

العنوان:	دراسة تشريحية مرضية لآفات الكبد
المؤلف الرئيسي:	المرعي، وريف
مؤلفين آخرين:	عقيل، محمد نزار(مشرف)
التاريخ الميلادي:	2006
موقع:	حلب
الصفحات:	1 - 124
رقم MD:	559501
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة حلب
الكلية:	كلية الطب
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	التشريح المرضي، الكبد
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/559501



جامعة حلب
كلية الطب
قسم التشريح المرضي

دراسة تشريحية مرضية لآفات الكبد

رسالة قدمت لنيل شهادة الدراسات العليا في التشريح المرضي

إعداد

الدكتورة وريف المرعي

إشراف

الدكتور محمد نزار عقيل

الأستاذ المساعد في قسم التشريح المرضي

كلية الطب، جامعة حلب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل شهادة الدراسات العليا
في اختصاص التشريح المرضي من كلية الطب في جامعة حلب



جامعة حلوان
كلية الطب
قسم التشريح المرضي

دراسة تشريحية مرضية لآفات الكبد

رسالة قدمت لنيل شهادة الدراسات العليا في التشريح المرضي

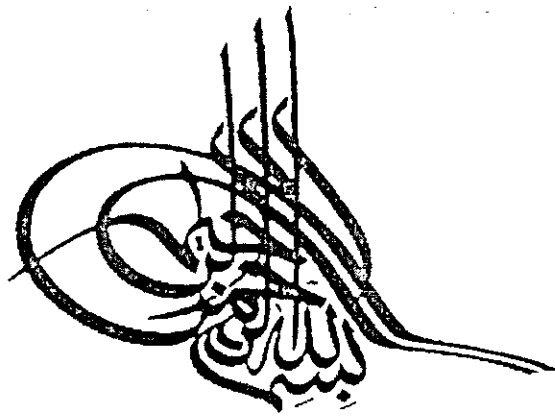
إعداد

الدكتورة وريف المرعي

إشراف

الدكتور محمد نزار عقيل

الأستاذ المساعد في قسم التشريح المرضي
كلية الطب، جامعة حلوان



شهادة

أشهد أن العمل الموصوف في هذه الرسالة هو نتيجة بحث قامت به المرشحة طالبة الدراسات العليا الدكتورة وريف المرعي تحت إشراف الأستاذ المساعد الدكتور محمد نزار عقيل في قسم التشريح المرضي من كلية الطب البشري في جامعة حلب. وأي رجوع إلى بحث آخر في هذا الموضوع موثق في النص.

المشرف على الرسالة
الأستاذ المساعد الدكتور محمد نزار عقيل



المرشحة
الدكتورة وريف المرعي

تصريح

أصرح بأن هذا البحث " دراسة تشريحية مرضية لأفات الكبد " لم يسبق أن قبل لأي شهادة، ولا هو مقدم حالياً للحصول على شهادة أخرى.

المرشحة
الدكتورة وريف المرعي

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ: / / ٢٠٠٦ م.
وأجيزت.

المشرف على الرسالة

الأستاذ المساعد الدكتور محمد نزار عقيل



كلمة شكر

لا يسعني إلا أن أتوجه بجزيل الشكر وفائق الاحترام لأساتذتي الكرام في قسم التشريح المرضي بجامعة حلب والذين لولاهم ما تمكنت من إنجاز هذا العمل. وأخص بالشكر العميق الأستاذ المساعد الدكتور محمد نزار عقيل الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة وبذل جهوداً كبيرة لإتمامها. كما أتوجه بالشكر للأستاذ المساعد الدكتور محمد سامر رستم الذي علمني كيفية إنجاز العمليات الإحصائية.

د. وريف المرعي

فهرس المحتويات

رقم الصفحة

الموضوع

١	المقدمة
٢	الباب الأول: القسم النظري
٢	الفصل الأول: لمحة تشريحية ونسجية عن الكبد
٥	الفصل الثاني: الخزعة الكبدية
٦	الفصل الثالث: التهابات الكبد
٦	التهابات الكبد الحموية
٦	حمى التهاب الكبد (A)
٦	حمى التهاب الكبد (B)
٧	حمى التهاب الكبد (C)
٧	حمى التهاب الكبد (D)
٨	حمى التهاب الكبد (E)
٩	التهاب الكبد الحموي الحاد
١٠	التهاب الكبد الحموي المزمن
١٥	التهاب الكبد المناعي الذاتي
١٥	التهاب الكبد الصاعق
١٦	الفصل الرابع: تشمعات الكبد
١٧	التشمع التالي للنخر
١٨	التشمع الصفراوي
١٩	التهاب الأفتية الصفراوية المصلب البدني
٢٠	الفصل الخامس: تشحم الكبد والتهاب الكبد الشحمي
٢٠	التهاب الكبد الشحمي غير الكحولي
٢١	الفصل السادس: الداء الكبد الكحولي
٢١	تشحم الكبد
٢١	التهاب الكبد الكحولي
٢٢	تشمع الكبد الكحولي
٢٣	الفصل السابع: الاضطرابات الكبدية عند الأطفال واضطرابات الاستقلاب
٢٣	عوز 1 α انتي تريسين
٢٣	التشمع الطفلي الهندي
٢٤	داء ويلسون
٢٤	داء الصباغ الدموي
٢٥	تليف الكبد الخلقي
٢٥	ندرة الأفتية الصفراوية داخل الفصيصات
٢٥	رتق الأفتية الصفراوية خارج الكبدية
٢٦	التهاب الكبد عند الولدان
٢٧	الفصل الثامن: الالتهابات الكبدية المرافقة لإنتانات غير حموية
٢٧	أكياس الكبد المانية
٢٧	الخراجات الكبدية
٢٨	الفصل التاسع: الكبد في الأمراض العامة
٢٨	التهاب الكبد الحبيبيومي
٢٨	التهاب الكبد الارتكاسي
٢٨	الداء السكري
٢٨	الداء النشواني
٢٩	أدواء خزن الغليكوجين
٢٩	الغلاكتوزيمية
٣٠	داء غوشر

