



خزعة الكبد

نقوم بإجراء خزعة الكبد في حال لم يتم التوصل إلى تشخيص دقيق بالتحاليل المخبرية وسنتعرف معاً على طرق إجرائها، استطبباتها واختلاطاتها..

←تختلف طريقة إجرائها حسب الحالة

(١) لدى الشخص الطبيعي :

يتم إجرائها عن طريق **الإيكو**، حيث نضع الإيكو على المراق الأيمن وندخل باستخدام أداة البزل (سيرنج طويل) في شروط عقيمة (مع أو بدون تخدير) ونوجّه باتجاه الكبد ونسحب منه، ثمّ ترسل إلى التشريح المرضي، وهي "الطريقة الأشيع".

(٢) في حال وجود **حبن**: يكون الكبد سابقاً ضمن سوائل الحبن ممّا يجعل الوصول له صعباً، وإذا كان لدى المريض اعتلال تخثر (تطاول PT, INR ونقص ألبومين - قصور كبدي - وهو سبب إجراء الخزعة) فمن الممكن أن يحدث نزف تالي للرض الناتج عن البزل غير مسيطر عليه، وهو خطر في حال وجود اعتلال بالتخثر. في هذه الحالة ندخل باستخدام قثطرة عبر الوريد الوداجي ← إلى الوريد الأجوّف العلوي ← الوريد الأجوّف السفلي ← وريد الباب، ثمّ نأخذ خزعة من الكبد، وهي طريقة خطيرة نلجأ لها بعد فشل الطريقة السابقة.

(٣) في حال خضوع المريض **لعملية جراحية في البطن** (زائدة دودية، مرارة...) فمن الممكن خلال الفتح الجراحي نفسه أن نأخذ خزعة من الكبد، وهي انجح طريقة لكنّها أكثر طريقة راضّة، وهي "الطريقة الأنجح".

اختلاطات خزعة الكبد

ملاحظة

ملاحظة جانبية: ال NSAIDs هي مضاد استطباب في حالة القصور الكبدي.

- الألم: هو أشيع اختلاط، وذلك بسبب اختراق عدّة طبقات معصبة في البطن، يستمرّ الألم لفترة من الزمن ويُسيطر عليه بالمسكّنات الجهازية (فموي - عضلي -



وريدي (NSAIDs، مسكنات مركزية (ترامادول)، مهدئات.

- النزف: وهو أهم وأخطر اختلاط، لأن رض الكبد سيحدث نزفاً، وفي حال حدوث النزف: إما أن يستطيع الكبد السيطرة عليه ذاتياً، أو نضطر لفتح البطن وتصميم الشريان النازف.
- الرضوض: ممكن أن تصاب الأمعاء برض مما يؤدي إلى حدوث ریح صدرية بسبب خروج غازات من الأمعاء (انتقاب حشا أجوف يحدث ألم شرسوفي...) أو حدوث نز صفاوي لفترة معينة بسبب رض الأقيّة الصفراوية.

ملاحظة

- _ قد يحدث إنتان بريتوان أثناء الخزعة ويكون مُميتاً في معظم الأحيان.
- _ أشيع اختلاط ← الألم.
- _ أخطر وأهم اختلاط ← النزيف.

استطببات خزعة الكبد:

والسؤال يا أبطال... متى نلجأ لخزعة الكبد؟!

- مريض لديه اضطرابات بوظائف الكبد التخزينية (ALT ↑) والتصنيعية (PT, INR ↓) ألبومين، لمعرفة السبب نلجأ لفحوصات مخبرية (عامل استرالي، تحليل كبد C) وشعاعية (إيكو)، إذا لم نتوصل لنتيجة نقوم بخزعة الكبد.
- التهاب كبد دوائي (أدوية السل مثلاً أو الباراسيتامول).
- التهاب كبد مناعي ذاتي.
- أمراض ارتشاحية.
- داء ويلسون (ترسب النحاس في الكبد).
- الخبثات.
- داء كبد كحولي غير مشخّص عن طريق القصة المرضية.
- التهابات الكبد الفيروسية غير الشائعة (الحلأ - الهيستوبلازموس - ايبشتن بار).





