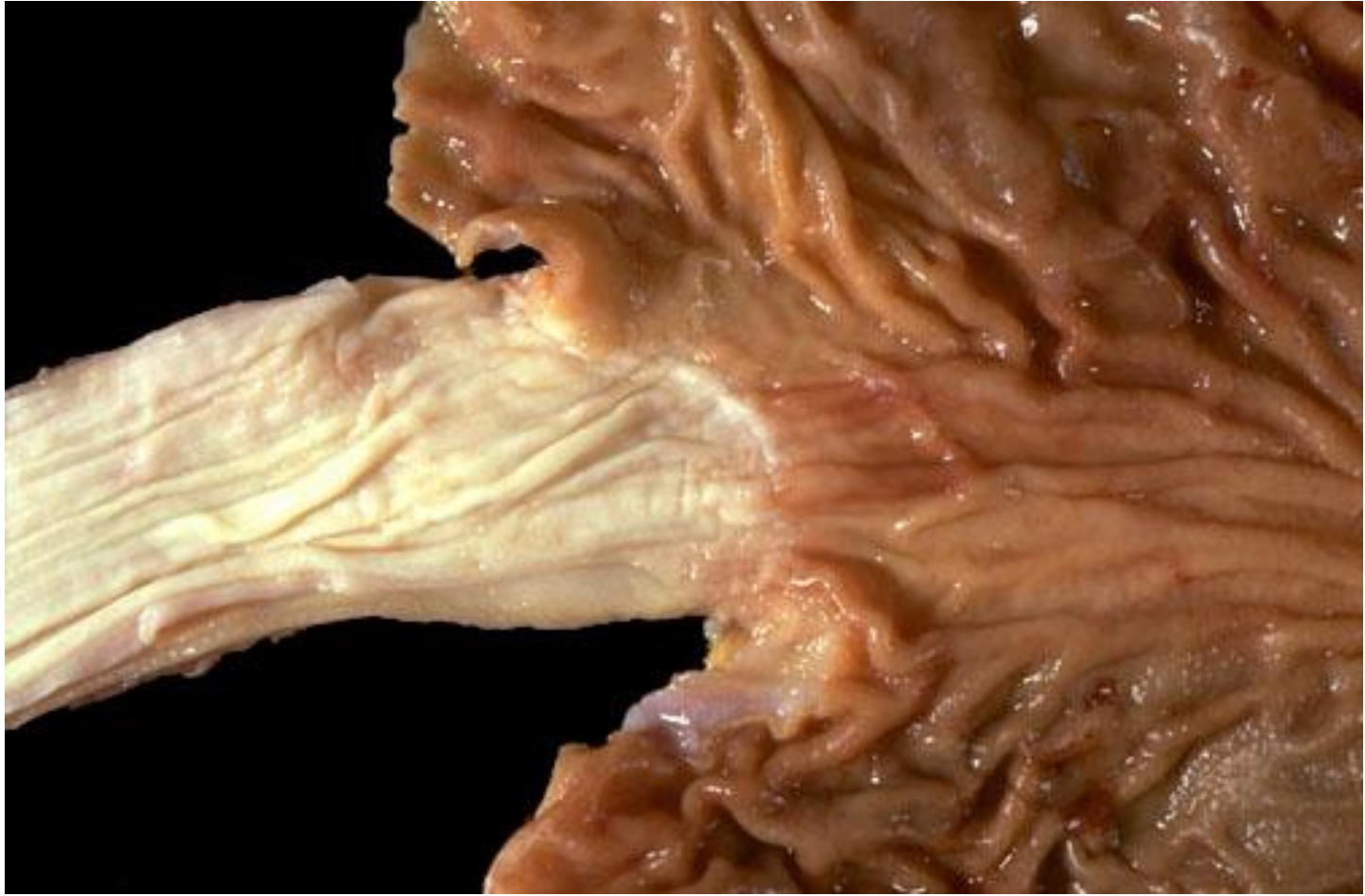


المحاضرة الرابعة

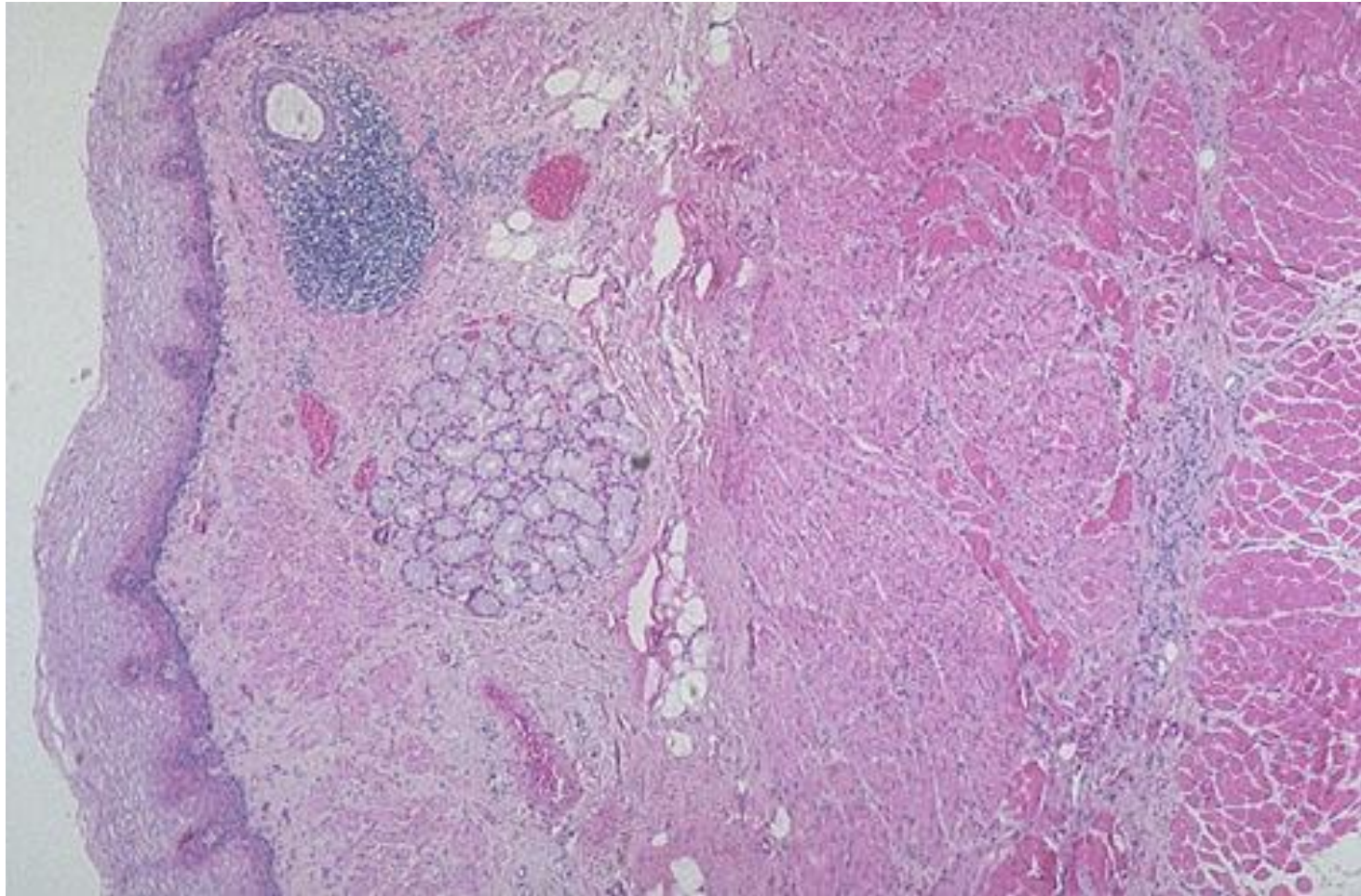
PATHOLOGY OF THE ORAL CAVITY AND GASTROINTESTINAL TRACT

د. حبيب جربوع



مري طبيعي بمخاطيته الاعتيادية البيضاء الملساء إلى اليسار، الوصل المريئي-
المعدي في المركز، والمعدة إلى اليمين

د. حبيب جربوع



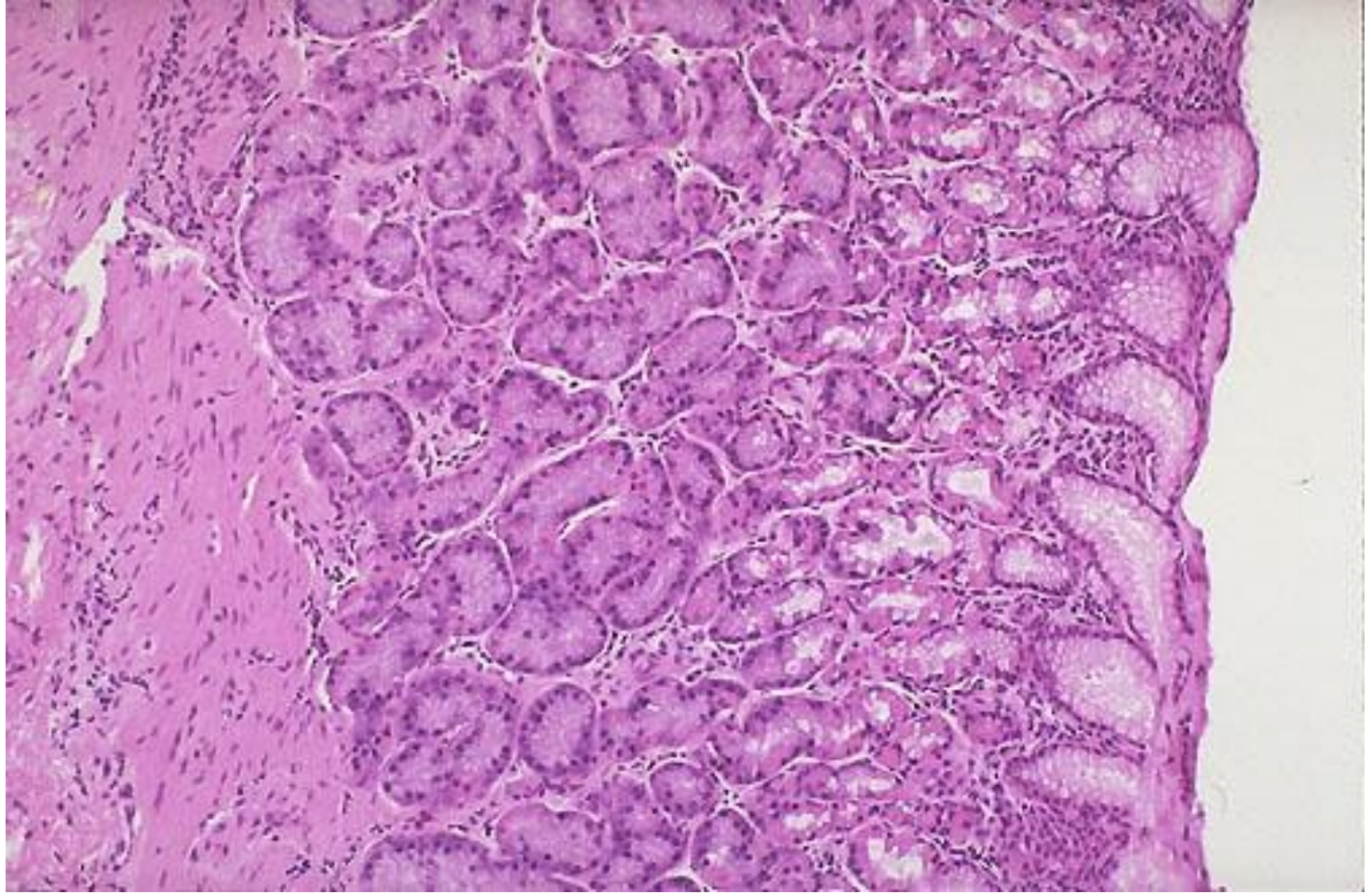
مخاطية مري شائكة طبيعية والطبقة تحت المخاطية التي تحوي غدد مخاطية وأقنية
محاطة بنسيج لمفاوي، العضلية إلى اليمين

د. حبيب جربوع



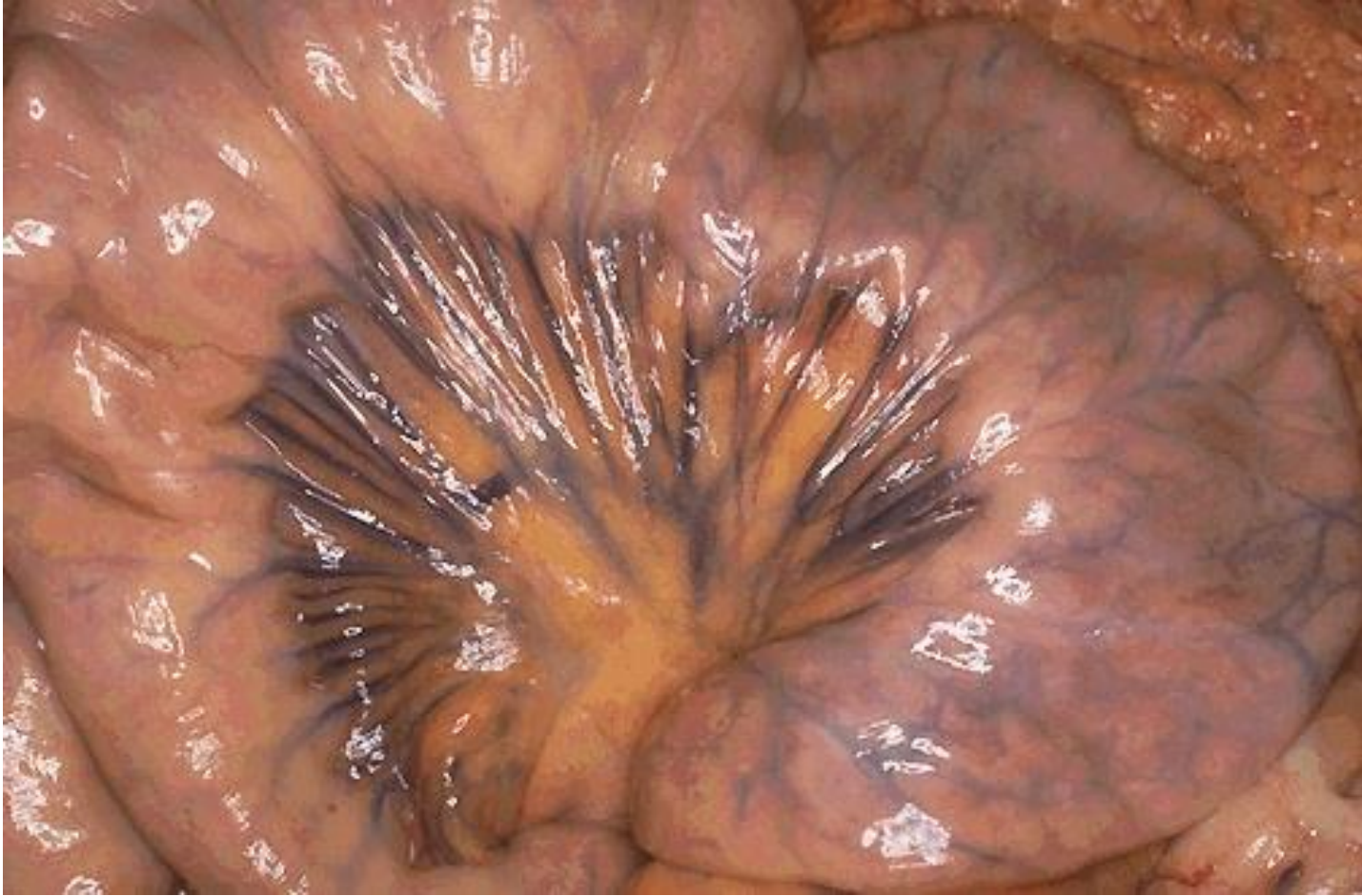
منظر طبيعي لمعدة مفتوحة على الانحناء الكبير. المري إلى اليسار والبواب الذي
يفضي إلى الجزء الأول من العفج إلى الأسفل واليمين

د. حبيب جربوع



منظر طبيعي لمخاطية قاع المعدة يبدي خبيئات قصيرة مبطنة بخلايا اسطوانية
مخاطية شاحبة تقود إلى غدد طويلة تحوي خلايا جدارية زهرية لماعة التي تفرز
حمض كلور الماء

د. حبيب جربوع



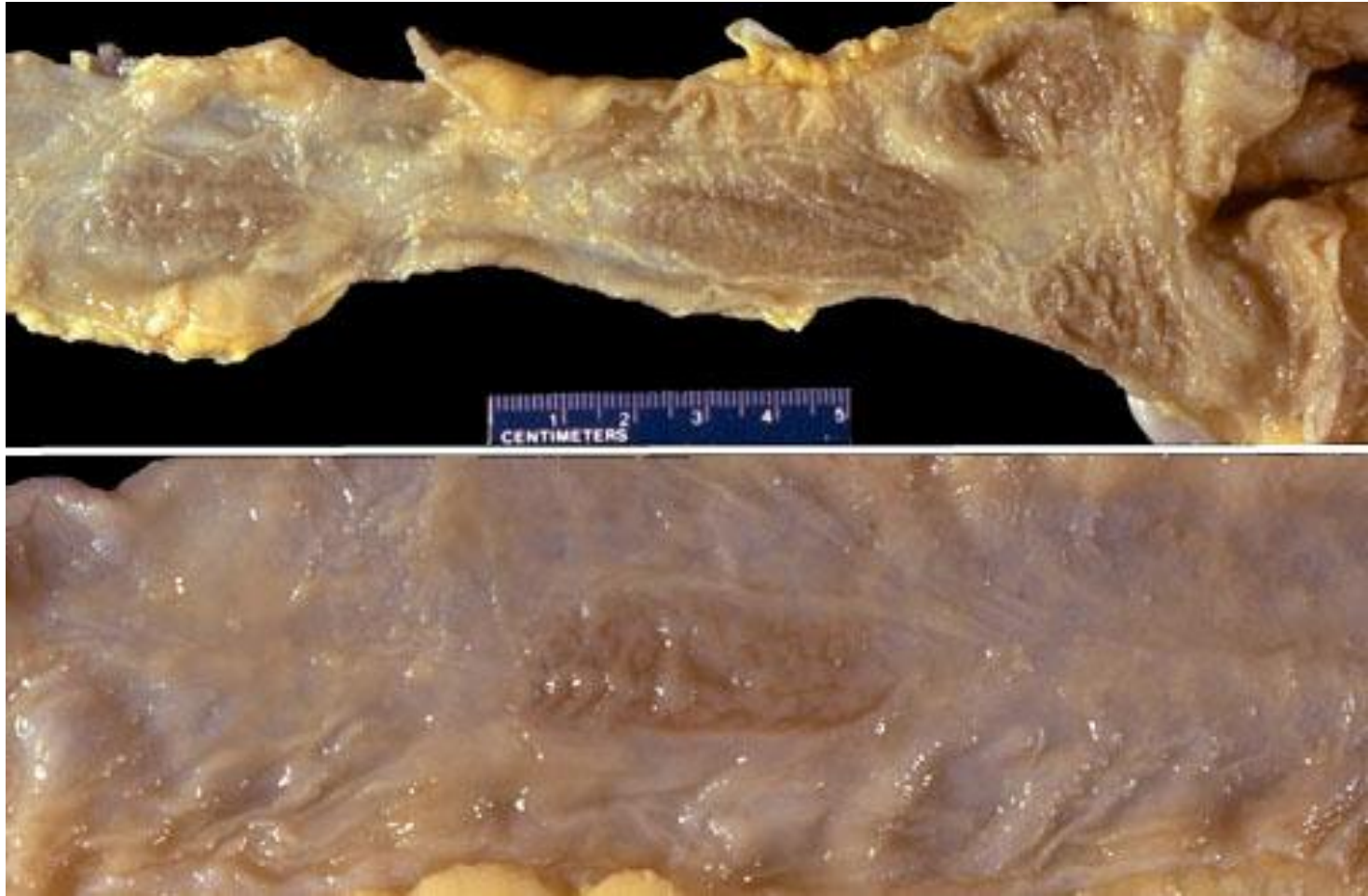
عروة معوية متصلة بالمساريقا. لاحظ الأوردة، الشرايين تسير في نفس الموقع. هناك تفاغرات شديدة في الدم الشرياني المغذي للأمعاء مما يجعل الاحتشاءات صعبة الحدوث. أيضاً النزح الوريدي الشديد يصب في جملة وريد الباب التي تنتهي في الكبد

د. حبيب جربوع



اللوحيات الصفراء الصغيرة المصطبغة فوق سطح الأمعاء الدقيقة تسمى lacteals وهي مملوءة بالدقيقات الكيلوسية (chylomicrons) الممتصة من الأمعاء بعد وجبة غنية بالليبيدات. الدقيقات الكيلوسية تنقل بعدها إلى الكبد عبر الدوران البابي

د. حبيب جربوع



مظهر طبيعي لدقاق نهائي. في الأعلى نشاهد الصمام الدقاقي الأعوري وعدة لويحات بيضوية غامقة التلون (لويحات باير) الموجودة على المخاطية. في الأسفل نشاهد لويحة باير وهي تجمع لنسيج لمفاوي تحت المخاطية. نلاحظ أن الشنيات المعوية هنا ليست بارزة كما في الصائم

د. حبيب جربوع



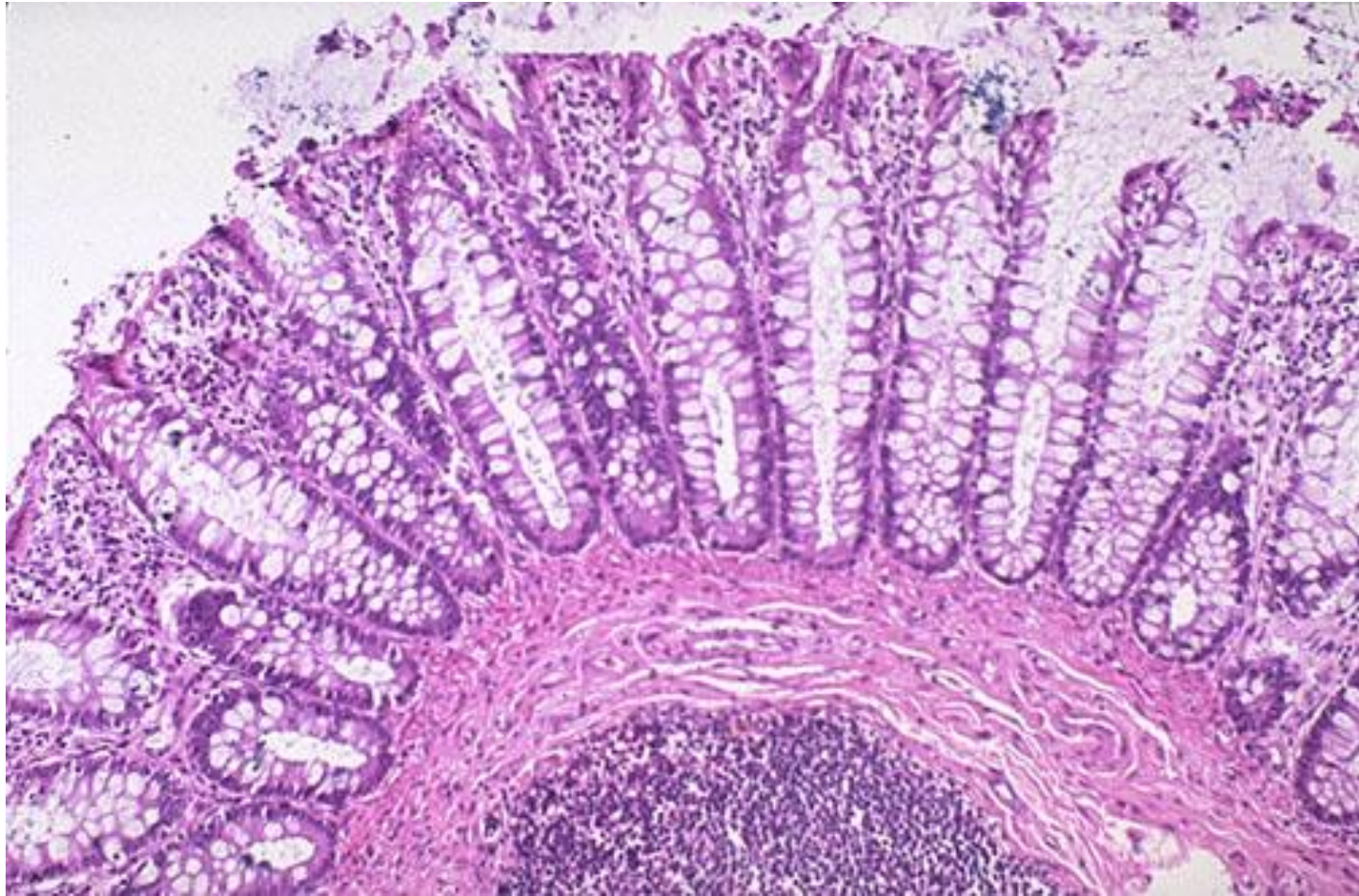
مخاطية أمعاء دقيقة طبيعية ذات زغابات طويلة تحوي خلايا غوبلت. الزغابات
تؤمن سطح أكبر للهضم والامتصاص

د. حبيب جربوع



التصاق بين عرى أمعاء دقيقة نشاهده بشكل نموذجي بعد الجراحات البطنية.
الالتصاقات المنتشرة أكثر يمكن أيضاً أن تكون تالية لالتهاب البريتوان

د. حبيب جربوع



مخاطية كولون طبيعية. لاحظ الأرتاج مبطنه بالعديد من خلايا غوبلت. في الطبقة تحت المخاطية عقيدة لمفاوية. النسيج اللمفاوي المرافق للأمعاء هو أكبر عضو لمفاوي في الجسم

د. حبيب جربوع



مظهر طبيعي للزائدة وخلفها الأعور

د. حبيب جربوع

1. الاضطرابات التكوينية Developmental Disorders

A. الشفة المشقوقة Cleft lip والحنك المشقوق Cleft palate: هي اضطرابات متعددة الأسباب وغالباً ما تترافق مع بعضها وهي أكثر شيوعاً لدى الذكور

B. رتق المري Esophageal atresia: (أي فشل اللمعة بالتكون) وغالباً ما تترافق مع ناسور مريئي-رغامي. وهو أشيع أشكال اضطرابات المري التكوينية

C. التضيق البوابي الضخامي Hypertrophic pyloric stenosis: وسببه ضخامة العضلات الملساء المحيطة بالبواب، وهو أشيع لدى الذكور، ويأتي المريض بقصة إقياء قاذف

D. رتج ميكل Meckel diverticulum: يحدث عندما تفشل القناة السرية المساريقية بالنكوص، مما ينتج عنها جيب أعمى ينتأ من الأمعاء الدقيقة

ملاحظة: التهاب رتج ميكل يبدي نفس أعراض التهاب الزائدة الدودية لكن من جهة اليسار

E. داء هيرشبيرنغ Hirschsprung disease (الكولون العرطل الخلقي): هو توسع مترقي لقطعة الكولون فيما قبل قطعة المستقيم التي لا توجد فيها عقد عصبية

د. حبيب جربوع



التشوهات الخلقية للأمعاء تتألف بشكل أساسي من الارتوج والرتوق وغالباً ما تترافق مع التشوهات الأخرى. أشيع التشوهات الخلقية للسبيل المعدي المعوي هو رتج ميكل. تذكر رقم ٢: يوجد في حوالي ٢% من البشر، عادة يتوضع على بعد قدمين من الصمام الدقاقي الأعوري

د. حبيب جربوع



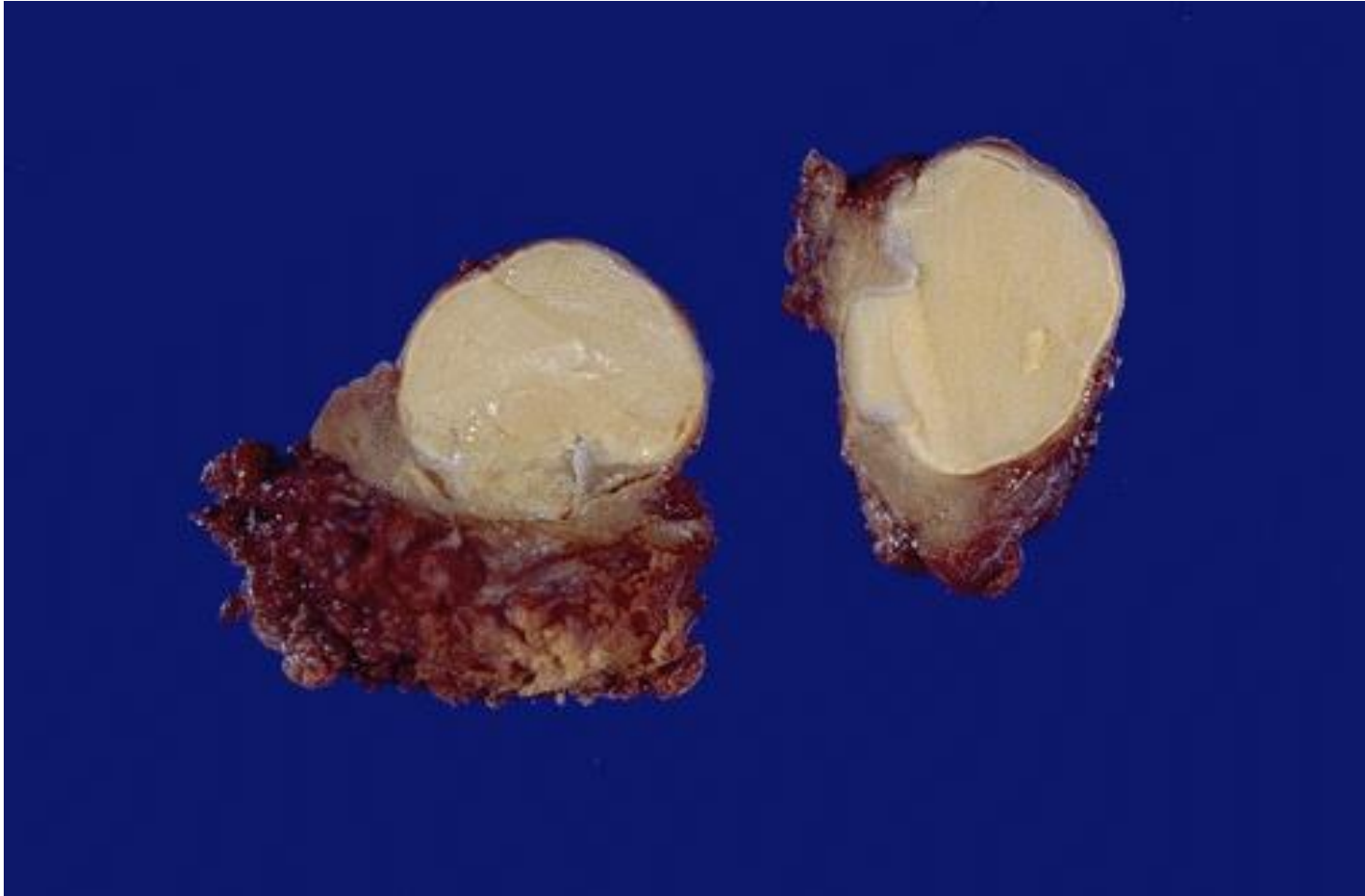
رتج ميكل لدى بالغ مستأصل بسبب فقدان الدم من التقرح (قرحة صغيرة حمراء).
يمكن أن يحوي رتج ميكل مخاطية معدية هاجرة (والتي يمكن أن تتقرح مؤدية إلى
ألم ونزف) أو مخاطية بنكرياس هاجرة (والتي ليس لها عواقب ما لم تسبب كتلة
كبيرة كفاية لتؤهب للانغلاف)

د. حبيب جربوع



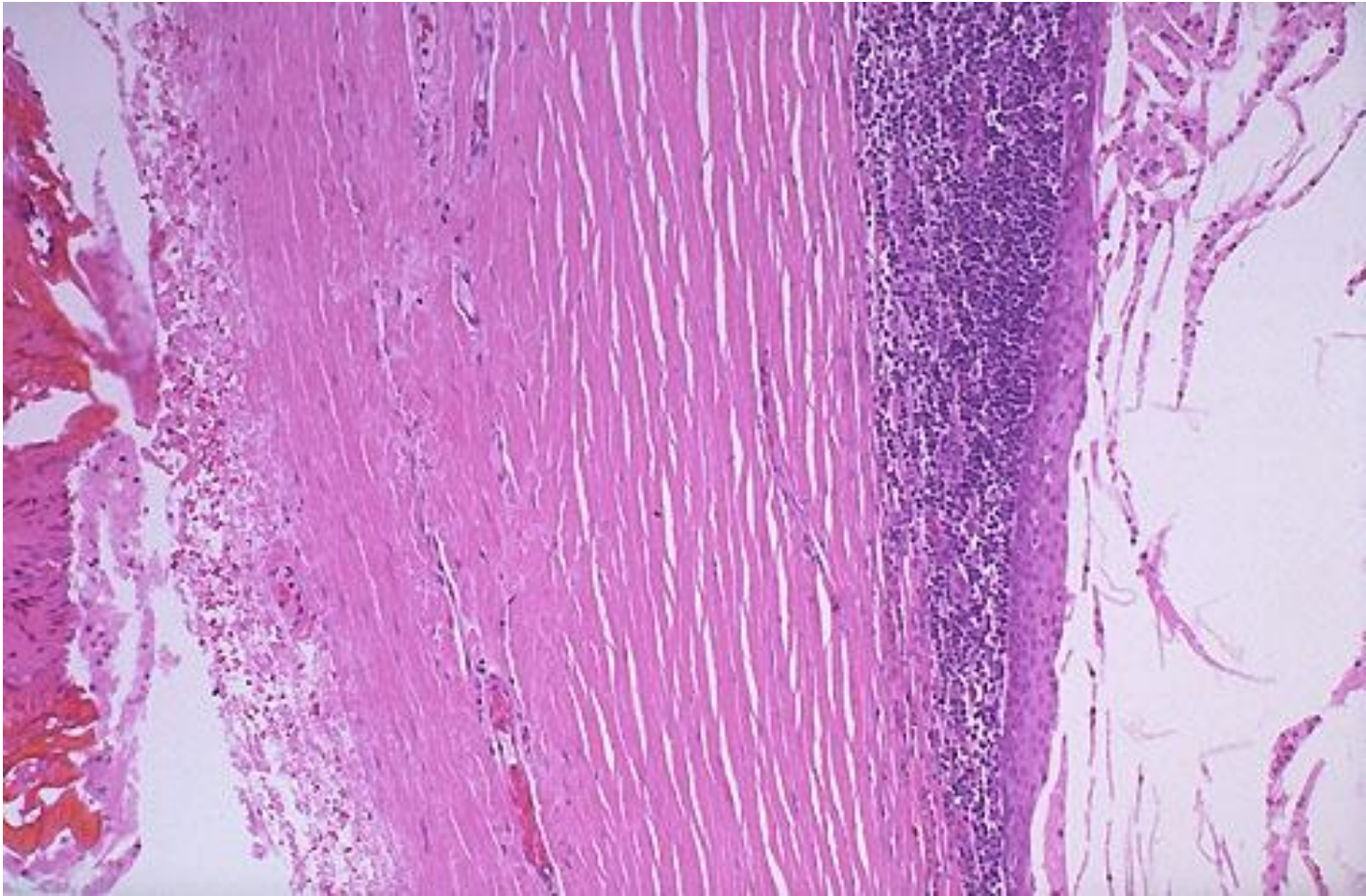
تضاعف خلقي للأمعاء. وهذا وجد بالصدفة لدى بالغ. على كل حال مثل هذا التشوه يوجد عادة بالترافق مع تشوهات أخرى ويكتشف حالاً بعد الولادة (أو ربما قبل). الجزء المتضاعف هنا يشاهد فوق الدقاق الطبيعي وهو عبارة عن قطعة مغلقة النهاية

د. حبيب جربوع



كتلة مستأصلة من المنطقة الأمامية الجانبية للعنق تبدي جوف كيسى مليء بمواد متخرة. التشخيص كيسة غلصمية (كيسة ظهارية لمفاوية) وهي تكبر ببطء مع الزمن

د. حبيب جربوع



الكيسة الغلصمية مبطنة بظهارة رصفية شائكة محاطة بنسيج لمفاوي

د. حبيب جربوع

II. الاضطرابات الالتهابية

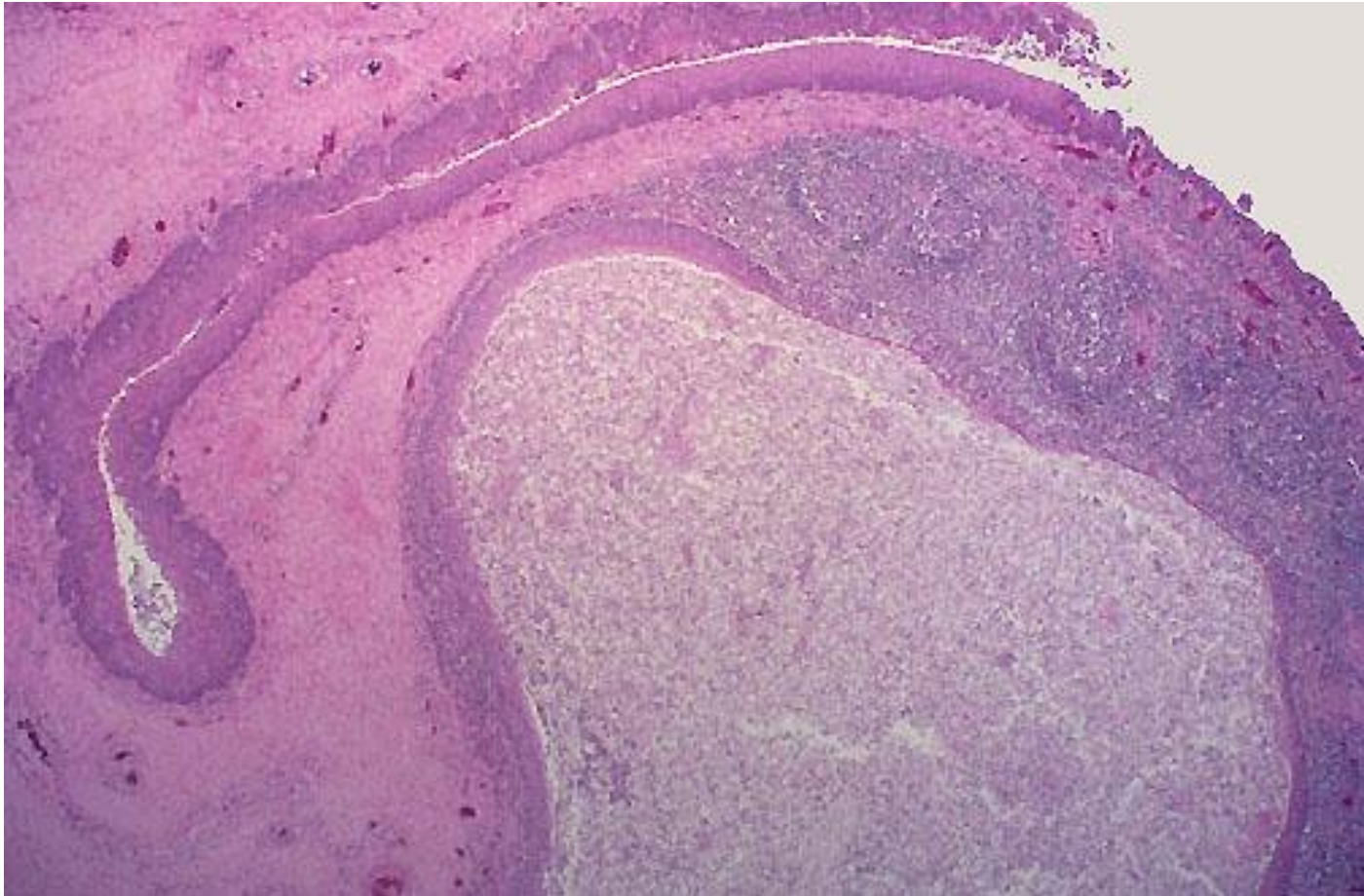
- A. التهاب الفم Stomatitis: هو التهاب مخاطية الفم
1. التهاب الفم القلاعي Aphthous stomatitis: يتصف بقرحات سطحية صغيرة مؤلمة وسببه خمج فيروسي
 2. التهاب الفم بالمبيضات Oral candidiasis (thrush): يشاهد لدى الأطفال والمرضى المدنفين. يمكن كشط اللويحات البيضاء الوصفية ليظهر تحتها القاعدة الالتهابية
 3. الطلاوة المشعرة Hairy leukoplakia: تتصف بلويحات مخاطية بيضاء وسببها الخمج بالفيروس الحليمي البشري HPV وتشاهد في المرضى إيجابيي فيروس الـ HIV
- B. التهاب الغدة اللعابية Sialadenitis: أسبابه تتضمن:
1. الخمج الفيروسي: (مثل النكاف)
 2. الخمج الجرثومي: والتي غالباً ما يسبقها التحصي اللعابي Sialolithiasis (أي الانسداد الجزئي لقناة الغدة اللعابية بالحصيات)
 3. الأمراض المناعية الذاتية: مثل متلازمة جوغرن

د. حبيب جربوع



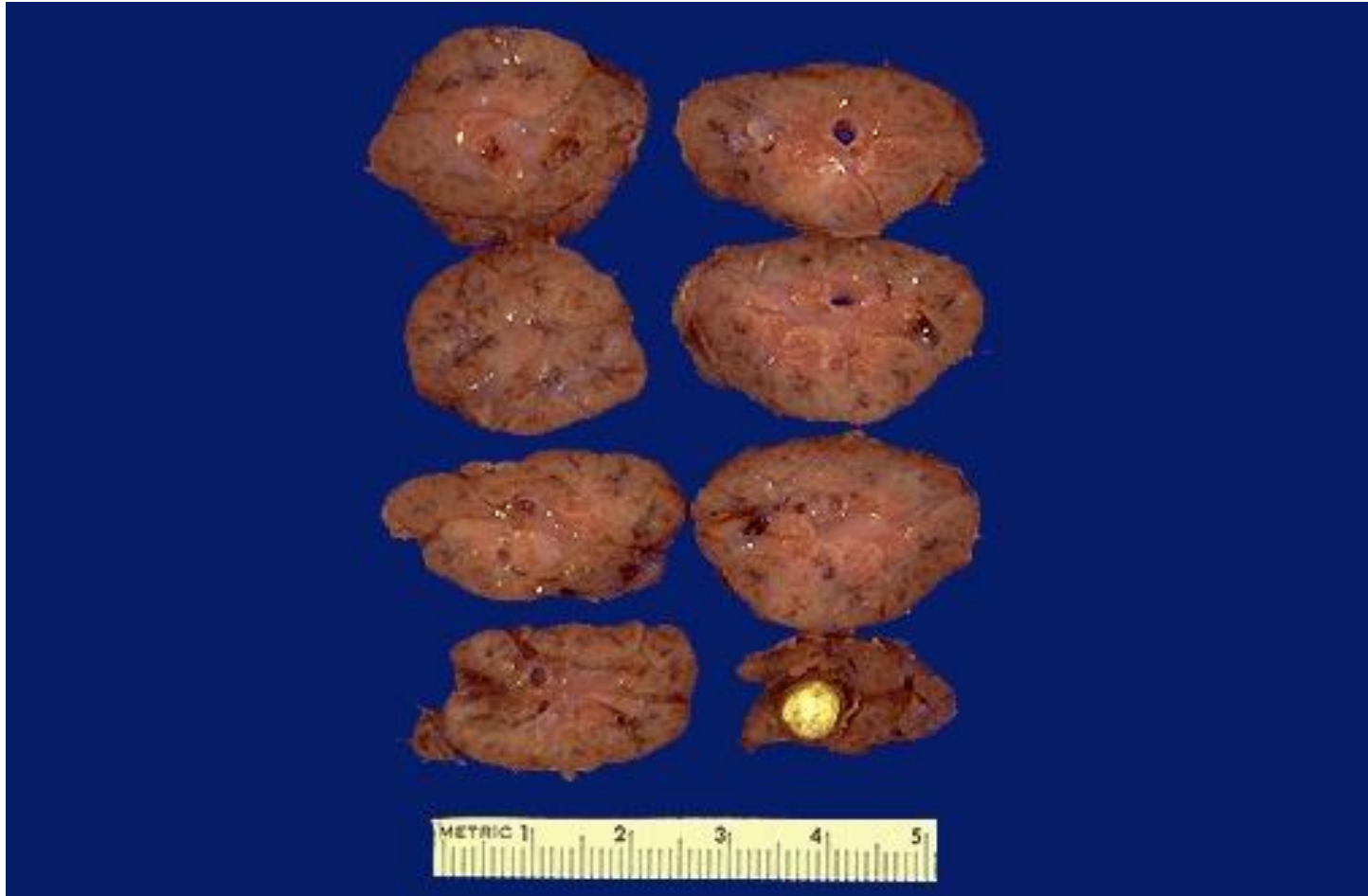
قيلة مخاطية mucocoele في غدة لعابية صغيرة ضمن جوف الفم. قناة الغدة الصغيرة انسدت وأدت لتوسع الغدة مع احتباس المفرزات ضمنها وشكلت هذه الكتلة ذات السطح الأملس. أحياناً يمكن أن تتمزق القيلة المخاطية وتولد استجابة بالتهاب حبيبيومي نمط ضد جسم أجنبي مع ألم