٣٠	داء نيمان بيك
٣٠	فرط تيروزين الدم
٣١	الفصل العاشر: أورام الكبد والحالات الشبيهة بالورمية
٣١	فرط التصنع العقيدي البؤري
٣١	الغدوم الكبدي
٣١	سرطانة الخلية الكبدية
٣٢	العوامل المؤهبة
٣٤	أنماط مجهرية أخرى
٣٥	الورم الكبدي الأرومي
٣٦	أورام الأقتنية الصفراوية والحالات الشبيهة بالورمية
٣٦	الورم المشوب
٣٦	غدوم الأقتنية الصفراوية
٣٦	الغدوم الكيسي والسرطانة الغدية الكيسية
٣٧	سرطانة الأقتنية الصفراوية
٣٧	الأورام المتوسطة والحالات الشبيهة بالورمية
٣٧	الأورام الوعائية
٣٧	الوعاؤوم
٣٨	الوعاؤوم اللمفاوي
٣٨	الورم البطاني العرقي الدموي
٣٨	الورم البطاني العرقي الدموي الظهراني
٣٨	الغرن الوعائي
٣٩	الورم المشوب المتوسطي
٣٩	الورم المتوسطي الخبيث
٣٩	الأغران
٣٩	أورام بدنية أخرى وحالات شبيهة بالورمية
٣٩	السرطانة البشرية
٤٠	الورم السرطاوي
٤٠	المسخوم
٤٠	الايبيضايات المزمنة
٤٠	أورام الكبد النقيلية
٤١	الباب الثاني: القسم العملي
٤١	الفصل الأول
٤١	هدف البحث
٤١	مادة البحث
٤٢	الصعوبات التي واجهت البحث
٤٢	طريقة البحث
٤٤	استمارة البحث
٤٥	الفصل الثاني
٤٥	النتائج والمناقشة
٨٣	الفصل الثالث
٨٣	مقارنة النتائج مع الدراسات العربية والأجنبية
٩٢	الفصل الرابع
٩٢	تقييم دور الخزعة الكبدية في تشخيص الآفات الكبدية
٩٨	التوصيات
٩٩	ملخص البحث باللغة العربية
١٠١	المراجع العربية والأجنبية
	ملحق الصور

فهرس الجدوال

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
١٣	تحديد درجة الفعالية الالتهابية في التهاب الكبد المزمن	جدول رقم (١)
١٣	تحديد المرحلة النسيجية في التهاب الكبد المزمن	جدول رقم (٢)
٤٥	عدد الحالات الورمية وغير الورمية للخزاع الكبدية ونسبها المنوية	جدول رقم (٣)
٤٥	نوع الخزاع الكبدية ونسبها المنوية	جدول رقم (٤)
٤٧	مدى التوافق بين التشخيص السريري و المجهرى	جدول رقم (٥)
٤٨	توزع الآفات غير الورمية حسب الأمراض ونسبها المنوية	جدول رقم (٦)
٤٩	القيم المخبرية في أمراض الكبد المختلفة	جدول رقم (٧)
٤٩	القيم المخبرية في أمراض الكبد المختلفة	جدول رقم (٨)
٥٤	علاقة تشمعات الكبد بالعمر	جدول رقم (٩)
٥٦	عدد حالات تشمع الكبد الكحولية	جدول رقم (١٠)
٥٨	العوامل الأخرى المؤهبة لتشمع الكبد	جدول رقم (١١)
٦١	أسباب التهاب الكبد المزمن	جدول رقم (١٢)
٦١	درجة الفعالية والتليف في التهاب الكبد المزمن	جدول رقم (١٣)
٦٢	علاقة التهاب الكبد المزمن بالجنس	جدول رقم (١٤)
٦٣	علاقة درجة الفعالية الالتهابية بالجنس	جدول رقم (١٥)
٦٤	علاقة درجة الفعالية الالتهابية بالعمر في التهابات الكبد المزمنة	جدول رقم (١٦)
٦٥	الأعراض والعلامات السريرية في التهابات الكبد المزمنة	جدول رقم (١٧)
٦٦	الأمراض المسببة لالتهابات الكبد الإرتكاسية	جدول رقم (١٨)
٦٦	عدد حالات أدواء الاستقلاب ونسبها المنوية	جدول رقم (١٩)
٦٧	توزيع حالات أدواء الاستقلاب حسب العمر	جدول رقم (٢٠)
٦٧	توزيع حالات أدواء الاستقلاب حسب الجنس	جدول رقم (٢١)
٦٨	عدد حالات الشذوذات التطورية الولادية ونسبها المنوية	جدول رقم (٢٢)
٦٨	توزيع حالات الشذوذات التطورية الولادية حسب العمر	جدول رقم (٢٣)
٦٨	توزيع حالات الشذوذات التطورية الولادية حسب الجنس	جدول رقم (٢٤)
٦٩	أسباب الركودة الصفراوية	جدول رقم (٢٥)
٦٩	توزع حالات الركودة الصفراوية حسب الجنس ونسبها المنوية	جدول رقم (٢٦)
٧٠	توزع حالات الركودة الصفراوية حسب العمر ونسبها المنوية	جدول رقم (٢٧)
٧٠	توزع حالات أمراض الكبد الإلتانية ونسبها المنوية	جدول رقم (٢٨)
٧٠	توزع حالات أمراض الكبد الإلتانية حسب الجنس	جدول رقم (٢٩)
٧١	توزع حالات أمراض الكبد الإلتانية حسب العمر ونسبها المنوية	جدول رقم (٣٠)
٧٢	توزع أورام الكبد الخبيثة البدنية والنقيلية حسب الجنس	جدول رقم (٣١)
٧٣	توزع أورام الكبد الخبيثة البدنية والنقيلية حسب العمر	جدول رقم (٣٢)
٧٤	الأعراض والعلامات السريرية لآفات الكبد الورمية	جدول رقم (٣٣)
٧٥	توضع الآفات الورمية في الكبد ونسبها المنوية	جدول رقم (٣٤)
٧٦	نمط نمو الآفات الورمية في الكبد ونسبها المنوية	جدول رقم (٣٥)
٧٨	توزع أورام الكبد الخبيثة البدنية حسب الجنس ونسبها المنوية	جدول رقم (٣٦)

