

گزارش پاک هوردا توپسی با فلپو اسکلروز

و قریب باپ

مقصود از این گزارش توجه به مالم بودن کبد و وجود خایعه بطور اولیه در جدار رورید باب سیماید . در صد خونریزیهای ماسیولوله گوارش در تیجه پاره شدن واریس مری است که عموماً عارضه افزایش فشار ورید باب محسوب میشود . علل مختلف افزایش فشار ورید باب را همه می شناسیم .

برحسب اینکه جریان خون کبد در سینوزیتیدها قبل یا بعداز آنها قطع گردد افزایش فشار ورید باب از نظر تشریحی به سه دسته سینوزیتیدی، قبل از سینوزیتیدی و بعداز سینوزیتیدی تقسیم میگردد . در صد موارد افزایش فشار ورید باب از دسته سینوزیتیدی و بعلت سیرورزاست مکانیسم انسداد میتوسها بر اثر فشار حاصله ازندولهای رژنراتیو و بهم خوردن نظم داریست کبدی میباشد . علل انسدادهای قبل از سینوزیتیدی متعددند و عبارتند از اراضی مادرزادی عفونتها توسرها انگلیابخصوص شیستوزومها خایعات مربوط به انعقاد خون که منجر به ترسیوز و آمبولی میگردند سارکوئیدوز آسیلوئیدوز ضایعات سرحله سوم سیفیلیس ارتراح سلوی در جریان پیماریهای دیس لیپوئیدوزی سندرومها میلوپرولیفراتیو (ارتراح لکوزیک و بتاپلازیهای لنفوئید و میلوئید) وبالاخره ترسیوز شاخه های اصلی و تنه ورید باب بعلت سرطان کبد سرطان قولون و لوزالمعده سیروروز و آپاندیسیت حاد دیستوماتوزها (فاسیولاها - کلونور کیس سنینسیس و اپیستوتور کیس فلاپیتوس) با ایجاد خایعات آذتماتوز سجاري صفر اوی سبب فشردگی ریشه های اصلی و داخل کبدی ورید باب میگردد .

علل انسدادهای بعد از سینوزیتیدی عبارتند از پریکاردیت کنستروکتیو آندوفلیبیت ورید های کبدی و فوق کبدی (سندرم بود و کیاری Budd - Chiari synd) ترسیوز ورید اچوف تحتانی در اثر تهاجم سرطان کلیه و کبد وبالاخره آندوفلوبواسکلروز پرولیفراتیو ورید های فوق کبدی یا (Veno - occlusive disease) میباشد .

* استاد دانشکده پزشکی

** استادیار گروه آسیب شناسی

بیماری اخیر بعلت کمی پروتئین های غذائی و اثرات سمی بعضی مواد بخصوص آنکالوئیدهای گیاهی از نوع (Crotalaria and Senecio) درجدار اورده فوق کبدی میباشد یکی از اشکال عجیب زیادی فشار ورید باب کیفیتی است که بنام اسانسیل (Forward portal hypertension) معروف است در این کیفیت علل سه گانه مذکور مفقود است و پژوهش باطنی بزرگ و پرفشار که علائم زیادی فشار وریدی را کم و بیش تولید میکند روپرواست معروفی بیمار زیر از این نظر که گاهی معاینات به نتیجه قاطع نمیرسد وبالا جبار سررض بدون علت (اسانسیل) تلقی میشود، در صورتی که علت فرار از نظر وجود داشته است، بسیار جالب است.

شرح حال بیمار

شکر - ع - خانم ۶۴ ساله ای است اهل نهادن که در تاریخ دوم آبانماه ۱۳۴۴ بعلت استفراغ خونی و بیجنسی دست و پا دریختن طبی بیمارستان پهلوی بستری شده است کسالت او از شش روز قبل از مراجعت شروع شده بدین صورت که با مشاهده غذا دچار استفراغ خونی میگردد مقدار آن در حدود یک لیوان بوده است.

سابقه شخصی و فامیلی - چهار سال قبل بیمار دچار استفراغ خونی گردیده که پس از تزریق خون بهبودی می یابد غیر از این تاشروع کسالت فعلی سابقه ای نداشته است.

امتحان بالینی - از نظر عمومی بیماری است لاغر کم خون و رنگ پریده درجه حرارت بدن ۳۷ فشار خون $\frac{11}{76}$ نسبت در دقیقه در نواحی زیر بغل و کشاله ران غدد لنفاوی قابل لمس وجود ندارد.