د. حبيب جربوع



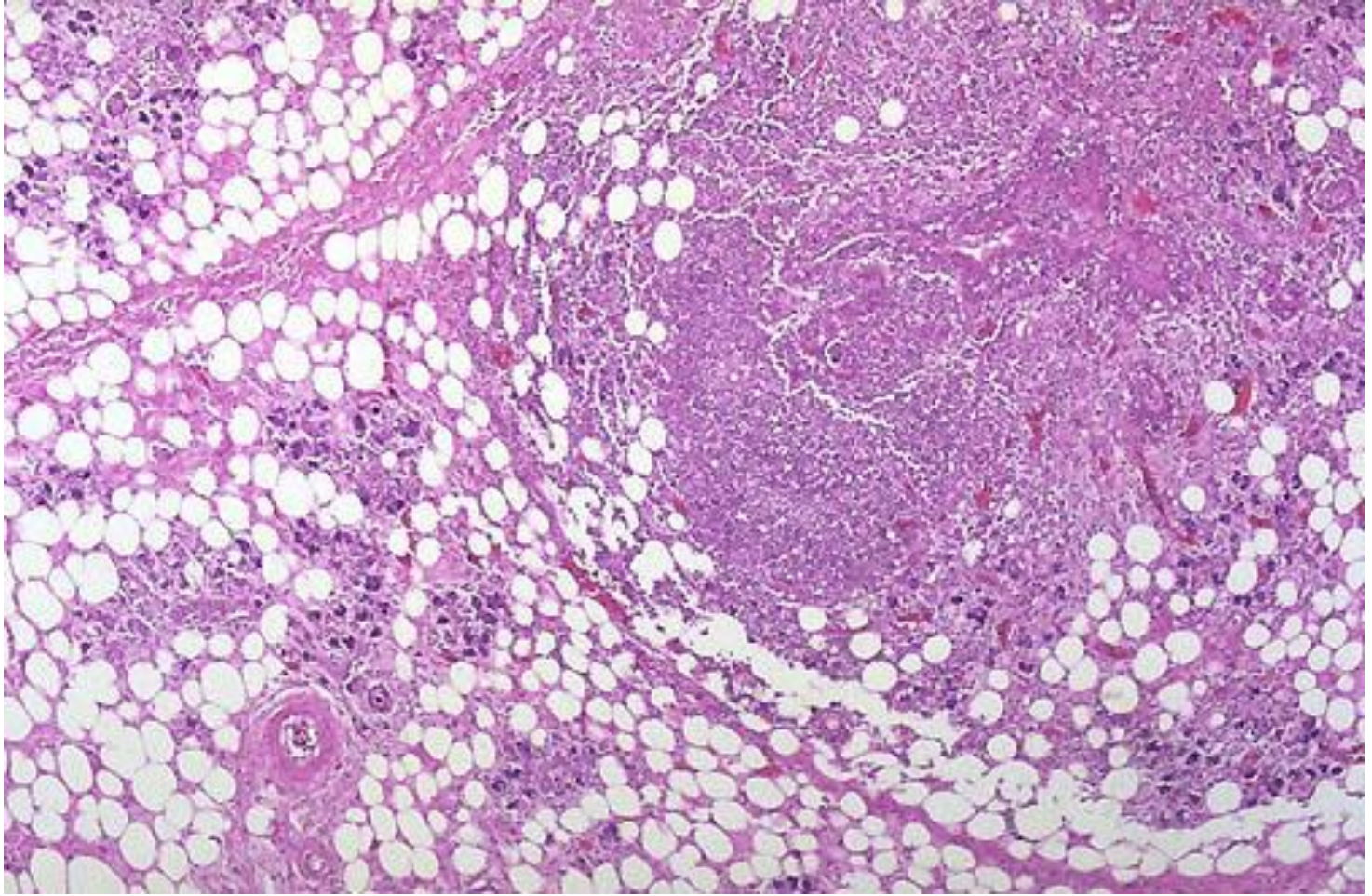
القيلة المخاطية مليئة بمواد مخاطية

د. حبيب جربوع



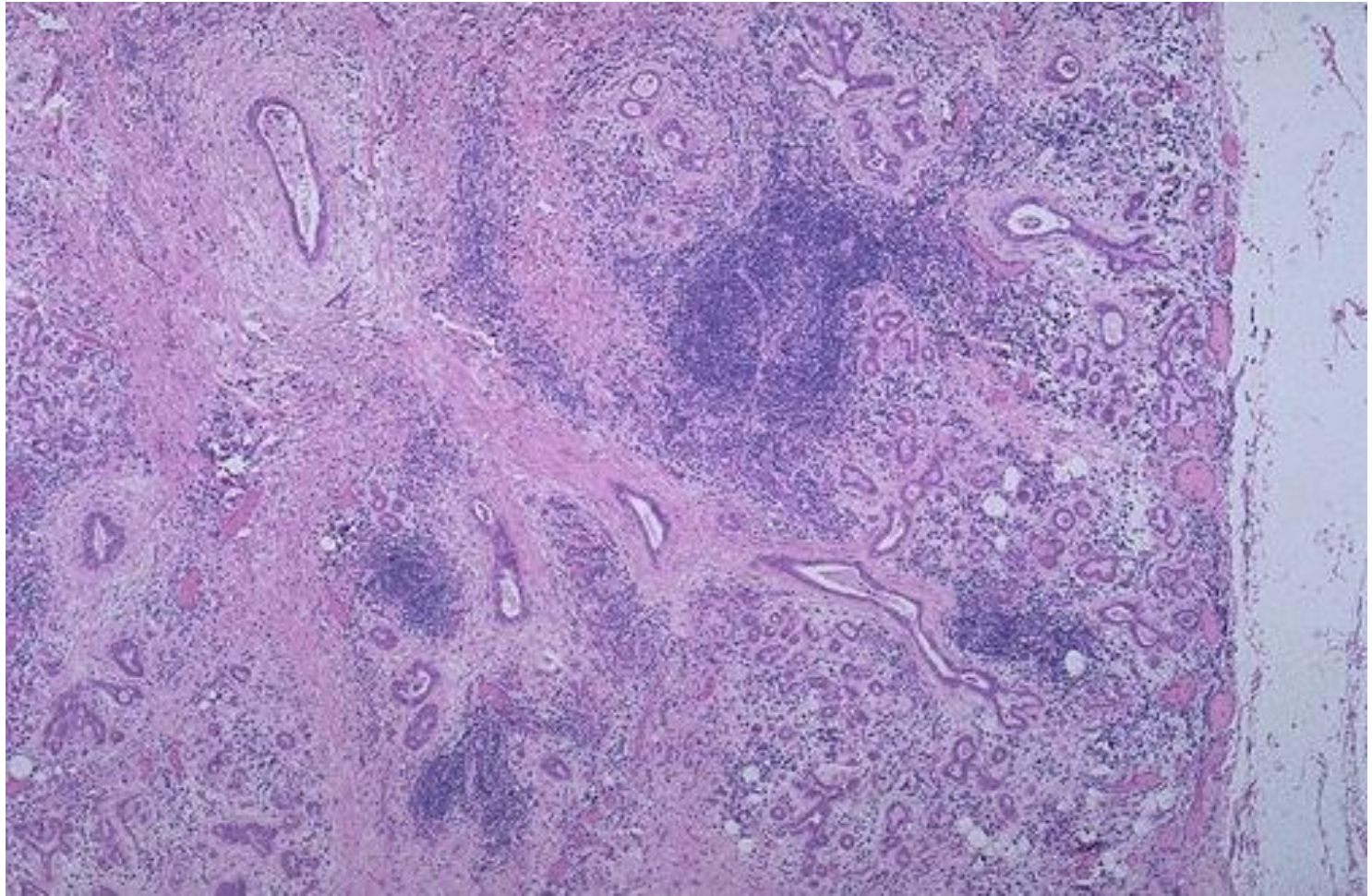
غدة نكفية تبدي حصاة صفراء في قناتها، والذي يؤدي لانسداد القناة مع ألم وتوذم
والتهاب مزمن للغدة النكفية

د. حبيب جربوع



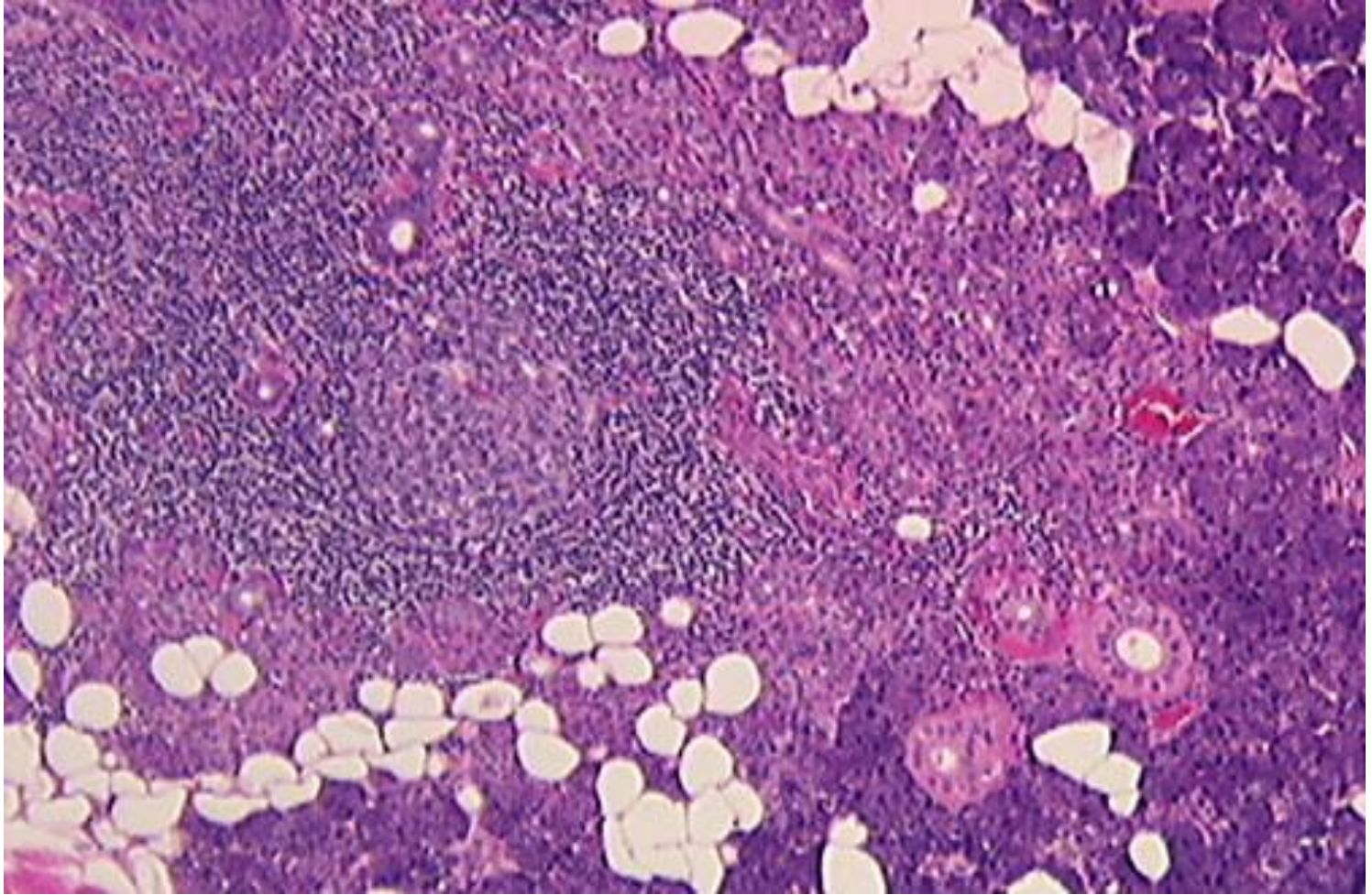
انسداد قناة الغدة اللعابية بسبب التحصي lithiasis أو انحشار المفرزات يؤهب
للخمج. هنا التهاب غدة نكفية حاد يبدي ارتشاح بالعدلات ضمن الغدة اللعابية مع
تشكل خراجة حول القناة. الكهول مؤهبين أكثر لهذه المشكلة

د. حبيب جربوع



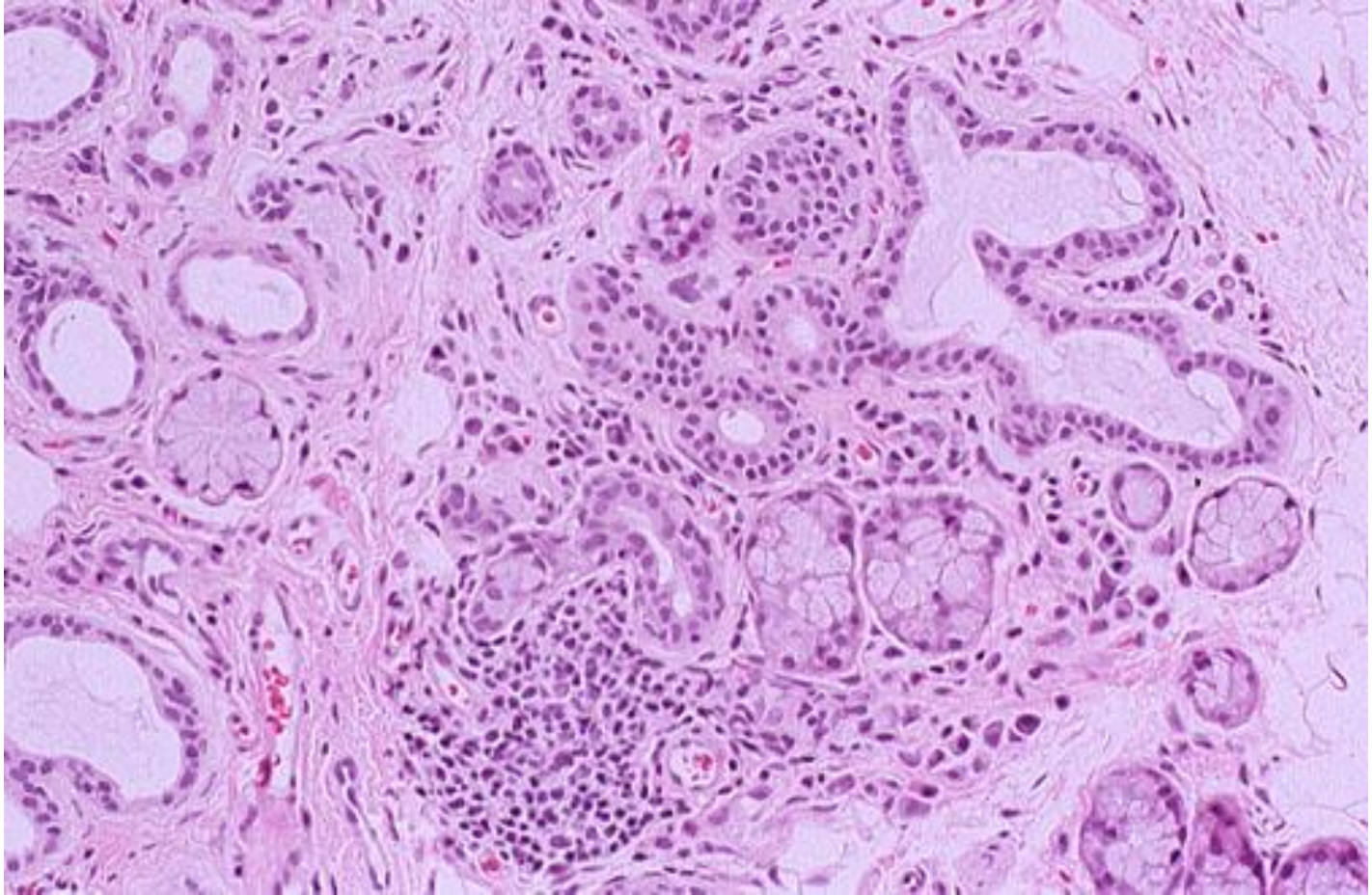
التهاب الغدة اللعابية هنا يبدي ارتشاح بخلايا التهابية مزمنة مع تليف وضمور
عنبات. التهاب الغدد اللعابية الحاد ثنائي الجانب يمكن أن يحدث في النكاف، أما
المزمن فيحدث في متلازمة جوغرن

د. حبيب جربوع



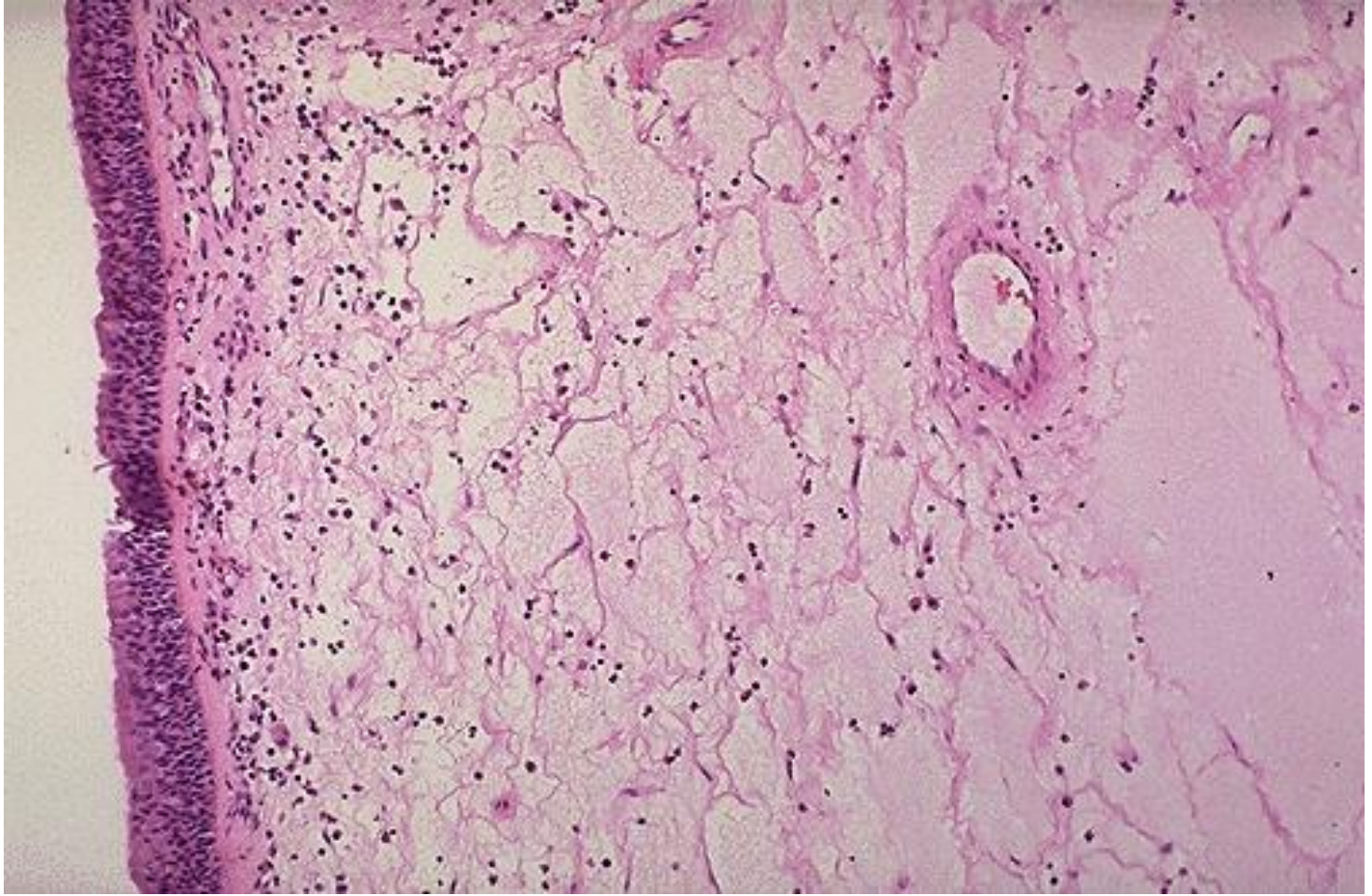
هنا الغدة النكفية المتضخمة تحوي ارتشاح لمفاوي غزير مع تشكل جراب لمفاوي
ذو مركز نتوج، وهذا يشاهد في متلازمة جوغرن، وهو مرض مناعي ذاتي يشمل
الغدة اللعابية (جفاف الفم xerostomia) والغدة الدرقية (جفاف العين
(xerophthalmia)

د. حبيب جربوع



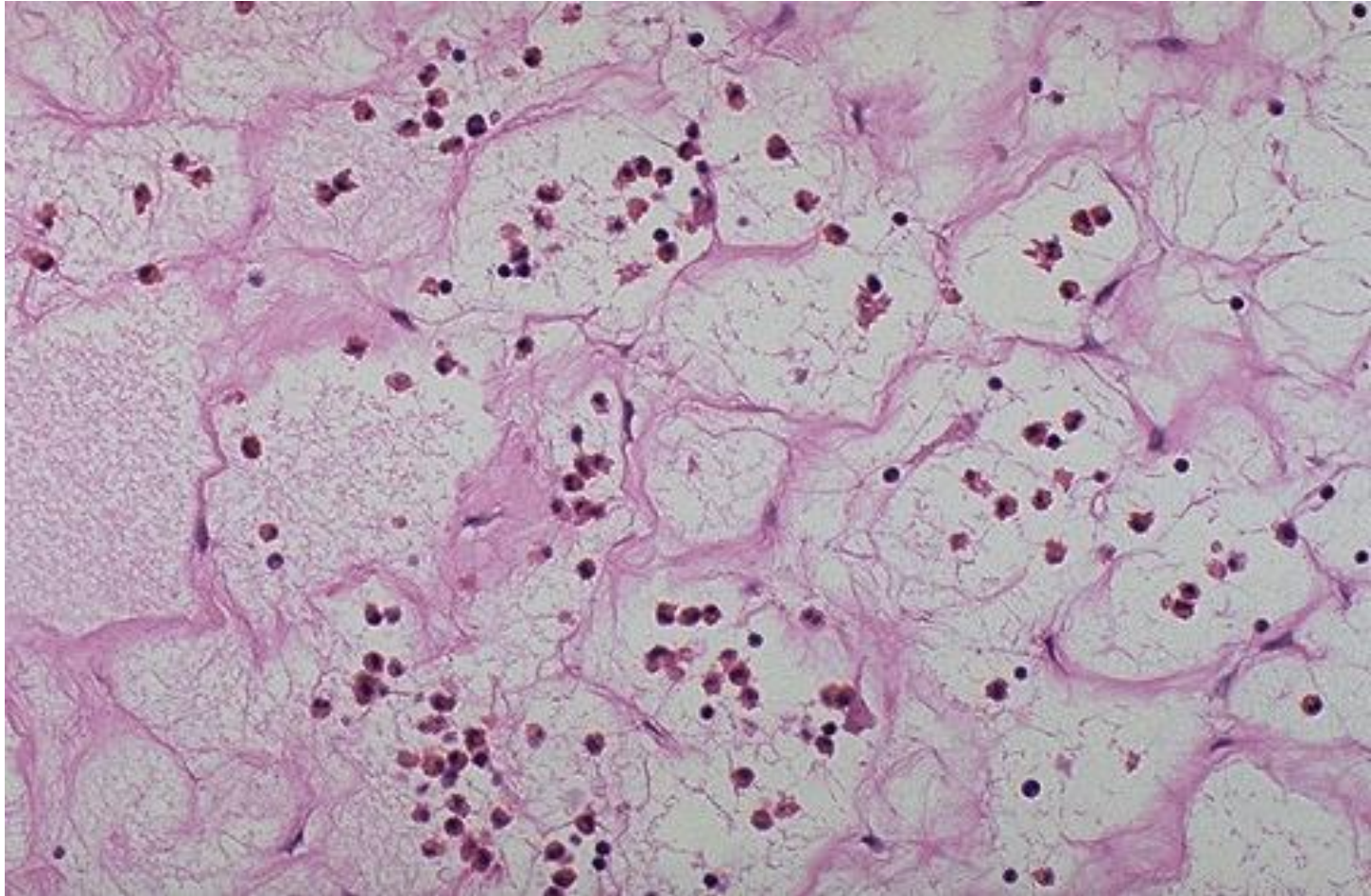
خزعة شفة تبدي ارتشاح التهابي بوحيدات النوى وتليف خلالي وضمور عنبات في
غدة لعابية صغيرة، وهو نموذجي لمتلازمة جوغرن. معظم المرضى نساء
متوسطات العمر. تكون الأضداد الذاتية SS-A – SS-B إيجابية

د. حبيب جربوع



هجمات متكررة من التهاب أنف تحسسي ممكن أن تؤدي إلى تطور بوليبيات أنفية والتي يمكن أن تكون متعددة وتقيس من بضعة ملليمترات إلى بضعة سنتيمترات، مغطاة بمخاطية تنفسية وتحتها لحمية متوذمة. مثل هذه البوليبيات نادرة عند الأطفال وتكثر مشاهدتها فوق عمر ٣٠ سنة

د. حبيب جربوع

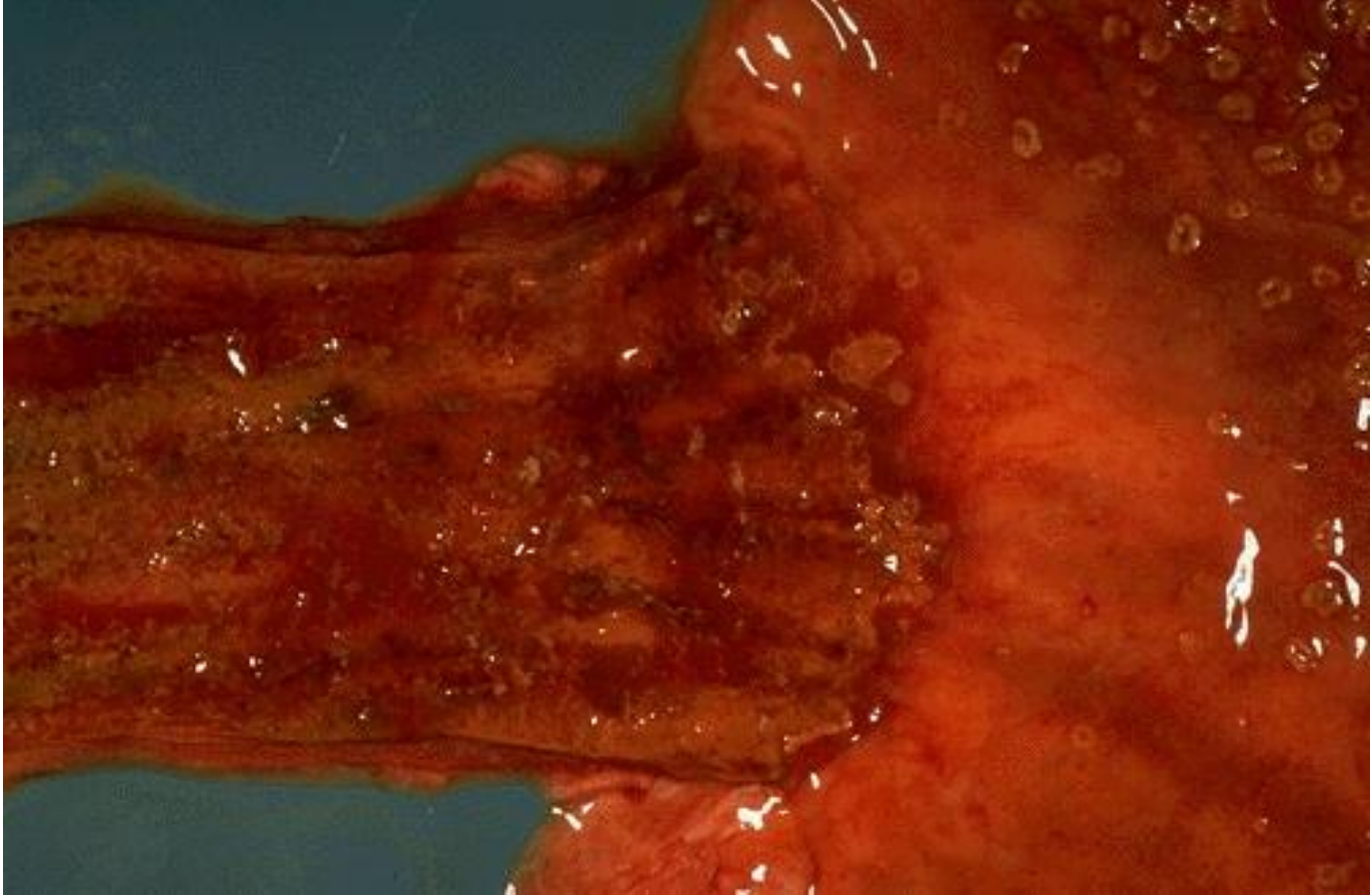


البوليبي الأنفي التحسسي (الالتهابي) يحوي خلايا التهابية ضمن لحمة متوذمة. نشاهد هنا العديد من الحمضات والتي هي مميزة للارتكاس الالتهابي التحسسي. أحياناً يتقرح البوليبي ويصاب بخمج ثانوي. مثل هذه البوليبيات يمكن استئصالها

د. حبيب جربوع

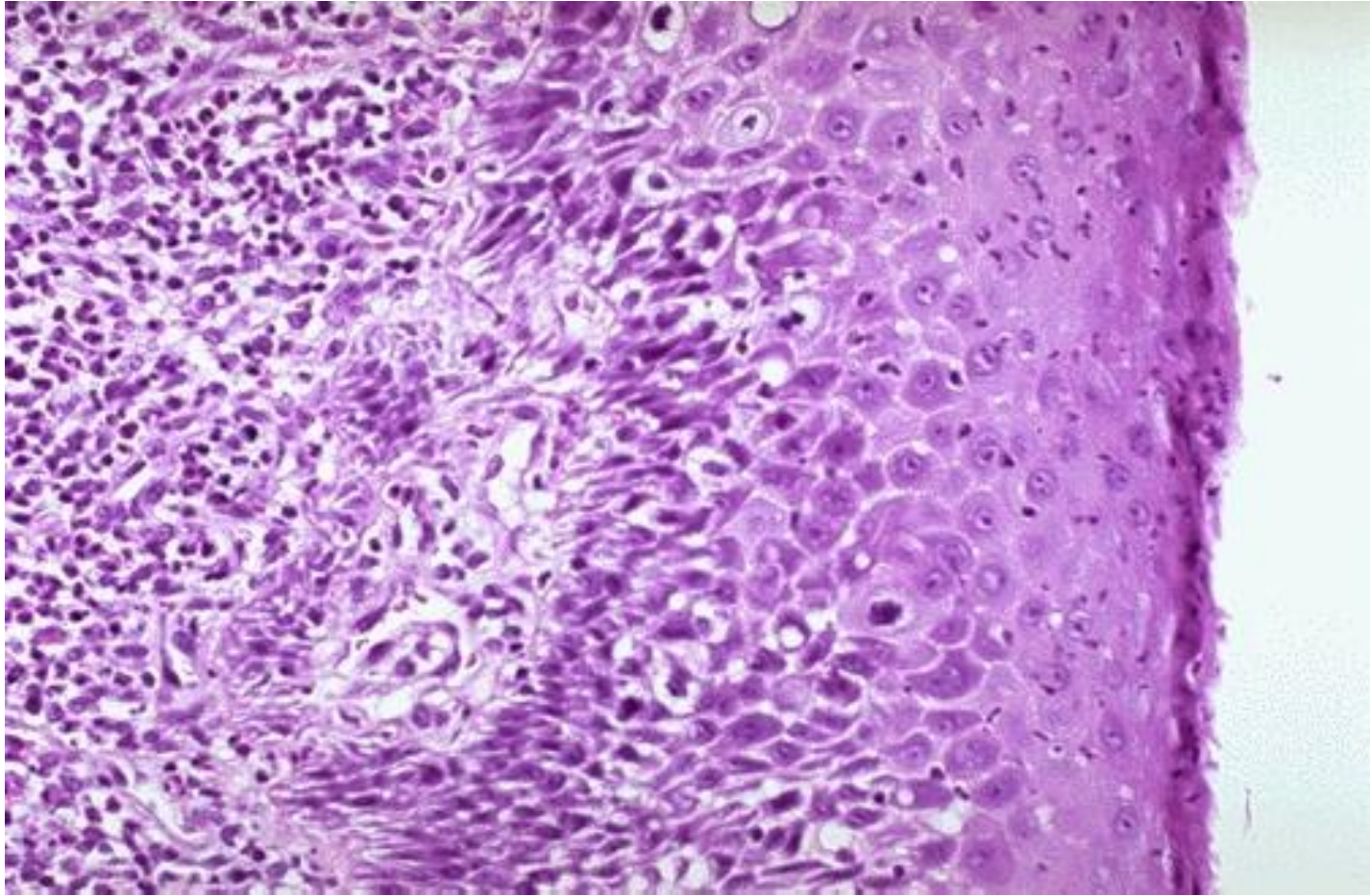
C. التهاب المري Esophagitis: أسبابه تتضمن ما يلي:

١. **التخريش الكيميائي:** يمكن أن ينتج عن مواد داخلية المنشأ (مثل عصارة المعدة في التهاب المري القلبي)، أو مواد خارجية المنشأ (مثل الحموض أو القلويات القوية مثل محاليل صناعة الصابون)
 ٢. **الخمج الفيروسي:** التهاب المري بسبب الخمج الفيروسي يحدث غالباً لدى المرضى مضعفي المناعة. العوامل المسببة الشائعة تتضمن فيروس الحلا البسيط HSV وفيروس العرطة الخلوية CMV
 ٣. **الخمج الفطري:** المؤدي لالتهاب المري هو أكثر شيوعاً لدى المرضى المدنفين ومرضى السكري
- ملاحظة:** المري مغطى بظهارة شائكة والتي تكون مقاومة للأخماج الجرثومية



التهاب مري بالمبيضات. لويحات مصطبغة صفراء في القسم السفلي للمري فوق
مخاطية متبغلة. ونفس الآفات تشاهد أيضاً إلى اليمين في المعدة

د. حبيب جربوع



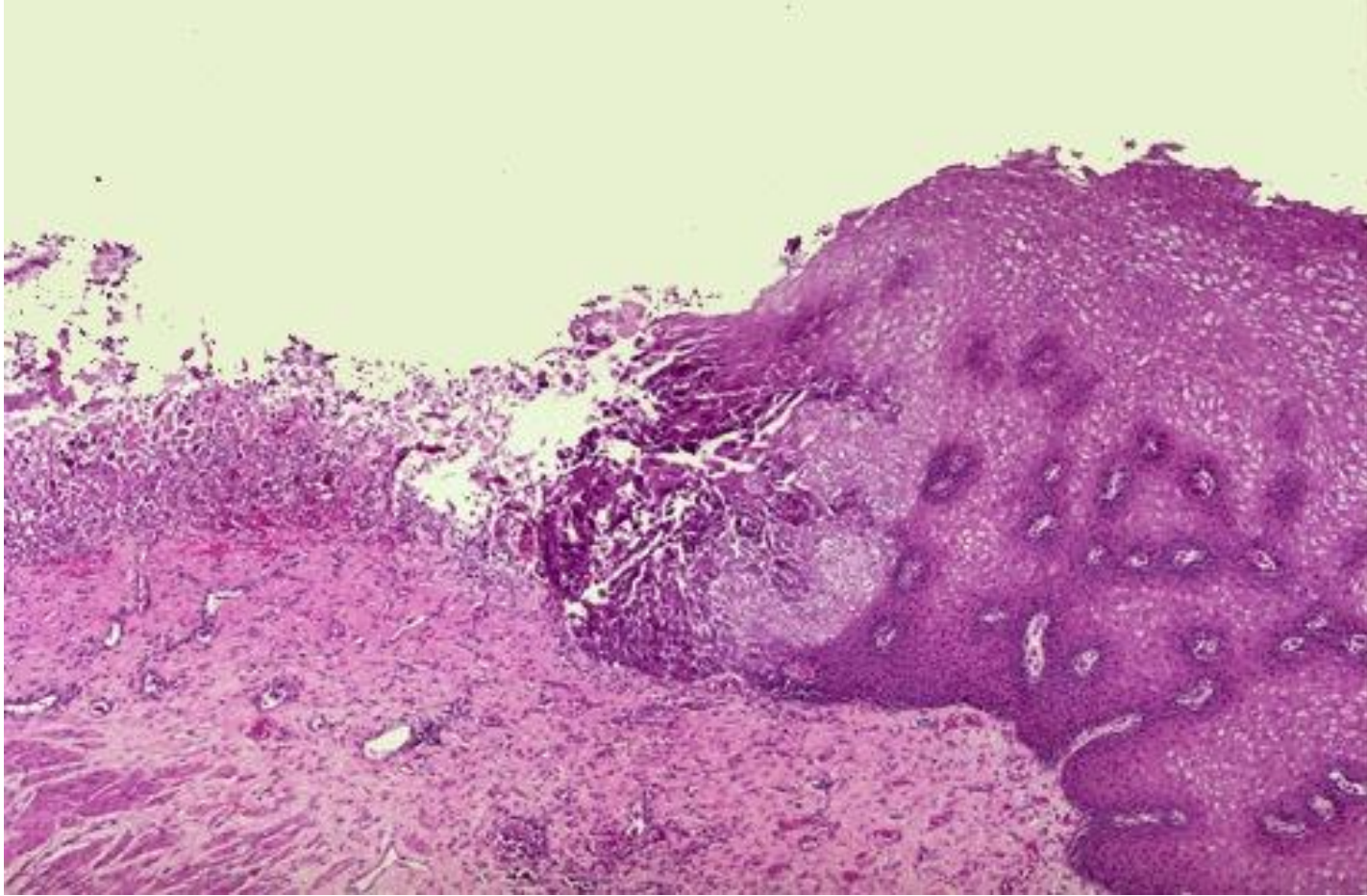
التهاب مري حاد، يتظاهر بزيادة العدلات في الطبقة تحت المخاطية مع وجود عدلات
مرتشحة في المخاطية الشائكة

د. حبيب جربوع



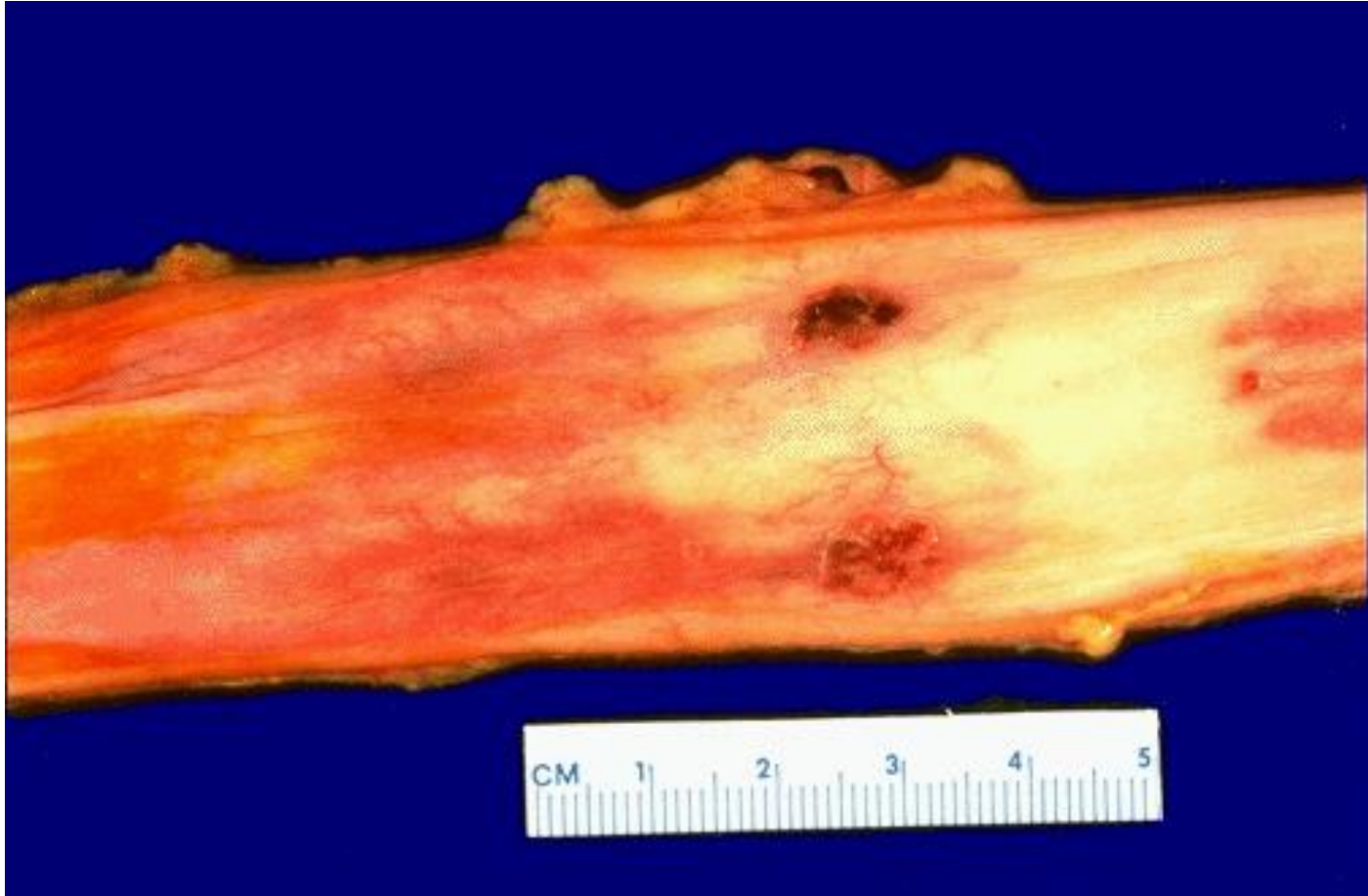
القسم السفلي للمري هنا يبدي تقرح محدد جيداً ذو قاعدة بنية محمرة بعكس
مخاطية المري الطبيعية الشاحبة. مثل هذه القرحات الآكلة تقترح الخمج بفيروس
الحلأ البسيط