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
٨٠	توزع الأتماط التشريحية المرضية لأورام الكبد الخبيثة النقيلية	جدول رقم (٣٧)
٨٠	درجة تمايز السرطانة الغدية النقيلية للكبد	جدول رقم (٣٨)
٨٢	التوقع السريري ونتائج التشريح المرضي لآفات الكبد الورمية	جدول رقم (٣٩)
٨٣	مقارنة بين نسب الأورام النقيلية والبدنية	جدول رقم (٤٠)
٨٤	مقارنة النسب المنوية لسرطانة الخلية الكبدية وسرطانة الأقينية الصفراوية	جدول رقم (٤١)
٨٤	مقارنة علاقة أورام الكبد الخبيثة البدنية بالجنس	جدول رقم (٤٢)
٨٥	مقارنة علاقة أورام الكبد الخبيثة البدنية بالعمر	جدول رقم (٤٣)
٨٥	مقارنة علاقة تشمع الكبد بإحداث HCC	جدول رقم (٤٤)
٨٦	مقارنة علاقة الداء السكري بإحداث HCC	جدول رقم (٤٥)
٨٦	مقارنة علاقة أورام الكبد النقيلية بالجنس	جدول رقم (٤٦)
٨٦	مقارنة علاقة أورام الكبد النقيلية بالعمر	جدول رقم (٤٧)
٨٧	مقارنة نسب توزع الآفات الكبدية غير الورمية	جدول رقم (٤٨)
٨٧	مقارنة علاقة تشمعات الكبد بالجنس	جدول رقم (٤٩)
٨٨	مقارنة علاقة تشمعات الكبد بالعمر	جدول رقم (٥٠)
٨٨	مقارنة أمراض الكبد الكحولية	جدول رقم (٥١)
٨٩	مقارنة علاقة تشمع الكبد بالتهاب الكبد الحموي المزمن	جدول رقم (٥٢)
٨٩	مقارنة تشمعات الكبد عند الأطفال	جدول رقم (٥٣)
٩٠	مقارنة أسباب التهاب الكبد المزمن	جدول رقم (٥٤)
٩٠	مقارنة درجة الفعالية الالتهابية في التهابات الكبد المزمنة	جدول رقم (٥٥)
٩٠	مقارنة المرحلة النسيجية في التهابات الكبد المزمنة	جدول رقم (٥٦)
٩١	مقارنة علاقة التهاب الكبد المزمن بالجنس	جدول رقم (٥٧)
٩١	مقارنة علاقة التهاب الكبد المزمن بالعمر	جدول رقم (٥٨)
٩٢	مقارنة نسبة الذكور إلى الإناث بين الدراسة الحالية ودراسة جامعة برن	جدول رقم (٥٩)
٩٣	مقارنة الموجودات المخبرية بين الدراسة الحالية ودراسة جامعة برن	جدول رقم (٦٠)
٩٤	مقارنة الحالات التي تم فيها تغيير التشخيص و تحديد التشخيص	جدول رقم (٦١)
٩٥	مقارنة الحالات التي تم فيها إضافة تشخيص و تأكيد التشخيص	جدول رقم (٦٢)
٩٦	مقارنة نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة جامعة برن	جدول رقم (٦٣)