القصور (الفشل) الكبدي الحادّ

Acute Hepatic (Liver) Failure AHF or ALF

هو تطوّر أعراض قصور كبدي (اعتلال تخثّر -اعتلال دماغي كبدي...) خلال أقل من ٢٨ أسبوع من أذية الكبد وبدون وجود أذية كبدية معروفة سابقة.

ملاحظات هامة

- ❗ لا يمكن أن نقول إن المريض لديه قصور كبدي حادّ بدون وجود أحد درجات الاعتلال الدماغي الكبدي.
- ❗ السبب الأشيع في حدوثه "دوائي"، التهاب الكبد A يتسبب بحوالي ٣%.

شروط تشخيص AHF: (حفظوهن منيح)

١. اعتلالات التخثّر - اعتلال دماغي كبدي (درجة أولى او ثانية).
 ٢. أذية كبدية لمدة ٢٨ أسبوع.
 ٣. عدم وجود أذية كبدية معروفة سابقة مشخصة خلال ال٢٨ أسبوع (فيروسية - كحولية - مناعية ذاتية...).
- يُستثنى من الشروط السابقة: HBV وداء ويلسون (مزمن)، حيث أنّ هجماتهم الحادة على أرضية مزمنة تعتبر AHF.



مثال للتوضيح:

٠١ في حال وجود مريض HCV، تطوّر لديه قصور كبدي حادّ، فهو قصور كبدي حادّ على أرضية مزمنة، ولا يشخص AHF.





تذكرة...

الاعتلال الدماغى الكبدى

يصنّف إلى 4 درجات

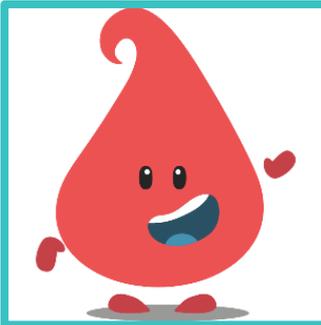
الدرجة I: تغيّرات سلوكية (ضرب، شتم).

الدرجة II: نعاس، تثاؤب مستمرّ، رجفان خافق فى الطرفين مع تغيّرات سلوكية أشدّ.

الدرجة III: نواام، \uparrow INR، \downarrow Glu، انخفاض سكر الدم.

الدرجة IV: سبات (ولا يُعتبر استنطباب تنبيب رغامى).

فى الدرجة الأولى ممكن إبقاء الشخص بغرفته فى منزله.



جميع حالات القصور الدماغى الكبدى تستدعى قبولاً فى المشفى، ومن **المرحلة الثانية** يجب أن يوضع المريض فى العناية المشدّدة، لأنه بحاجة مراقبة ومعايرة الشوارد والسكر و الأمونيا فى جسمه لأن أى خلل بهم يؤثّر على حالة الاعتلال الدماغى الكبدى.

والسؤال هنا...

ما هى أسباب حدوث نقص السكر فى حالة قصور الخلية الكبدية؟

هناك ثلاث آليات تفسّر ذلك:

1. توقف عملية استحداث السكر Gluconeogenesis.

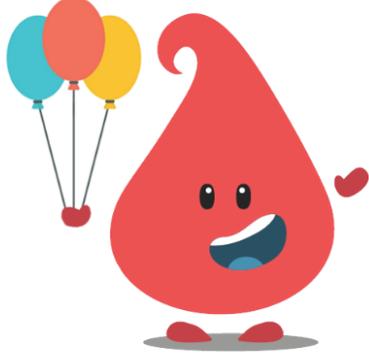
2. توقف عملية تحلّل الغليكوجين إلى غلوكوز Glycogenolysis.