د. حبيب جربوع



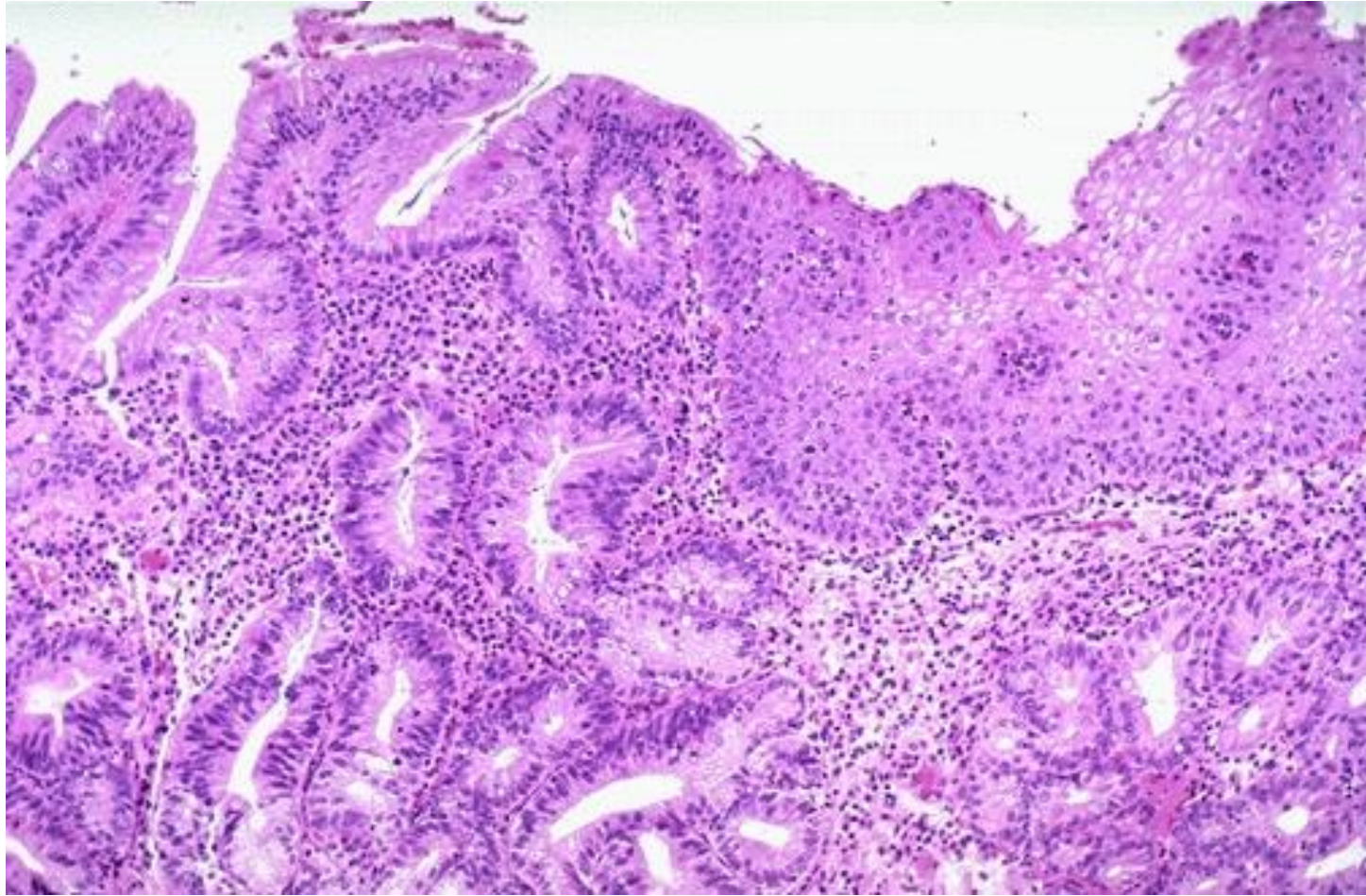
القرحة الحلثية تبدي حواف واضحة، قاعدتها تبدي زوال الظهارة الشائكة ووجود بقايا مواد متنخرة فقط

د. حبيب جربوع



قرحتان آكلتان محدودتان جيداً في منتصف المري عند مريض مضعف المناعة لديه
خمج بالحلا البسيط

د. حبيب جربوع



سبب آخر للالتهاب يدعى مري باريت Barrett's esophagus حيث نجد مخاطية من النمط المعدي فوق الوصل المريئي-المعدي. وهو يؤهب للكارسينوما الغدية على المدى الطويل، أما تأثيراته الآنية فهي التهاب وتقرح

د. حبيب جربوع

D. التهاب المعدة Gastritis:

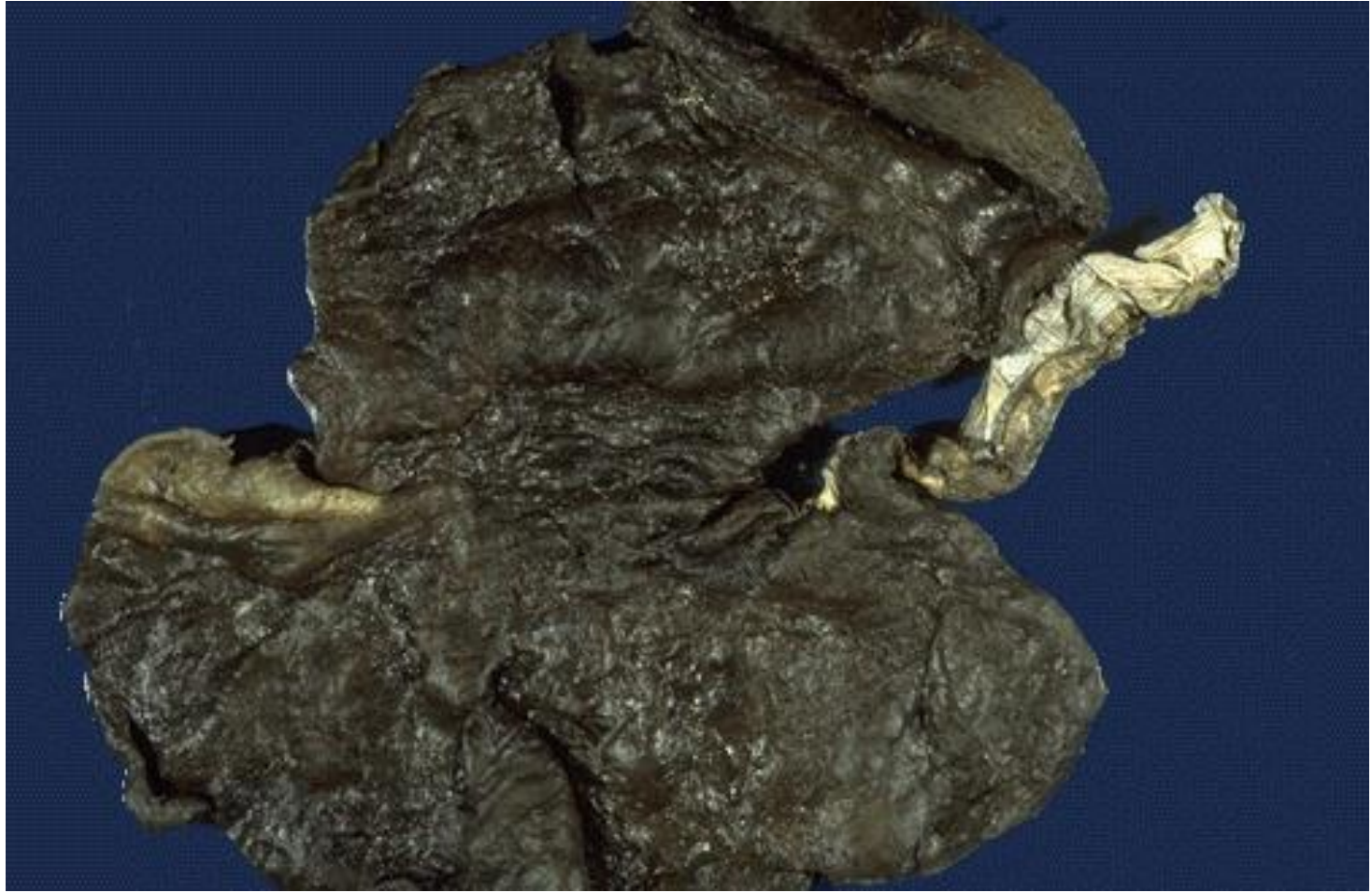
١. التهاب المعدة الحاد الأكال **Acute erosive gastritis**: سببه فرط استعمال مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية (NSAIDs) مثل الأسبرين، والكحول
٢. التهاب المعدة المزمن **Chronic gastritis**:

a. **Type A gastritis**: سببه **أضداد ذاتية** ضد الخلايا الجدارية، ينتج عنها تخریب للغدد التي تفرز حمض كلور الماء والعامل الداخلي. نقص العامل الداخلي يعيق امتصاص فيتامين ب١٢، مؤدياً إلى **فقر الدم الوبيل Pernicious anemia**

b. **Type B gastritis**: سببه **الخمج بالملتوية الحلزونية البوابية Helicobacter pylori (HP)**

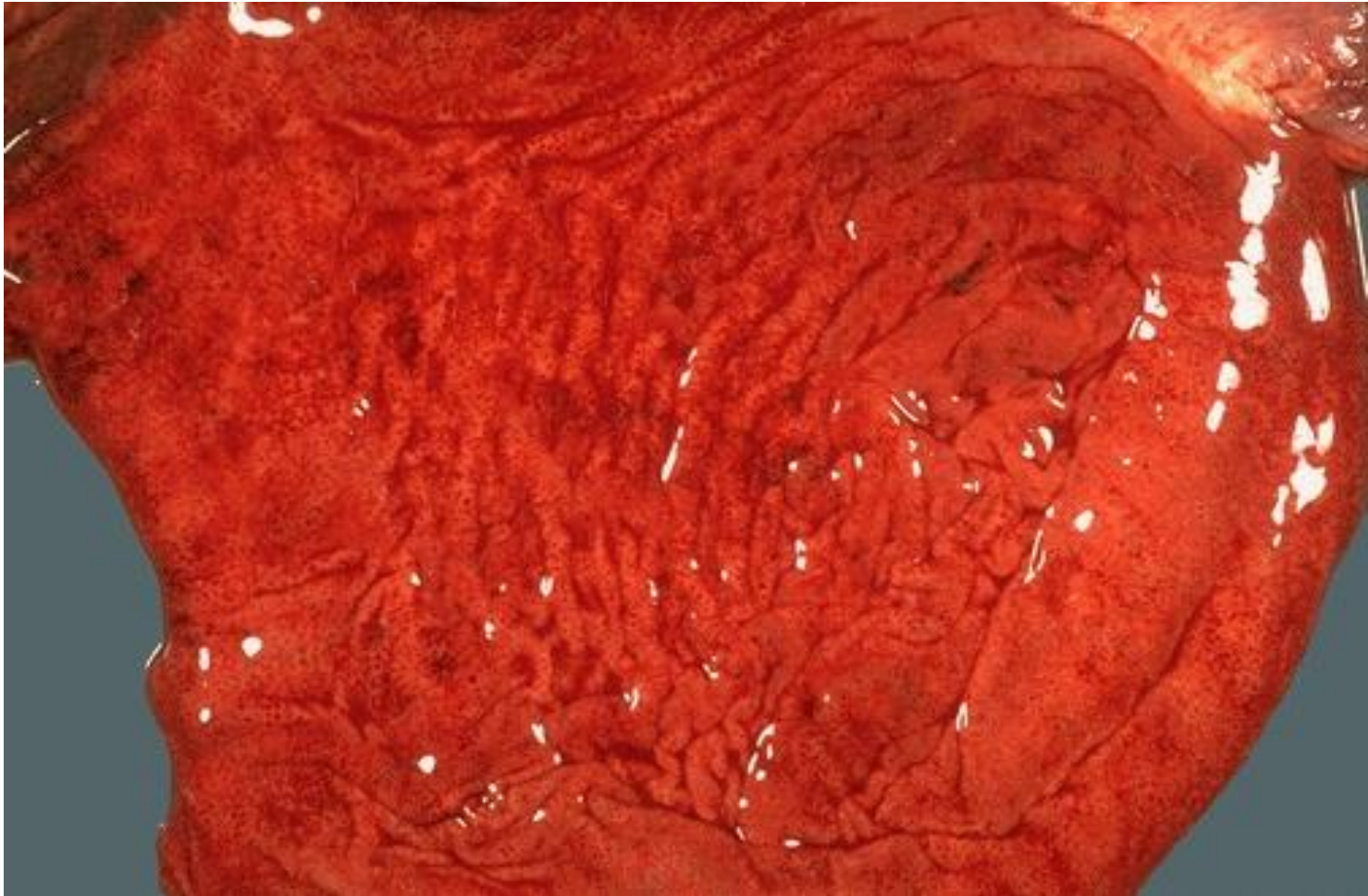
٣. التهاب المعدة الضخامي **Hypertrophic gastritis**: يتضمن العديد من الحالات مثل **مرض مونترية Ménétrier disease** وهو مجهول السبب، و**فرط غاسترين الدم** وسببه ورم غدي صماوي في مريض متلازمة زولينجر-أليسون
- E. **مرض القرحة الهضمية Peptic ulcer disease**: يتصف بزوال المخاطية وتقرحات أعمق في المعدة أو العفج. الأسباب تتضمن فرط الحموضة والخمج بالملتوية الحلزونية البوابية

د. حبيب جربوع



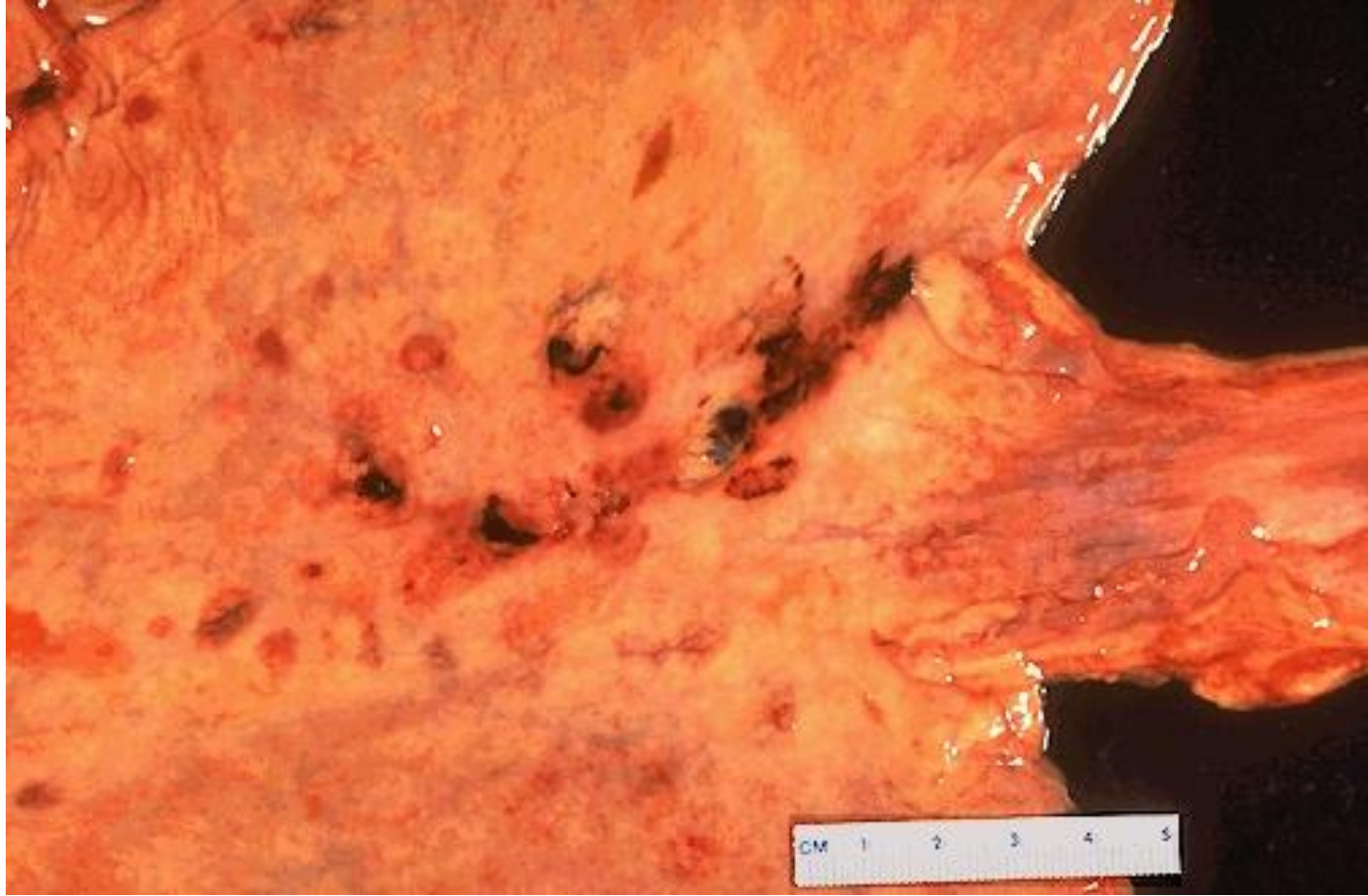
إن تناول الحموض والقلويات يؤدي لأذية شديدة في المخاطية. القلويات أسوأ وعادة تؤدي إلى تقرحات تمتد ضمن الجدار العضلي للمري و/أو المعدة. هنا المريض ابتلع حمض السلفريك الذي فحم المخاطية المعدية

د. حبيب جربوع



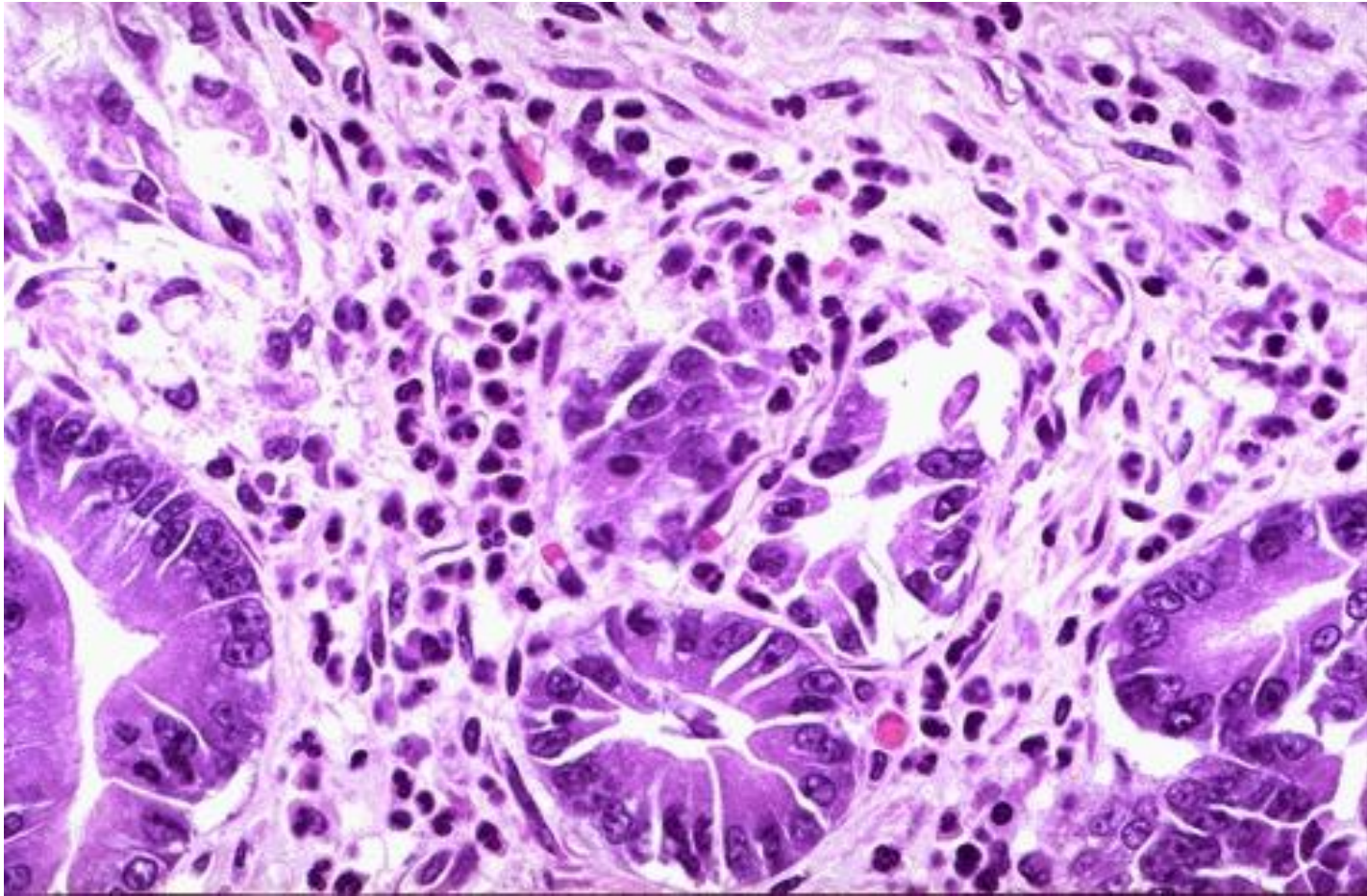
التهاب المعدة حاد نموذجي، نشاهد تبغ شامل للمخاطية المعدية. هناك العديد من الأسباب لالتهاب المعدة الحاد: الكحولية، الأدوية، الأحماس، الخ

د. حبيب جربوع



مناطق أكبر من نزف معدي يفضل تسميتها سحجات (erosions) لأن المخاطية السطحية زالت. لاحظ الحواف المدورة للسحجات، ربما سببها أنبوب أنفي معدي

د. حبيب جربوع



المخاطية المعدية تبدي ارتشاح بالعدلات. التشخيص التهاب معدة حاد

د. حبيب جربوع



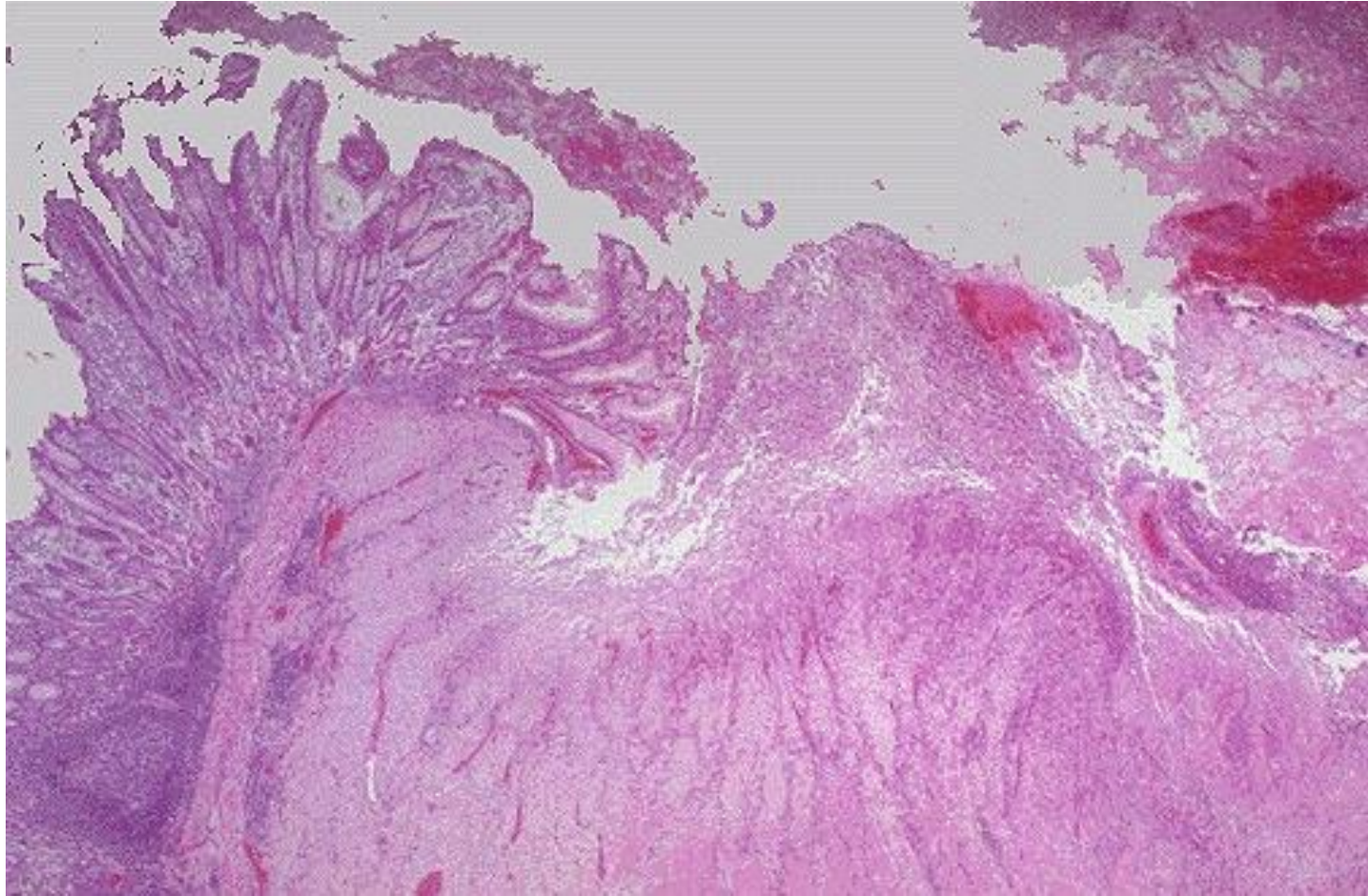
قرحة معدية حادة تقيس ١ سم. القرحة سطحية ومحدودة بشكل واضح ومحاطة بتبيغ، هي على الأغلب سليمة. على كل حال كل قرحات المعدة يجب أن يؤخذ منها خزع لنفي الخباثة

د. حبيب جربوع



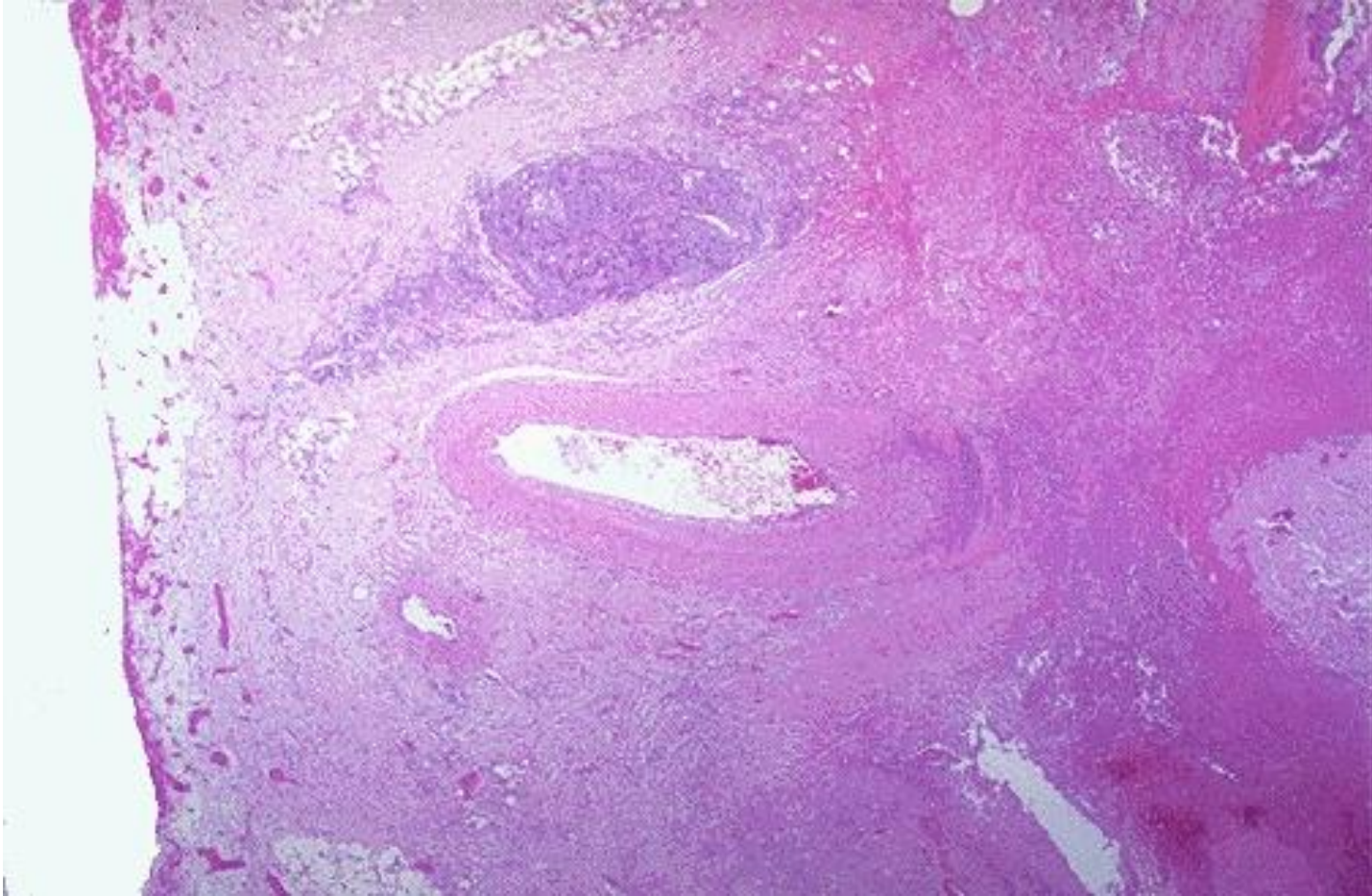
قرحة معدية كبيرة ٣-٤ سم سببت استئصال المعدة. هذه القرحة أعمق مع حواف غير منتظمة. من اختلاطات القرحة المعدية (السليمة والخبیثة) الألم والنزف والانتقاب والانسداد

د. حبيب جربوع



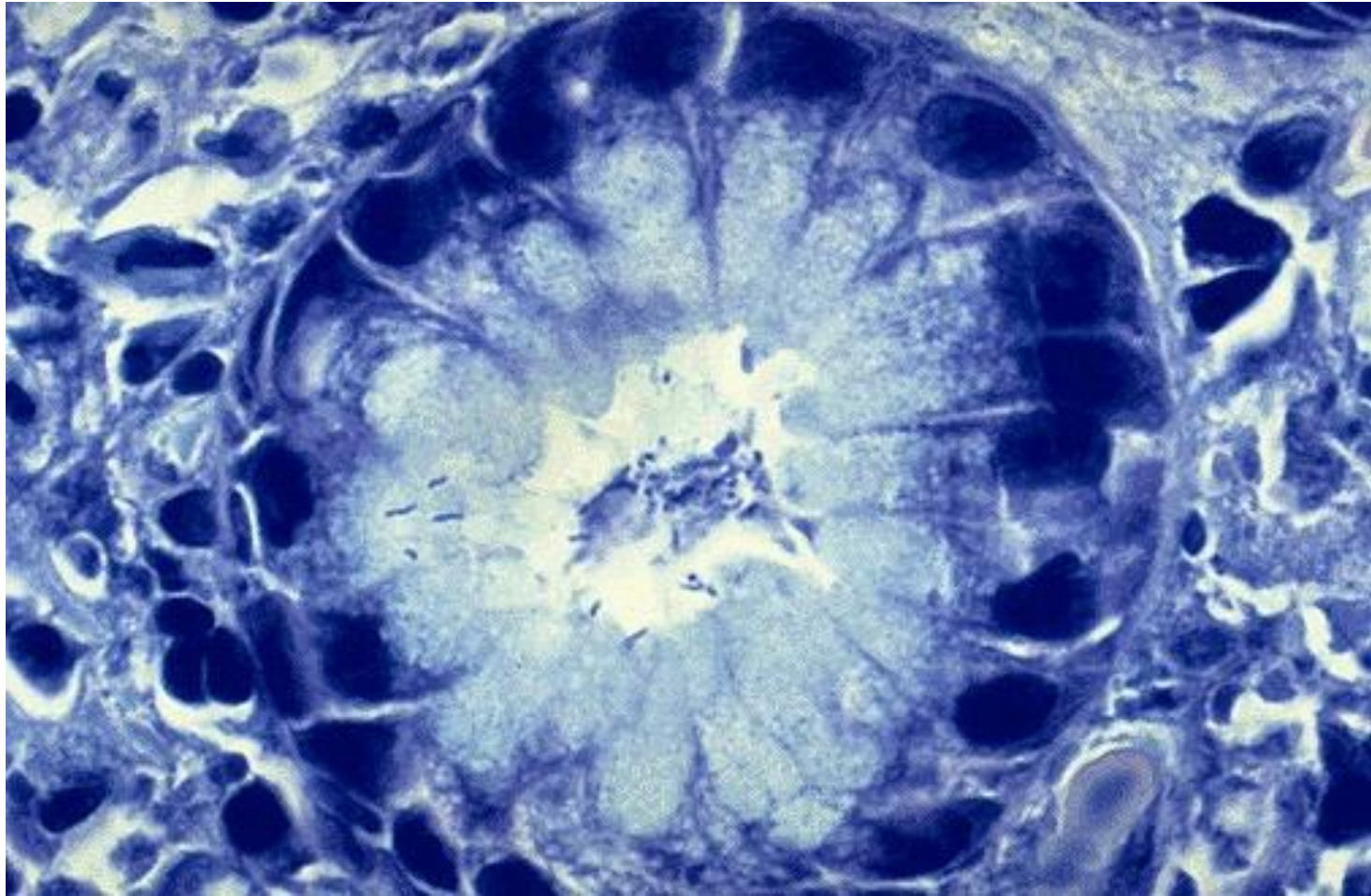
قرحة محدودة جيداً قاعدتها تحوي مواد التهابية نخرية. الفرع الشرياني عند قاعدة القرحة متآكل ونازف. القرحة يمكن أن تنقب وتنفذ إلى بطن جراحي حاد. الصورة الشعاعية للبطن في حالة الانتقاب تبدي هواء حر

د. حبيب جربوع



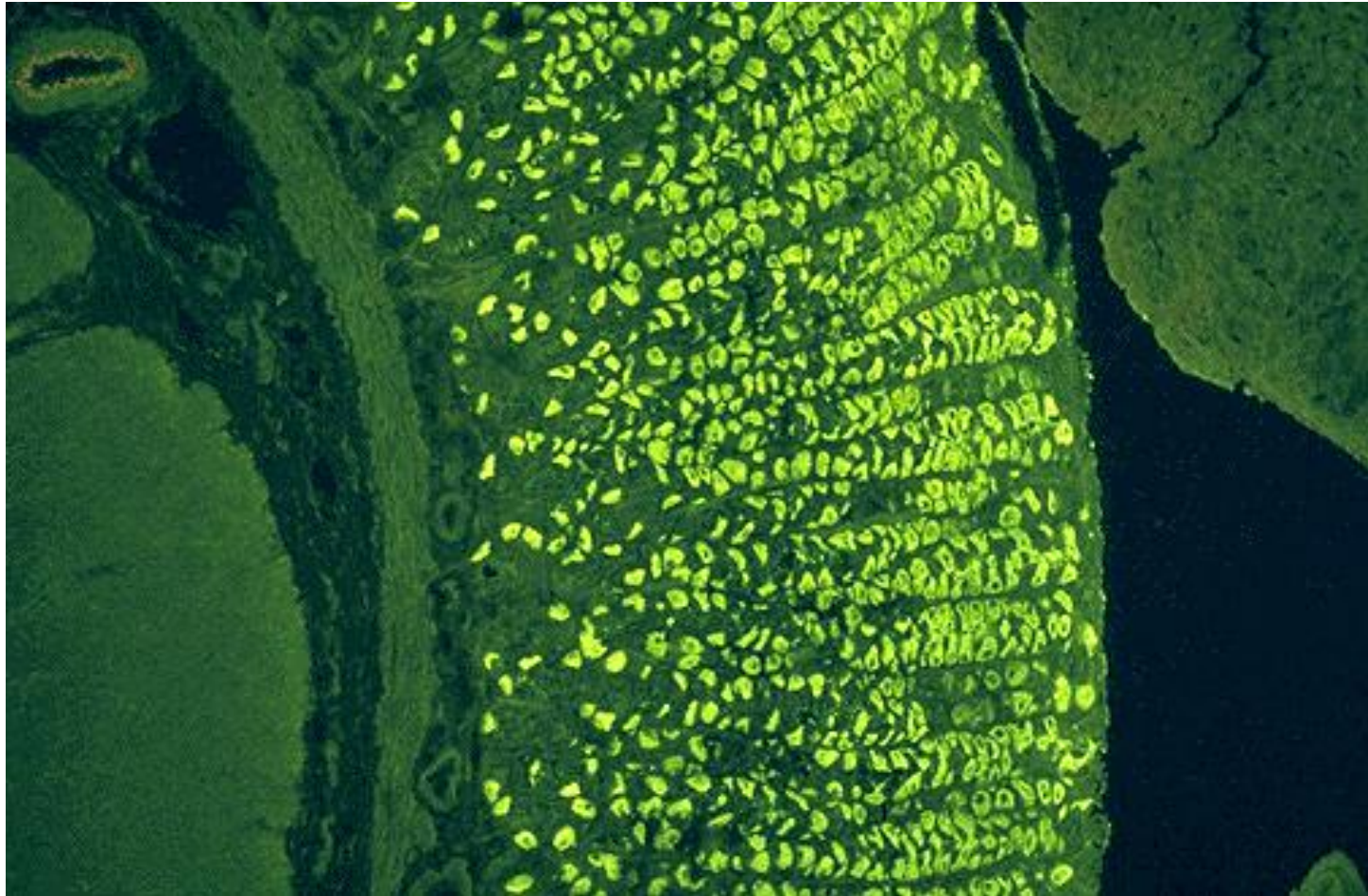
القرحة إلى اليمين تخترق العضلية وتقترب من الشريان. إن تآكل الشريان يقود إلى أحد الاختلاطات الكبرى للقرحة وهو النزف. هذا النزف يمكن أن يكون مهدداً للحياة. إن فقدان الدم المزمن يمكن أن يؤدي إلى فقر دم بعوز الحديد

د. حبيب جربوع



إن التهاب المعدة غالباً ما يترافق بالخمج بالملتوية البوابية HP، هذه الجرثومة الصغيرة المعكوفة العصوية أو الحلزونية الشكل توجد على سطح الظهارة المخاطية لمعظم مرضى التهاب المعدة الفعال. التلوين هنا methylene blue

د. حبيب جربوع



المرفاق الآخر لالتهاب المعدة هو فقر الدم الوبيل. إن التهاب المعدة المزمن
الضموري يترافق مع أضداد ذاتية تحصر أو تقيد العامل الداخلي. ضد المشاهد هنا
باللون الأخضر اللامع بالومضان المناعي موجه ضد الخلايا الجدارية لمخاطية
المعدة

د. حبيب جربوع

F. Enteritis: هو التهاب الأمعاء الدقيقة المترافق مع إسهال أو سوء امتصاص أو الاثنين معاً

١. الأسباب الخمجية:

a. الفيروسات (مثلاً **rotavirus** ، **Norwalk virus**)، أكثر شيوعاً لدى الأطفال

b. الجراثيم

(١) **Escherichia coli** إيشرشيا كولاي (المنتقلة بالطعام)

(٢) **Vibrio cholerae** الضمة الهيسية (المنتقلة بالماء)

(٣) **Staphylococcus aureus** العنقوديات المذهبة والتي تفرز ذيفان متكون

بشكل مسبق وتسبب تسمم غذائي

(٤) **Mycobacterium avium-intracellular** المتفطرات البيضية داخل الخلوية

(MAI) والتي يمكن أن تسبب التهاب أمعاء في مرضى الإيدز

(٥) **Tropheryma whippelii** وهي الجراثيم داخل الخلوية المسؤولة عن داء وييل

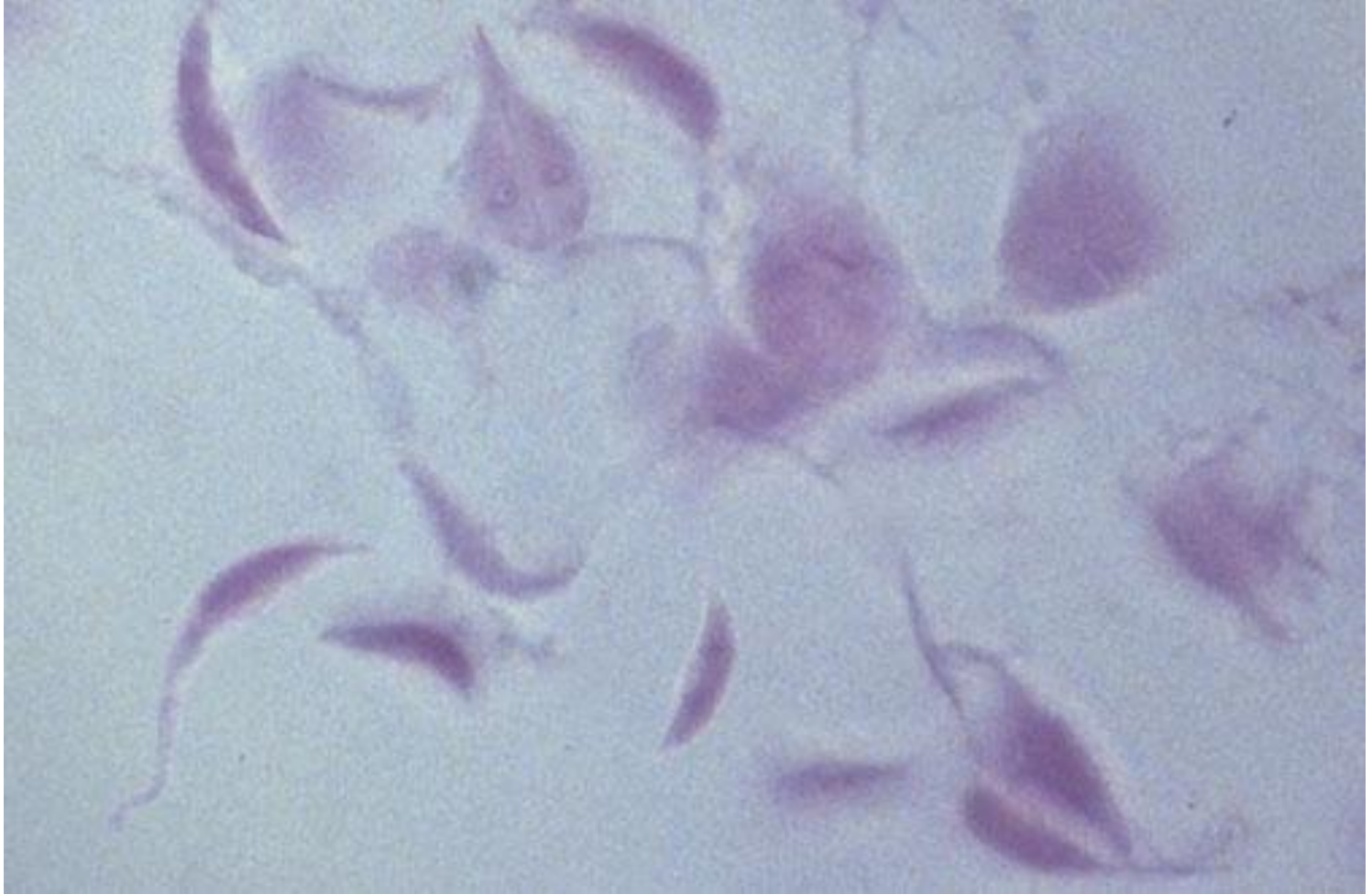
(متلازمة سوء امتصاص)

c. الطفيليات (مثل الجيارديا لامبليا)