فهرس المخططات

رقم الصفحة	العنوان	رقم المخطط
٤٥	نسبة الحالات الورمية وغير الورمية للخزغ الكبدية	مخطط رقم (١)
٤٦	نوع الخزغ الكبدية ونسبها المنوية	مخطط رقم (٢)
٤٦	توزع الحالات حسب الجنس ونسبها المنوية	مخطط رقم (٣)
٤٧	النسبة المنوية للحالات التي ذكر فيها التشخيص السريري	مخطط رقم (٤)
٤٧	مدى التوافق بين التشخيص السريري و المجهرى	مخطط رقم (٥)
٤٨	توزع الآفات غير الورمية حسب الأمراض ونسبها المنوية	مخطط رقم (٦)
٥٠	القيم المخبرية لقيم SGPT/ALT في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (٧)
٥٠	القيم المخبرية لقيم SGOT/AST في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (٨)
٥١	القيم المخبرية لبروتينات الدم والألبومين في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (٩)
٥١	القيم المخبرية لبروتينات الدم والألبومين في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (١٠)
٥٢	القيم المخبرية لزمن وفعالية PT في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (١١)
٥٢	القيم المخبرية لزمن وفعالية PT في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (١٢)
٥٣	القيم المخبرية (LDH) في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (١٣)
٥٣	القيم المخبرية للبيلبروبين في أمراض الكبد المختلفة	مخطط رقم (١٤)
٥٤	علاقة تشمعات الكبد بالجنس	مخطط رقم (١٥)
٥٥	أسباب تشمعات الكبد عند الأطفال وعدد الحالات	مخطط رقم (١٦)
٥٦	علاقة تشمع الكبد بالعامل الأسترالى	مخطط رقم (١٧)
٥٧	علاقة تشمع الكبد مع HCV	مخطط رقم (١٨)
٥٧	علاقة التشمع الكبدى مع الشذوذات التطورية الخلقية	مخطط رقم (١٩)
٥٩	الأعراض والعلامات السريرية لتشمعات الكبد	مخطط رقم (٢٠)
٥٩	الموجودات بالأمواج فوق الصوتية لتشمعات الكبد ونسبها المنوية	مخطط رقم (٢١)
٦٠	التوافق بين التوجه السريري ونتائج التشريح المرضي في تشمعات الكبد	مخطط رقم (٢٢)
٦٠	نوع الخزعة في تشمعات الكبد	مخطط رقم (٢٣)
٦٢	علاقة درجة الفعالية الالتهابية مع التليف في التهابات الكبد المزمنة	مخطط رقم (٢٤)
٦٣	علاقة درجة الفعالية الالتهابية بالجنس في التهابات الكبد المزمنة	مخطط رقم (٢٥)
٦٤	علاقة درجة الفعالية الالتهابية بالعمر في التهابات الكبد المزمنة	مخطط رقم (٢٦)
٧٢	النسب المنوية لأورام الكبد الخبيثة البدنية والنقيلية	مخطط رقم (٢٧)
٧٣	توزع أورام الكبد الخبيثة البدنية والنقيلية حسب الجنس	مخطط رقم (٢٨)
٧٤	توزع أورام الكبد الخبيثة البدنية والنقيلية حسب العمر	مخطط رقم (٢٩)
٧٥	توضع الآفات الورمية في الكبد	مخطط رقم (٣٠)
٧٦	نمط نمو الآفات الورمية في الكبد	مخطط رقم (٣١)
٧٧	نوع الخزعة في الآفات الورمية الكبدية	مخطط رقم (٣٢)
٧٧	الأنماط التشريحية المرضية لأورام الكبد الخبيثة البدنية	مخطط رقم (٣٣)
٧٨	توزع الأنماط التشريحية المرضية لأورام الكبد الخبيثة البدنية حسب العمر	مخطط رقم (٣٤)
٧٩	توزع الأنماط التشريحية المرضية لأورام الكبد الخبيثة البدنية حسب الجنس	مخطط رقم (٣٥)
٨١	توزع الأنماط التشريحية المرضية لأورام الكبد النقيلية حسب العمر	مخطط رقم (٣٦)
٨١	توزع الأنماط التشريحية المرضية لأورام الكبد النقيلية حسب الجنس	مخطط رقم (٣٧)
٨٢	التطابق بين التوقع السريري ونتائج التشريح المرضي لآفات الكبد الورمية	مخطط رقم (٣٨)
٩٦	النسب المنوية للحالات التي تم فيها تغيير وتأكيد وإضافة وتحديد التشخيص	مخطط رقم (٣٩)

المقدمة

يعد الكبد أكبر عضو داخلي وهو المعمل الحيوي الرئيس في الجسم حيث أن له وظائف فيزيولوجية متعددة، لذا فإن آفاته تؤثر في عمل أعضاء الجسم ووظائفها بشكل عام.

ورغم التقدم الكبير في الاستقصاءات المخبرية والتصويرية إلا أن دور الخزعة الكبدية لم يخب، وما يزال يمثل أحد الاستقصاءات الهامة جداً وأحياناً لا يمكن أن يحل محلها أي نوع آخر من الاستقصاءات.

تتضمن هذه الدراسة دراسة شاملة للآفات الكبدية الورمية وغير الورمية من الناحية التشريحية المرضية ونسب شيوعها وعلاقتها بالعمر والجنس والعوامل المؤهبة لكل منها. كما تشمل دراسة الآفات الكبدية عند الأطفال، ومدى التطابق بين التوجه السريري ونتائج التشريح المرضي.

وأخيراً، تتناول الدراسة تقييماً لأهمية دور الخزعة الكبدية في تشخيص الآفات الكبدية وكيف يمكن للخزعة الكبدية أن تغير طريقة علاج المريض وتديبره.

الباب الأول

القسم النظري

الفصل الأول

لمحة تشريحية و نسيجية عن الكبد:

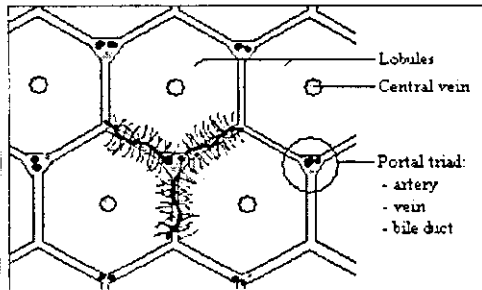
الكبد أكبر عضو غدي في الجسم يزن كيلا ونصفاً تقريبا، ولونه بني أحمر، ومقسم لأربعة فصوص غير متساوية الحجم. يقع الكبد في الجانب الأيمن من التجويف البطني تحت الحجاب الحاجز وينقل إليه الدم عبر الشريان الكبدي الذي يحمل الدم والأكسجين من الأبهـر والوريد البابي ينقل إليه الدم حاملا الغذاء المهضوم من الأمعاء الدقيقة.

يغلف الكبد وريقة صفاقية بريتوانية التي تحوي أوعية دموية ولمفاوية وأليافاً عصبية وترسل إلى الكبد عدداً من الحجب الضامة فتقسمها إلى أربعة فصوص هي الأيمن والأيسر والمربع وفص سبيجل. تقسم هذه الفصوص بدورها عند تتابع الحجب الضامة إلى فصيصات كبدية صغيرة.

هناك نموذجان رئيسيان للتشريح المجهرى للكبد، الفصيص The lobule و العنبة The acinus، والنموذج الأول هو الأكثر استخداما في علم التشريح المرضي للكبد بسبب وضوحه وسهولة تفسيره.