3. انخفاض مستوى استقلاب الأنسولين (يُستقلّب كبدياً وكلوياً، توقّف السبيل الكبدى ← زيادة مستوياته فى الدم ← زيادة دخول الغلوكوز للخلايا وانخفاض مستوى سكر الدم).



فقرة مهمة فووووكس معي...

علامات سوء الإنذار لدى مريض التهاب الكبد الصاعق



١. نقص سكر الدم.

٢. اضطرابات الشوارد (صوديوم - بوتاسيوم - مغنزيوم - بيكربونات - فوسفور)، وفي حال حدوث حمض فهي علامة إنذارية سيئة.

٣. الاعتلالات الدماغية درجة ١٧، ١١١.

تذكر!

أقوى نظرية مطروحة لتفسير الاعتلال الدماغى الكبدي هي NH_3 التي يتم استقلابها في الكبد، وفي حال قصور الخلية الكبدية ستتراكم في الدماغ وتحدث الاعتلال الدماغى الكبدي.

العلاج:

يتمّ علاجه بالمشفى: بدايةً يجب أن نحدد سبب الاعتلال، الذي على أساسه نحدّد الإنذار والعلاج، ولا يعتبر استطباب خزعة (ولا في حالات التشمّع) وتبقى خياراً أخيراً، أي أنها تُجرى كخيار أخير وليس مباشرةً.

ملاحظة

حوالي ٥٠% من حالات التهاب الكبد A و ٥٠% من الأذية بالباراسيتامول تتراجع.

يوجد ثلاث إجراءات للعلاج:

١. لتصحيح INR،PT : نقوم بإعطاء عوامل تخثر (نعطي بلازما طازجة مجمّدة حاوية على عوامل التخثر). أمّا VIT K فنقوم بإعطائه في الحالات المزمنة أكثر من الحادة.
٢. نضع المريض على جرعة عالية من السكر (سيروم سكرّي).
٣. لاكلتولوز: يعمل على تليين الكتلة البرازية ← تخفيف امتصاص الأمونيا إلى الدم، إضافةً إلى أنه يخفف من انتشار الأمونيا.

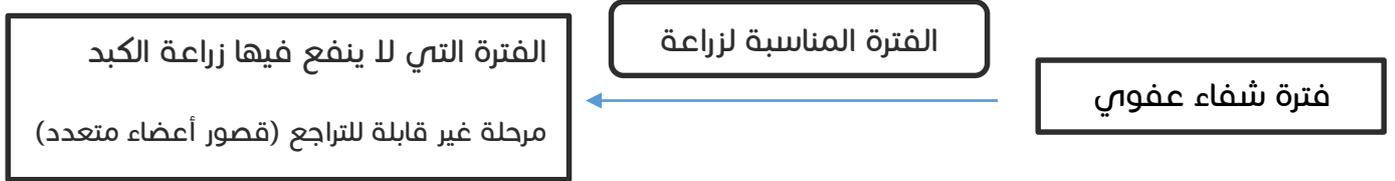
مراقبة السكر و INR ضرورة عند هذا مريض.

والسؤال... هل نعطيه مهدئات؟

لا، إلا في حالة وضعه على المنفسة، لأنه ممكن أن يسبب حدوث خطأ في أثناء تحديد درجة الاعتلال الدماغي الكبدي، مثلاً تقييماً ١٧ بدلاً من ١١

العلاجات المذكورة سابقاً هي علاجات تلطيفية، أما العلاج الشافي فيكون بزراعة الكبد.

معايير زراعة الكبد



← كيف ممكن أن يحدث قصور الأعضاء المتعدد؟

ارتفاع توتر وريد الباب ← احتباس سوائل في الأطراف السفلية ← عدم وصول كمية كافية من الدم إلى الأذينة اليمنى وبالتالي للبطين الأيمن وبالتالي للرئة ثم البطين الأيسر. وهو ما يسمّى بقصور القلب منخفض النتاج.