٢. **Celiac sprue**: الداء الزلاقي عدم تحمل الغلوتين يقود إلى ضمور الزغابات

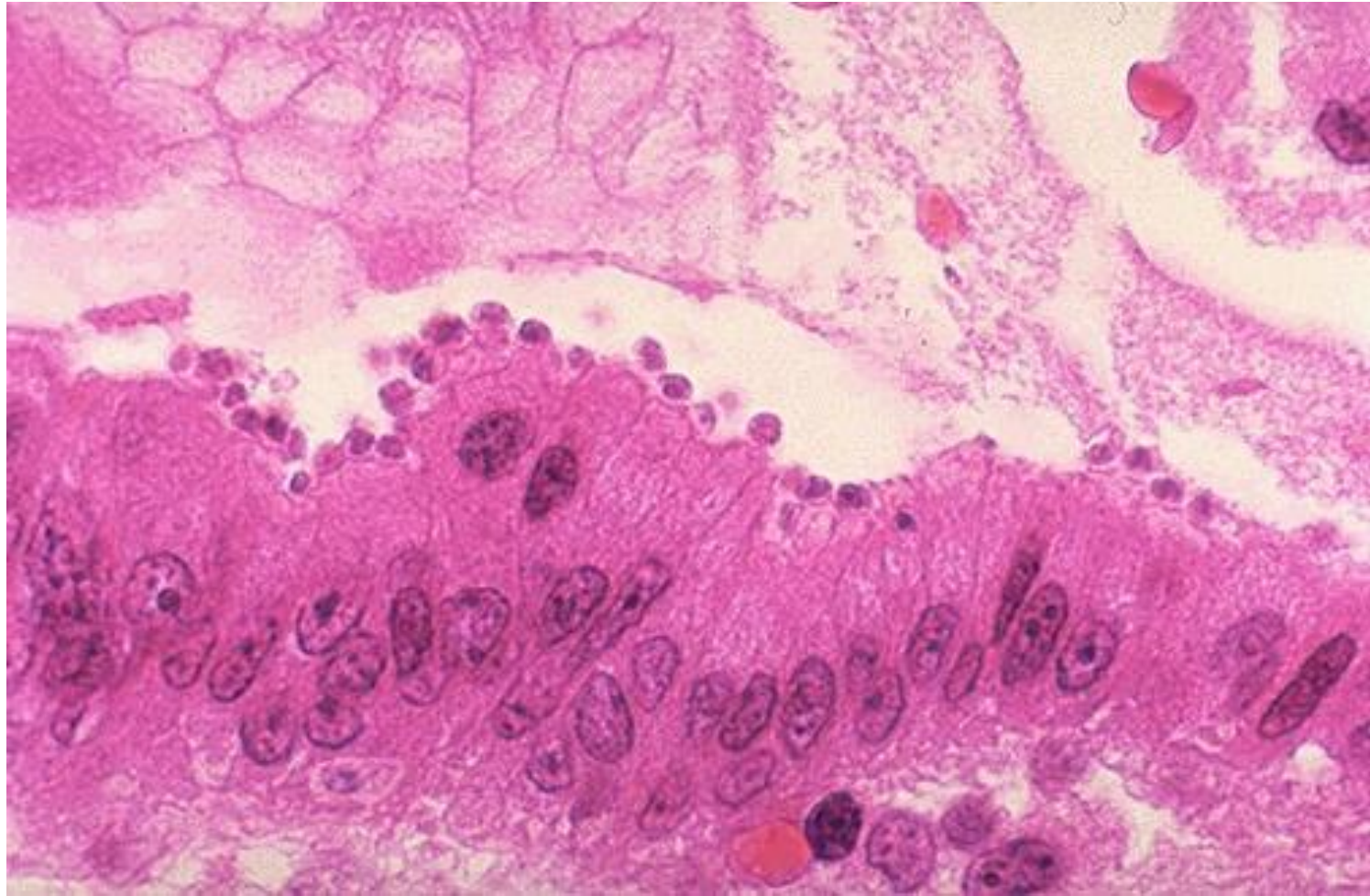
المعوية وبالتالي سوء امتصاص

د. حبيب جربوع



خمج الأمعاء الدقيقة بالجيارديا لامبليا يسبب إسهال. الطفيليات النشطة trophozoites تعيش في العفج وتصبح أكياس خامجة تنطرح للخارج. هذا يسبب إسهال مائي. الاختبار المفيد لتشخيص الإسهال الخمجي هو فحص البراز لتحري البيوض والطفيليات

د. حبيب جربوع



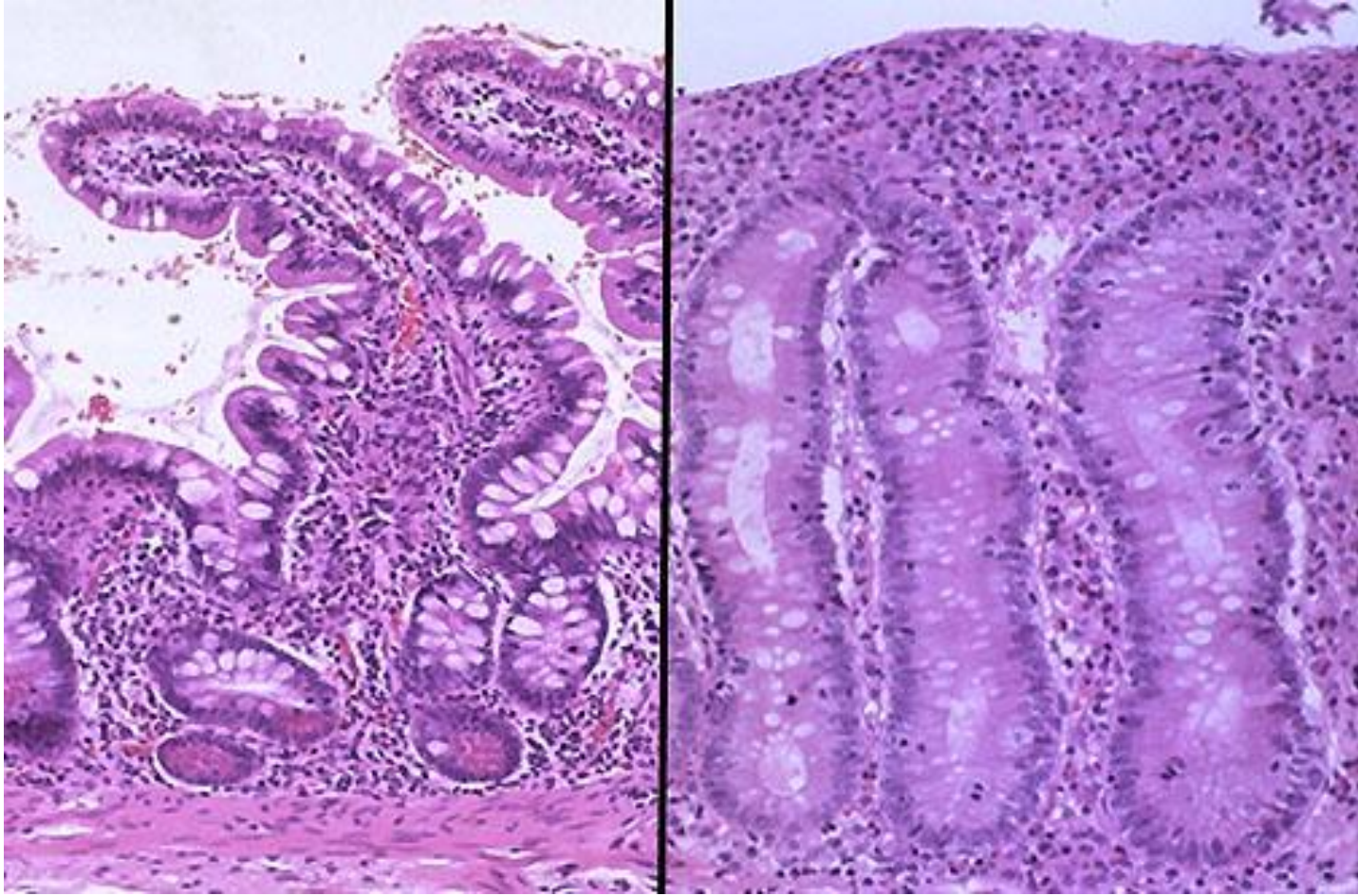
عامل خامج أكثر شيوعاً لدى المرضى مضعفي المناعة وخصوصاً مرضى الإيدز.
العضيات الصغيرة المدورة الزرقاء على الحافة اللمعية للخلايا هي *cryptosporidia*
وتسبب إسهال مائي غزير

د. حبيب جربوع



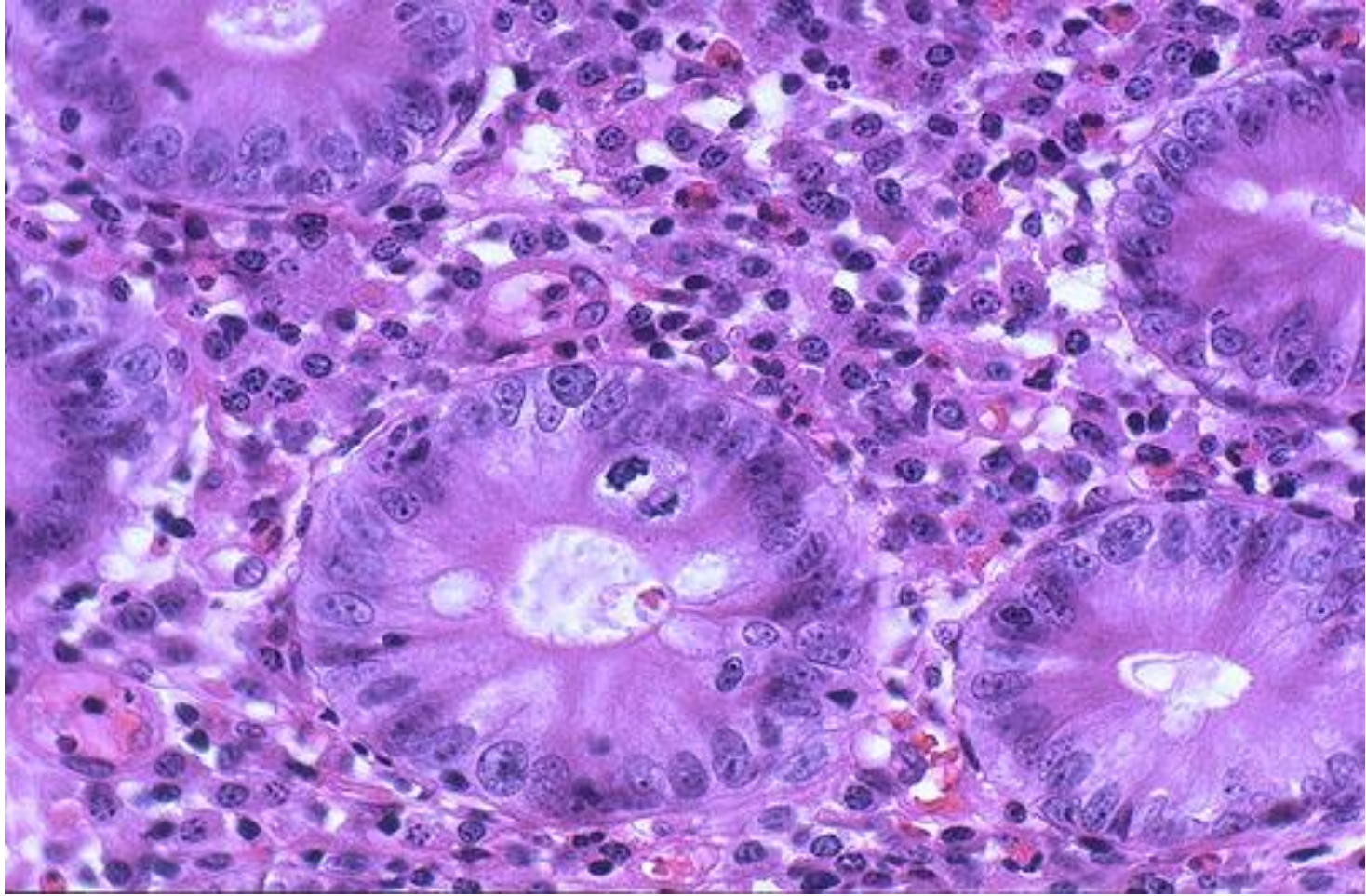
الأخماج الفطرية شائعة أيضاً لدى المرضى مضعفي المناعة. هنا الأمعاء الدقيقة تحوي قرحات مدورة ذات حواف مفرطة التبيغ ومركز أسود مرتفع، هي نموذجية للقرحات الفطرية. الفطر هنا أسبيرجيلوز

د. حبيب جربوع



مخاطية أمعاء دقيقة إلى اليسار، ومخاطية مصابة بالداء الزلاقي إلى اليمين. تكون الزغابات
كليلة ومسطحة وفي الحالات الشديدة تغيب نهائياً مع تسطح المخاطية. يوجد الداء الزلاقي
في العرق الأبيض بنسبة ١/٢٠٠٠ ونادراً ما يشاهد في باقي العروق. أكثر من ٩٥% من
المصابين يبدون مستضد التوافق النسيجي DQw2 مما يقترح السبب الجيني

د. حبيب جربوع



مخاطية الأمعاء الدقيقة تبدي التهاب مزمن ملحوظ في الداء الزلاقي. هناك حساسية للغوتين والذي يحوي بروتين الغليادين والموجود في حبوب القمح والشوفان والشعير. استبعاد الأغذية الحاوية هذه الحبوب من الحمية الغذائية يؤدي إلى زوال التحسس المعوي للغوتين. نشاهد هنا فقدان الأرتاج وزيادة الفعالية الانقسامية وفقدان الحافة الفرغونية وارتشاح بالمفاويات والخلايا البلاسمية (الخلايا البائية المتحسسة للغليادين)

د. حبيب جربوع

G. التهاب الزائدة الدودية **Appendicitis**: خمج جرثومي مختلط (تالي لانسداد
اللمعة بحصيات برازية أو طفيليات أو ضخامة أجربة لمفاوية)

H. التهاب الكولون **Colitis**:

١. التهاب الكولون الخمجي: أشكاله تتضمن داء الشيغيلا **Shigellosis**
والسالمونيلا **Salmonellosis** والأميبيا **Amebiasis** والتهاب الكولون
الغشائي الكاذب **Pseudomembranous colitis** (سببه المطثيات الصعبة
Clostridium difficile)

٢. الداء المعوي الالتهابي **Inflammatory bowel disease (IBD)**: يتألف من
مرضين متقاربين من بعضهما ولكنهما بنفس الوقت متميزين عن بعضهما
وآليتهما مجهولة: داء كرون **Crohn disease** والتهاب الكولون القرصي
Ulcerative colitis

د. حبيب جربوع

مقارنة بين داء كرون والتهاب الكولون القرصي

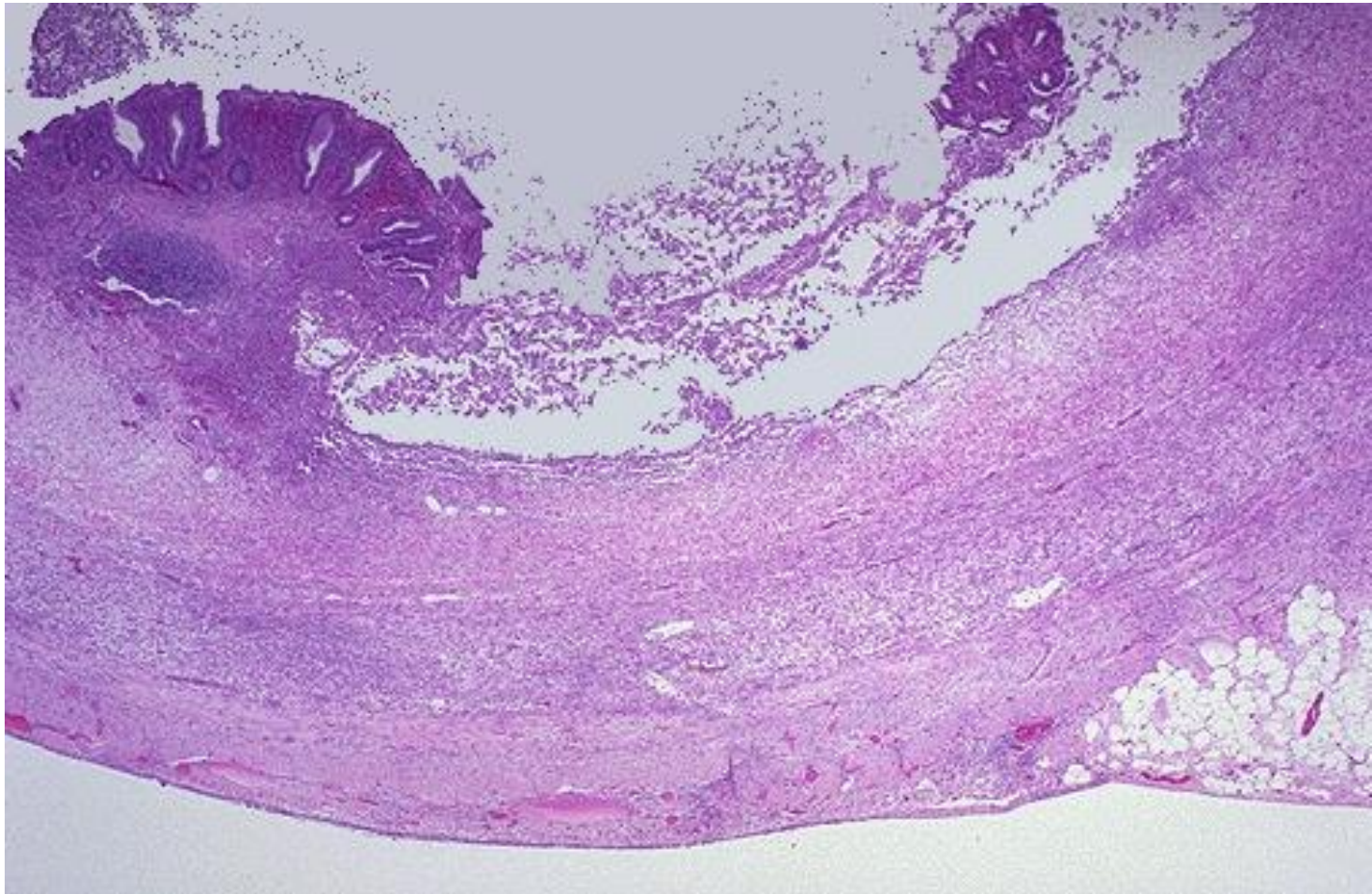
داء كرون	التهاب الكولون القرصي	
الدقاق، الكولون	المستقيم، الكولون	الجزء المصاب من الأمعاء
بقعي (آفات قافزة skip lesions)	مستمر	التوزع
شقوق عميقة {مخاطية حجارة الرصيف} تضيقات	قرحات سطحية عريضة بوليبات كاذبة توسعات	المظهر العياني
خراجات رتجية التهاب (عابر للجدار) حبيبومات ٥٠% من المرضى تليف	خراجات رتجية التهاب (محدود في المخاطية) لا يوجد حبيبومات لا يوجد تليف	الموجودات المجهرية
نواسير، التصاقات كارسينوما (+ / -)	الكولون العرطل كارسينوما (++)	المضاعفات

د. حبيب جربوع



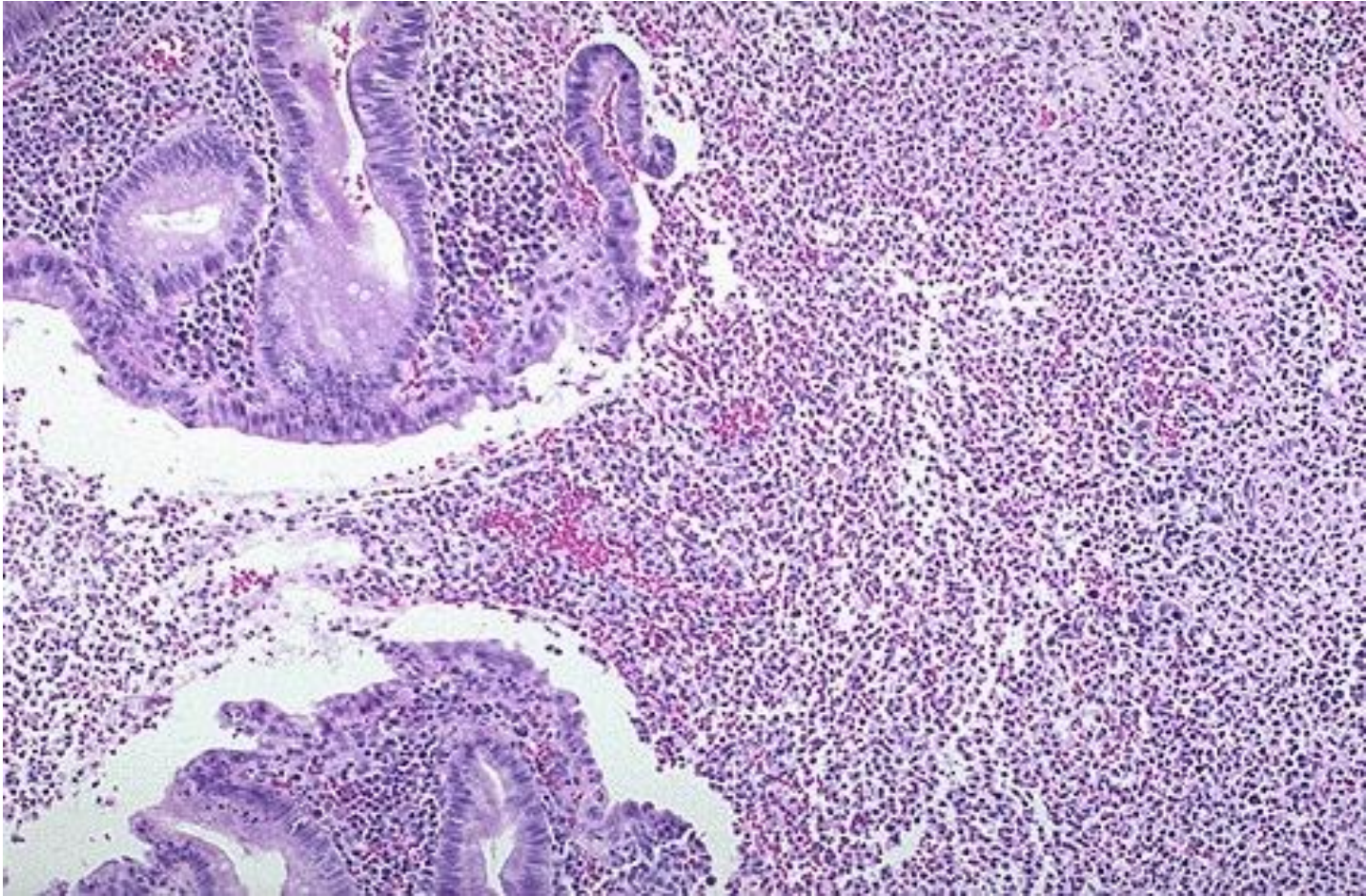
زائدة مستأصلة جراحياً. أتى المريض بقصة ألم بطني كان في البدء معمماً ثم تموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى. الفحص السريري أبدى إيلام ارتدادي في الحفرة الحرقفية اليمنى. تعداد الكريات البيض كان مرتفعاً ١١٥٠٠. التهاب زائدة حاد يبدي نتحة مصطبغة صفراء وفرط تبغ يشمل الشحم حول الزائدة (السطح المصلي الطبيعي يكون أملس لماع شاحب)

د. حبيب جربوع



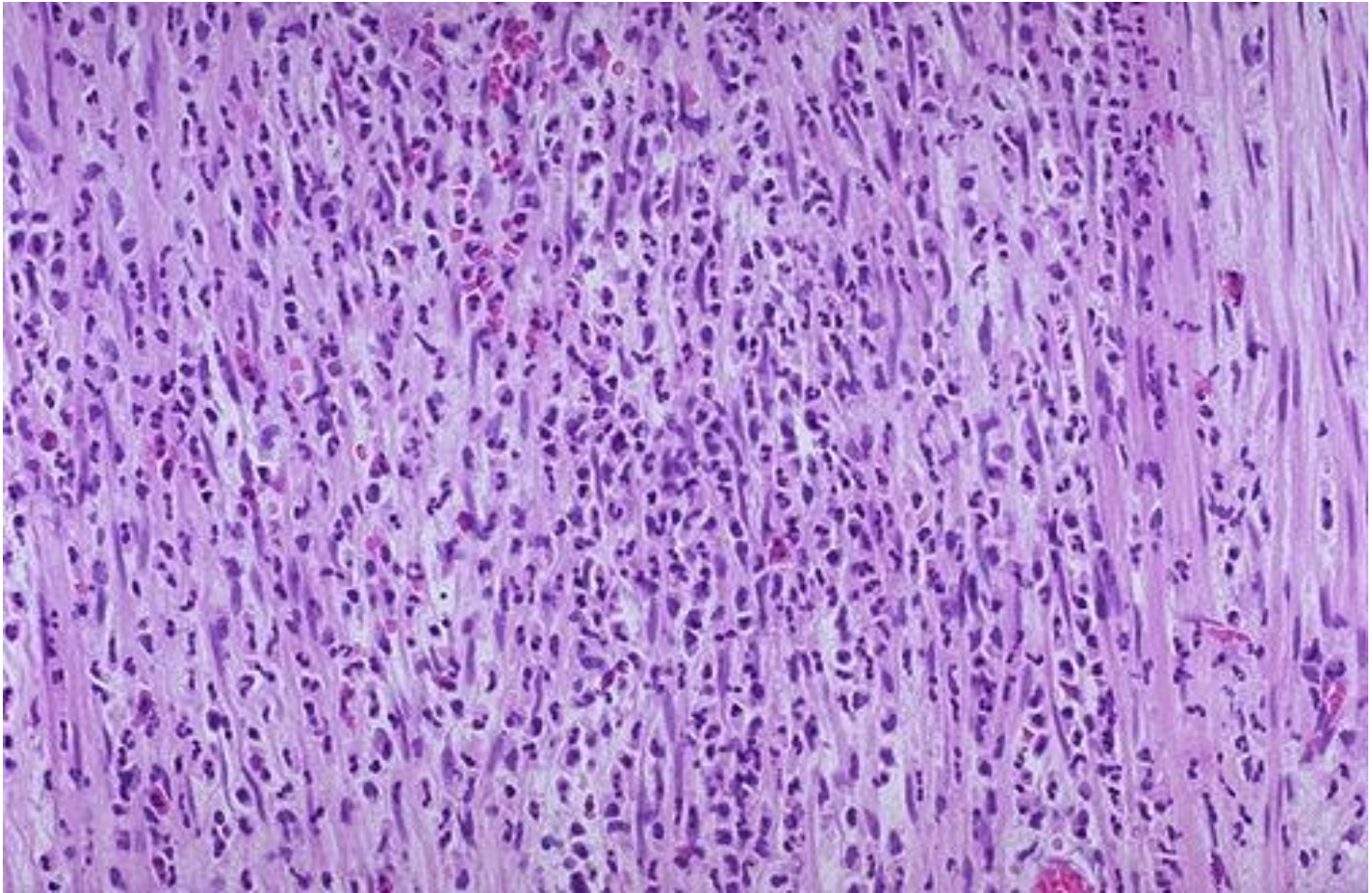
التهاب زائدة حاد يبدى التهاب ونخر في المخاطية

د. حبيب جربوع



المخاطية تبدي تقرح ومنتحة غزيرة بالعدلات

د. حبيب جربوع



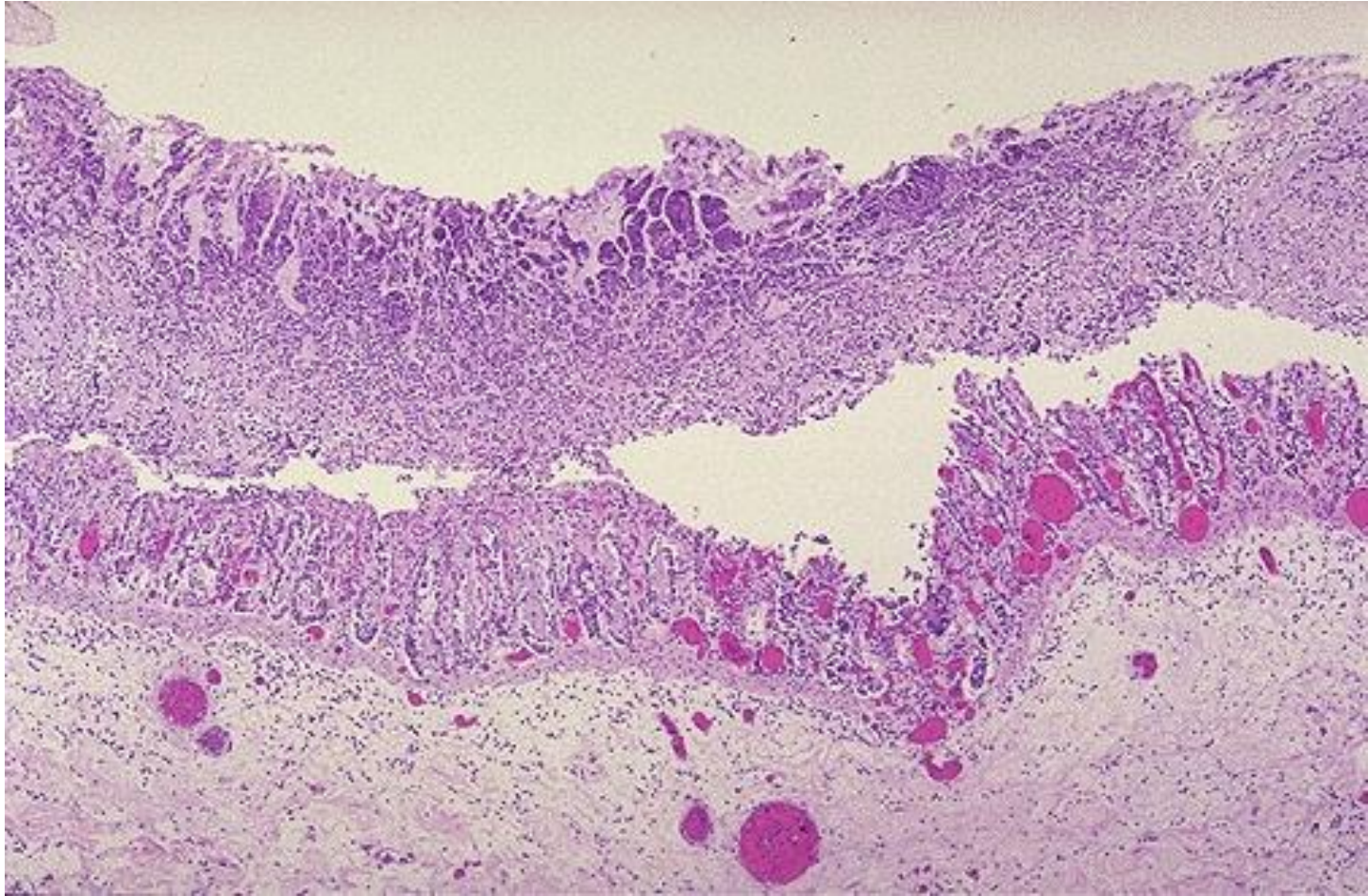
العدلات تمتد ضمن وعبر جدار الزائدة في حالة التهاب الزائدة الحاد

د. حبيب جربوع



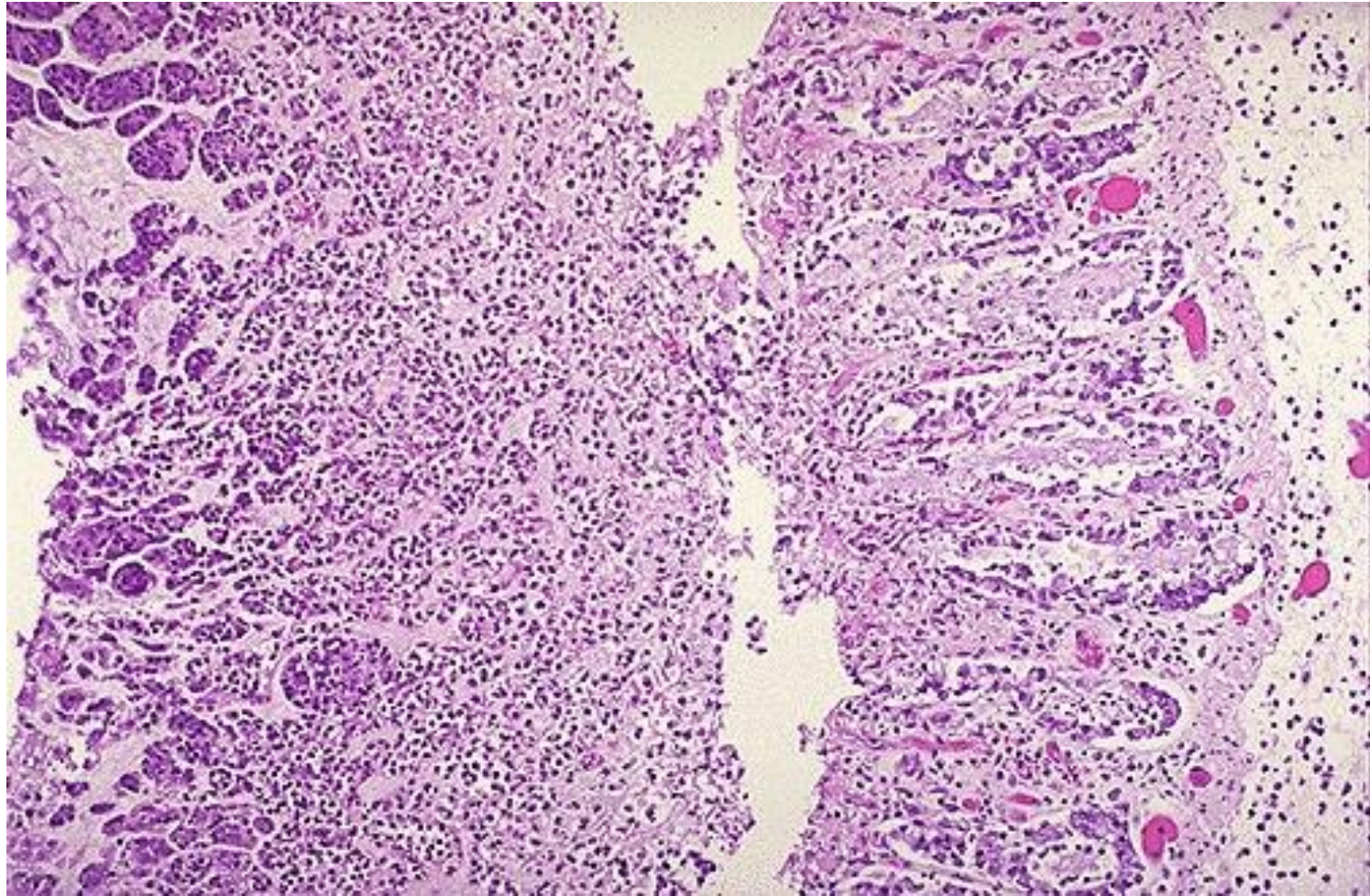
التهاب الكولون الغشائي الكاذب. سطح مخاطية الكولون مفرط التبيغ ومغطى جزئياً بنتحة صفراء مخضرة. المخاطية بحد ذاتها ليست متآكلة. استعمال الصادات ذات الطيف الواسع (مثل الكليندامايسين) أو نقص المناعة يسمح بفرط نمو الجراثيم مثل المطثيات الصعبة أو العنقوديات المذهبة، أو الفطور مثل المبيضات البيض، مما يسبب هذا المظهر

د. حبيب جربوع



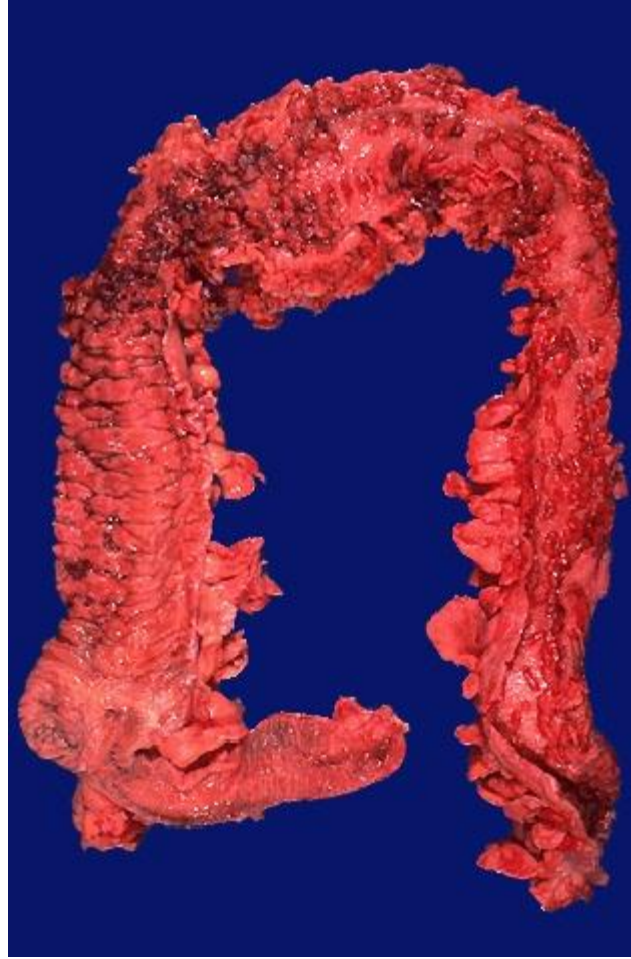
الغشاء الكاذب يتألف من خلايا التهابية وظهارة متخثرة ومخاط حيث المكان الذي يحدث فيه فرط نمو العضيات الدقيقة. المخاطية تحته تبدي احتقان أوعية لكنها لا تزال محافظ عليها

د. حبيب جربوع



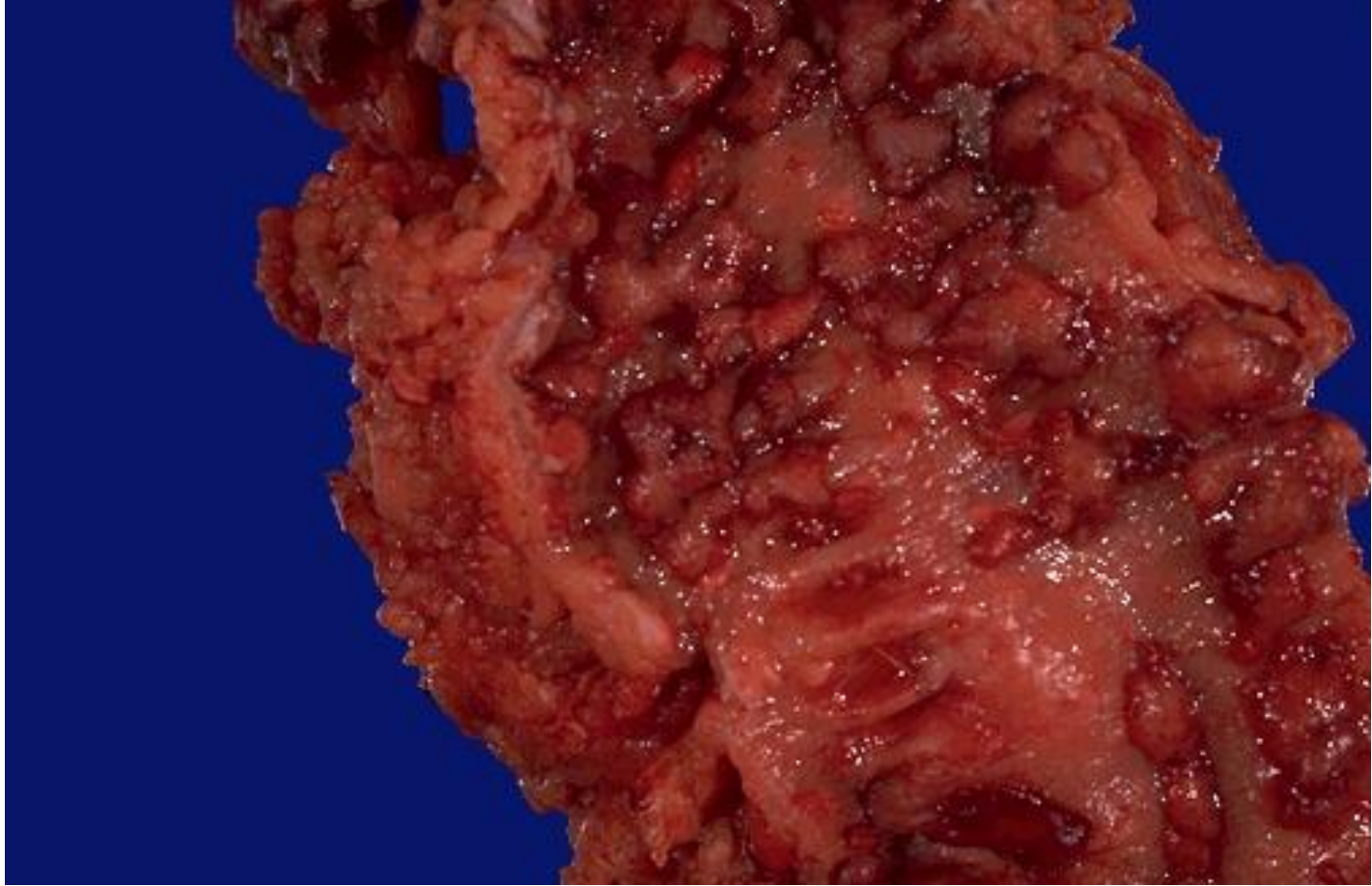
الغشاء الكاذب يحوي العديد من الخلايا الالتهابية وخصوصاً العدلات

د. حبيب جربوع



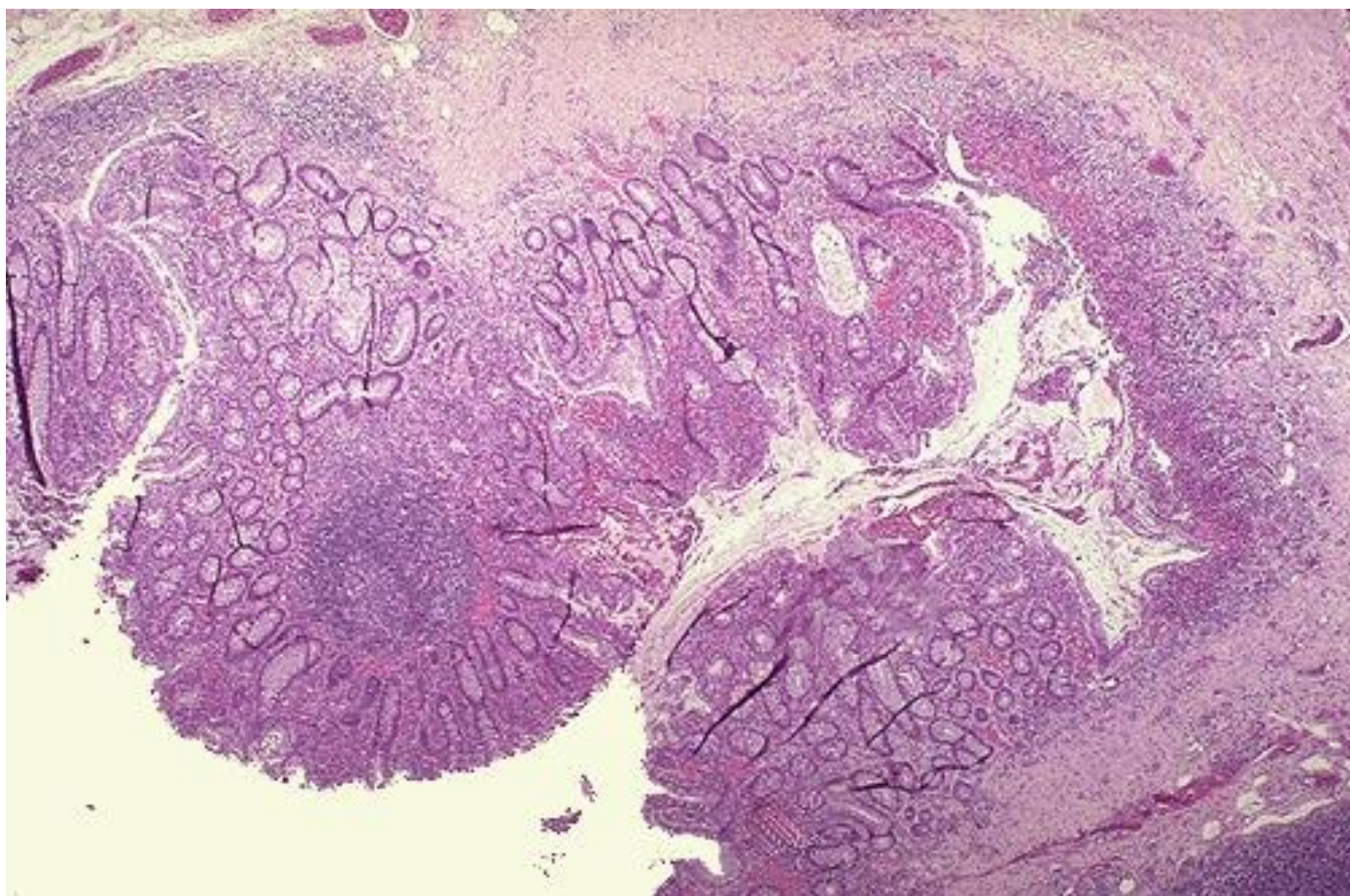
مظهر عياني مميز لالتهاب كولون قرحي. الالتهاب يميل لأن يكون متواصلاً على طول السطوح المخاطية من المستقيم وحتى الكولون الصاعد، الأعور مصاب بشكل خفيف، والدقاق النهائي غير مصاب. المخاطية تصبح متآكلة مع القليل فقط من بقايا جزر من المخاطية تدعى البوليبيات الكاذبة