الفصيص الكبدي Hepatic Lobule

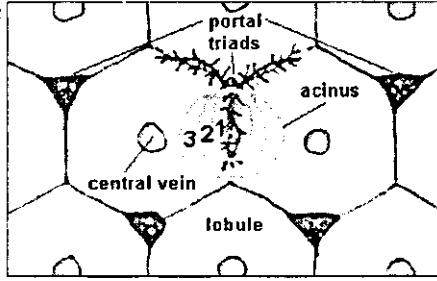
يتألف من وريد صادر مركزي ومن ثلاث إلى ست مسافات بابية في المحيط يحيط بكل فصيص نسيج ضام رقيق وتتلاقى كل ثلاث فصيصات بواسطة مسافة ضامة تسمى مسافة كيرنان



Kernan أو مسافة الباب Portal space التي تحوي شعبة من الشريان الكبدي والوريد البابي ومقطع للقناة الصفراوية وأوعية لمفاوية. المكونات الخلوية الطبيعية داخل المسافة البابية تتألف من أعداد متوسطة من الخلايا اللمفاوية والبالعات ونجد أحيانا خلاية بدينة ونادراً حامضيات ولكننا لا نجد خلايا مصورية ومعدلات في الحالة الطبيعية.

Hepatic acinus العنبة الكبدية

هي النموذج الثاني الأكثر دقة للتشريح المجهرى للكبد من وجهة نظر دموية حركية فالدم

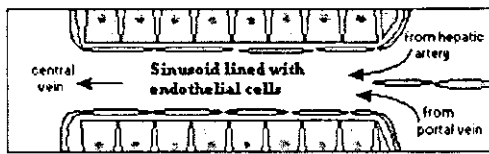


القادم من الوريدات البابية الانتهازية والشريانات الكبدية تعبر خلال البرانشيم الكبدي لتصل للوريدات الكبدية الانتهازية ويتم تقسيم البرانشيم الكبدي إلى مناطق بالاعتماد على تناقص الأوكسجة بشكل مترقي في المناطق البرانشيمية حول منطقة الجريان الأعظمي،

أي أن المنطقة الأكثر تغذية هي المنطقة الأكثر قرباً من الوريد البابي الانتهازى (منطقة I) هذه المنطقة قابلة للتجدد بسرعة، ثم تأتي المنطقة الأبعد (المنطقة II) وهي منطقة ذات تغذية متوسطة، ثم تأتي (المنطقة III) وهي الأقل تغذية ولكن الاستقلاب فيها يستهلك أقل كمية من الأوكسجين في الحالة الطبيعية. وهذه المناطق تفسر بعض أنواع أذية الخلية الكبدية مثل التخر الإقفاري.

Hepatic Cells الخلايا الكبدية

تتركب لحمة الفصيص الكبدي من خلايا كبدية تنتظم على شكل حبال وتبدو كأشعة تمتد من حول الوريد المركزي باتجاه محيط الفصيص، تكون هذه الحبال بسماكة خلية واحدة عند البالغين وفي الطفولة المتأخرة بينما تكون بسماكة خليتين في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس أو ست سنوات. لهذه الحبال قطب دموي وقطب صفراوي. الخلية الكبدية المفردة عبارة عن خلية متعددة الأضلاع تحوي نواة واحدة وأحياناً نواتين وعادة يمكن مشاهدة النويات بشكل طبيعي ولكن الأشكال الأنقسامية نادرة. نجد على كل طرف من الحبال الكبدية أشباه الجيوب الوريدية وهذا يسمح لكل خلية كبدية بالتعرض لدم وريد الباب من سطحين. تلتصق كل خلية كبدية بالخليتين الكبديتين

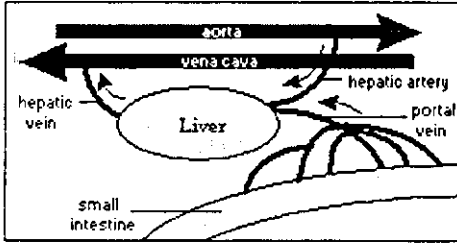


المجاورتين لها بمركبات الالتصاق الوثيق التي تترك مسافة بين خلوية بسماكة واحد ميكرون تسمى القنات الصفراوية. تبطن أشباه الجيوب الكبدية بشكل رئيس بخلايا بطانية وخلايا

كوبفر Kuppfer (التي هي خلايا الجهاز الشبكي البطاني). وهناك خلايا أخرى تبطن أشباه الجيوب الكبدية وتتضمن الخلايا الشحمية (Ito cells) و Pit cells.

الدوران الدموي في الكبد:

يُحوي المثلث البابي فروعاً من الشريان الكبدي والوريد البابي والقنيتات الصفراوية والأوعية اللمفية. ومن الناحية الوظيفية فإن مركز الفصيص الكبدي يقع في منطقة التفرعات



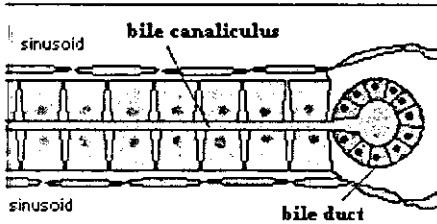
الأخيرة للوريد البابي والشريان الكبدي والقناة الصفراوية حيث تتم العمليات الاستقلابية الأساسية. يقوم الوريد البابي والشريان الكبدي بنقل الدم إلى الكبد حيث أن ثلاثة أرباع الدم الداخل إلى الكبد يمر في وريد الباب الذي يحمل القسم الأكبر من المواد الغذائية المتمثلة في الأمعاء إلى الكبد.

يتجه الدم الوارد من الأوردة الطحالية والمعدية والمساريقية إلى الفص الأيسر بينما يمر الدم الوارد من الأمعاء الدقيقة والكولون الأيمن إلى الفص الأيمن .

الأقنية البلغمية المحيطة بالوريد البابي تصب نحو سرة واحدة وتتفرغ في القناة الصدرية ويشكل الدوران البلغمي الكبدي ربع إلى نصف حجم اللمف الذي يصب في القناة الصدرية.