معاینه قلب و ریه از نظر سوبژکتیف واپژکتیف عارضه ای ندارد. دستگاه گوارش تاشش روز قبل وضع عادی داشته است در معاینه شکم عضلات نرم و شل کبد لمس نگردید طحال بزرگ به آندازه چهار بیند انگشت از کنار دندنهای تجاوز کرده است. دستگاه ادراری تناسلی - قاعده گی او از چهار سال قبل قطع گردیده است.

دستگاه عصبی سالم بمنظیر میشود. بطور خلاصه بیمار زنی است و ۶۴ ساله که از چهار سال قبل یکدفعه دچار هما تمز گردیده و اکنون ۶ روز است مجدداً استفراغ خونی داشته است که درست بستری بودن بکرات به هما تمز دچار شده است. در معاینه ای که ازاو بعمل آمدغیراز یک طحال بزرگ علامت دیگری بدت نیامد (آقای دکتر وقار) باین ترتیب بایماری سروکار داریم که بظاهر دچار یک افزایش فشار ورید باب میباشد که برای یافتن علت آن معمولاً سه نوع افزایش ورید باب بالای کبدی، مربوط به کبد وزیر کبد را در نظر میگیریم.

چون کبد این بیمار قابل لمس نبود علل هیپرتانسیون بالای کبدی مطرح نشد برای روشن شدن وضع بیمار ازاو لاپاراسکوپی و بیوبسی گردید که نتیجه آن بقرار زیر است (آفای دکتر مرلتی) .

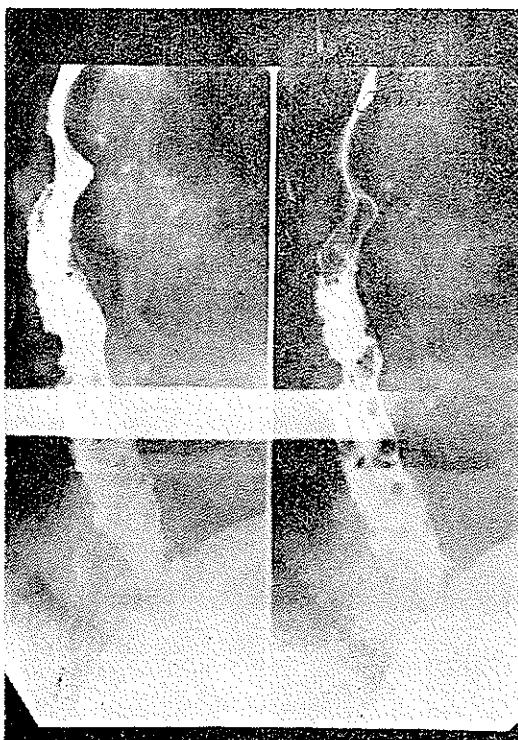
بوسیله لاپاراسکوپ داخل شکم بخونی دیده میشود تمام قطعه چپ کبد و رباط آویزان کشته و قسمت مهمی ازقطعه راست بواسیله نسج چربی پوشیده شده است قسمتی ازقطعه راست برنگ قهودای نمایان است. از این محل بیوبسی بعمل آمد در موقع عمل کبد کامل سفت محسوس گردید نتیجه آزمایش بافتشناسی بشرح زیراست. (بخش سرطان بیمارستان پهلوی) در آزمایش ریزبینی بافت ارسالی ماختمان بافت کبدی دیده میشود که در فضاهای کثیران ارتshaw آساسی از نوع سلولهای لنفوцит منوسيت و پلی انوكلر وجود دارد بعلاوه در برخی نقاط ارتshaw آساسی درین لبولهای کبدی نیز کشیده شده است و ریدهای تبرکز لبولی متسع شده ولی علائم دال بر دژنسانس یا پیروزه Lobulation کاذب وجود ندارد.

سایر علائم آزمایشگاهی . کلسترول تام ۵/۲ گرم در لیتر زبان سیلان ۱/۳ دقیقه زمان انعقاد ۳/۵ دقیقه تمداد پلاکتهاي خون ۱۶۵... در میلیمتر مکعب . آزمایش ادرار وجود اوریلینوژن دو بعلاوه در مدفع تست گایاک منفی است مقدار پیاسیم خون ۹/۴ میلی اکیوالانت در لیتروسیدیم ۴/۱ میلی اکیوالانت میباشد سدیده انتاسیون ۲/۴ میلیمتر در ساعت اول میباشد .