د. حبيب جربوع



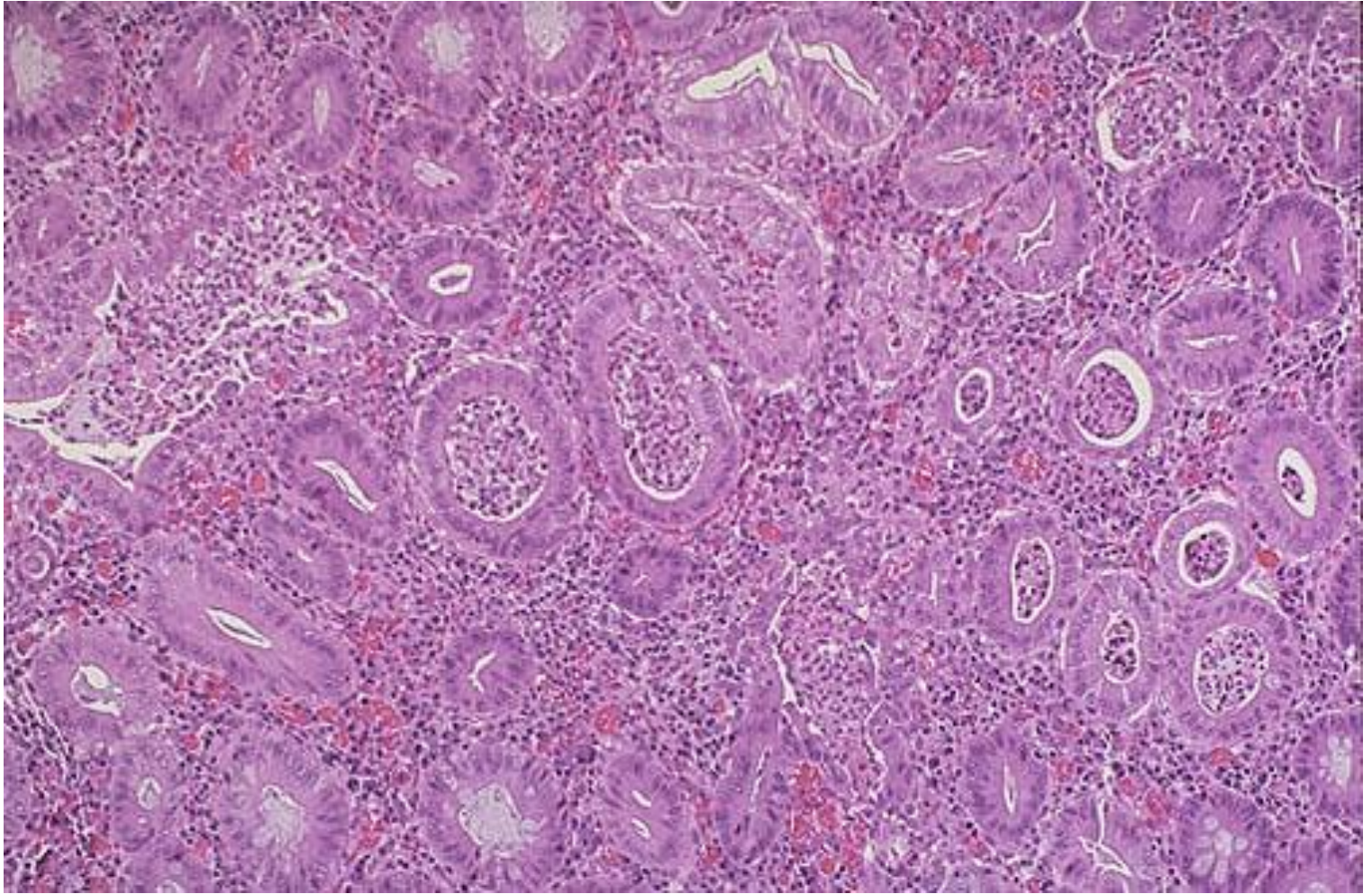
التهاب كولون قرحي. نلاحظ البوليبيات الكاذبة وذلك بسبب الالتهاب الشديد وتآكل المخاطية. البوليبيات الكاذبة هي جزر من بقايا المخاطية وذلك بعد تقرح وزوال كميات كبيرة من المخاطية

د. حبيب جربوع



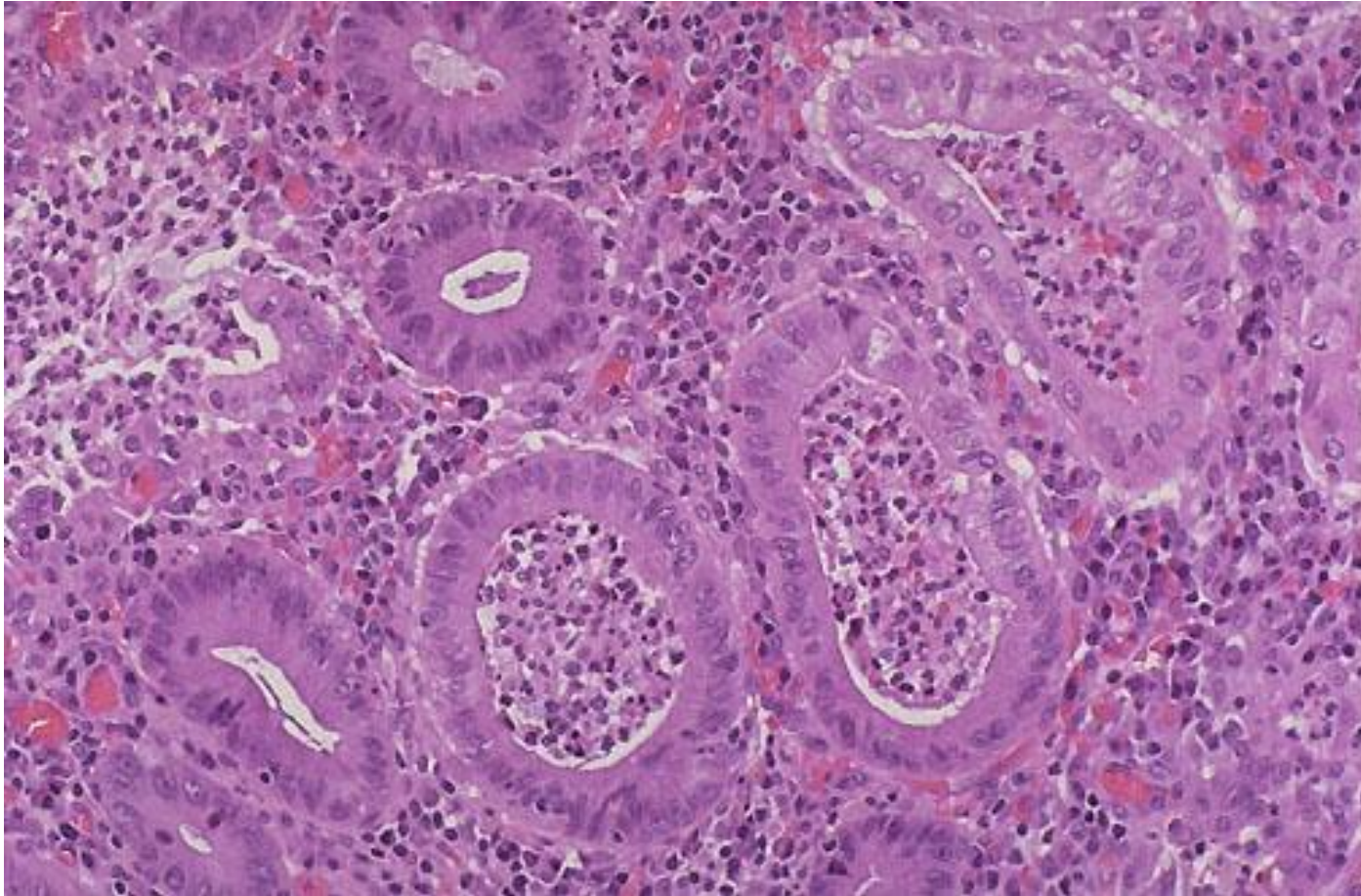
التهاب المخاطية وتآكلها في التهاب الكولون القرصي. الالتهاب محدود في المخاطية

د. حبيب جربوع



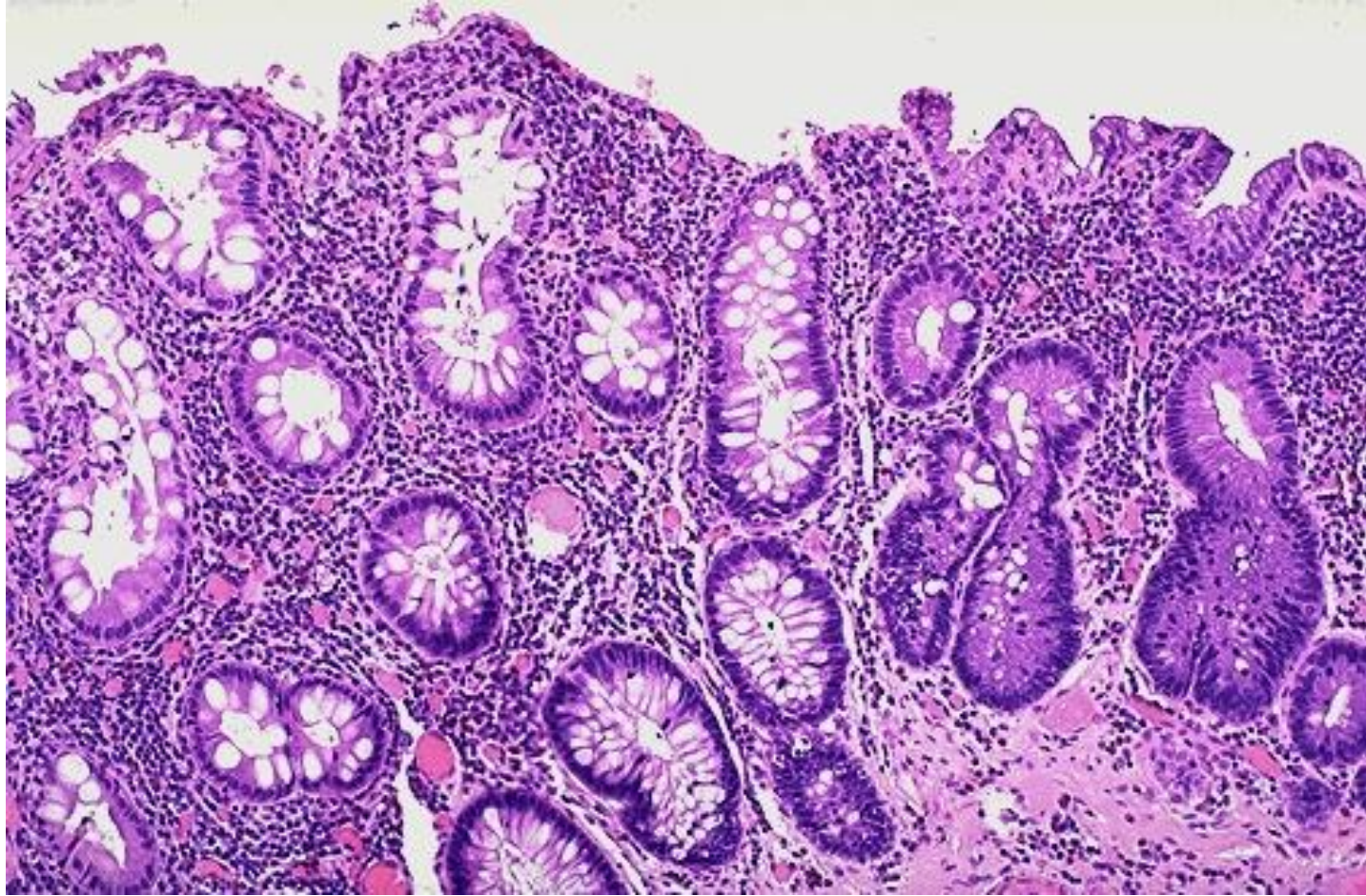
تبدي مخاطية الكولون في التهاب الكولون القرصي نتحة من العدلات ضمن لمعة
الغدد تدعى الخراجات الرتجية. تبدي الغدد فقدان خلايا غوبلت ونوى مفرطة
الكروماتين

د. حبيب جربوع



الخراجات الرتجية. لكن لسوء الحظ ليس كل حالات الداء المعوي الالتهابي تكون نموذجية

د. حبيب جربوع



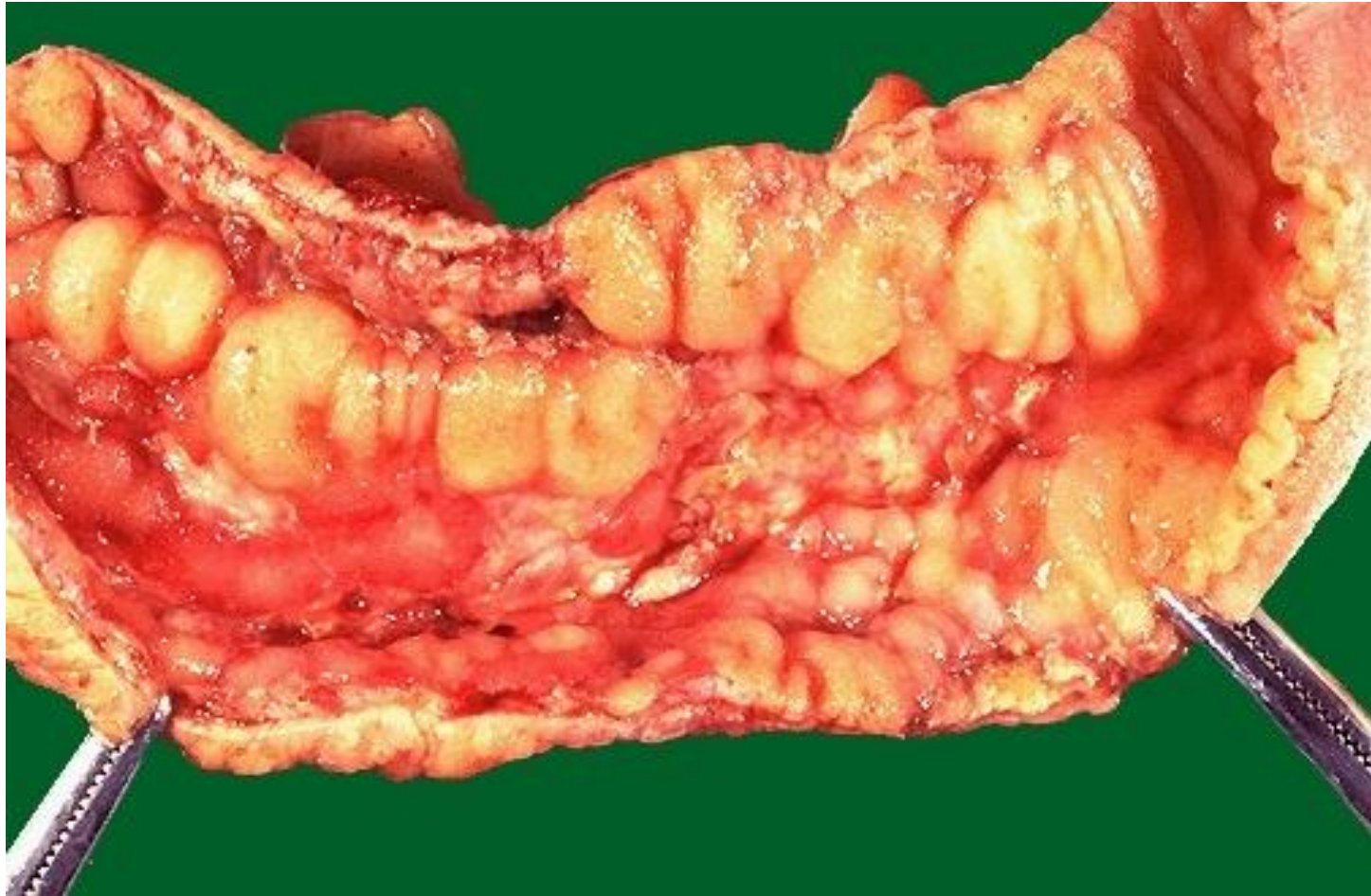
مع الزمن هناك خطورة لتطور الأدينوكارسينوما في التهاب الكولون القرصي. الغدد إلى اليمين تبدي سوء تصنع وهي العلامة الأولى للتنشؤ

د. حبيب جربوع



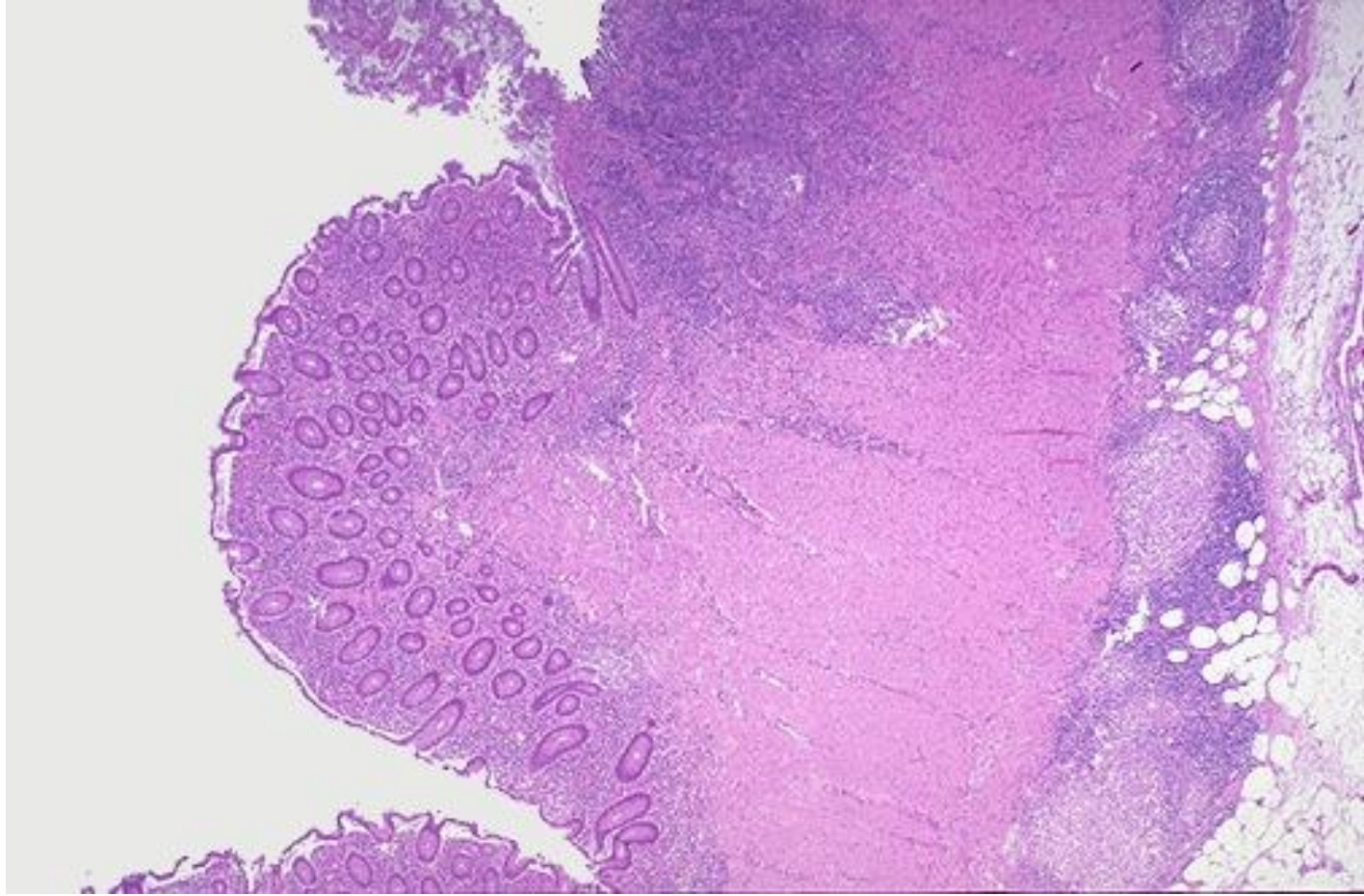
داء كرون في الدقاق النهائي. الجزء الأوسط يبدي جدار متشن والمخاطية فقدت
الثنيات الطبيعية، سطح المصلية يبدي نسيج شحمي أحمر متصلب يزحف فوق
السطح. التهاب المصلية يقود إلى الالتصاقات. مناطق الالتهاب تميل لأن تكون غير
متماذية عبر الأمعاء

د. حبيب جربوع



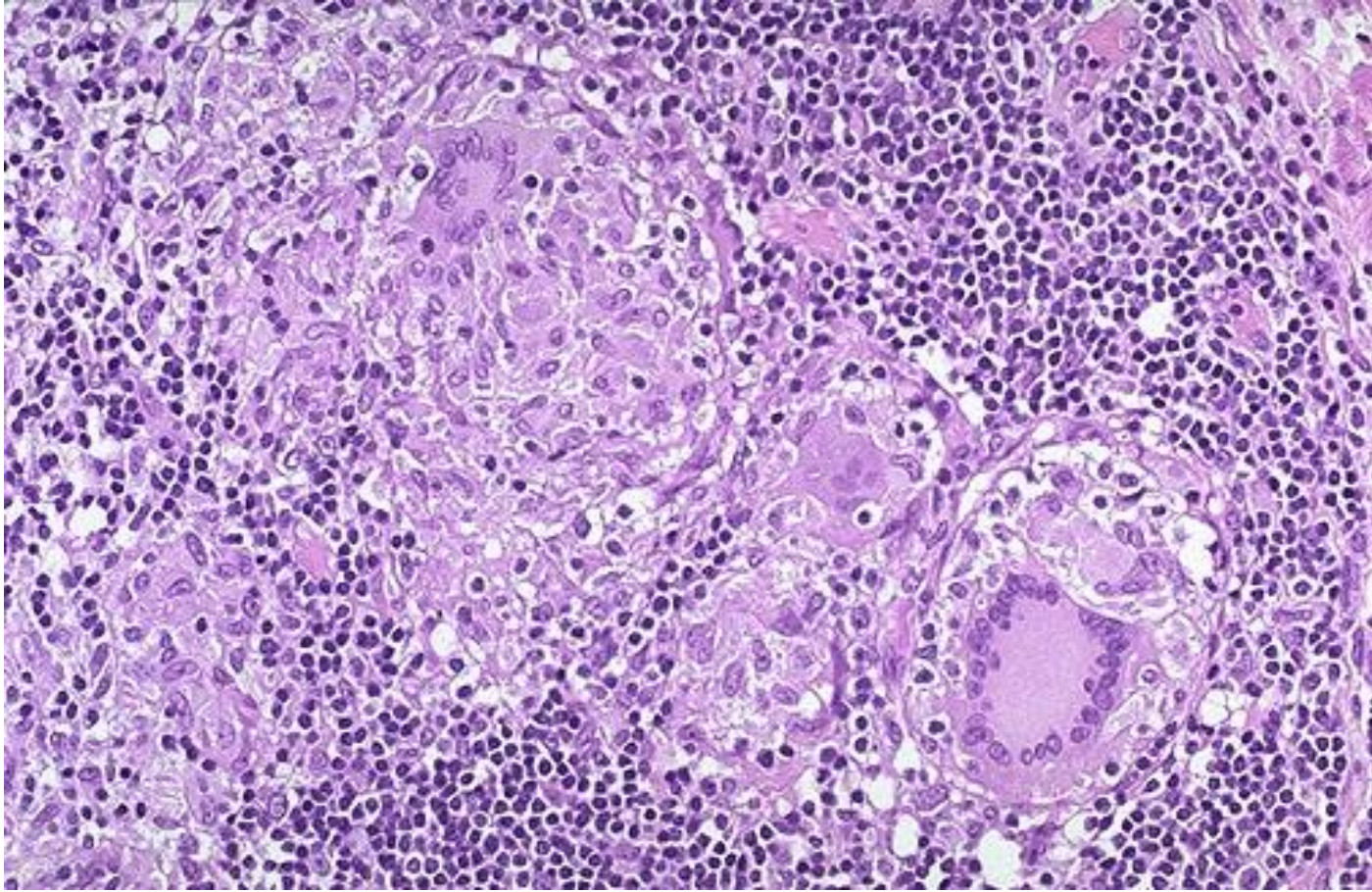
مثال آخر لداء كرون يشمل الأمعاء الدقيقة. هنا سطح المخاطية يبدي مظهر عقيدي غير منتظم مع فرط تبليغ وبؤر تقرحات سطحية

د. حبيب جربوع



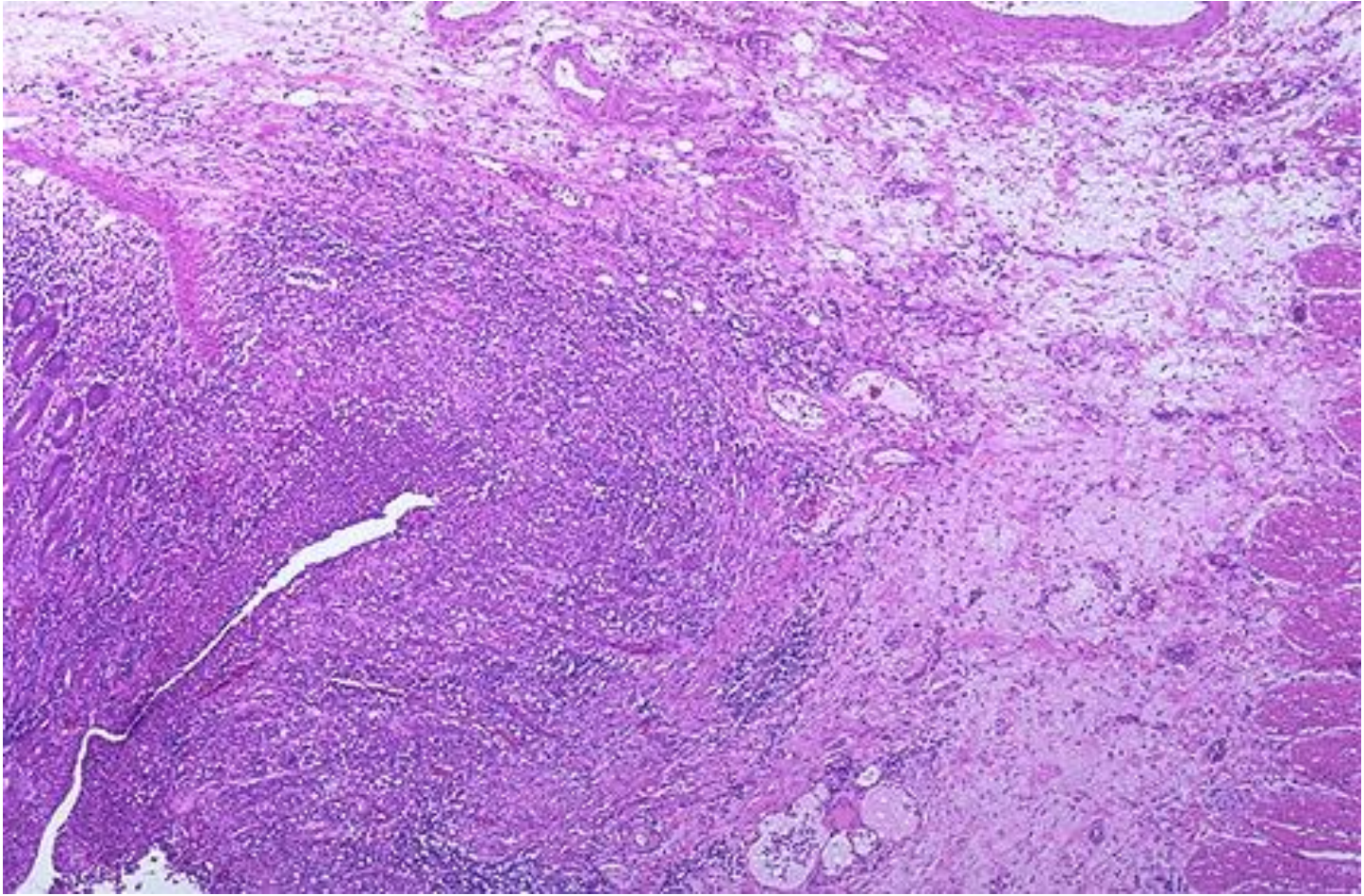
داء كرون يتميز بالتهاب عابر للجدار. هنا الخلايا الالتهابية تمتد من المخاطية عبر الطبقة تحت المخاطية والجدار العضلي وتظهر كارتشاحات عقيدية على سطح المصلية ذات مراكز حبيبية شاحبة

د. حبيب جربوع



داء كرون يبدى تشکل حبیبومات (خلايا نظائر بشرة وخلايا عرطلة والعديد من اللمفاويات). تكون التلوينات الخاصة للعضيات الخمجية سلبية

د. حبيب جربوع



داء كرون يؤدي شقوق عميقة تمتد عبر المخاطية إلى الطبقة تحت المخاطية، وهذا يؤدي لتشكيل النواسير والخراجات. النواسير يمكن أن تتشكل بين العرى المعوية، المثانة، والجلد. في الإصابة الكولونية تكون النواسير حول الشرج شائعة

د. حبيب جربوع

١. متلازمة الأمعاء المرحة Gay bowel syndrome (التهاب المستقيم الخمجي):

هو مرض منتقل عبر الجنس يشاهد غالباً لدى الذكور مثليي الجنس
المخموجين بفيروس HIV. متلازمة الأمعاء المرحة يمكن أن يكون سببها
فيروسات (HPV، CMV، HSV) أو جراثيم أو فطور

د. حبيب جربوع

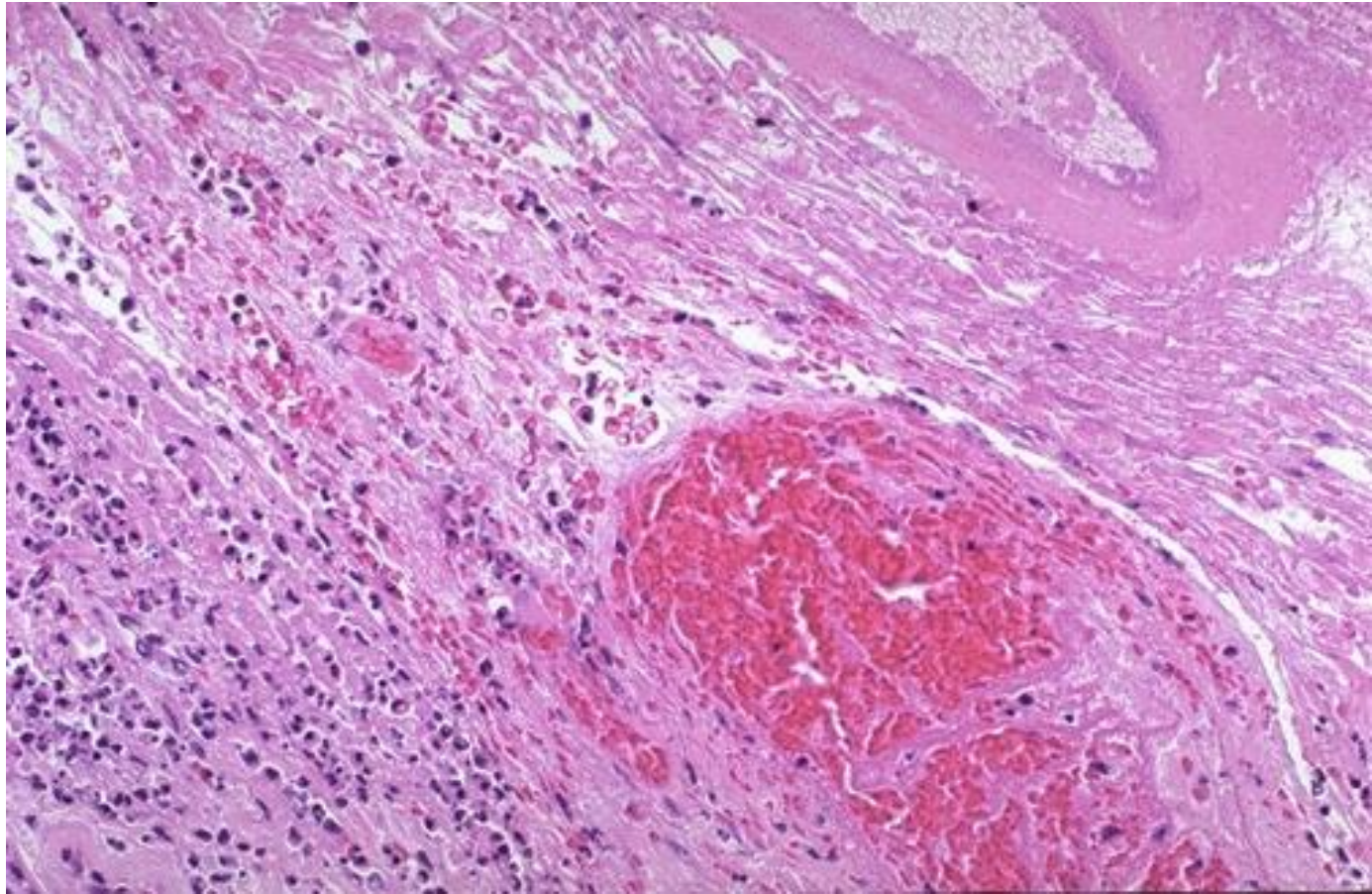
III. الاضطرابات الدورانية CIRCULATORY DISORDERS

- A. **دوالي المري Esophageal varices**: وهي اختلاط لفرط التوتر الباطني وتشاهد نموذجياً في مرضى تشمع الكبد
- B. **أذية مخاطية المعدة المتعلقة بالشدة**: وتكون بشكل تآكلات erosions وتقرحات ulcers، ويمكن أن تحدث بشكل تالي للصدمة، الحروق الشديدة (Curling ulcers)، الأخماج، والرض داخل القحف (Cushing ulcers). إن نقص تروية مخاطية المعدة (بسبب هبوط الضغط) يلعب دوراً هاماً في حدوث هذه الآفات
- C. **سوء التصنع الوعائي المعوي Intestinal angiodysplasia**: ويتصف بدوالي تحت المخاطية المعوية. هذه الدوالي ميالة للتمزق مسببة فقدان دم بسيط ولكن طويل الأمد، وبالتالي فقر دم
- D. **التهاب الكولون بنقص التروية Ischemic colitis**: يتصف بتقرحات نقص تروية غير شافية في المخاطية الكولونية وذلك بسبب التصلب العصيدي للأوعية المساريقية



في الجزء السفلي للمري يوجد خطوط زرقاء غامقة من توسعات الأوردة تحت المخاطية وتدعى الدوالي. في مرضى فرط التوتر البابي (عادة بسبب تشمع الكبد صغير العقيدات في الكحوليين المزمنين) تصبح أوردة المري تحت المخاطية متوسعة (مشكلة الدوالي). هذه الدوالي تميل للنزف

د. حبيب جربوع



يشاهد هنا نزف والتهاب في منطقة تمزق دوالي مري

د. حبيب جربوع

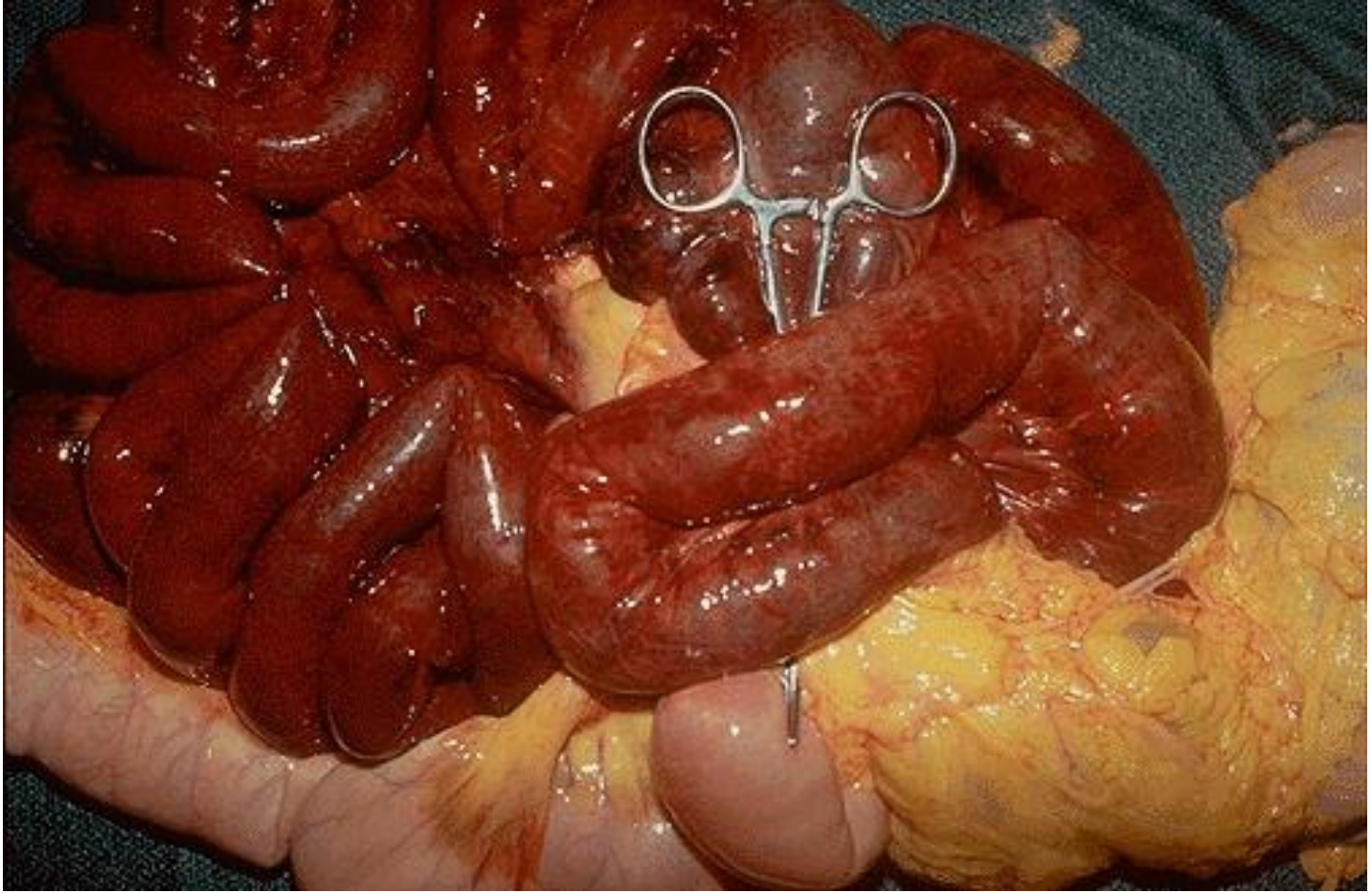
E. **التخثر المساريقي Mesenteric thrombosis**: يسبب احتشاء نازف للأمعاء

١. **التخثر الشرياني**: غالباً يشاهد في مرضى التصلب العصيدي للشريان
المساريقي العلوي

٢. **التخثر الوريدي**: غالباً يشاهد في مرضى حالات فرط الخثار، السرطان، أو
التشمع، أو تالي لجراحة البطن

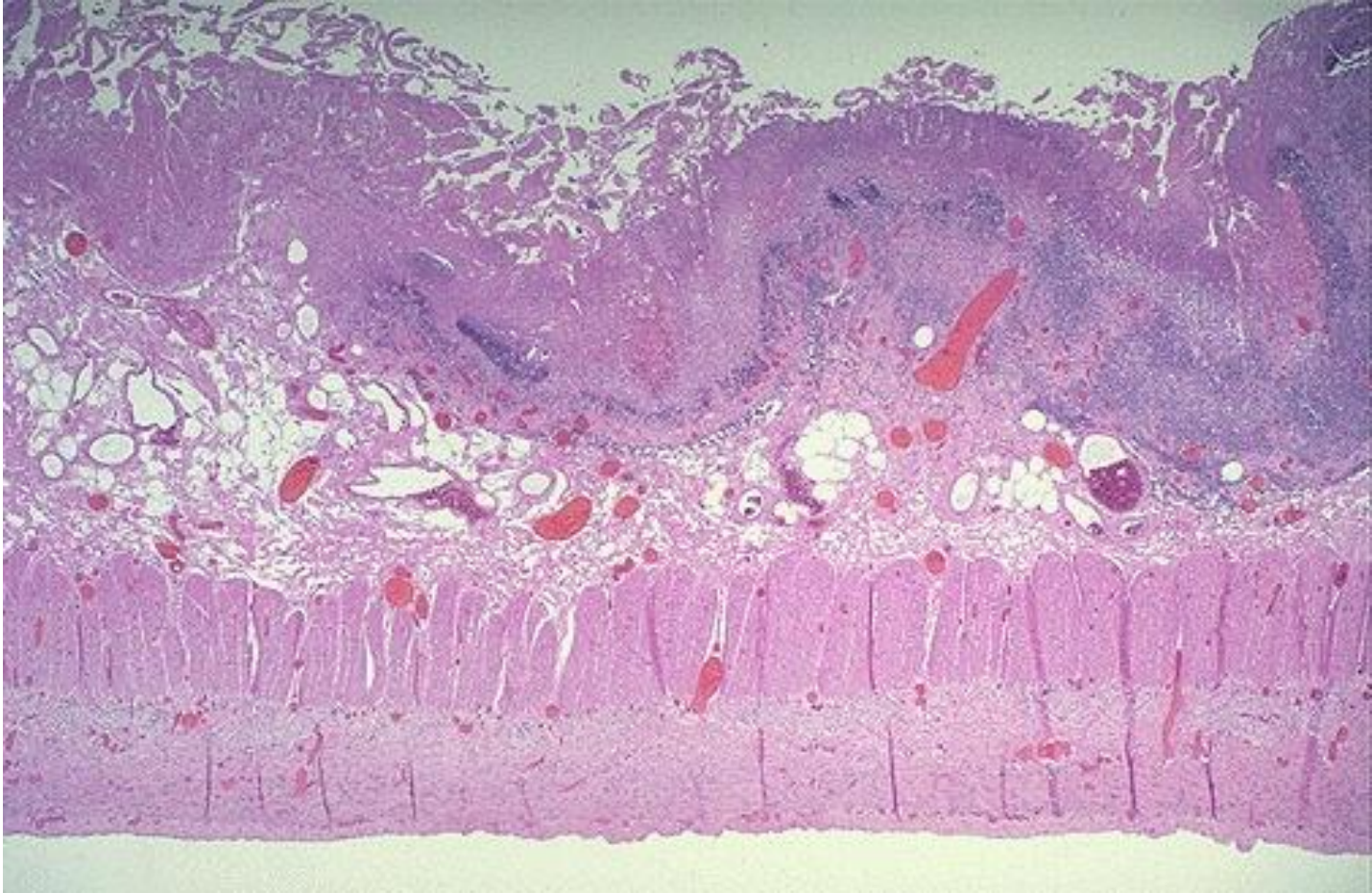
F. **البواسير Hemorrhoids**: هي دوالي على حساب اللفائف الوريدية تحت
المخاطية الموجودة في الشرج وحول الشرج. الأوردة المتوسعة ميالة للتخثر
أو الانسداد المؤلم عبر الشرج

د. حبيب جربوع



احتشاء أمعاء دقيقة أحمر قاتم، بعكس الأمعاء الحية الزهرية الفاتحة. هذا أحد
اختلاطات الالتصاقات بسبب جراحة بطنية سابقة. العروة المحتبسة تفقد ترويتها
الدموية

د. حبيب جربوع



سطح مخاطية الأمعاء يبدي نخر باكر وفرط تبغ. الطبقة تحت المخاطية والعضلية لا تزال سليمة

د. حبيب جربوع



منطقة حول الشرج تبدي بواسير متدلة. تتألف البواسير من أوردة تحت مخاطية متوسعة يمكن أن تتخثر وتتمزق وتشكل هيماتوما. من أسباب حدوثها الإمساك المزمن والإسهال المزمن والحمل وفرط التوتر البابي. من أعراضها حكة ونزف (عادة دم أحمر صريح أثناء التغوط)

د. حبيب جربوع

IV. انسدادات وتوسعات السبيل المعدي المعوي

Gastrointestinal Tract Obstructions and Dilatations

A. الانسدادات:

١. **الانغلاف Intussusception**: هو انسداد بسبب اندخال قطعة من الأمعاء ضمن قطعة أخرى

٢. **الانفتال Volvulus**: هو التفاف الأمعاء مع جذرها المساريقي مما يؤدي إلى انسداد الأمعاء ونخر بنقص التروية للعروة المعوية المنفتلة