الشبكة الصفراوية في الكبد :

بعد أن تفرز الصفراء تتجمع في الشعريات الصفراوية البدئية داخل الفصيص ويكون ذلك



خلال الخلايا الكبدية وتتماهى بالمجاري الصفراوية

الصغيرة داخل الفصيصات Intra Iobular ductules

لتسير بعد ذلك إلى الأقنية الصفراوية بين الفصيصات

Intra Iobular ducts حيث تتجمع حول المسافة البابية

بواسطة أقنية هيرنغ وتتجمع هذه الأقنية بين الفصيصات

لتشكل شبكة واسعة كثيراً ما تساير في موضعها فروع وريد الباب وينشأ من اجتماع فروع هذه

الشبكة أقنية فصية كبيرة. تتشكل القناة الكبدية الصفراوية من اجتماع الأقنية الفصية لتتحد خارج

الكبد مع القناة المرارية وتؤلف القناة التي تتفرغ في القطعة الثانية من العفج في مجل واتر.

الفصل الثاني

الخزعة الكبدية Liver Biopsy

تعد الخزعة الكبدية الإجراء الأمثل في العديد من الاضطرابات الكبدية وذلك لوضع التشخيص ومتابعة المريض.

هناك أربع طرق رئيسة للخزعة الكبدية ولكل منها استطباب سريري خاص:

- ١- الخزعة العمياء بالإبرة عبر الجلد للأفات المنتشرة.
 - ٢- الخزعة الموجهة بواسطة الأمواج فوق الصوتية أو الطبقي المحوري للأفات البؤرية.
 - ٣- الخزعة الموجهة المترافقة مع تنظير البطن.
 - ٤- الخزعة عبر الوريد للمرضى الذين لديهم حبن غزير أو اضطرابات تخثر.
- وبشكل عام يجب أن تكون الخزعة بطول ١,٥ إلى ٢سم حتى نضمن الحصول على نتائج دقيقة.

تعتبر الخزعة العمياء عبر الجلد مضاد استطباب عند المرضى الذين لديهم اضطرابات تخثر غير مصححة، وعند المرضى غير المتعاونين و تتضمن الاختلاطات الورم الدموي تحت المحفظة أو داخل الكبد ولكنها غالباً صغيرة وغير عرضية.

يجب أن يتم أخذ الخزعة مباشرة بعد الدخول لجوف البيرتوان لأن الخزعة التي يتم أخذها في نهاية الإجراء الجراحي تبدي ارتشاحاً التهابياً وتشوهاً في البرانشيم. إن المنطقة تحت المحفظة الكبدية لا تمثل العضو في الداخل ويمكن مشاهدة تليف واضح تحت المحفظة مترافقة مع تغيرات طفيفة في داخل العضو، لذا يجب على الجراح أن لا يكتفي بأخذ خزعة شقية من الكبد بل أن يأخذ خزعة عميقة بواسطة الإبرة أيضاً.

استطبابات الخزعة الكبدية:

- ١- وضع التشخيص إذا كانت الدراسات السريرية والمخبرية غير مشخصة.
- ٢- تحديد سبب الضخامة الكبدية وهنا تعتبر كلا النتائج السلبية والإيجابية للخزعة مهمة.
- ٣- التفريق بين أنواع اليرقانات الدوائية والجراحية.
- ٤- تقييم شدة الأذية الكبدية التي يحدثها مرض معين.
- ٥- مراقبة تطور المرض ومدى الاستجابة للعلاج.
- ٦- تقييم المرضى غير العرضيين الذين لديهم اختبارات الوظيفة الكبدية مرتفعة بشكل مستمر.
- ٧- تحديد وجود إصابة كبدية في الاضطرابات الجهازية أو التنشونية أو العائلية.
- ٨- تحديد وجود رفض خلوي عند مرضى زرع الكبد.

وعادةً تستطب الخزعة الكبدية عند مرضى اليرقان المزمن أو الضخامة الكبدية أما في حالة اليرقان الحاد فإن الموجودات السريرية والمخبرية غالباً ما تكون كافية لوضع التشخيص الدقيق.

ويجب أن تتوفر المعلومات السريرية والمخبرية كاملة حتى يتم تقييم الخزعة الكبدية بشكل صحيح.

الفصل الثالث

التهابات الكبد

التهابات الكبد الحموية Viral Hepatitis :

يقصد بها الالتهابات الكبدية الناجمة عن حمات التهاب الكبد بالخاصة (A,B,C,D,E) بالإضافة إلى حمات عديدة أخرى تسبب خمج معمم مثل: داء الوحيدات الخمجي، الحمى المضخمة للخلايا، حمى أشتاين-بار، وغيرها.

التهابات الكبد الحموية التي تسببها حمات التهاب الكبد بالخاصة:

هناك على الأقل خمسة أنواع من حمات التهاب الكبد تنتمي إلى عائلات مختلفة. تملك هذه الحمات صفة مشتركة وهي أنها تستهدف الكبد، كما أنها تنتشر في العالم بشكل واسع.

حمى التهاب الكبد (A) Hepatitis (A) Virus :

حمى راشحة تتطفل على هيولى الخلايا الكبدية ككتلة واحدة، فترة الحضانة من / ١٤ - ٤٥ / يوماً، ويتم تشخيصه بكشف الأضداد في المصل بعد بدء المرض الحاد بوقت وجيز. تكثر الإصابات عند الأطفال في سن / ١٥ / عاماً وخاصة في مستوى الطبقات الاجتماعية البسيطة وانعدام شروط الصحة العامة وتنتقل الحمى الراشحة عن طريق تناول الماء والطعام الملوثين. لا يوجد حمى للحمى الراشحة A بدون أعراض كما لا يوجد أشكال مزمنة وتندر الإصابات الشديدة الوخيمة، ويحدث التهاب كبد صاعق بشكل نادر.