بیلرودین توتال ۸ میلی گرم در لیتر تیمول ۷ واحد سفالین کلسترول دو بعلاوه در آزمایش B.S.P. ۶/۶ از ماده رنگی در جریان خون باقیمانده است . فرمول و شمارش گلوبولی در حدود طبیعی است مقدار همو گلوبین خون ۷/۵ گرم در صد قند خون ۱ گرم در لیتر هما توکریت ۶/۱ رادیو گرانی ریتین طبیعی بوده است در رادیو گرافی از مری تصاویر و اریسی فوق العاده پیش رفته در انتهاي آن دیده میشود (آفای دکتر فراhad) . (شکل ۱)

بطوریکه از آزمایشهای فوق و مخصوصاً جواب بیوبسی کبد نشان میدهد ، نمیتوان نازاحتی بیمار را معلوم یک عارضه کبدی مخصوصاً سیروز دانست برای اطمینان خاطری بیشتری مجدداً از بیمار بیوبسی کبد بعمل آمد که نتیجه آن منفی بود . (شکل ۲) بدین - ترتیب افزایش فشار و رید باب بیمار را باید معلوم یک گرفتاری ورید در زیر کبد دانست برای بررسی آن اقدام به اسپلنوتور گرافی شد که نتیجه آن بقرار زیراست (آفای دکتر نوربخش- بخش رادیولوژی بیمارستان پهلوی) ورود ماده حاجب در داخل طحال لکه روشن نمایان است اورده ابتدائی ورید طحال و ورید باب با تیرگی خفیفی دیده میشوند تقسیمات داخل کبدی ورید باب نمایان نیست با توجه به اینکه شاخه های جانبی واضحی روی فیلم مشهود

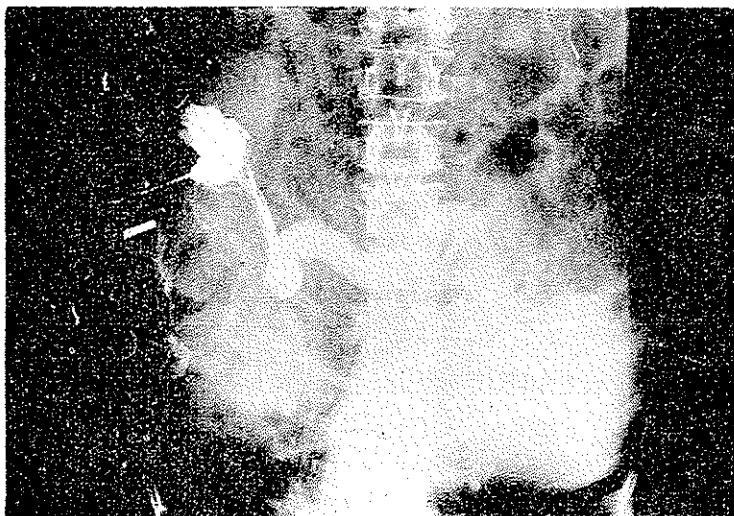
نیست و در اورده مزانتری فوقانی و تحتانی پس زدن ماده حاجب دیده نمیشد بنا بر این نمیتوان



(شکل ۱)

ظاهر نشدن تقسیمات داخل کبدی ورید باب را مربوط به تهیه فیلم در زمانی زودتر از موعد مقرر دانست تا جدید اسپلنوپرتوگرافی برای تشخیص قطعی توصیه میشود (شکل ۲).

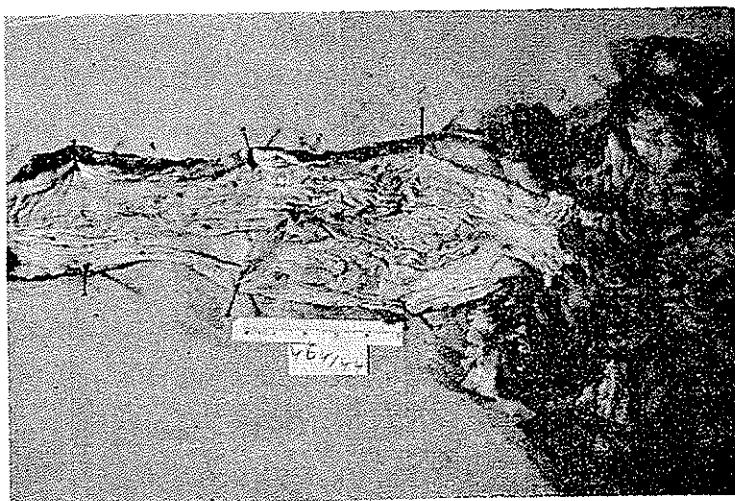
همانطوریکه ملاحظه میشود اسپلنوپرتوگرافی گرهی از مشکل تشخیص بازنمود چون هم از بیمار مرتبآ تکرار میگردد و حیات بیمار در معرض خطر بود با فکر هیبت تانسیون انسانیل ورید باب بیمار جهت برداشتن طحال به بخش جراحی معرفی میگردد ولی متأسفانه قبل از اقدام بهرگونه عملی بعلت هماهنگ شدید بیمار فوت میکند.