٣. **الفتق Herniation**: هو بروز محتويات الأمعاء عبر فتحة في جدار البطن. الفتق هو غالباً إربي لكن يمكن أن يكون فخذي أو حجابي. فقط الفتوق المحتبسة أو الملتهبة أو المتليفة تسبب انسداد أمعاء

ملاحظة: **العلوص الشللي Paralytic ileus** هو انسداد وظيفي للأمعاء الدقيقة ناجم عن فقدان الحركات الحوية بسبب الرض، التهاب البريتوان، الأخماج، الجراحة أو الصدمة

ملاحظة: **الإمساك Constipation** (أي عدم المقدرة على تمرير البراز) يمكن أن يشابه انسداد الأمعاء لكنه غالباً ما يكون وظيفي المنشأ بدون آلية مرضية مسببة واضحة



انفتال أعور. الانفتال هو انجذاب الأمعاء. الانفتال أشيع عند البالغين ويحدث بنسبة متساوية في كلا الأمعاء الدقيقة (حول المساريقا المنفتلة) والكولون (في كل من السين والأعور والتي هي أكثر حركية). في الأطفال الصغار جداً يحدث الانفتال تقريباً دائماً في الأمعاء الدقيقة

د. حبيب جربوع

B. التوسعات Dilatations:

الرتوج Diverticula: هي توسعات موضعية للمعدة بسبب عيب في جدار الأمعاء

a. رتوج المري

(١) رتج زنكر Zenker diverticulum (أعلى المري)

(٢) رتوج الجذب Traction diverticulum (منتصف المري)

b. داء الرتوج الكولونية Colonic diverticulosis: هي حالة تشاهد غالباً

في المرضى الكهول وتتصف برتوج كولونية متعددة تتوضع عادة في الكولون السيني

د. حبيب جربوع



الكولون السيني يبدو بلون أفتح من الأمعاء الدقيقة وعليه أشرطة عضلية رقيقة طويلة، يتبارز منه العديد من الرتوج المدورة بلون أزرق رمادي. الرتوج أشيع في الكولون من الأمعاء الدقيقة، وهي أشيع في الكولون الأيسر، وهي أشيع في الأشخاص الذين يتناولون غذاء فقير بالألياف

د. حبيب جربوع



رتوج متعددة على طول الكولون النازل

د. حبيب جربوع



رتوج الكولون كما تبدو من الداخل بعد فتح الكولون

د. حبيب جربوع



رتوج الكولون مليئة بالبراز

د. حبيب جربوع



الرتوج يمكن أن تلتهب وتتمزق فتسبب بطن حاد مع التهاب بريتيوان مما يستدعي
تدخل جراحي

د. حبيب جربوع

٧. **التنشؤات المعدية المعوية Gastrointestinal Neoplasia**

A. أورام جوف الفم: الكارسينوما شائكة الخلايا Squamous cell carcinoma يمكن أن تكون موضعية in-situ أو غازية. سريرياً يمكن أن تظهر كطلاوة بيضاء Leukoplakia أو كطلاوة حمراء Erythroplakia أو تقرحات أو عقيدات

B. أورام الغدد اللعابية: ٨٠% من أورام الغدد اللعابية هي سليمة

١. الغدوم متعدد الأشكال Pleomorphic adenoma: عادة يوجد في الغدة النكفية وهذه الأورام عادة سليمة لكن يمكن أن تنكس وفي ٣% - ٥% من الحالات يمكن أن تبدي تحول خبيث

٢. السرطانة البشرية المخاطية Mucoepidermoid carcinoma: هي أشيع سرطانات الغدد اللعابية

٣. الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي Papillary cystadenoma lymphomatosum (ورم وارتن Warthin tumor): هو ورم سليم نادر يحدث غالباً في الغدة النكفية

د. حبيب جربوع



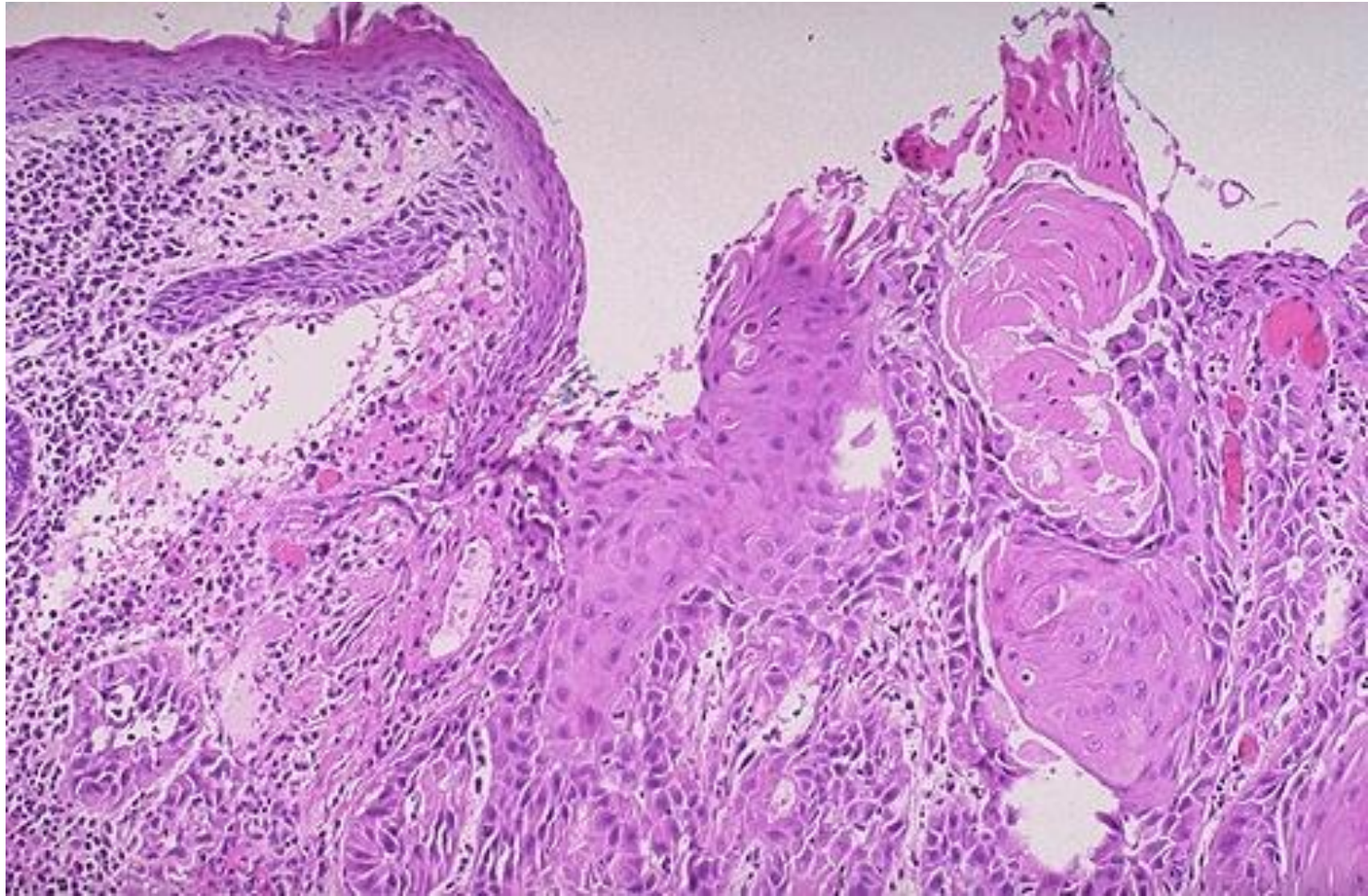
كارسينوما شائكة الخلايا كبيرة تمتد من الحنجرة إلى لسان المزمار الذي يبدو متأكلاً
في جزء منه

د. حبيب جربوع



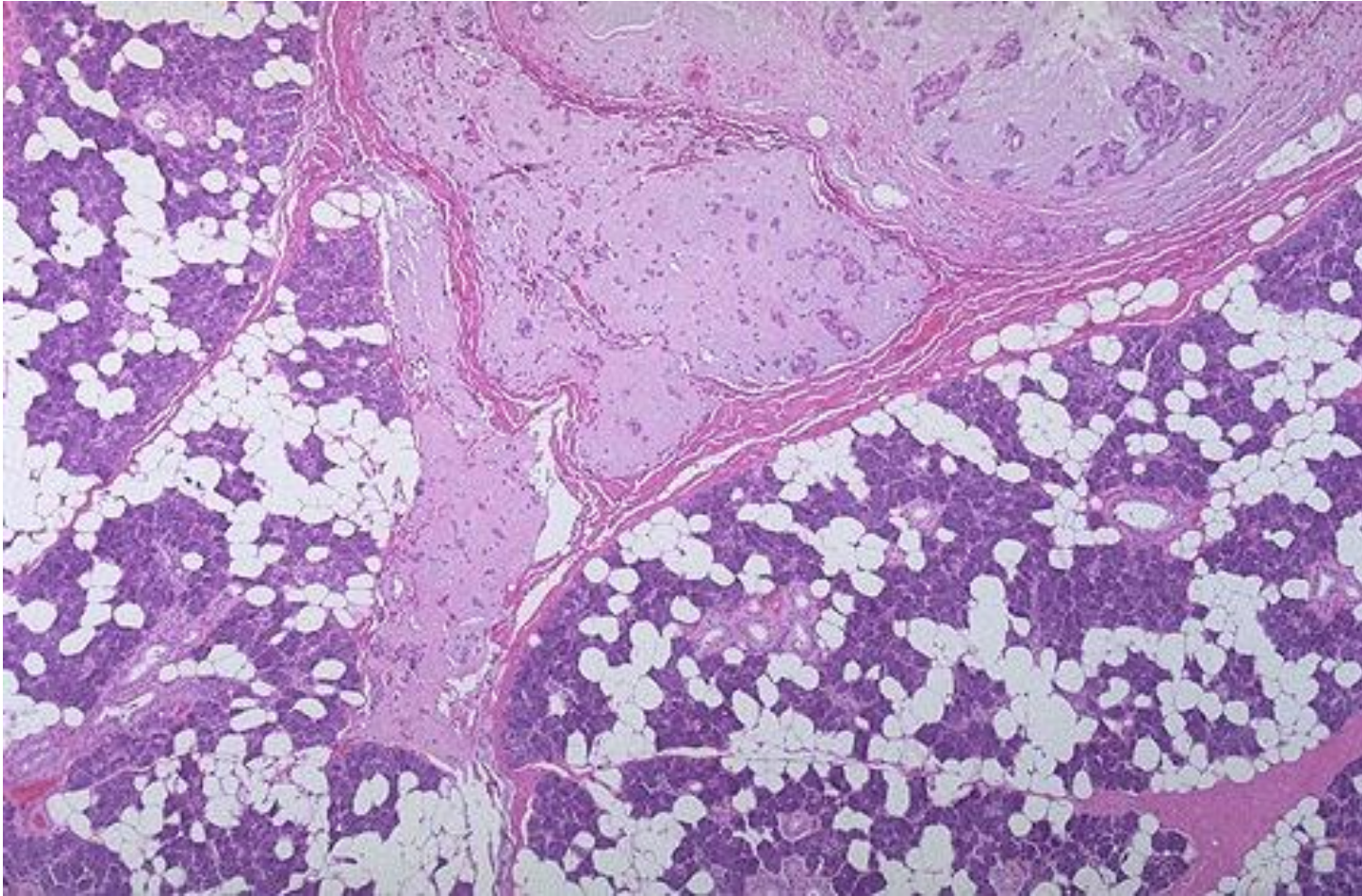
كارسينوما شائكة الخلايا متبرعمة على لسان المزمار تبدو بشكل عقيدات وحليمات.
هذه الكارسينوما في الطرق العلوية غالباً تترافق مع قصة تدخين

د. حبيب جربوع



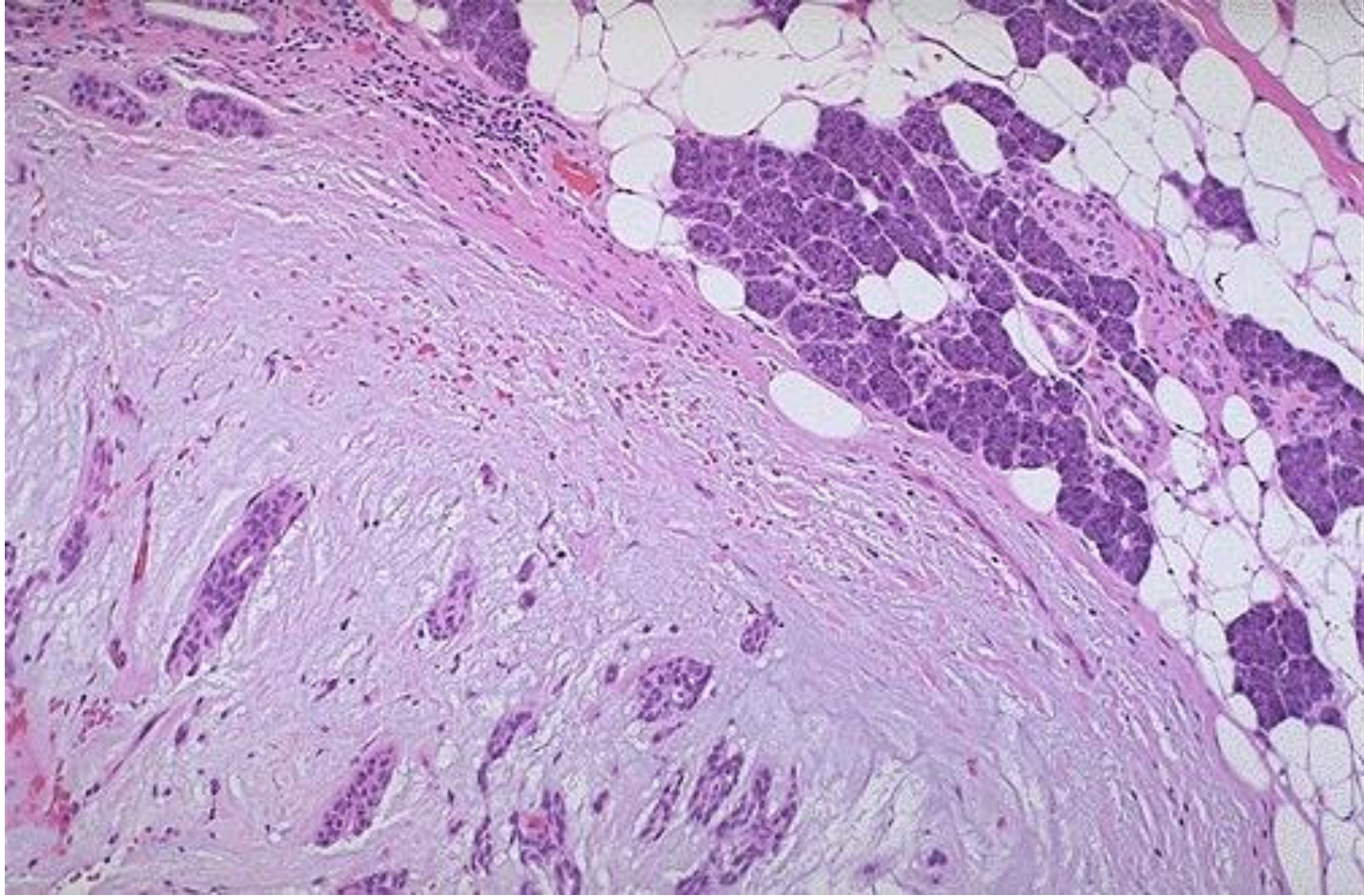
استبدلت الظهارة التنفسية الطبيعية الاسطوانية المطبقة تطبق كاذب بظهارة شائكة
حوولية، وإلى اليمين تحولت إلى كارسينوما شائكة الخلايا جيدة التمايز مع غزو
للطبقة تحت المخاطية

د. حبيب جربوع



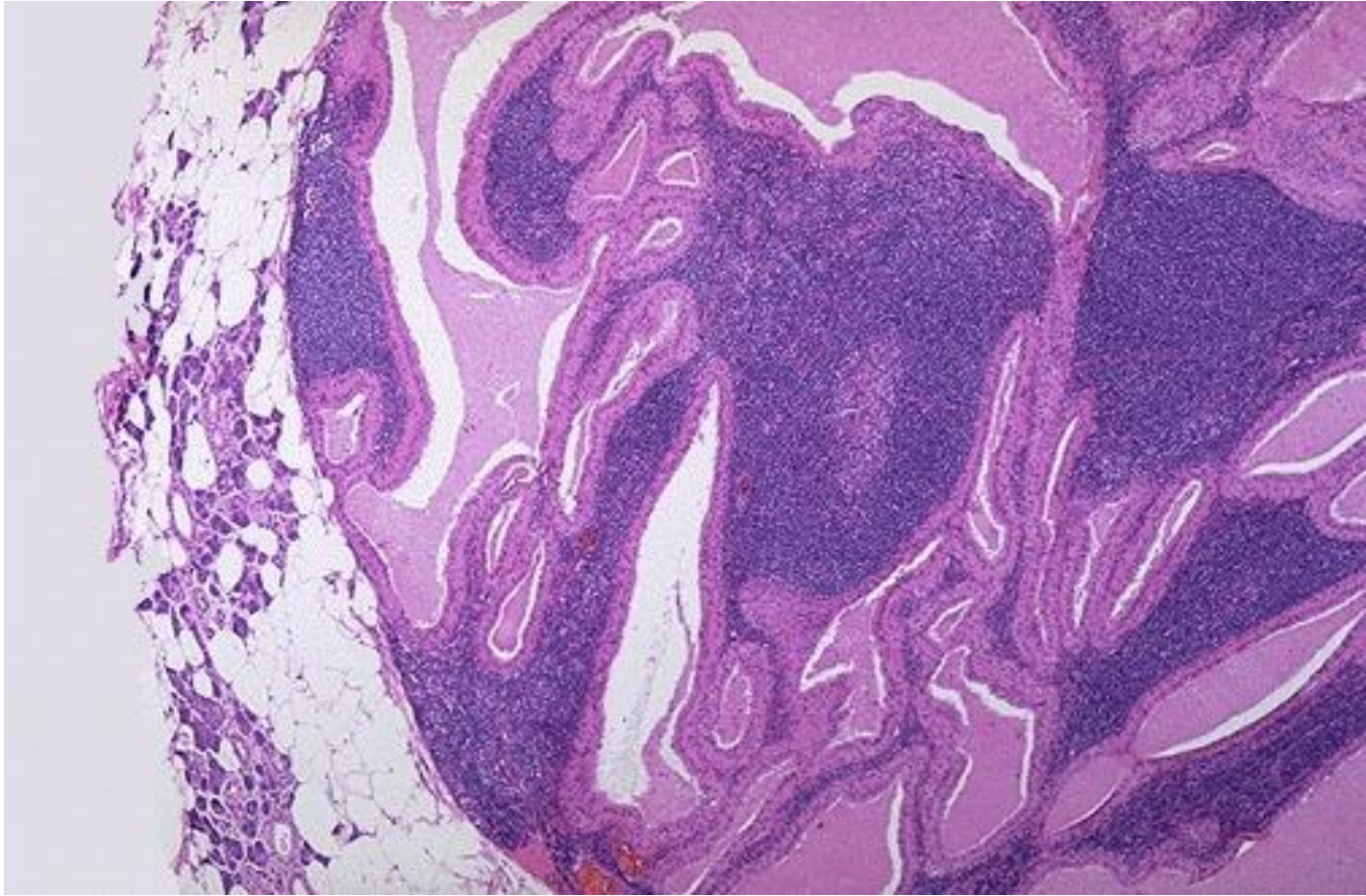
الغدوم متعدد الأشكال (الورم المختلط)، وهو أشيع أورام الغدد اللعابية، وأشيع أماكن
توضعه هي الغدة النكفية. هذه الأورام عادة بطيئة النمو لكنها يمكن أن تنكس عقب
الاستئصال الجراحي غير التام

د. حبيب جربوع



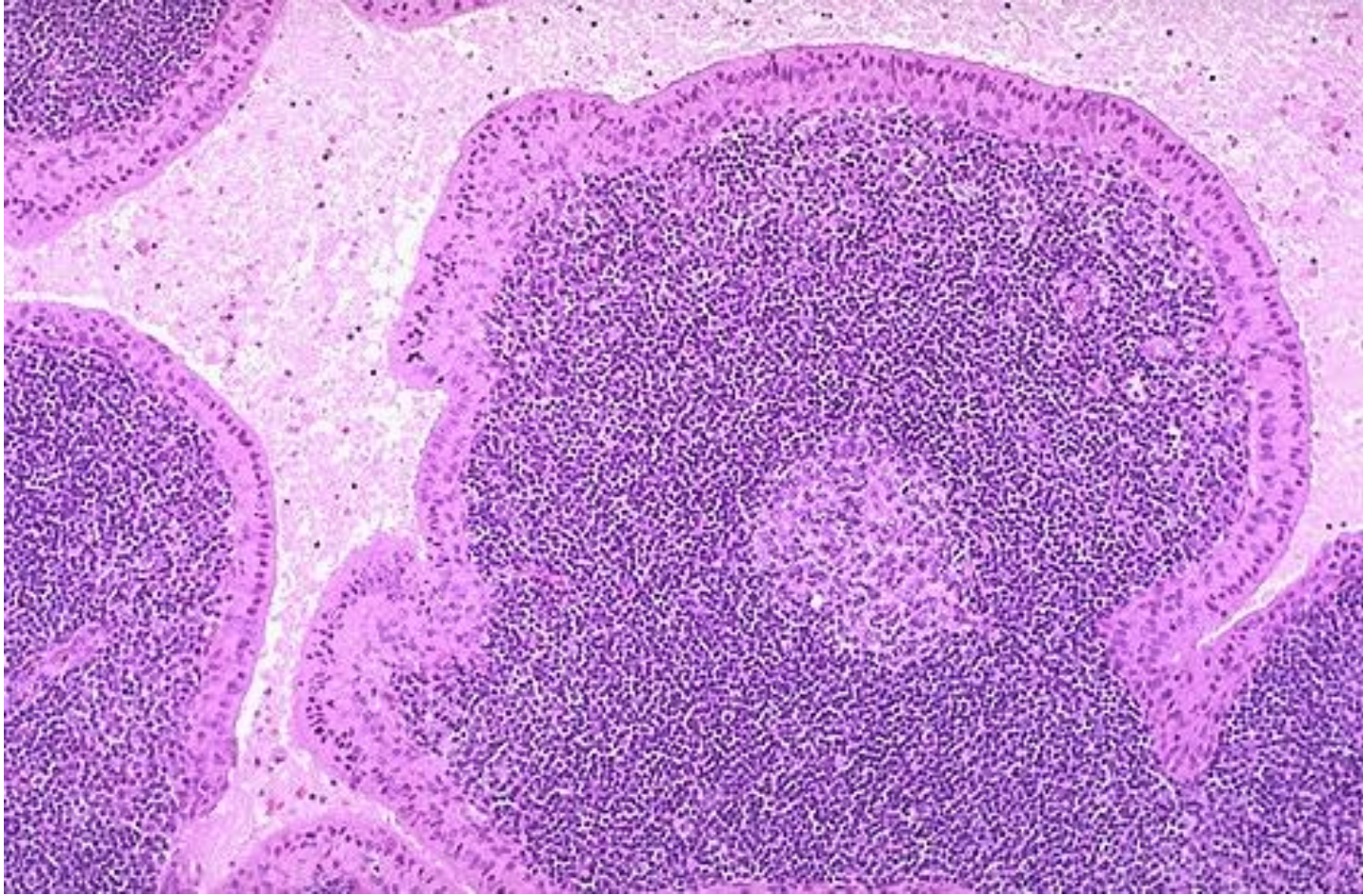
الغدوم متعدد الأشكال في الغدة النكفية. نشاهد تكاثر مختلط لكل من ظهارة الأقينية والحممة الغضروفينية المخاطينية. يمكن أن يتحول هذا الورم في حالات نادرة إلى كارسينوما

د. حبيب جربوع



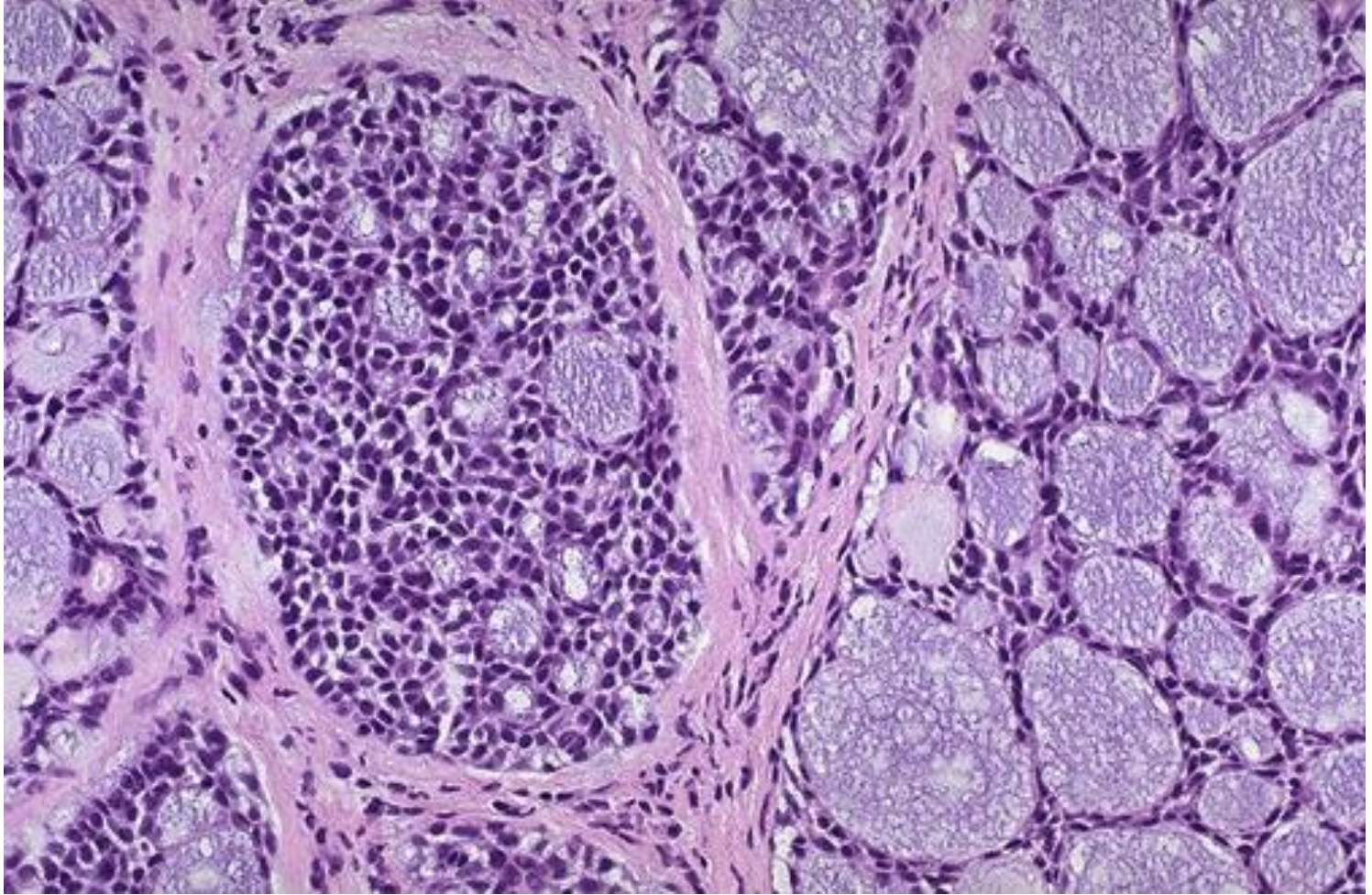
الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي السليم (ورم وارتن) في غدة لعابية. وهو ثاني أشيع أورام الغدد اللعابية. وهو تقريباً دائماً يوجد في الغدة النكفية وهو أكثر شيوعاً عند الذكور، وفي بعض الحالات يمكن أن يكون متعدد البؤر أو ثنائي الجانب

د. حبيب جربوع



ورم وارتن. نشاهد أجواف كيسية بشكل شقوق مليئة بمفرزات مخاطية إلى مصلية
زهريّة اللون. المسافات مبطنة بظهارة ذات طبقة ثنائية من خلايا مكعبة إلى
اسطوانية (oncocytic) تغطي اندفاعات حلّيمية. الحلّيمات تحت الظهارة مليئة
بخلايا لمفاوية، وأحياناً مراكز نتوجة

د. حبيب جربوع



كارسينوما غدانية كيسية adenoid cystic carcinoma في غدة لعابية. هي غير شائعة في الغدة النكفية، لكنها أشيع تنشؤات الغدد اللعابية الصغيرة. بالرغم من كونها غالباً صغيرة، لكنها ارتشاحية وتميل للنكس، ونصفها يعطي نقائل إلى أماكن بعيدة. نشاهد تكاثر مصمت إلى أنبوبي إلى غربي من خلايا تنشوية محاطة بمفرزات مخاطية

د. حبيب جربوع

C. أورام المري: معظم أورام المري هي خبيثة

١. الكارسينوما شائكة الخلايا: غالباً تشاهد في الثلثين العلويين للمري

٢. الكارسينوما الغدية: يعتقد بأنها تنشأ من بشررة سوء التصنع في مرضى مري باريت، وهو اختلاط للقلس المعدي المريئي طويل الأمد يصيب الثلث السفلي للمري

D. أورام المعدة: معظم أورام المعدة هي خبيثة

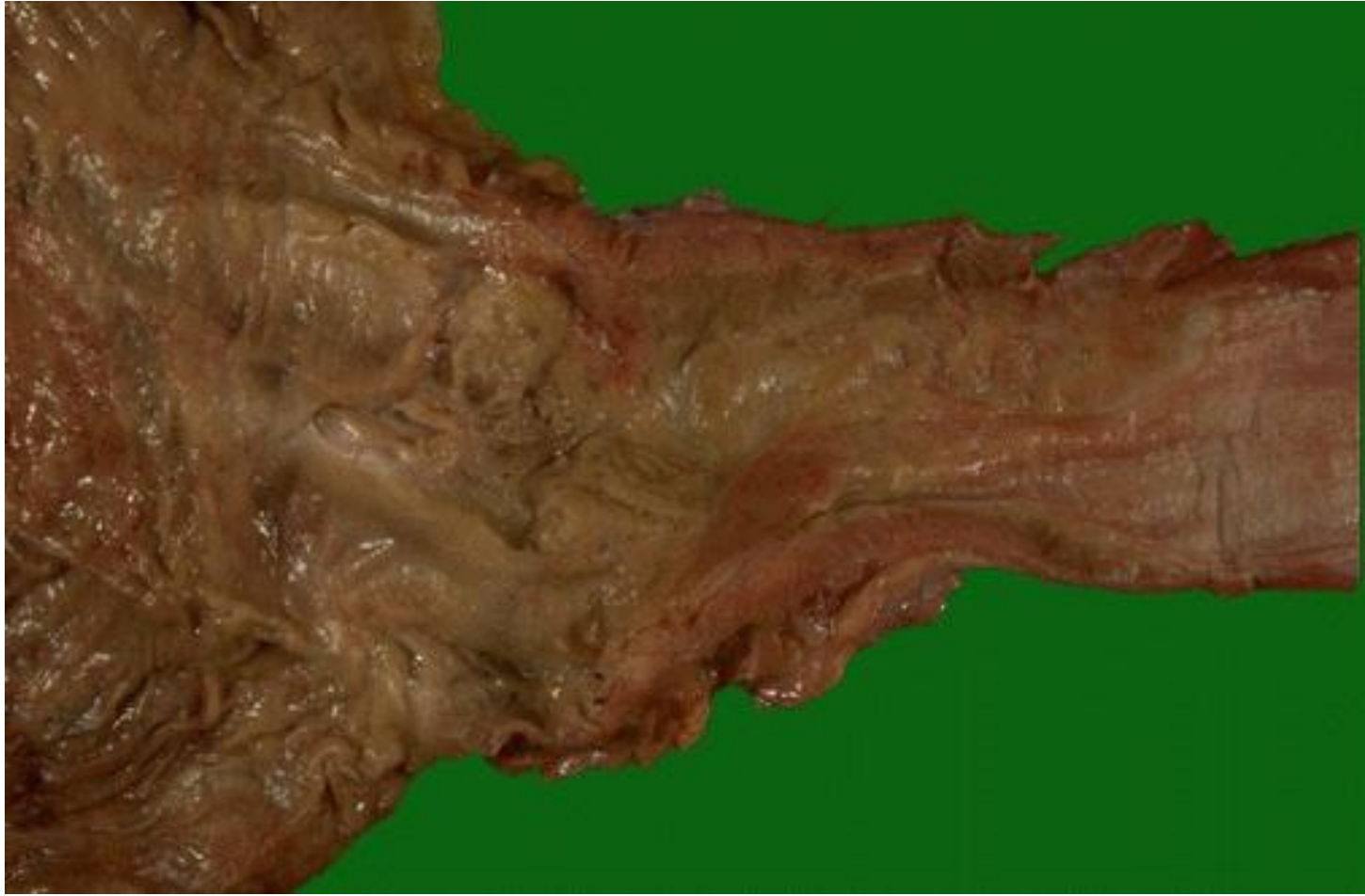
١. الكارسينوما الغدية: آفات يمكن أن تكون مسطحة تشبه اللويحة (سطحية)، أو متقرحة وتشبه فوهة البركان، أو بوليبيية. الارتشاح المنتشر للورم في جدار المعدة يسمى تصلب المعدة *linitis plastica*

ملاحظة: السرطانات الغدية المعدية السطحية هي سرطانات المعدة الوحيدة الشافية

٢. اللمفوما: تنشأ من أماكن أخرى غير العقد اللمفاوية وعادة تنشأ من الخلايا البائية للنسيج اللمفاوي المرافق للمخاطيات (MALT) في السبيل المعدي المعوي (MALTomas). ضمن الجهاز المعدي المعوي، المعدة هي أشيع مكان لللمفوما المعدية المعوية

ملاحظة: الخمج بالملتوية الحلزونية البوابية HP هو عامل خطورة لكل من الكارسينوما الغدية واللمفوما في المعدة

د. حبيب جربوع



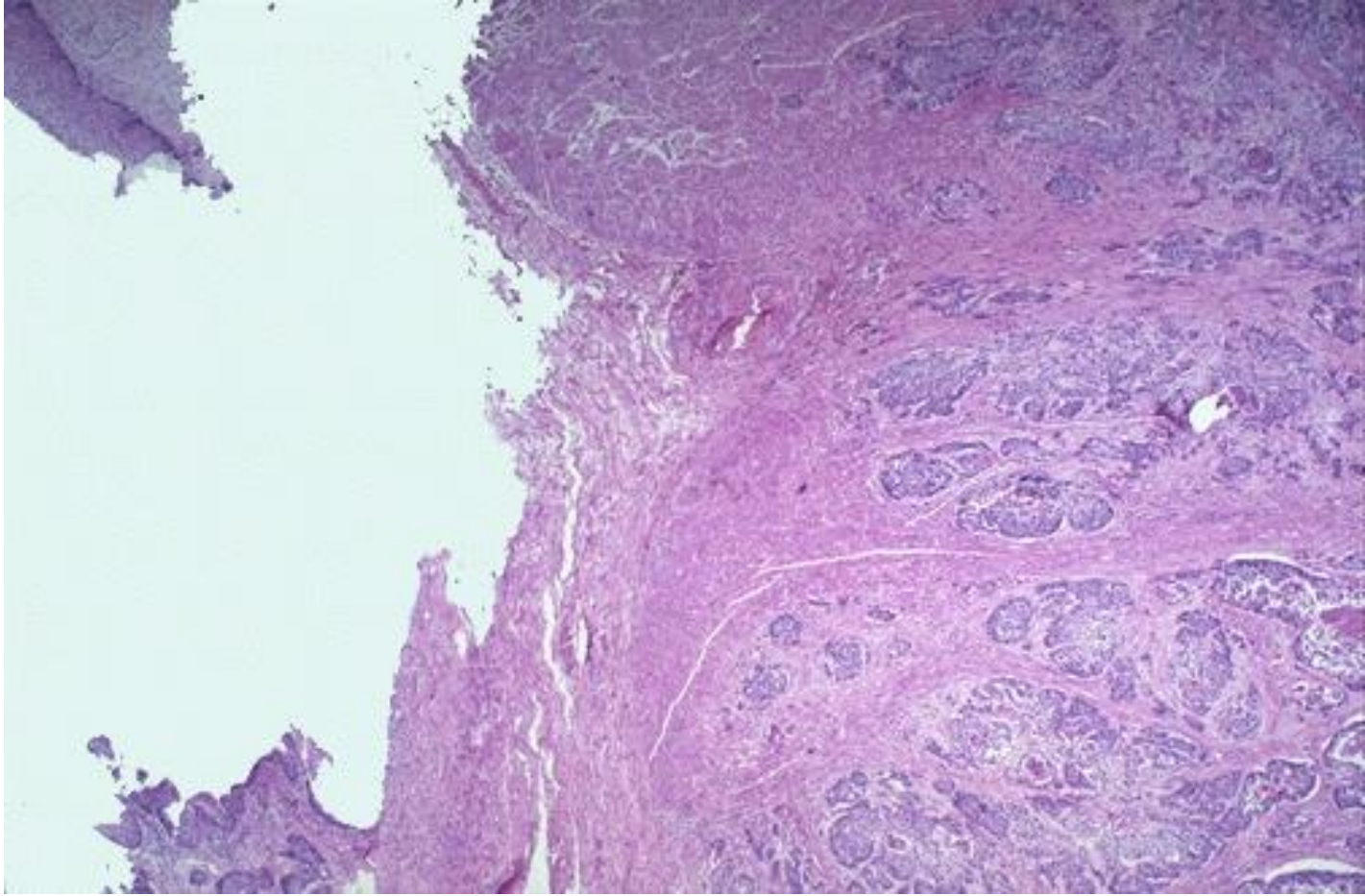
إن قصة التدخين أو الكحولية غالباً ما توجد لدى مرضى سرطان المري شائك الخلايا، بينما قصة مري باريت تسبق تطور كارسينوما المري الغدية في العديد من الحالات. هنا كتلة غير محدودة جيداً في الوصل المريئي المعدي تؤدي لتقرح وعدم انتظام في المخاطية، والذي يقود إلى أعراض سريرية هي الألم وصعوبة البلع

د. حبيب جربوع



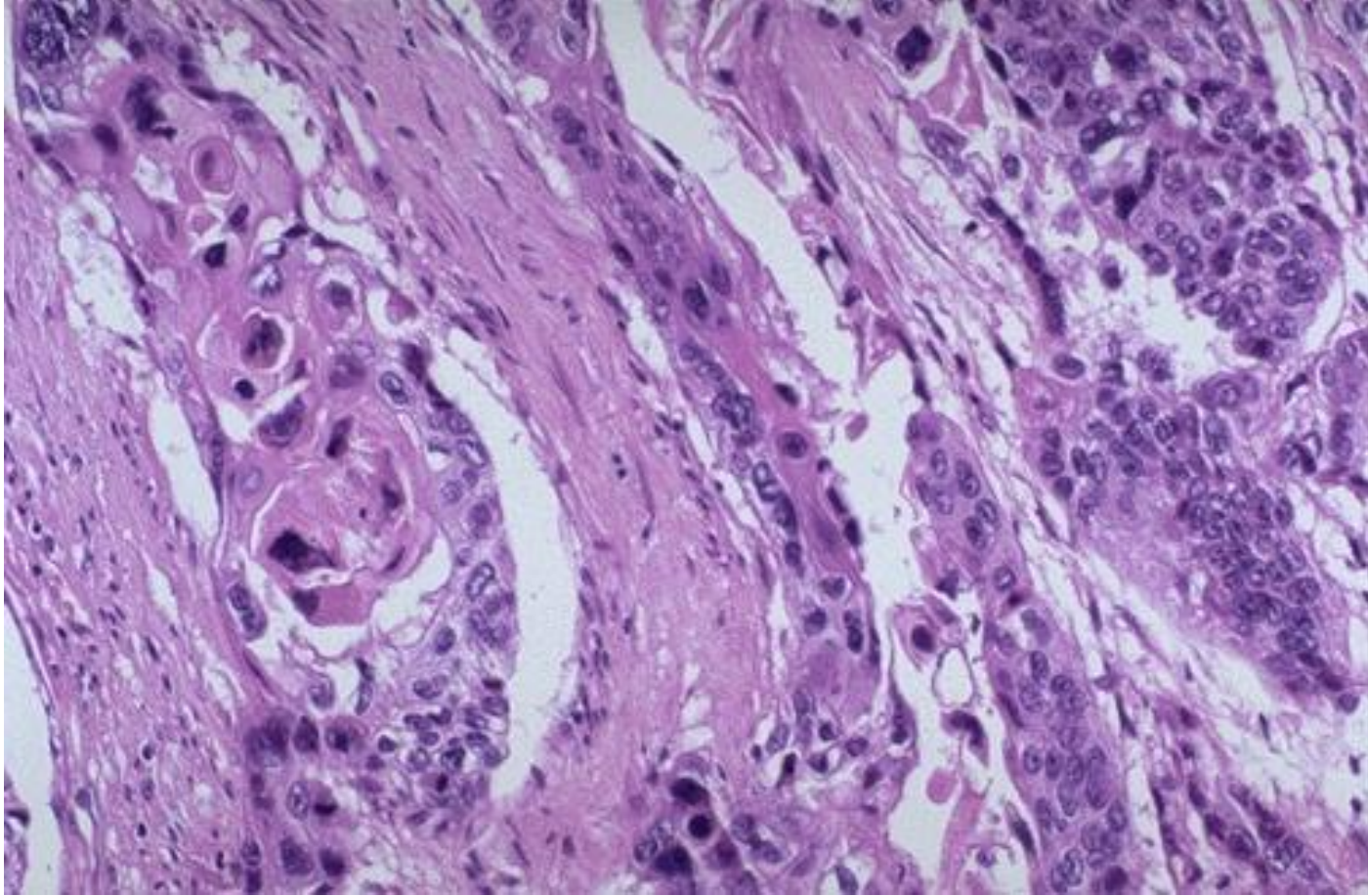
هذه الكتلة المتبرعمة المتقرحة الحمراء غير المنتظمة على سطح المخاطية في منتصف المري هي كارسينوما شائكة الخلايا. عوامل الخطورة بشكل أساسي تتضمن التدخين والكحول