نسيجياً: قد تكون الصورة النسيجية المسيطرة هي فقط ركودة صفراوية في مركز الفصيصات مع أذية طفيفة للخلايا الكبدية وارتشاح التهابي قليل، و لكن في أغلب الحالات تكون التبدلات الالتهابية متمركزة في المنطقة حول المسافات البابية حيث نجد ارتشاحاً التهابياً غنياً بالمصوريات مع تنخر برانشيمي حول المسافات البابية. باستخدام الصبغات الكيميائية المناعية النسيجية يظهر المستضد الحموي في هيولى الخلايا الكبدية وخلايا كوففر.

حمى التهاب الكبد (B) Hepatitis (B) virus :

تسبب هذه الحمى ما يدعى التهاب الكبد المصلي، ويمكن أن تقسم التظاهرات السريرية الناجمة عن الإصابة بالحمى إلى :

- ١- التهاب الكبد الحاد
- ٢- التهاب كبد مزمن غير مترق
- ٣- التهاب كبد مزمن مترق ينتهي بالتشمع
- ٤- التهاب كبد صاعق مع نخر كبدي كتلي مع مرض مترق أو بدونه.

ومن الجدير ذكره أن حمة التهاب الكبد B لها دور هام في نشوء سرطانة الخلية الكبدية وتتميز بأنها تصيب الإنسان فقط.

تقدر فترة الحضانة بـ / ٦ - ٨ / أسابيع يتلوها المرض الحاد الذي يستمر عدة أسابيع - أشهر.

ينتقل التهاب الكبد الحموي B بصورة رئيسة عن طريق التعرض للدم ومشتقاته: (الحقن، الجروح، نقل الدم و مشتقاته، عن الطريق الجنسي، من الأم للجنين أثناء الولادة).

نسيجياً: في المرحلة الحادة لالتهاب الكبد بالحمة B يكون الارتشاح الالتهابي وأذية الخلايا الكبدية متمركزة في مركز الفصيصات وتكون الخلايا للمفاوية ملاصقة للخلايا الكبدية وهذا يسمى (peripolesis) أو تكون داخل الخلايا الكبدية وهذا يسمى (emperipolesis).

وعادة لا يمكن التنبؤ في المرحلة الحادة فيما إذا كان التهاب الكبد الحاد بالحمة B سوف ينقلب إلى التهاب مزمن أم لا، ولكن يمكن تحديد ذلك إذا تم أخذ خزعة كبدية بعد تراجع المرحلة الحادة (حوالي شهرين) وعلامات الإنذار السيئ في هذه الحالة: وجود التهاب الكبد البيني interface hepatitis، النخر الجسري المتلاقي، وجود المستضدات الحموية (HBsAg, HBcAg) في النسيج الكبد.

حمة التهاب الكبد (C) Hepatitis (C) Virus (C):

الطرق الرئيسية لانتقالها هي عن طريق الدم (نقل الدم عند مرضى الناعور) وعن طريق الحقن الوريدي وعند مرضى التحال الدموي، كما تنتقل من الأم لوليدها، وتنتقل عن طريق التماس الجنسي. فترة الحضانة / ٦ - ١٢ / أسبوعاً.

حمة التهاب الكبد (D) Hepatitis (D) virus (D):

هي عبارة عن حمة RNA، لا تتطفل على الإنسان بمفردها إذ لا بد من وجود إصابة سابقة بالحمة B و هناك ثلاثة أشكال لالتهاب الكبد الحاد:

١. حدوث التهاب كبد حاد بالحمة D والتهاب كبد حاد بالحمة B بالوقت نفسه.
٢. حدوث التهاب كبد حاد بالحمة D على أرضية التهاب كبد مزمن بالحمة B.
٣. حدوث التهاب كبد مزمن بالحمة D على أرضية التهاب كبد مزمن بالحمة B.

من المعروف عن هذه الحمة إسهامها في اشتداد سير الإلتان بالحمة B فالإلتان الثانوي بالحمة D يمكن أن يحول إلتاناً بالحمة B من مزمن خفيف أو غير عرضي إلى التهاب كبد مزمن فعال مترق وتشمع. وقد يزيد من شدة التهاب الكبد المزمن الفعال بالحمة B.

يتم انتقال الحمة D عن طريق الدم فقط إذ يكثر عند مرضى الناعور والمدمنين ومرضى التحال الدموي كما يكثر عند المثليين.

تعتبر الصبغات الكيميائية المناعية النسيجية للمستضد HDV من أهم الطرق لإثبات وجود الخمج بالحمة D.

حمة التهاب الكبد (E) Hepatitis (E) Virus (E) :

الحمة E تشبه الحمة A حيث تنتقل عن الطريق الهضمي وتحدث بصورة خاصة عند الشباب وفي الكهولة ونادراً عند الأطفال، وتتميز بارتفاع نسبة الوفيات عند إصابة النساء الحوامل (٢٠%)، وهذه الحمة لا تؤدي إلى الإزمان أو حالة الحمة. الحمة E هي حمة RNA ويمكن كشف المستضد ضمن هيولي الخلايا الكبدية خلال فترة الخمج الفعال.

حديثاً تم تحديد وجود حمات تسبب التهاب كبد بالخاصة وتتضمن: حمة التهاب الكبد G (HGV)، حمة SEN، الحمة التي تنتقل بواسطة نقل الدم (TTV) transfusion-transmitted virus. وهناك عامل حموي آخر تتم دراسته وهو حمة التهاب الكبد F (HBF) الذي يعتقد أنه يسبب التهاب كبد صاعق.

إن نتائج الخمج بحمات التهاب الكبد تعتمد على عدد من المتغيرات وتتضمن عوامل حموية (جرعة ونوع الحمة، حدوث طفرات...)، التفاعلات بين الحمة والمضيف، خصائص المضيف (العمر، الجنس، الحالة العامة، نمط الحياة، الإفراط في تناول الكحول...)، التعرض للبروتينات الحموية، طبيعة الاستجابة المناعية للمضيف... هذه المتغيرات هي التي تحدد في النهاية التغيرات النسيجية لالتهابات الكبد الحموية.