(شکل ۲)

شرح اتوپسی

جنازه نربوط به خانمی است بهمن کامل که دارای جشه وقد متناسب میباشد تغذیه او خیلی بد بطوریکه پوست پدن مخاط لبها و سلحنه چشم خشک چین خورده و رنگ پریده



(شکل ۲)



(شکل ۴)

میباشد عضلات همراه اتروفی و ضخامت چربی زیر پوست در ناحیه سینه از ۲ میلیمتر تجاوز نمیکند سرو گردن طبیعی است قفسه صدری آمفیزی میباشد در ریه ها علاوه بر آمفیزیم و آتلکتازی

از نظر میکروسکوپی خیز تیغه‌های بین لبولی و بافت همبند زیرپلور مشهود گردید قلب آئورت واورده بزرگ و سایر عناصر سدیاستن عادی میباشد.



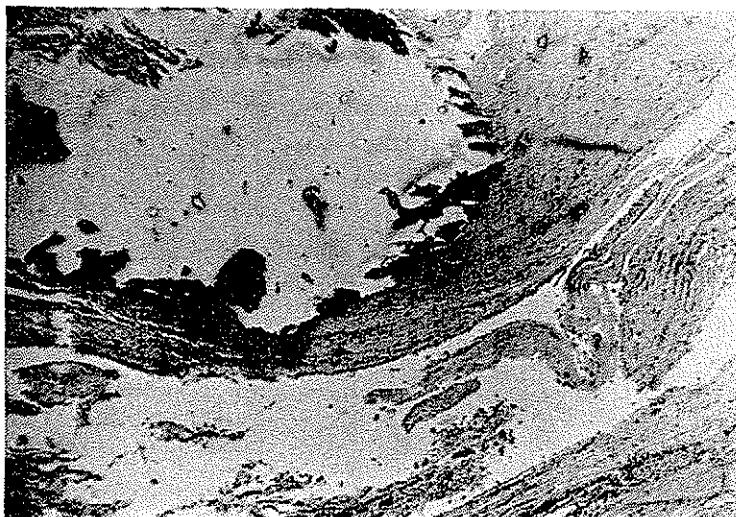
(شکل ۵)

لوله‌گو ارش - وریدهای ناحیه زیرمخاطی نیمه تحتانی مری متسع پیچ و خم دار در سطح برجستگی ایجاد کرده‌اند.

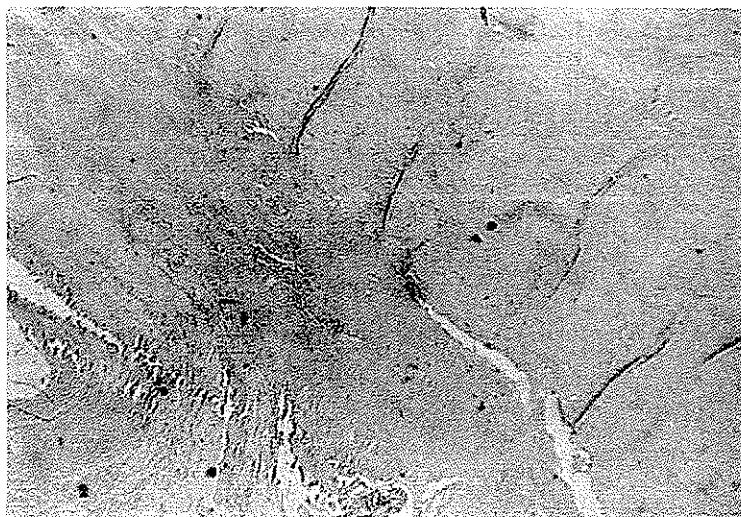
زمخ مخاطی با پارگی در جدار وریدهای این ناحیه مشهود نیست. معده محتوی مقداری مایع سبزرنگ مایل بزرد میباشد وریدهای ناحیه کاردیا برجسته و پرخون میباشند یکی دو عدد اروزیون کوچک در سطح مخاطی در ناحیه ته معده وجود دارد. روده باریک پراز خون هضم شده است ولی در مخاط آن زخم و ضایعه خون دهنده‌ای مشهود نمیباشد. آپاندیس چزپرخونی ضایعه دیگری ندارد یک عدد لیپوم در زیرمخاط ناحیه سکوم و یک عدد دیگر در زیرمخاط قسمت وسطی قولون عرضی دیده شد که مخاط روی آنها صاف و دست نخورده است و وریدهای مخاط رکتوم متسع هستند.