د. حبيب جربوع



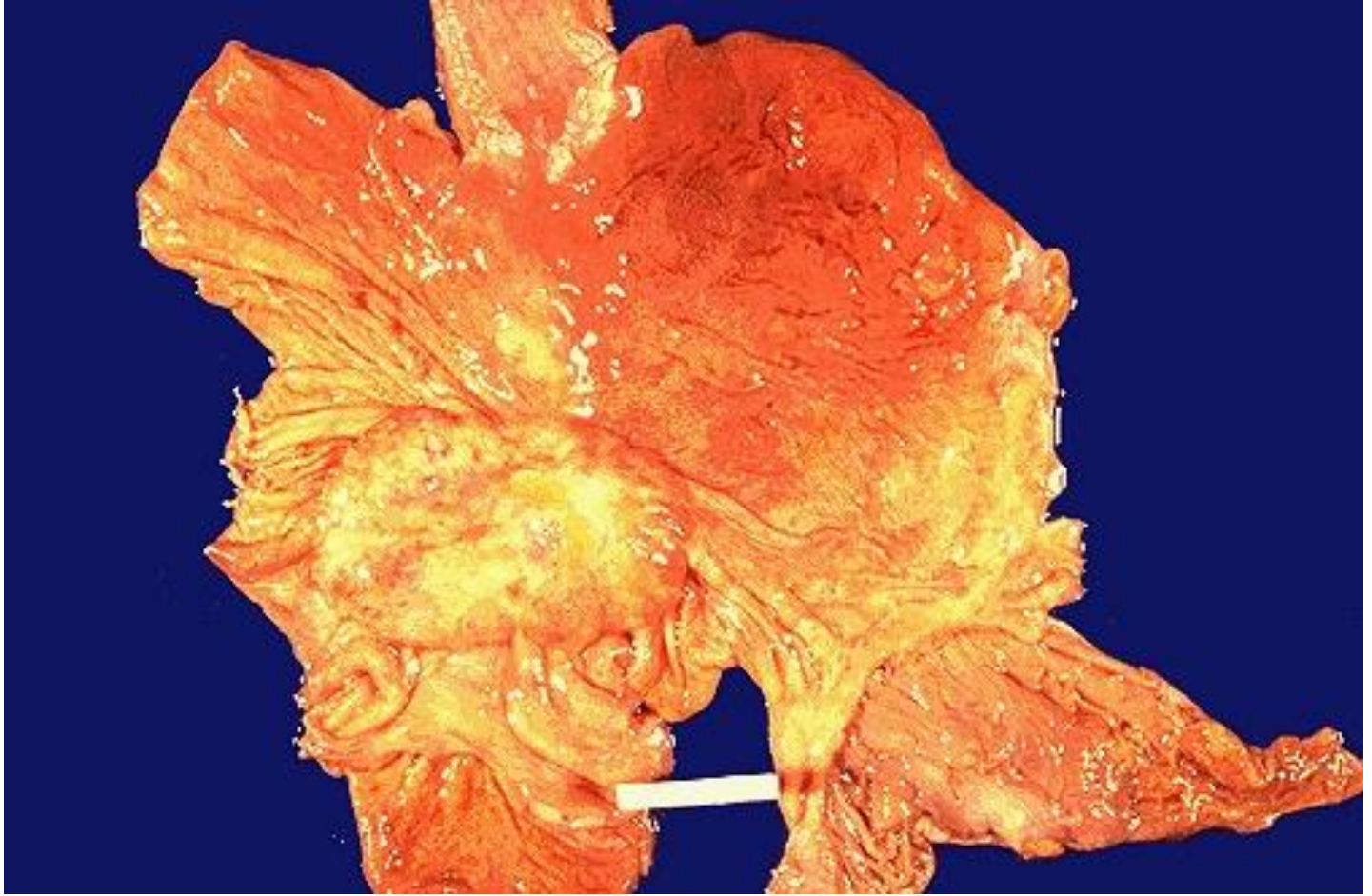
إلى الأعلى واليسار بقايا مخاطية المري الشائكة الطبيعية وتحتها ارتشاح
بأدينوكارسينوما. جزر من الغدد التنشؤية ترتشح في الطبقة تحت المخاطية

د. حبيب جربوع



هذا الارتشاح بجزر من خلايا تنشوية لها هيولى غزيرة زهرية اللون وحدود خلوية واضحة هو نموذجي للكارسينوما شائكة الخلايا. إن سرطانات المري لا تكشف باكراً عادة ولذلك إنذارها سيء جداً

د. حبيب جربوع



إن تنشؤات المعدة ليست غير شائعة. هذه أدينوكارسينوما معدية. إن معظم سرطانات المعدة تكشف متأخرة حيث تكون غزت وانتقلت. كل قرحات المعدة وكل كتل المعدة يجب أن تخرج لأنه من غير الممكن الحكم عليها بالمنظر العياني لوحده هل هي سليمة أم خبيثة. وبالعكس، عملياً كل قرحات الفج سليمة

د. حبيب جربوع



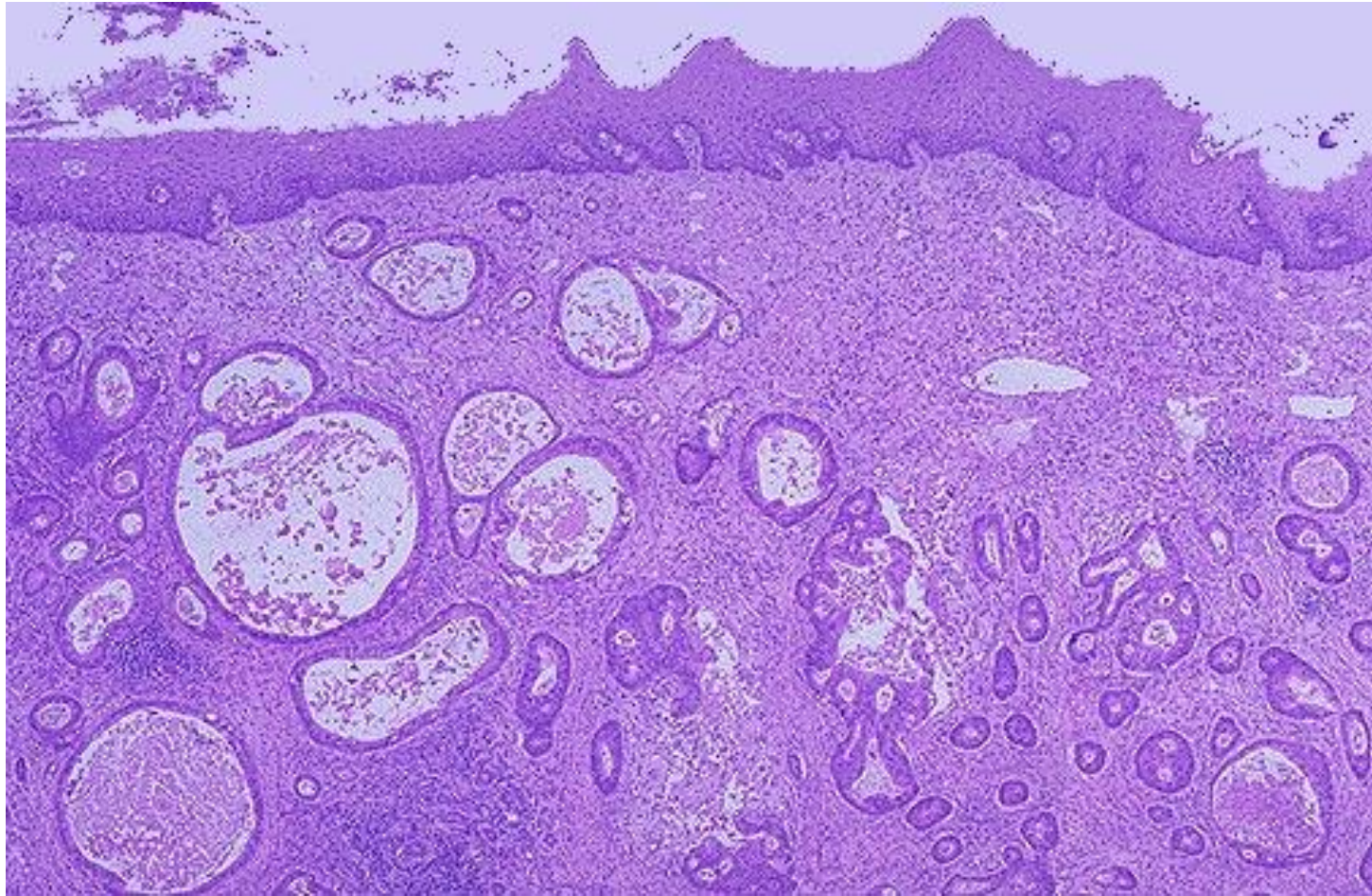
قرحة معدية سطحية تقيس ٢-٤ سم. هذه القرحة بالخزعة كانت خبيثة ولذلك
استأصلت المعدة

د. حبيب جربوع



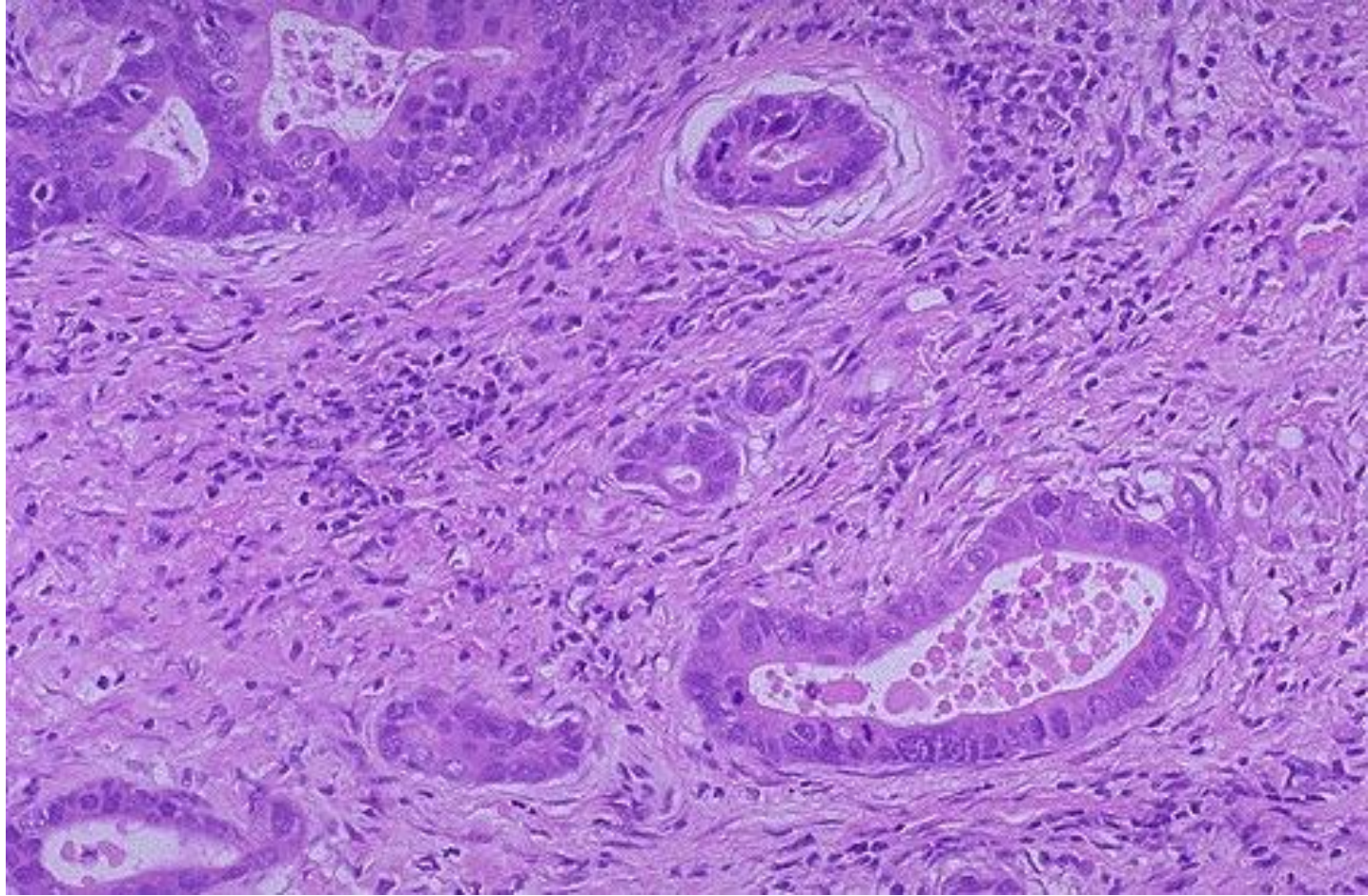
مثال لمنظر تصلب المعدة linitis plastica وهي أدينوكارسينوما معدية مرتشحة
وشاملة تحول المعدة لشكل قارورة

د. حبيب جربوع



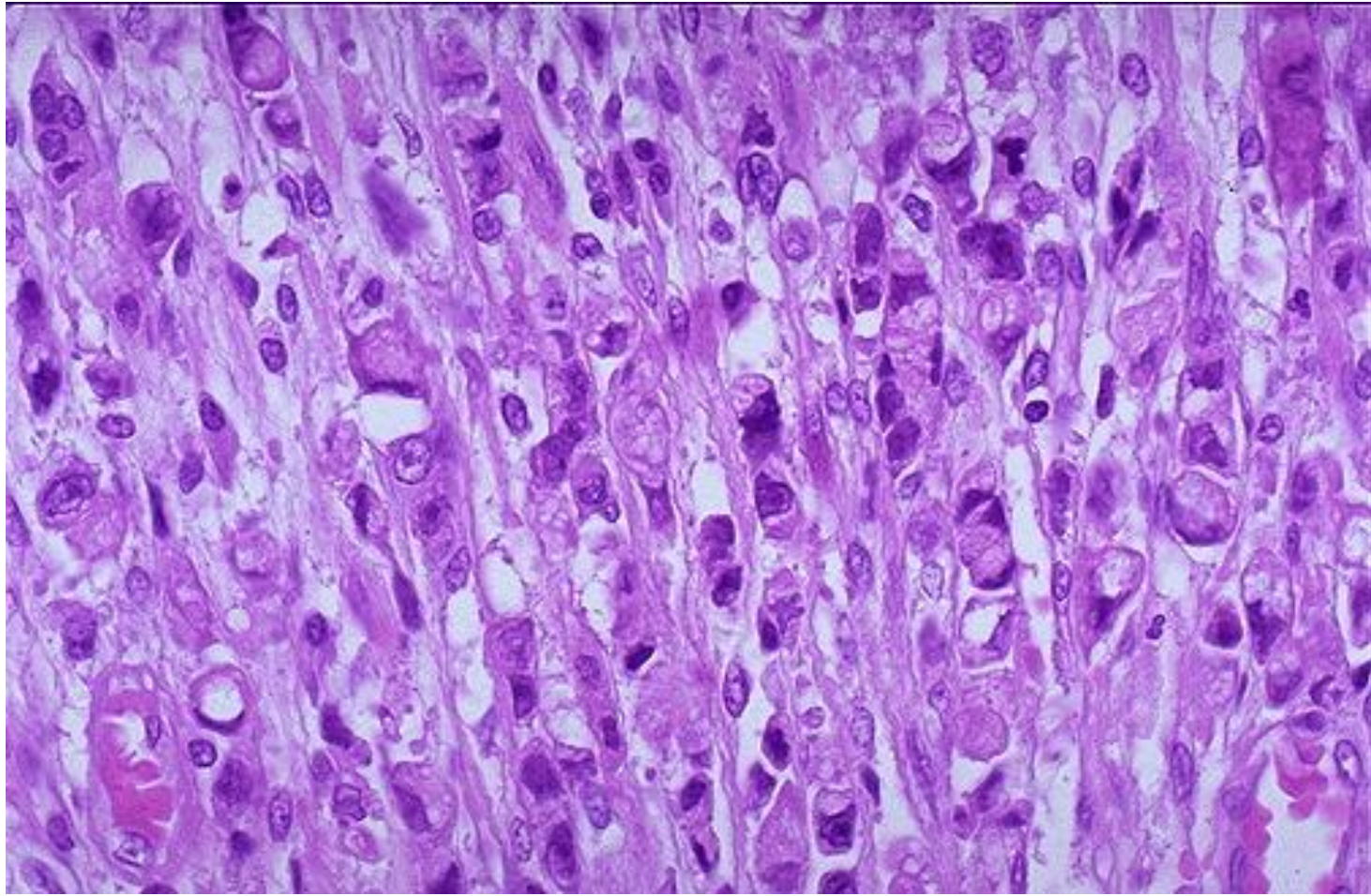
كارسينوما غدية معدية متوسطة التمايز مرتشحة للأعلى ضمن الطبقة تحت
المخاطية تحت الظهارة الشائكة للمري. الغدد التنشؤية متنوعة الحجم

د. حبيب جربوع



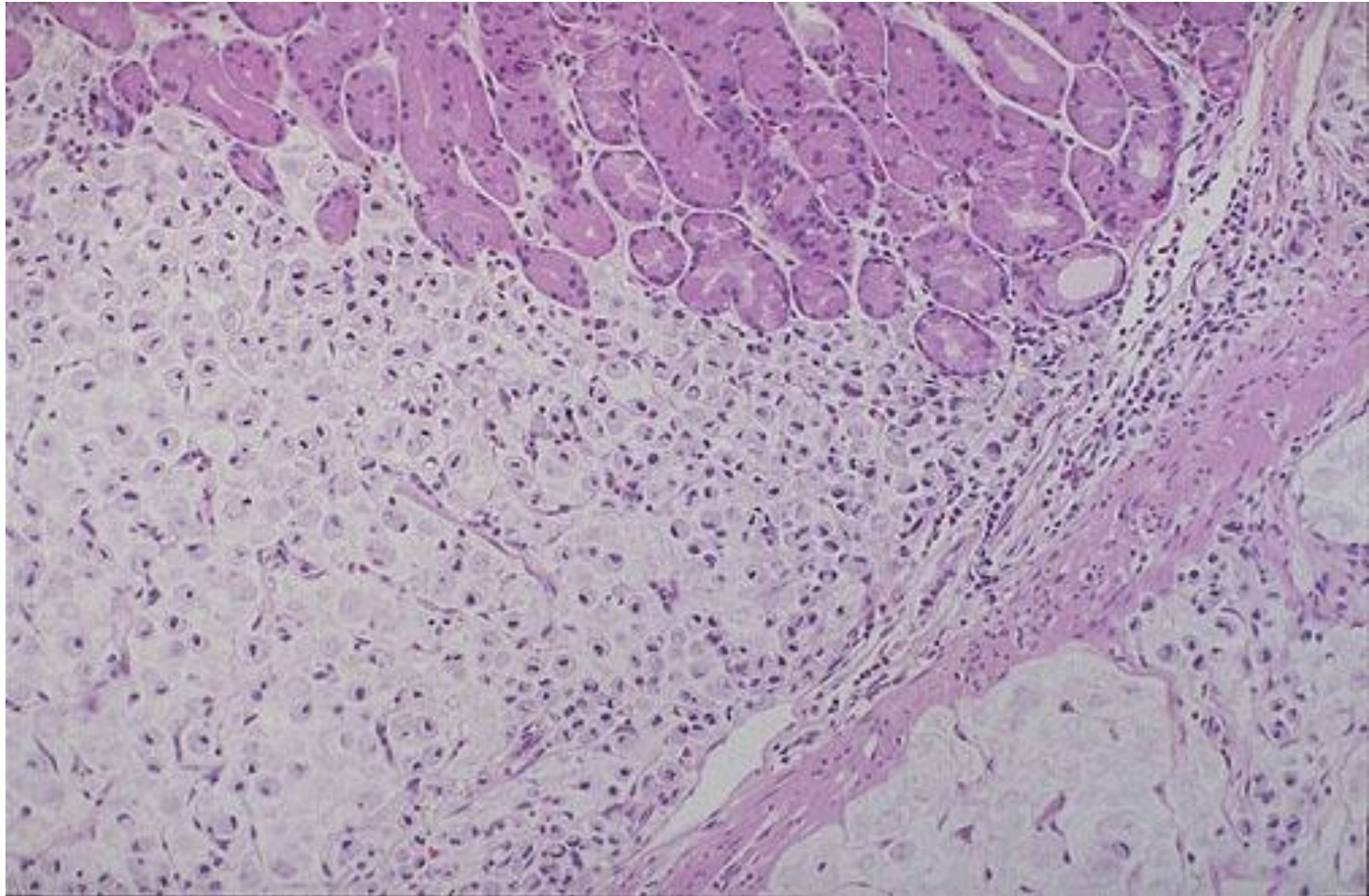
الغدد التنشئية للكارسينوما الغدية للمعدة تبدي انقسامات، زيادة النسبة النووية
الهيولية، وفرط كروماتين، يحيط بها لحمية ارتكاسية (desmoplastic stroma)
مولدة للليف

د. حبيب جربوع



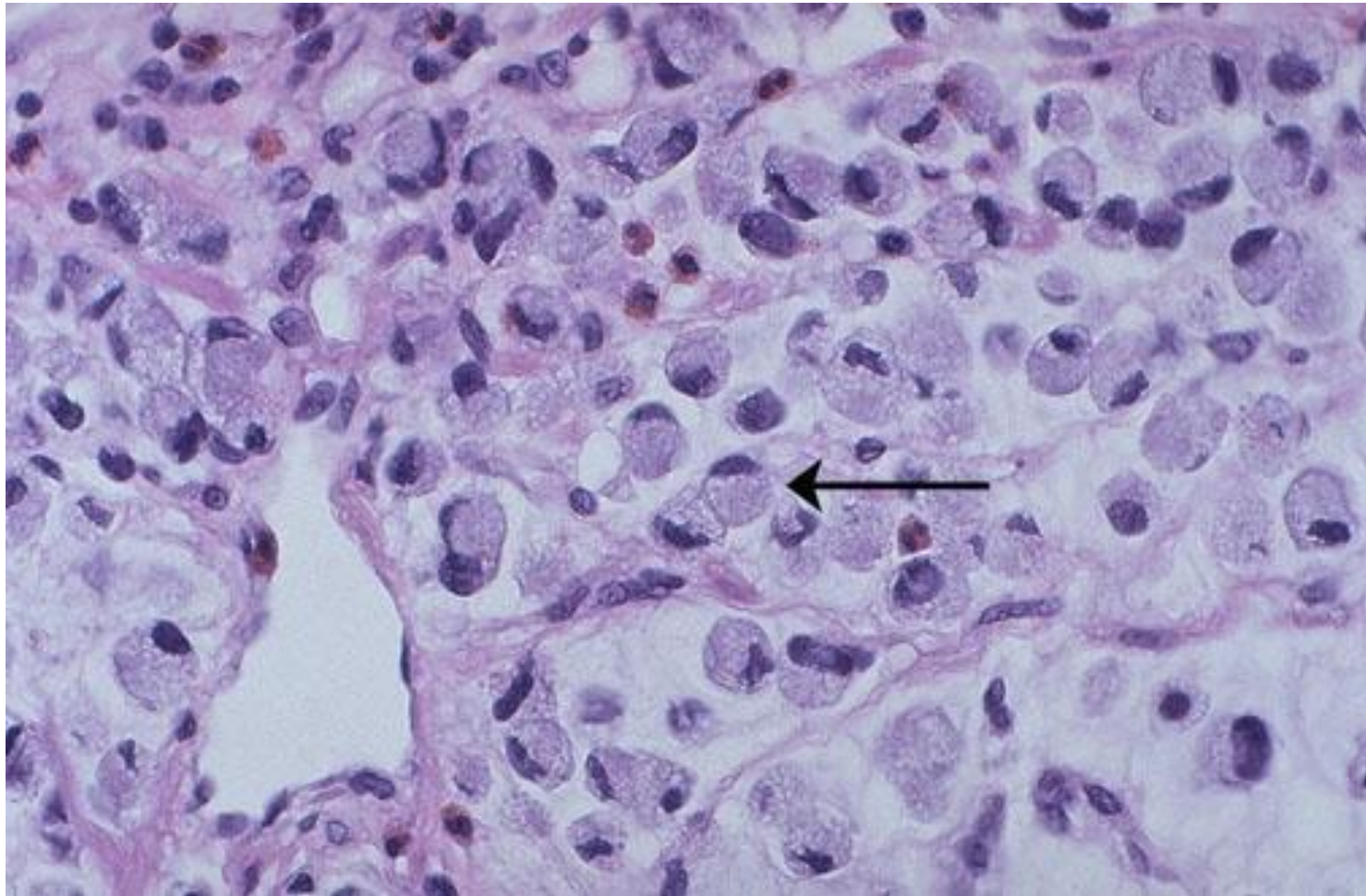
كارسينوما غدية معدية سيئة التمايز حيث لا تشاهد التشكلات الغدية، وبدلاً منها
نشاهد صفوف من خلايا تنشؤية مرتشحة ذات تعدد أشكال (pleomorphism)
واضح. العديد من هذه الخلايا التنشؤية تحوي حويصلات رائقة من المخاط

د. حبيب جربوع



ارتشاح بكارسينوما غدية نمط فص الخاتم signet ring. هذا المنظر النسيجي
نموذجي لأدينوكارسينوما المعدة الشاملة للمعدة والمرتشحة بشدة

د. حبيب جربوع



أدينوكارسينوما نمط فص الخاتم حيث الخلايا مليئة بحويصلات المخاط التي تدفع
النواة إلى الطرف

د. حبيب جربوع

E. الأورام المعوية:

١. **الأمعاء الدقيقة:** إن أورام الأمعاء الدقيقة هي الأقل شيوعاً بين أورام الجهاز الهضمي ونسيجياً هي تشابه أورام الكولون

٢. **الأمعاء الغليظة:**

a. **المرجلات السليمة:** وهي شائعة جداً ويمكن أن تكون مفردة أو متعددة

b. **الكارسينوما الغدية للكولون والمستقيم:** وهي أشيع خباثات الجهاز الهضمي

(١) **الموجودات الباثولوجية:**

(a) في الأعور تكون الآفات عادة مسطحة أو متقرحة

(b) في الكولون السيني والمستقيم تكون الآفات حلقية (**napking ring lesions**) مؤدية إلى انسداد الأمعاء

(٢) **الموجودات السريرية:** **التغوط الدمى Hematochezia** هو أشيع الأعراض. انسداد

الأمعاء يمكن أن يؤدي إلى براز رفيع يشبه قلم الرصاص. كل الكارسينومات الغدية

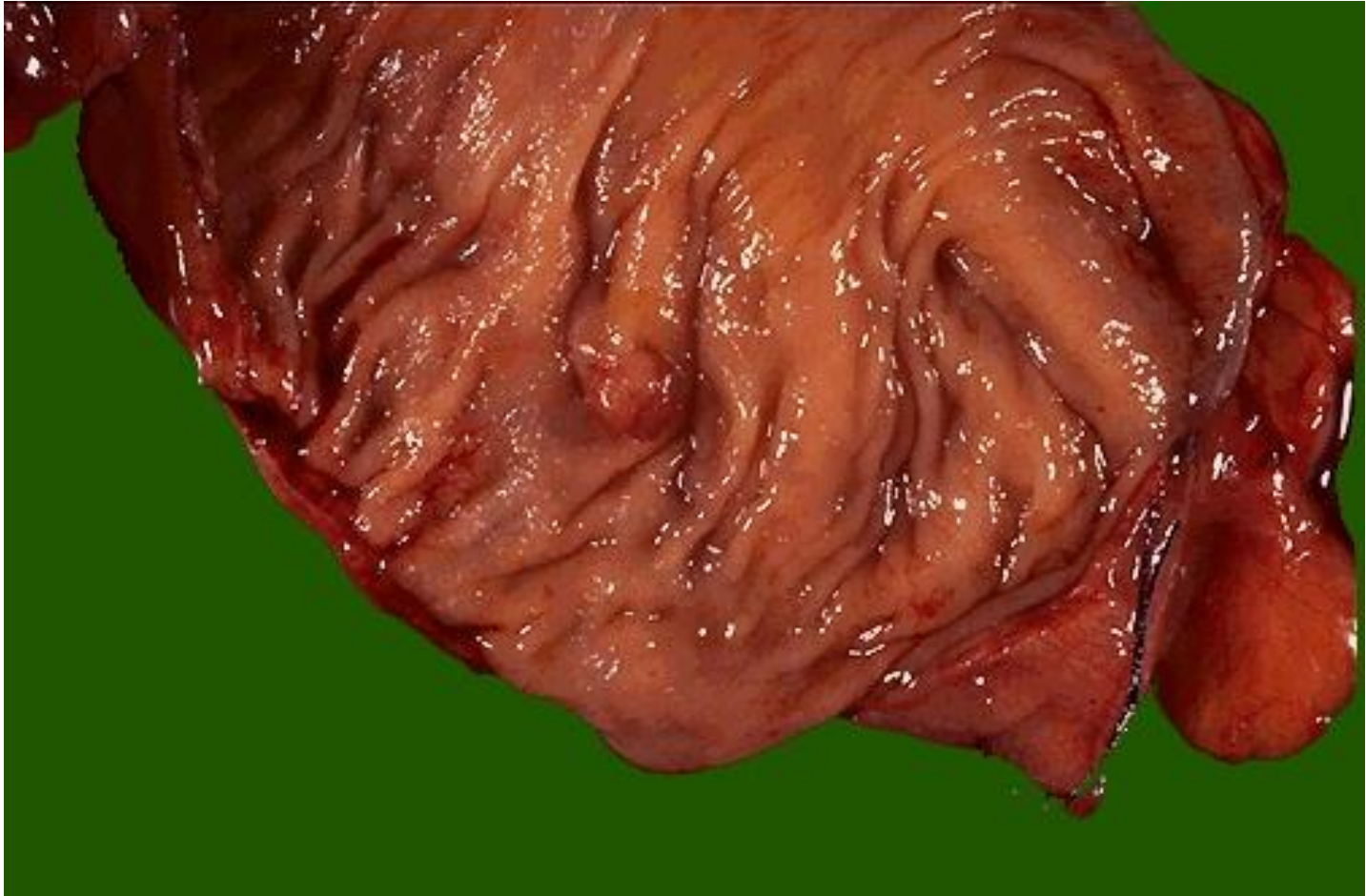
الكولونية المستقيمية تترافق مع ارتفاع مستويات المستضد الجنيني السرطاني **CEA**

في المصل

(٣) **الإنذار:** يعتمد على مدى اختراق الورم لجدار الأمعاء وفيما إذا العقد اللمفاوية الناحية

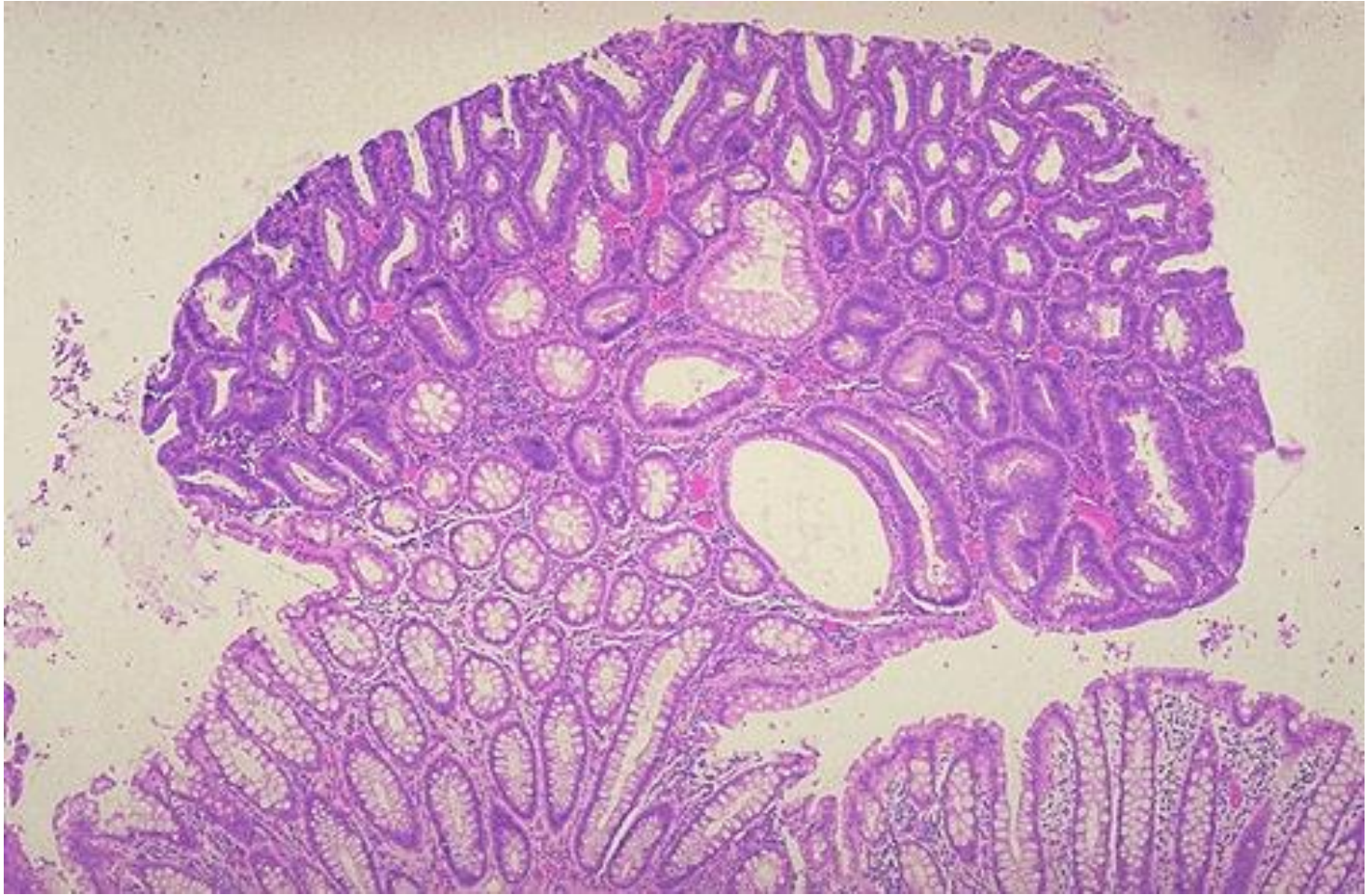
مصابة ووجود نقائل بعيدة (**Dukes' classification**)

د. حبيب جربوع



بوليب غدي صغير في منتصف الكولون، سطحه أملس ومسرر. هذا البوليب شائع.
البوليبيات الصغيرة دائماً سليمة، أما الأكبر من ٢ سم فتحمل خطر التطور إلى
كارسينوما

د. حبيب جربوع



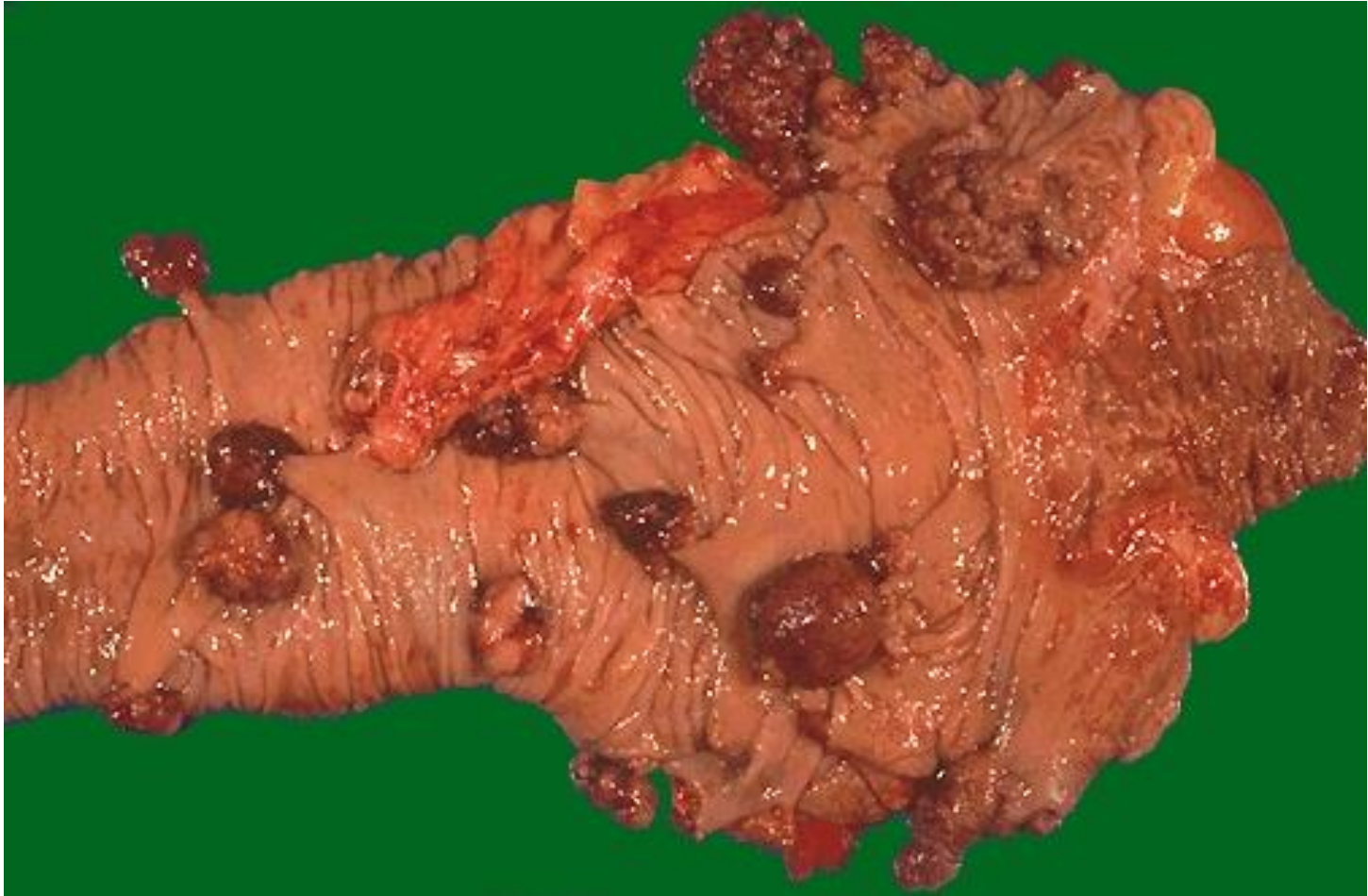
بوليب غدي صغير (tubular adenoma) يبدي غدداً أكثر تجمعاً وعدم انتظام من غدد مخاطية الكولون الطبيعية. خلايا غوبلت أقل عدداً والخلايا المبطنة لغدد البوليب ذات نوى مفرطة الكروماتين، لكنها على كل حال ما تزال جيدة التمايز ومحدودة ولا تغزو سويقة البوليب، وهي سليمة

د. حبيب جربوع



بوليب غدي يبدي سطح نازف (وهذا ما يفسر سبب اكتشافه بتحري وجود دم خفي في البراز) وسويقة طويلة ضيقة. حجم هذا البوليب أكثر من ٢ سم مما يجعل إمكانية الخباثة أكثر احتمالاً. لكن أثبت بالاستئصال والفحص أنه سليم

د. حبيب جربوع



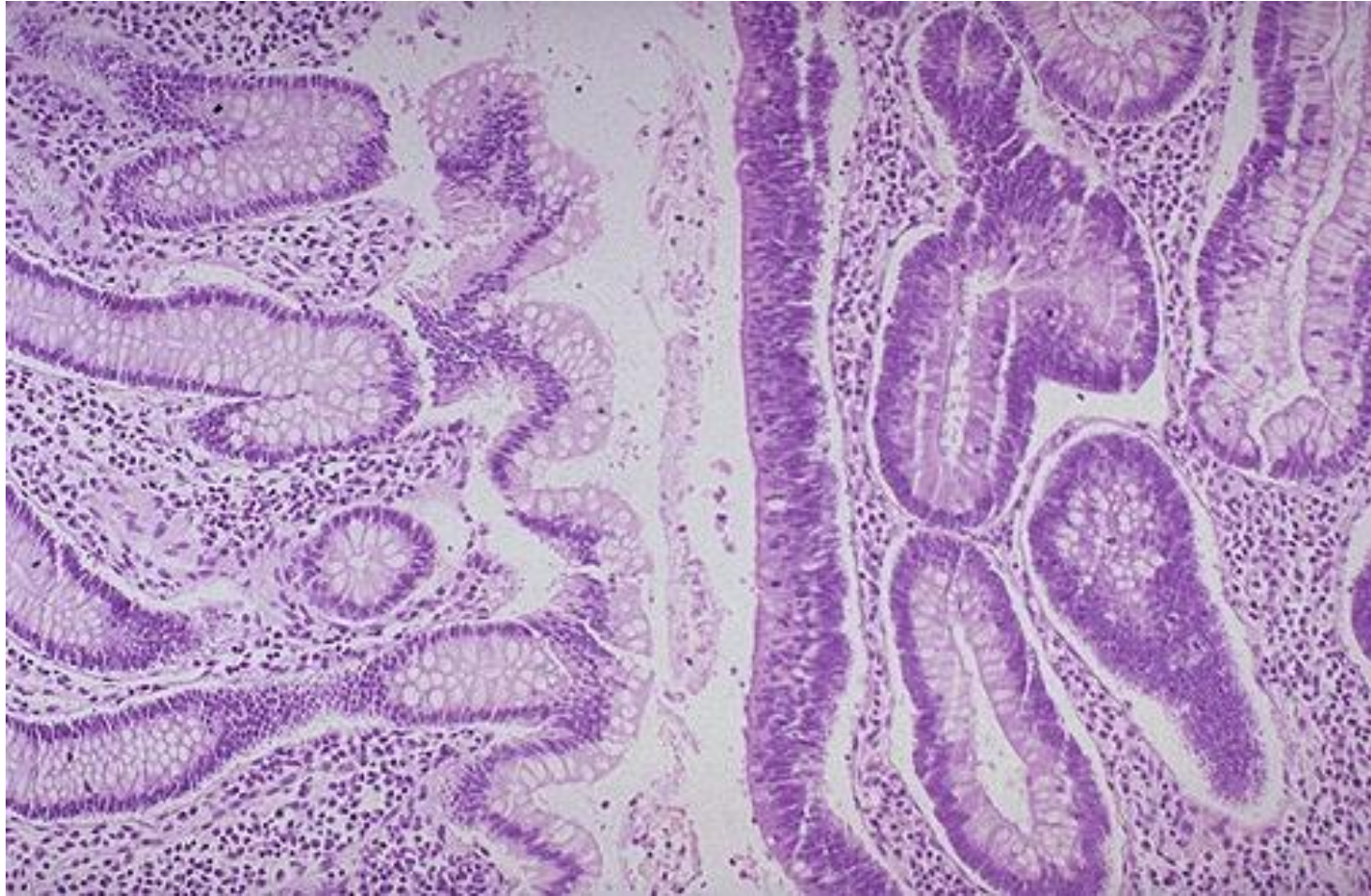
بوليبات غدية متعددة في الأعور

د. حبيب جربوع



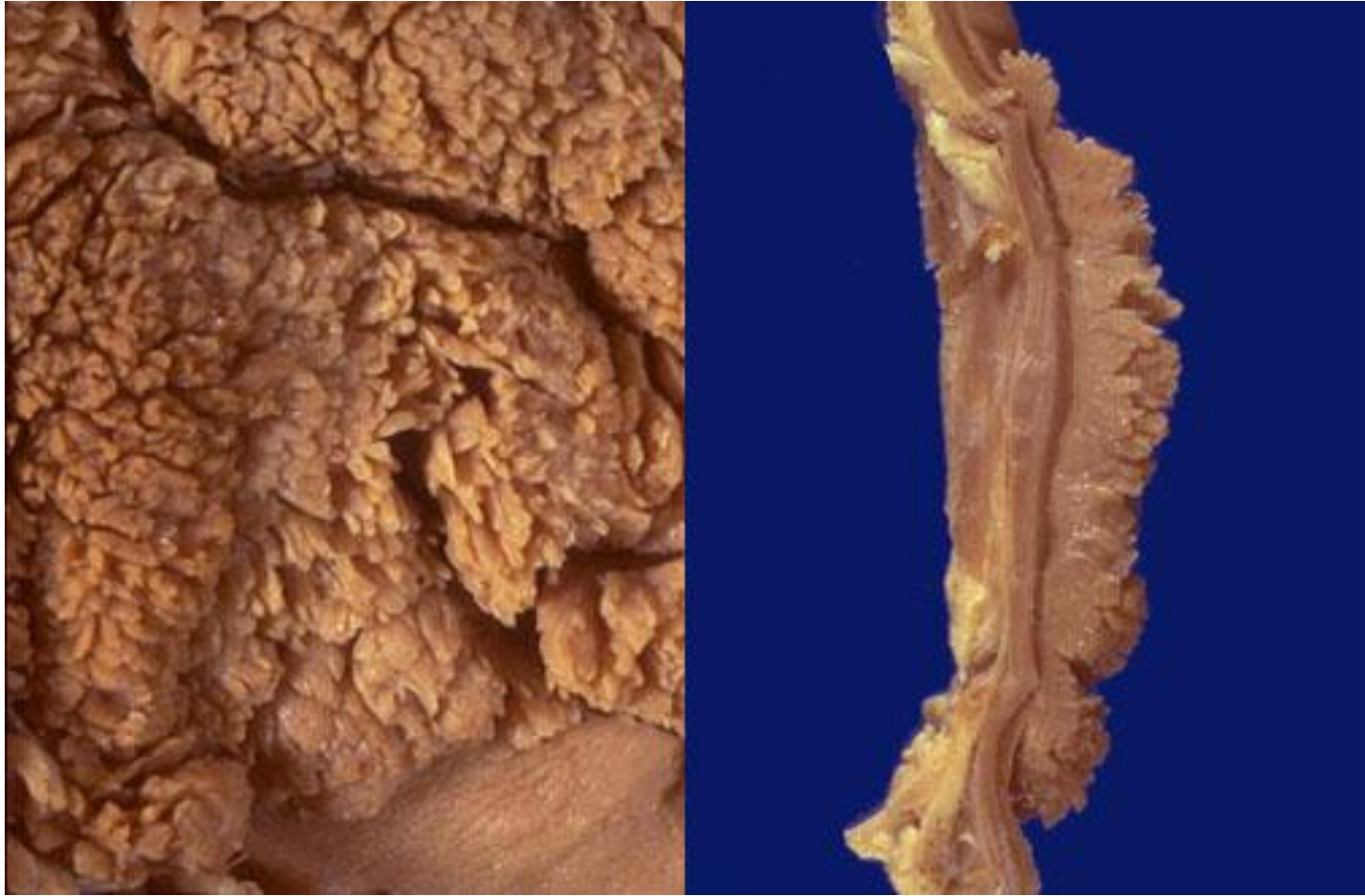
داء البوليبات العائلي حيث يبدي السطح المخاطي للكتلون سجادة من البوليبات الغدية الصغيرة. لكن بالرغم من كونها صغيرة إلا أن هناك خطر مع الزمن لتطور أدينوكارسينوما بنسبة ١٠٠%. لذلك يجرى استئصال كولون تام بعمر أقل من ٢٠ عاماً

