض و خطرات: بسیار اندک و جزئی است. درد قفسه صدري و شانه بمدت ۴ ساعت، خونریزی شدید، در یرقانه‌های انسدادی طولانی پریتونیت صفراوی و بالاخره پیدایش عفونت در حفره صفاق.

موارد تجویز: یرقانه‌های طولانی، سیروز کبد، تومورهای کبدی، بیماریهای دستگاه رتیکولواندوتلیال، گرانولوسهای کبد، ضایعات استحاله‌ای و بالاخره عفونت‌های مزمن و طولانی مثل سل، تب مالت، سیفیلیس و غیره.

موارد عدم استعمال: عدم همکاری بیمار، احتقان شدید کبد در نارسائی قلبی، احتباس صفراوی طولانی، آنژیوم‌های وسیع، کیست هیداتیک، آبسه آمیبی، سیروز اتروفیک و امراض خونریزی دهنده.

- 
- 7 - Netter, F. H. Biliary tract and pancreas. The ciba collection. 3 - 46. 1957.
  - 8 - Popper, H. and Schaffner, F. Liver structure and function. New York Mc Graw - Hill. 1957 .
  - 9 - Sherlock, S. Diseases of the Liver and Biliary system ; Oxford, Black well Scientific Publication 1963.
  - 10 - Siede. W. und Schneider, H. Leitfaden und Atlas der Laparoskopie. Munchen, J. F. Lehmanns verlag munchen 1962.