کبد - دارای شکل عادی بوزن ۱۳۰۰ گرم سطح خارجی آن صاف میباشد کپسول گلیسون در مجاور سطح فوقانی مختصه‌ری کدر و ضخیم است رنگ بافت قرمز مایل به وهای روش و قوام آن نرم است سطح مقطع صاف ناقد فیبروز و مستقره ندولی است در اطراف انشعابات بزرگ ورید باب و ناف کبد مقدار زیادی چربی وجود دارد از نظر میکروسکوپی علامت متماور فوز چربی خفیف در پارانشیم کبد مشهود است.

در زیر مروز کیسهٔ صفرا مقدار زیادی چربی انباسته میباشد که ضخامت آن به یک سانتیمتر میرسد مجاری صفراوی عادی میباشد.



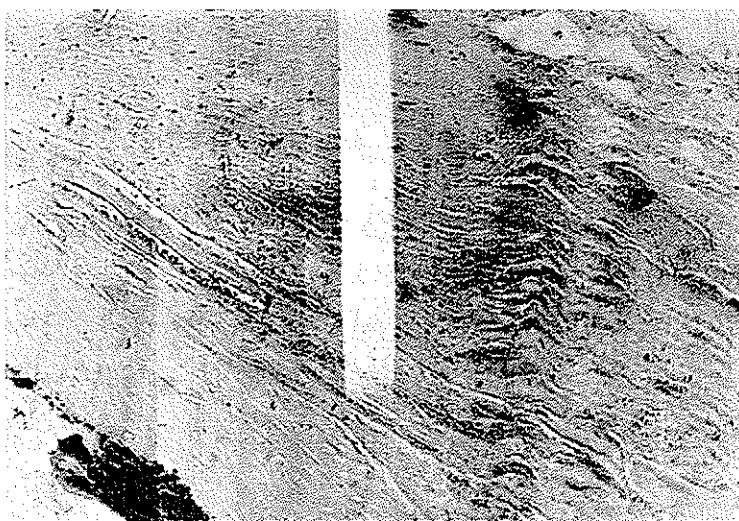
(شکل ۶)



(شکل ۷)

وریدباب درابتدا خود دارای اتساع دو کی شکلی بطول ۴ سانتیمتر و عرض ۰/۵ سانتیمتر میباشد جدار ورید در این ناحیه سخت همراه فیبروز و در قسمتی از محیط خود مسحیر میباشد (شکل ۳ و ۴ و ۶ و ۷ و ۸) در قسمت فوقانی ناحیه اتساع یافته ترمبوز چسبیده وارگانیزه

وجود دارد که سبب انسداد قسمتی از مجرای داخلی رگ گشته است حد تھاتی ناحیه متسع تا مصب وریدهای طحالی و مزانتریک فوکانی میرسد ورید و شریان طحالی هردو متسع یا پیچ و



(شکل ۸)

خمدار میباشد ولی ارتباطی بین آیند و رگ مشهود نمیباشد ورید مزانتریک فوکانی در قسمت ریشه خود کمی متسع بنتظیر میآید ولی در مقیمه مسیر خود وانشعاباتش عادی است. طحال بزرگ بوزن . . ۴ گرم ولی شکل آن محفوظ است کپسول آن کدر و شیری رنگ است. از نظر میکروسکوپی دارای منظره فیبرو-کنژستیو میباشد. تغییرات سایرا حشاء واعضاء جانب توجه میباشد.

تشخیص پاتولوژی:

- ۱- فلبواسکلروز (Calcificé) و تربوز ورید باب.
- ۲- واریس مری واورده ناحیه کاردیاک معده همراه خونریزی ماسیودا خل لوله گوارش.
- ۳- اسپلندوبالی Fibrocongestive .
- ۴- آمفین و آتلکتازی ریده .
- ۵- لیپوم زیر مخاط روده بزرگ.

Reference

Benjamin Castleman, M D. editor. Betty U McNeely assistant editor., New Eng. J. of Medicin Vol 273 N 17 Oct 1965., Case Report of the Massachusetts Hosp. gastrointestinal bleeding and ascitis of recent onset gene.