د. حبيب جربوع



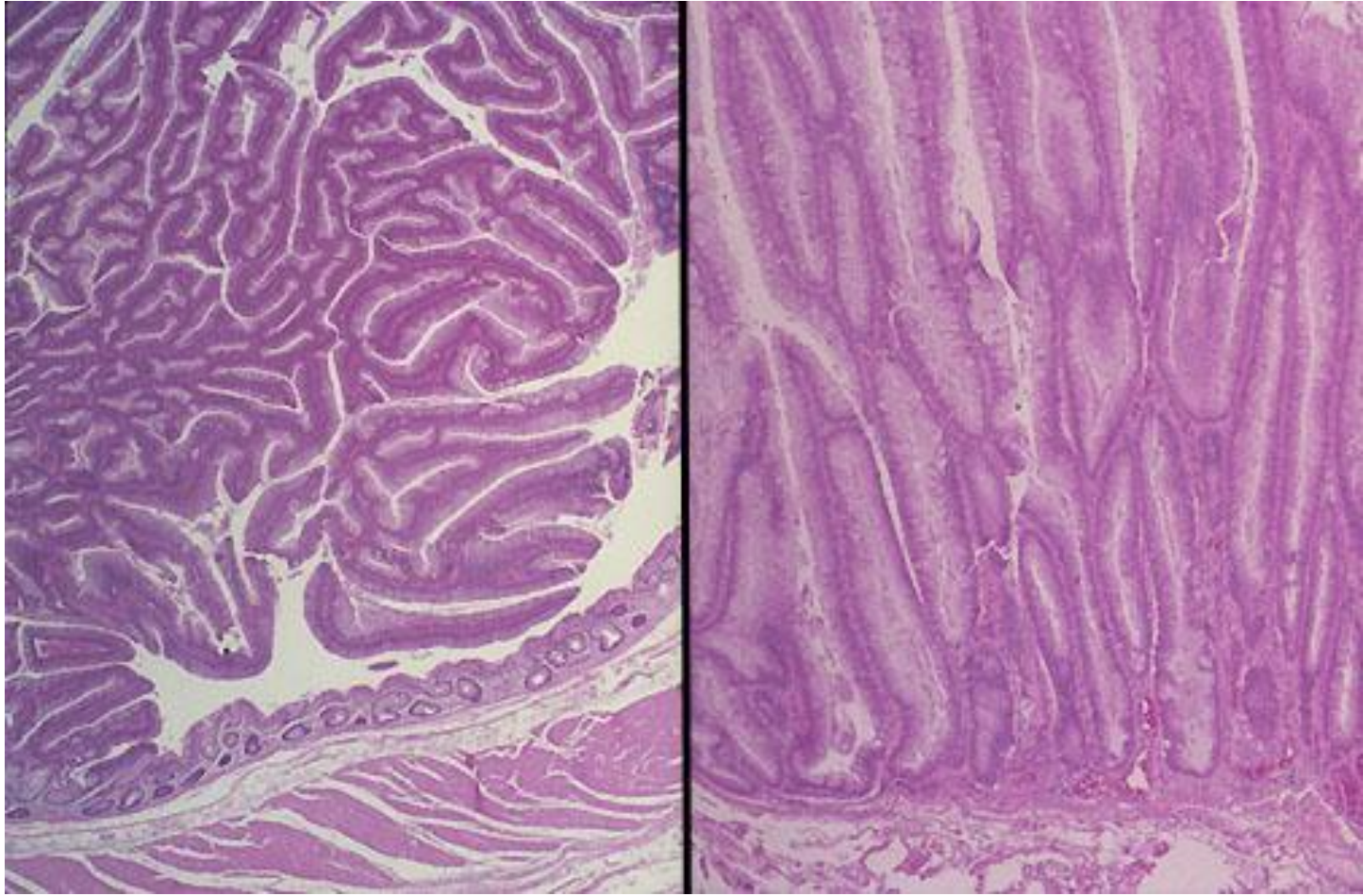
مخاطية كولون طبيعية إلى اليسار ومخاطية بوليب غدي إلى اليمين. الغدد التنشؤية تبدي عدم انتظام أكثر وأعمق (مفرطة الكروماتين) وتبدي تطبق نوى أكثر. هذا التنشؤ سليم وجيد التمايز لأنه لا زال يشابه بشدة النسيج الكولوني الطبيعي

د. حبيب جربوع



المظهر العياني للأدينوما الزغابية villous adenoma. هذا النوع من الأدينوما لاطئ أكثر من كونه معنقاً وهو أكبر من الأدينوما الأنبوبية وهو يقيس وسطياً عدة سنتيمترات ويمكن أن يصل إلى أكثر من ١٠ سم

د. حبيب جربوع



أدينوما زغابية. مظهر زهرة القرنبيط بسبب البنى الغدية المتطاولة المغطاة بظاهرة تبدي سوء تصنع. هي أقل شيوعاً من الأدينوما الأنبوبية لكنها أكثر احتمالاً لأن تحوي بداخلها كارسينوما غازية (حوالي ٤٠% من الأدينومات الزغابية)

د. حبيب جربوع



أدينوكارسينوما الكولون تبدي ارتفاع في الحواف مع تقرح مركزي وهذا يولد الدم الذي يكشف بتحري الدم الخفي في البراز. الورم يخترق جدار الكولون ومرحلة الورم تعتمد على درجة الغزو ضمن الجدار

د. حبيب جربوع

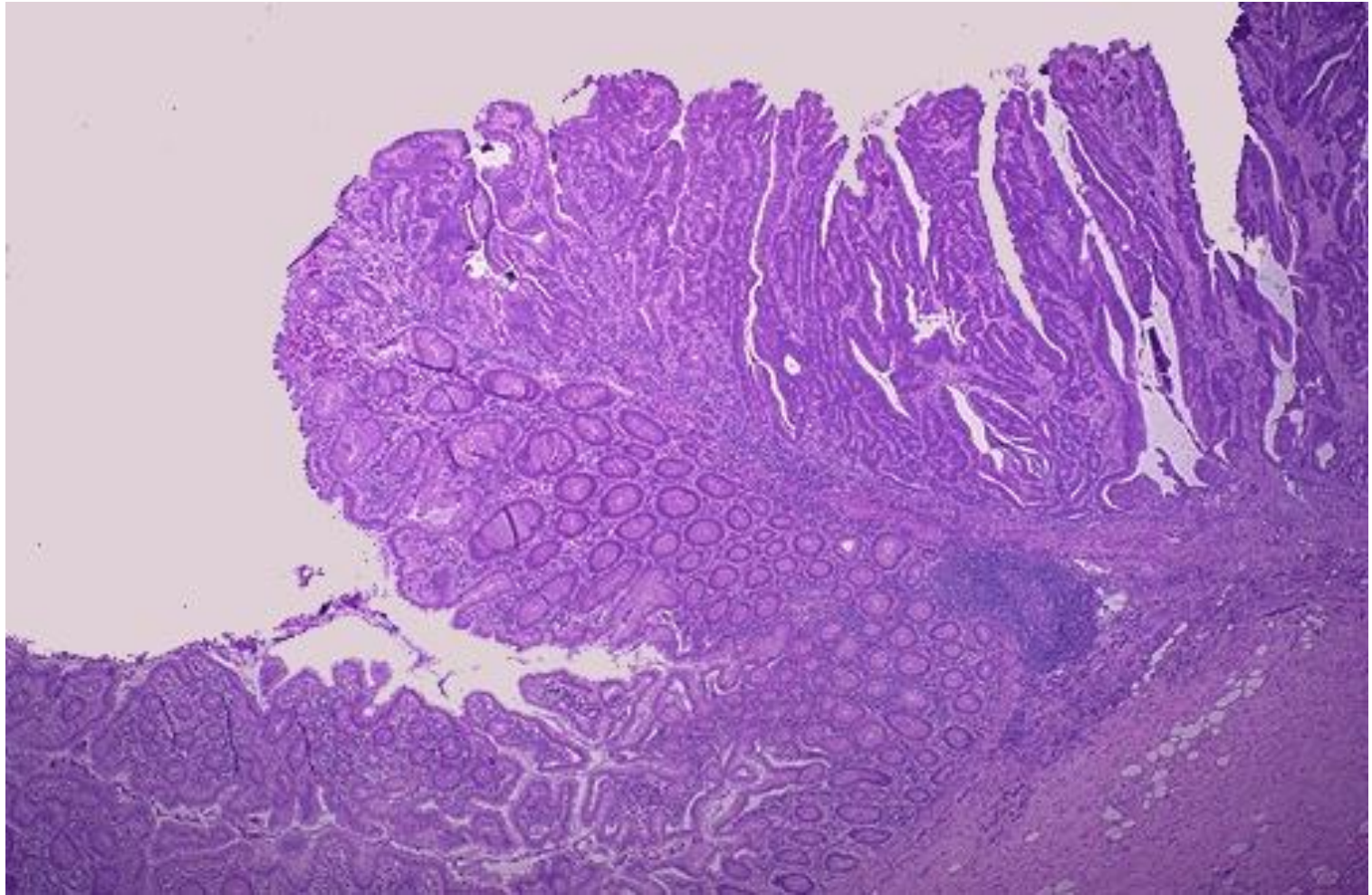


من مضاعفات أدينوكارسينوما الكولون انسداد اللمعة



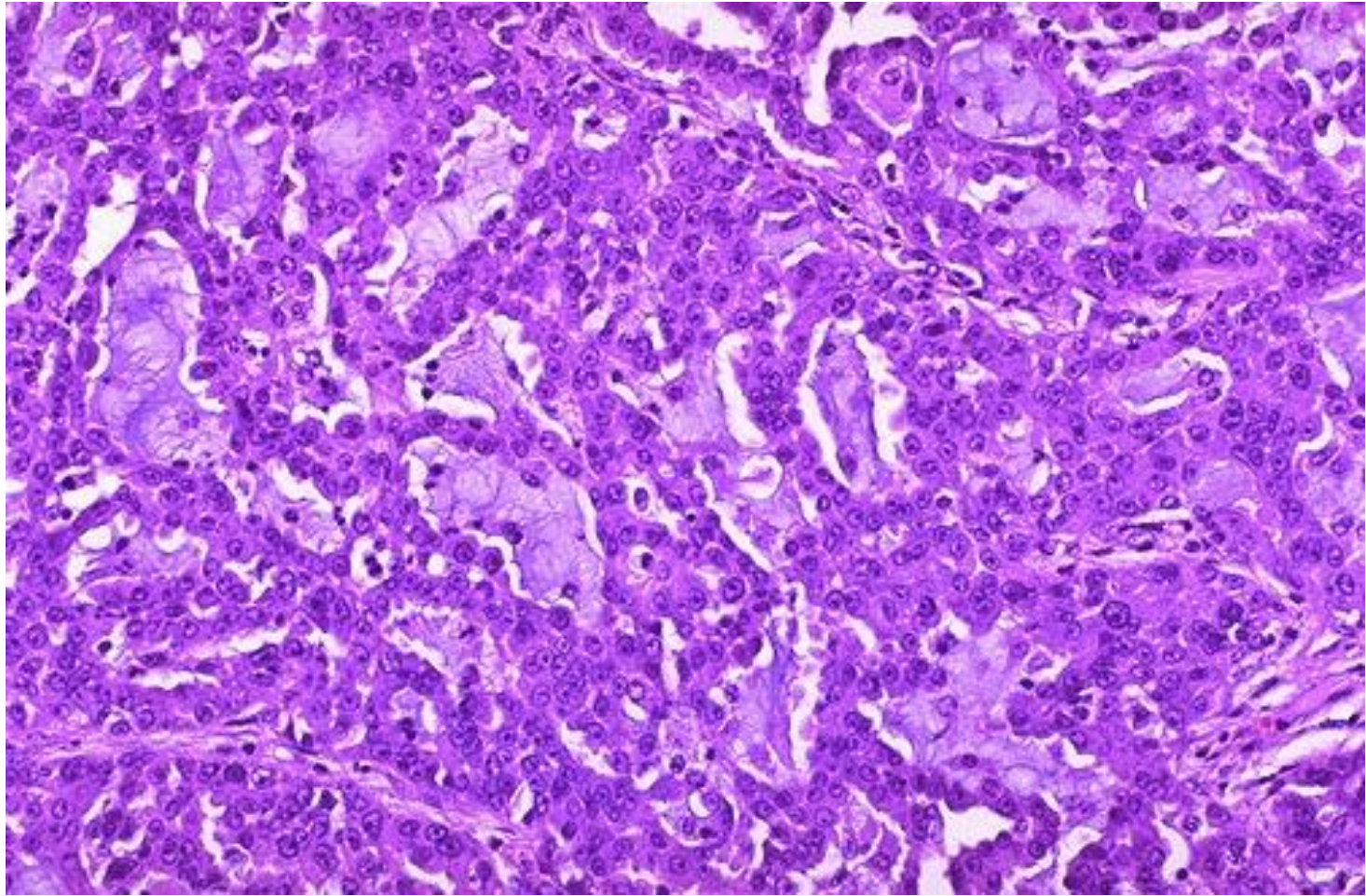
أدينوكارسينوما ناشئة على أدينوما زغابية. سطح التشو بوليبي

د. حبيب جربوع



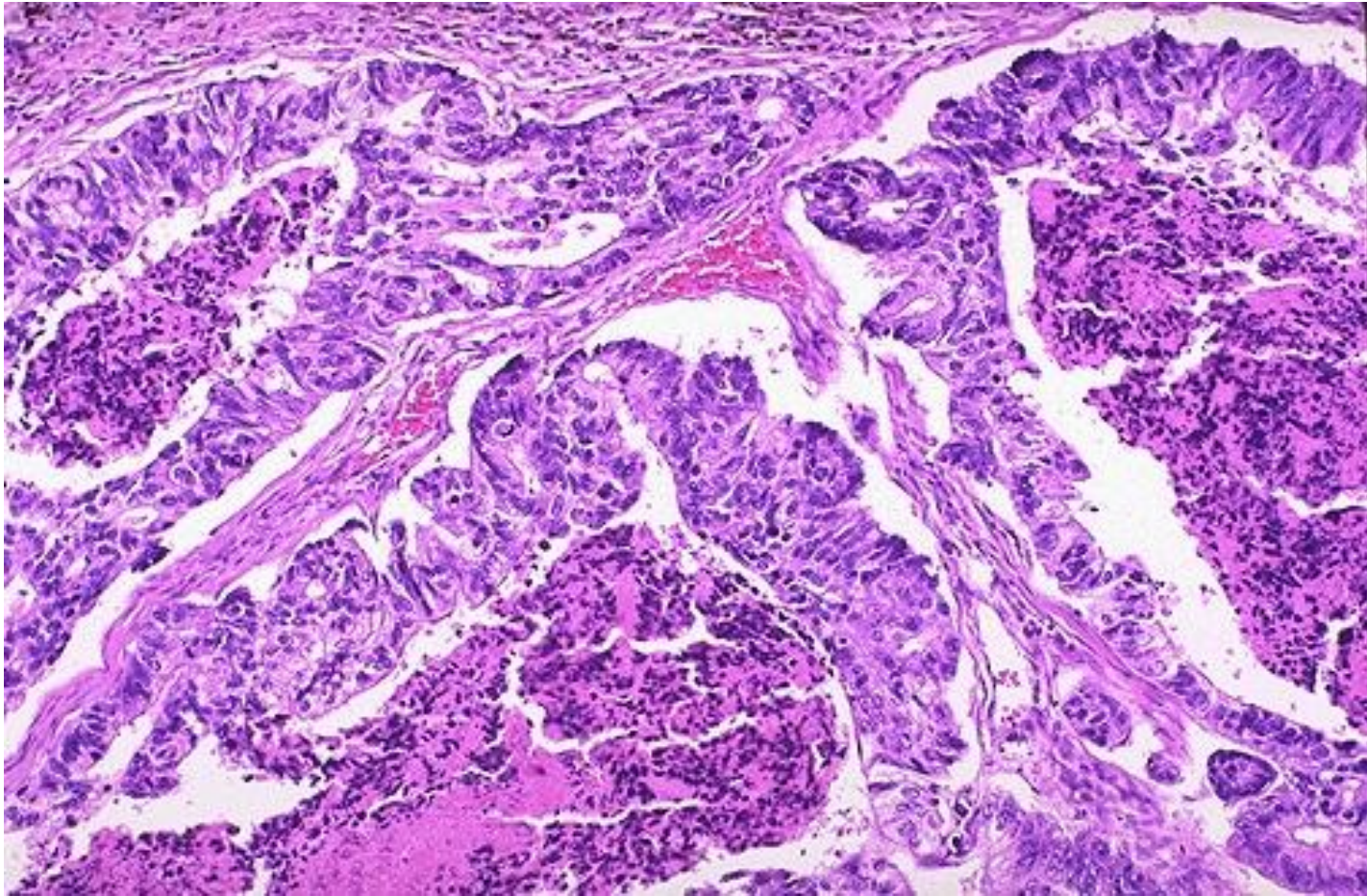
أدينوكارسينوما ناشئة على أدينوما زغابية. غدد الكارسينوما متطاولة وتشبه الأصابع

د. حبيب جربوع



كارسينوما غدية في الكولون متوسطة التمايز. لا يزال هناك بنية غدية لكن الغدد غير منتظمة ومتراكبة فوق بعضها وفي لمعات العديد منها مخاط بلون أزرق

د. حبيب جربوع



كارسينوما غدية في الكولون. هنا الغدد أكبر وتحوي مواد متخثرة

د. حبيب جربوع

c. **الكارسينويد:** هو ورم غدي صماوي منخفض الدرجة يفرز السيروتونين وعديدات الببتيد الغدية الصماوية. تحدث أورام مشابهة في الأمعاء الدقيقة والزائدة الدودية

d. **اللمفوما:** نسبة قليلة من لمفومات السبيل المعدي المعوي تنشأ من النسيج اللمفاوي المرافق للمخاطيات في الأمعاء الغليظة

F. **أورام المستقيم:** يمكن أن نشاهد كارسينوما شائكة الخلايا إما في الموضع أو غازية

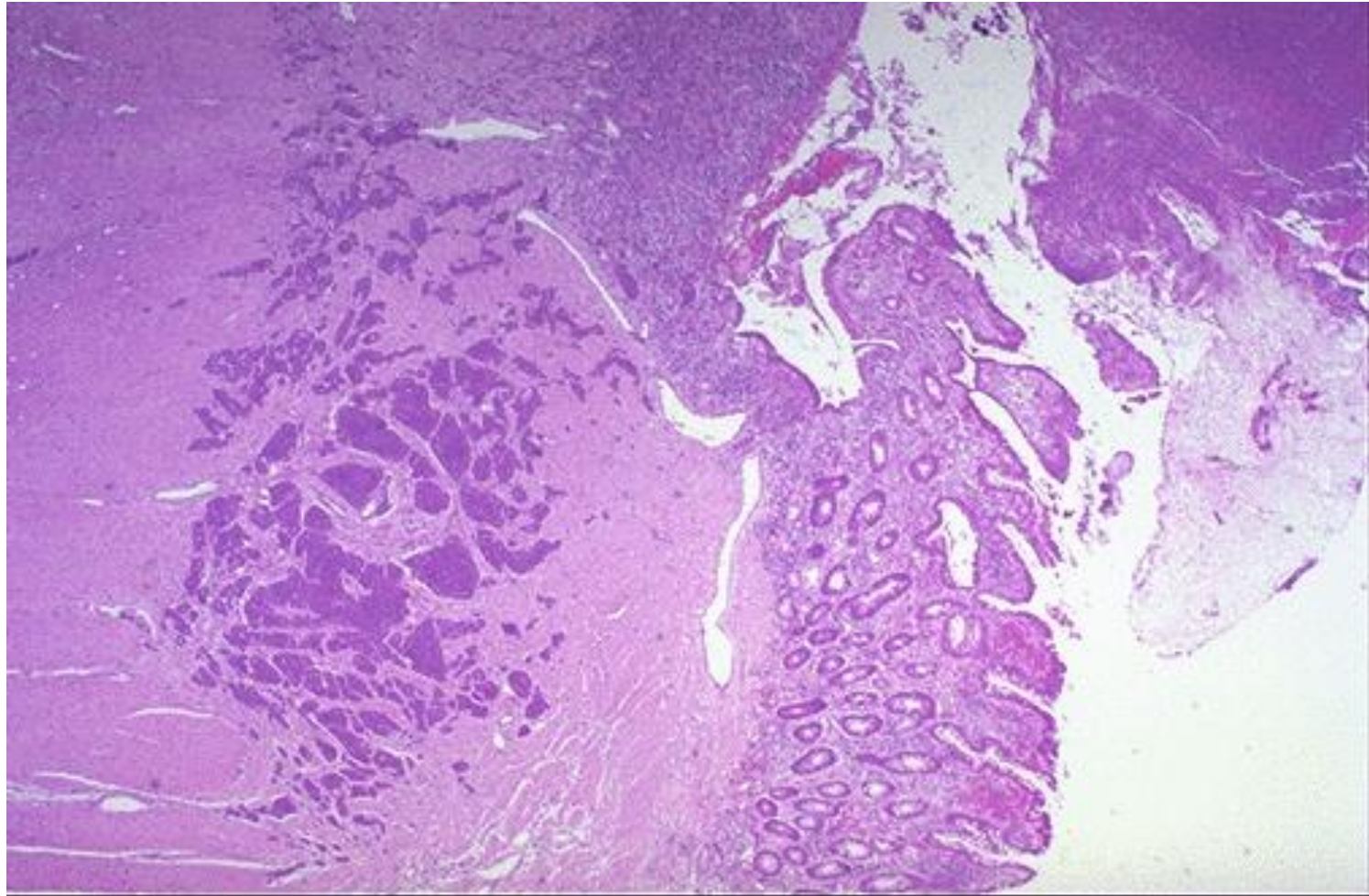
ملاحظة: الكارسينومات شائكة الخلايا تحدث في كل من بداية (أي جوف الفم والمري) ونهاية (أي المستقيم) السبيل المعدي المعوي

د. **حبيب جربوع**



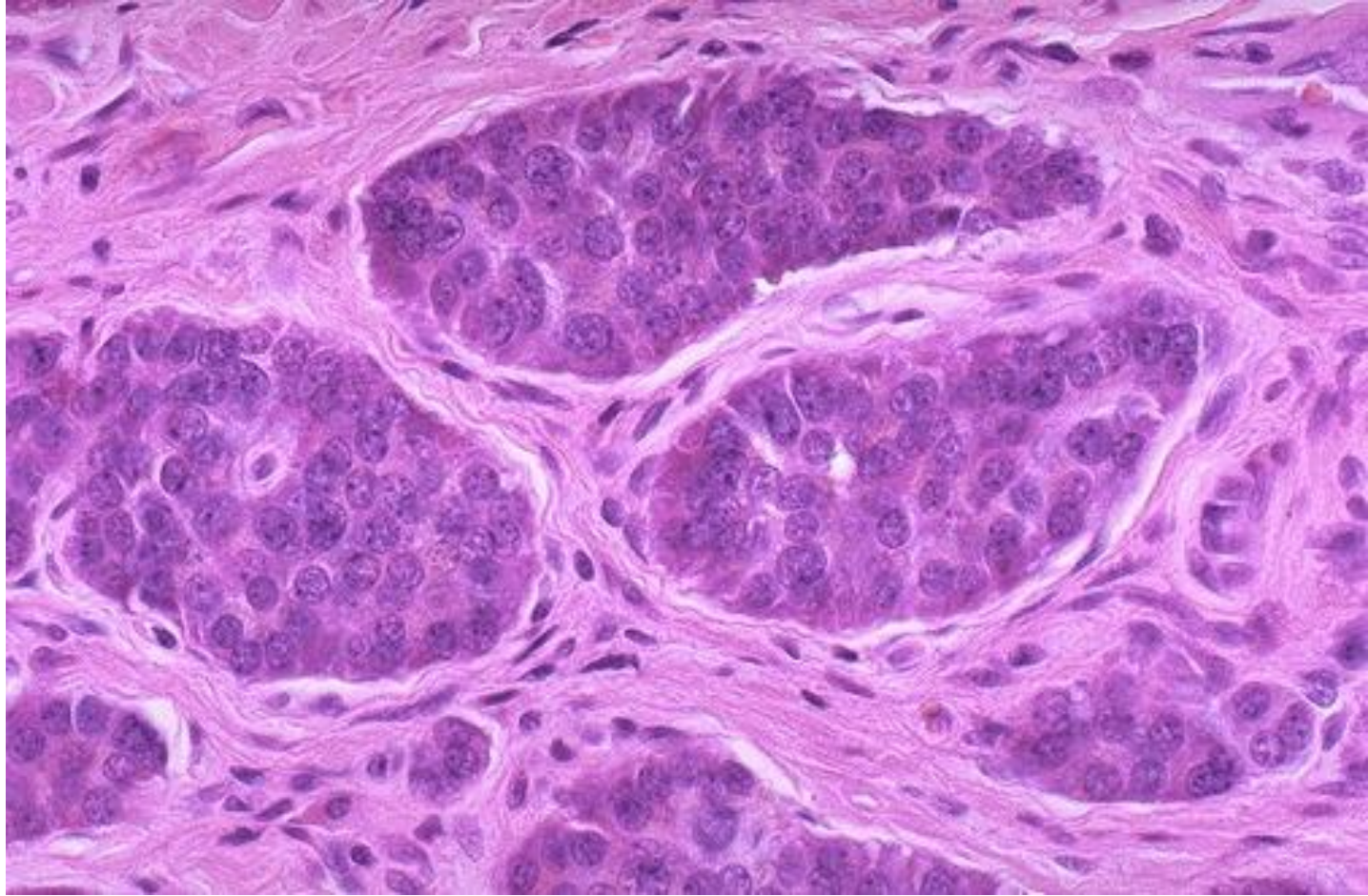
إن أورام الأمعاء الدقيقة غير شائعة. الأورام السليمة يمكن أن تشمل
الصمام الدقاقي الأعوري ورم بلون أصفر هو الكارسينويد. معظم الأورام السليمة
تشاهد بالصدفة تحت المخاطية، لكنها يمكن أن تكون كبيرة كافية لتسد اللمعة

د. حبيب جربوع



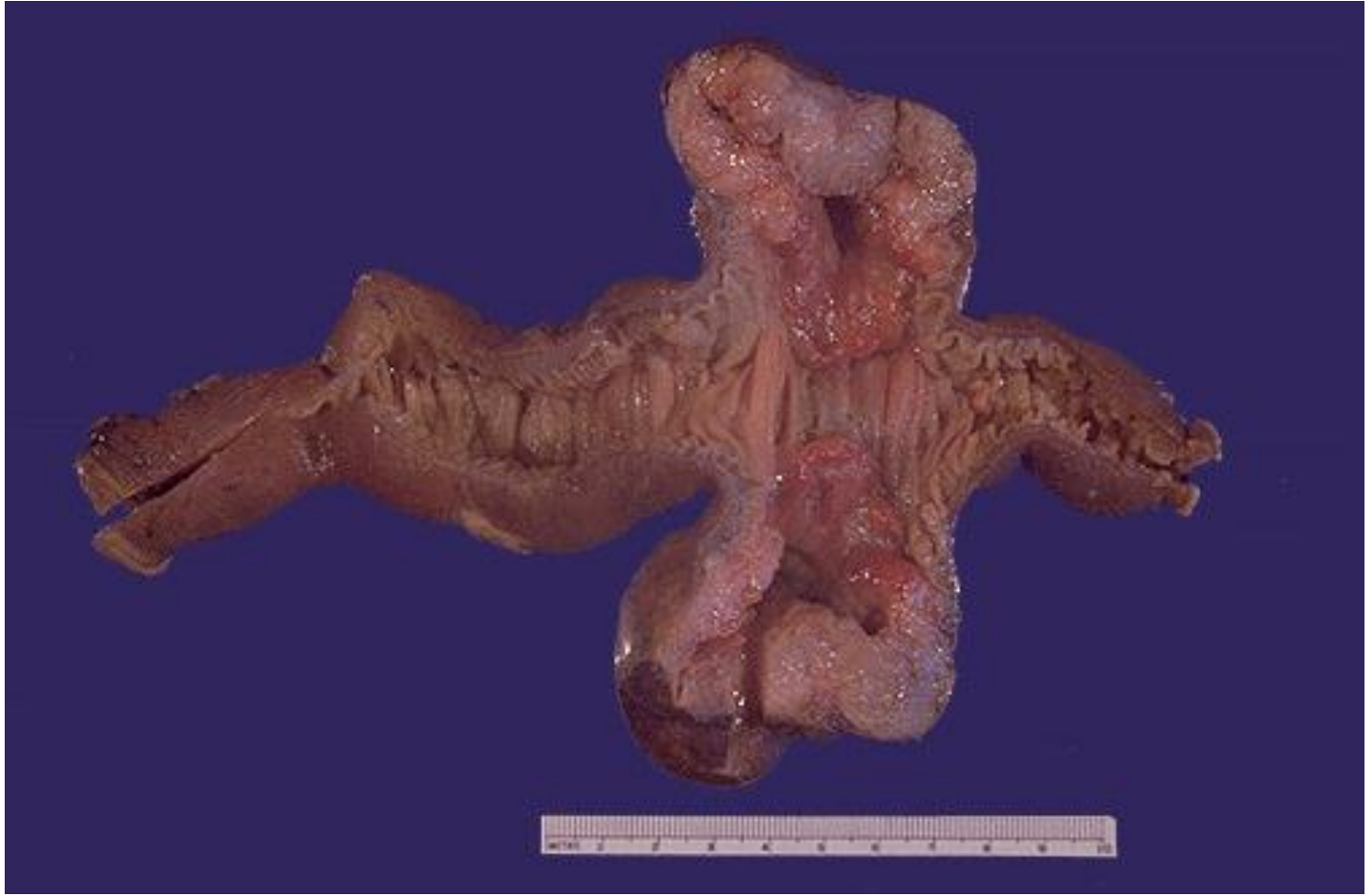
الكارسينويد يتظاهر ككتلة محددة بالرغم من أنها غير محاطة بمحفظة. يبدي
جزيرات متعددة من خلايا صغيرة زرقاء في الطبقة تحت المخاطية

د. حبيب جربوع



جزر الكارسينويد تبدي مظهر غدي صماوي نموذجي ذو خلايا مدورة صغيرة لها نواة صغيرة مدورة وهيولى زهرية إلى زرقاء شاحبة. نادراً يمكن أن يكون الكارسينويد خبيث ويبدو ككتلة كبيرة. يمكن أن تسبب نقائل الكارسينويد إلى الكبد متلازمة الكارسينويد

د. حبيب جربوع



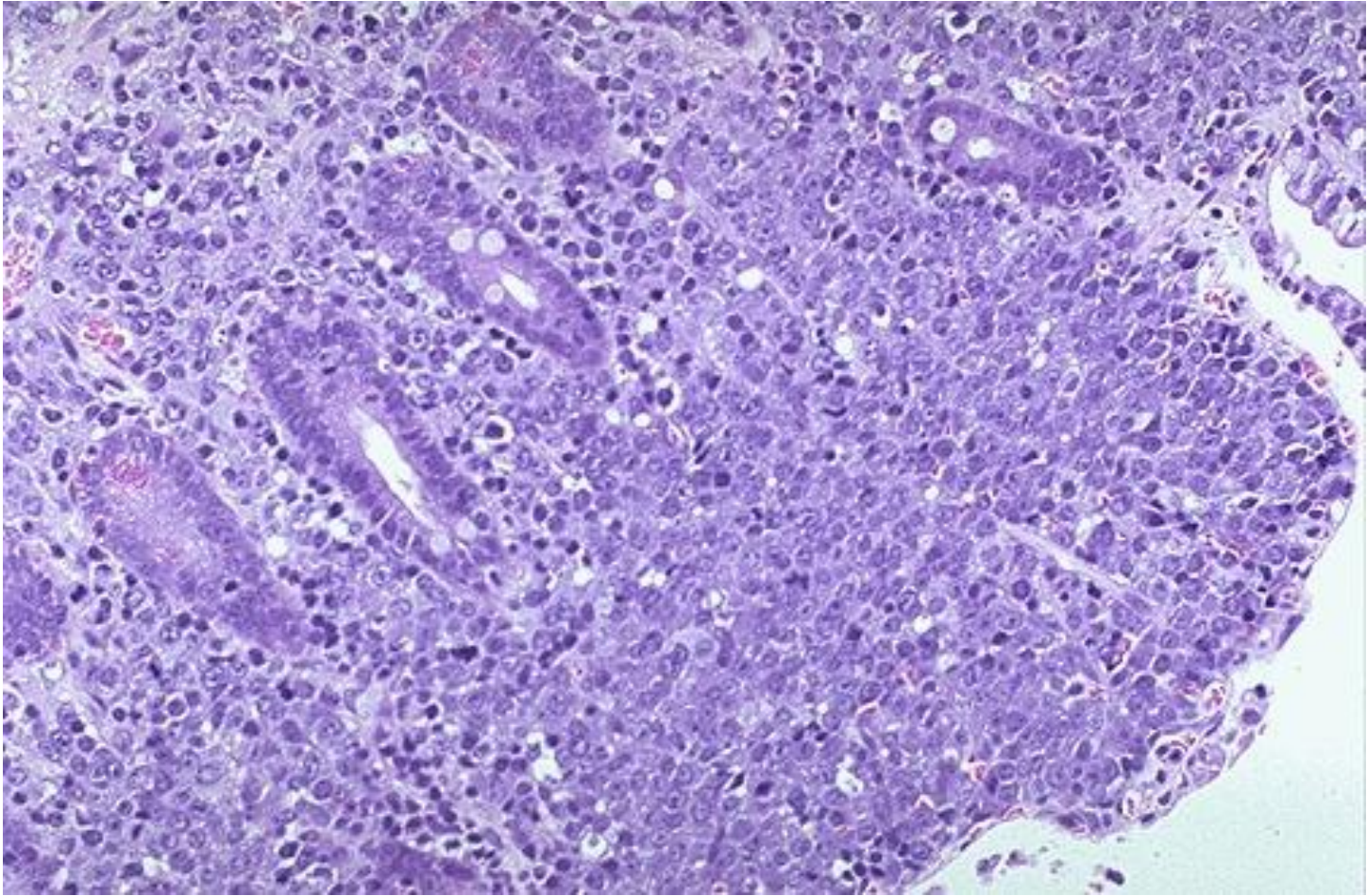
إن أشيع أورام الأمعاء الدقيقة هي النقائل. هذه الكتلة تسبب انسداد موضعي.
المصدر البدئي غالباً من الأعضاء المجاورة، الكولون والمبيض والبنكرياس والمعدة

د. حبيب جربوع



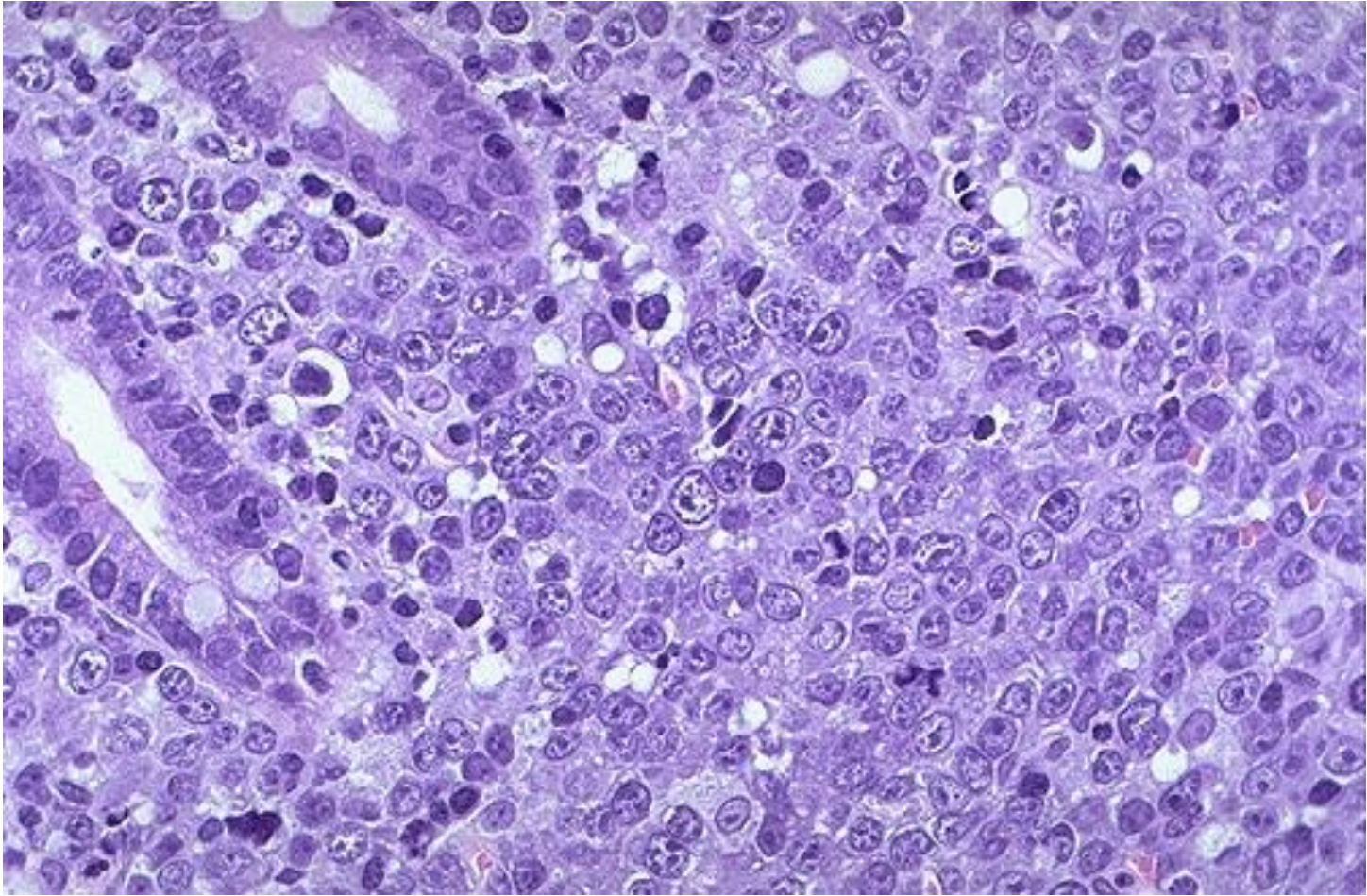
ساركوما عضلية ملساء في الأمعاء الدقيقة. الساركومات بشكل عام كبيرة وسيئة.
وهي غير شائعة في هذا المكان ولكن يجب أن تتميز عن باقي أنماط التنشؤات
الأخرى

د. حبيب جربوع



خلايا لمفوما لا هودجكن الكبيرة الزرقاء ترتشح عبر المخاطية

د. حبيب جربوع



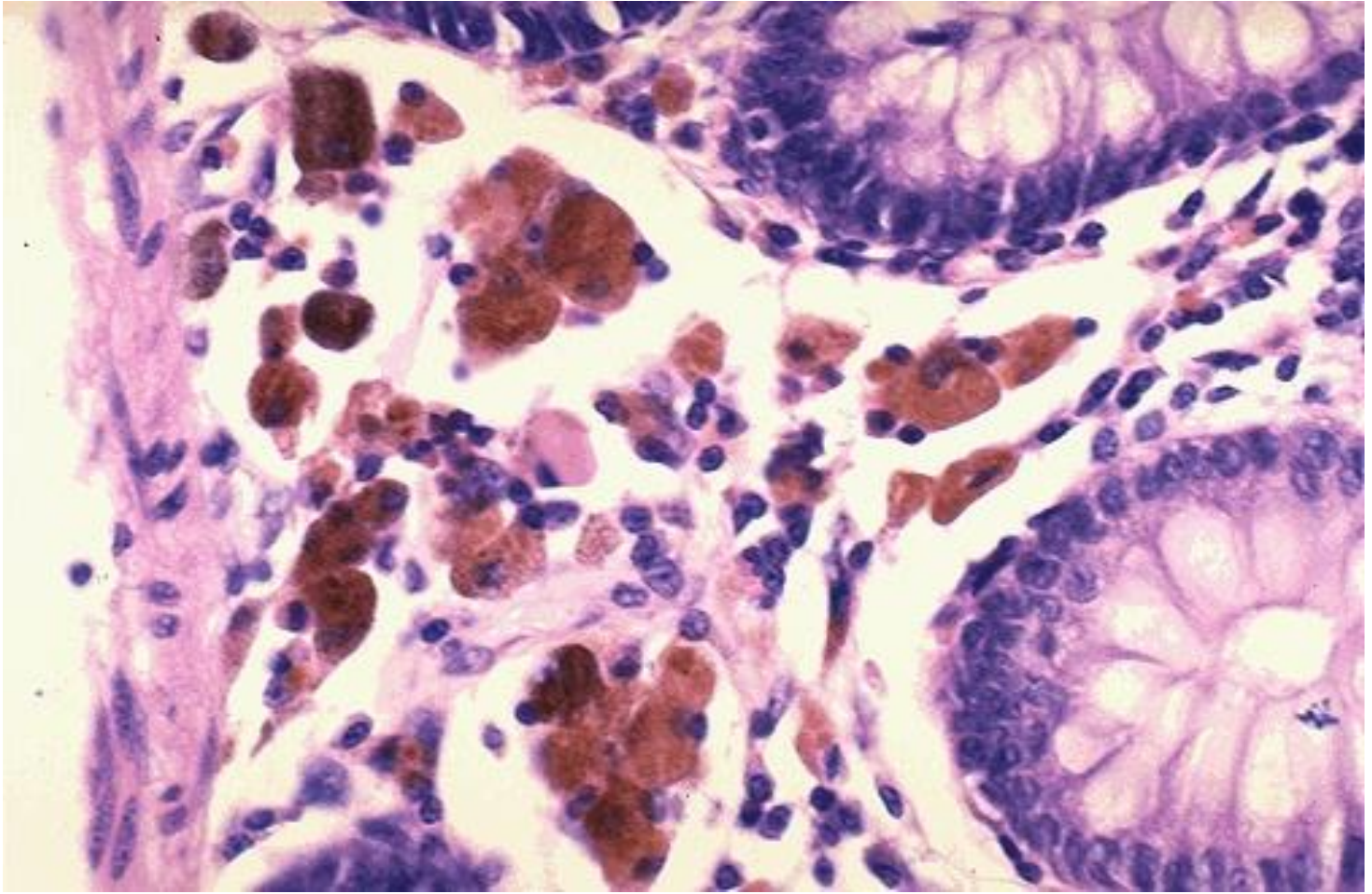
خلايا لمفوما لا هودجكن لها كروماتين متكتل ونوية واضحة مع بعض الانقسامات

د. حبيب جربوع



قيلة مخاطية mucocoele في الزائدة حيث تبدي اللمعة توسع ملحوظ وهي مليئة بمواد مخاطية لزجة صافية. هذه الحالة ممكن اعتبارها تنشؤ حقيقي (mucinous cystadenoma). تمزق القيلة المخاطية يمكن أن يملأ البريتوان بالمخاط. هذه الحالة تختلط مع الكارسينوما الكيسية المخاطية للزائدة والكولون والمبيض لأنها تعطي نفس الأعراض، باستثناء وجود خلايا خبيثة. تسمى الحالة السابقة pseudomyxoma peritonei

د. حبيب جربوع



وجود البالعات الحاوية صبغ بني في مخاطية الكولون يحدث في حالة تدعى melanosis coli (ليس له علاقة بالميلانوما). عيانياً تبدو المخاطية بلون بني أو أسود. الاستعمال المزمن للملينات هو أحد أسباب هذه الحالة

د. حبيب جربوع