حالة الحمة Carrier State

الحمة : أحد نموذجين : - غير عرضيين تماماً مع فحوص وظائف كبد طبيعية .

- عرضيين أو غير عرضيين مع وظائف كبد غير طبيعية .

إن حالة الحمة أكثر ما تميز التهاب الكبد الحموي B فالإنتان بالحمة B عند الولادة يسبب حالة الحمة في (٩٥%) من الحالات بينما الإصابة بالحمة B في مرحلة البلوغ تسبب حالة الحمة بنسبة (٢-١٠%) فقط. وتكثر حالة الحمة عند المرضى الناقصي المناعة.

التبدلات الشكلية: تبدي خزعة الكبد لدى حمة الحمة B وجود خلايا كبدية، مفردة أو بشكل تجمعات، ذات مظهر زجاجي مغشى Ground glass وهذه الخلايا تمتاز بهيولي حبيبية حامضية التلون تكون حاوية على المستضد السطحي HBsAg. وهناك خلايا ذات نوى رملية تحوي كميات كبيرة من هذا المستضد وتشير إلى فعالية التضاعف الحموي.

التهاب الكبد الحموي الحاد :Acute Viral Hepatitis

بالرغم من أن الاختبارات المصلية و الجزئية قللت من استقطابات الخزعة الكبدية في التهاب الكبد الحموي الحاد إلا أن الخزعة الكبدية ما تزال تجرى لتأكيد التشخيص، و لتحديد شدة وسير المرض، و لنفي وجود أمراض مرافقة (مثل وجود أذية كبدية كحولية عند مرضى التهاب الكبد الحموي C (HCV).

و أثناء تقييم الخزعة الكبدية، يجب تحديد نوع و درجة أذية الخلية الكبدية، و صفات الاستجابة الالتهابية، و الارتكاس في اللحمة، و درجة الإصلاح البرانشيمي.

كل الحمات التي تصيب الكبد تحدث نفس الصورة السريرية و النسيجية لالتهاب الكبد الحاد في المراحل البدنية ثم تتبع ببعض الخصائص التي تميز نوع الحمة المسببة لالتهاب الكبد الحاد. و إن التهاب الكبد الحاد يتراوح في شدته من خفيف، إلى متوسط، إلى شديد، إلى قاتل و هذا يعكس طبيعة وامتداد الأفة.

التبدلات الشكلية: يتميز التهاب الكبد الحموي الحاد الوصفي بأنه أفة شاملة للفصيص، بالرغم من أن التغيرات قد تكون متمركزة في مركز الفصيص في التهابات الكبد بالحماتين B و C، و في المنطقة حول المسافات البابية في التهاب الكبد بالحمة A.

نسيجياً : أهم الموجودات هي :

التغيرات في الخلية الكبدية:

بعض الخلايا الكبدية المتأذية تظهر منتفخة، مع زيادة في حجم الخلية و الهولوى تكون شاحبة حبيبية، محدثة ما يسمى التغيرات التميئية Hydropic Change التي تشكل المرحلة الطبيعية للتخر التميئي Lytic necrosis. خلايا كبدية أخرى تبدو منكمشة مع زيادة في التلون الحامضي للهولوى و الأنوية تكون نقطية و هذه الخلايا تمثل عملية الموت الخلوي المبرمج Apoptosis، و عادة يشار إليها بالأجسام الحامضية Acidophilic bodies. أحياناً نجد درجات خفيفة من التشحم Steatosis. و العديد من الخلايا الكبدية تكون في طور الإنقسام.

اضطراب البنية الفصيصة:

تؤدي المظاهر السابقة (الانتفاخ الخلوي، و النخر، و التجدد) إلى حدوث اختلاف أحجام و أشكال الخلايا الكبدية مما يؤدي إلى فقدان التنظيم الطبيعي لصفائح الخلايا الكبدية التي تميز البناء الهندسي للكبد و يعتبر هذا التشوه الفصيصي من العلامات التشخيصية الهامة. الارتشاح الالتهابي داخل البرانشيم يكون مؤلفاً بشكل رئيس من الوحيدات و اللمفاويات. كما نجد ضخامة و فرط تصنع خلايا كوبفر التي تقوم ببلعمة حطام الخلايا الكبدية الممتوتة مما يؤدي إلى تراكم صباغ الليبوفوسين داخل الهولوى.

التغيرات في المسافات البابية:

تكون المسافات البابية مرتشحة بمزيج من الخلايا الالتهابية، لمفاويات وبالعات كبيرة ومصوريات وعدد قليل من الحمضات والعدلات. وفي المراحل المتأخرة نجد بالعات محملة بالأصبغة.

كما تبدي القنيات الصفراوية، الموجودة في المنطقة البينية بين المسافات البابية والبرانشيم الكبدي، تغيرات إرتكاسية وهو مايسمى بالارتكاس القنوي

Ductular reaction وتزداد شدة الارتكاس القنوي مع زيادة النخر البرانشيمي. وفي التهاب الكبد بالحمة C نجد ارتشاحاً بالمفاويات داخل وبين الخلايا المبطنة للأقنية الصفراوية مع درجات مختلفة من أذية الظهارية المبطنة لهذه الأقنية.

قد توجد مظاهر أخرى إضافة لما سبق وهي غير ثابتة و مختلفة :

أ- الركودة الصفراوية : قد تغيب في التهاب الكبد غير اليرقاني، بينما تكون شديدة في التهاب

الكبد الحموي مع تبدلات التهابية في الأقنية الصفراوية داخل المسافات البابية.

ب- فعالية انقسامية في الخلايا اللحمية: بحيث تشهد خلايا كبدية ثنائية أو ثلاثية النوى.

في المراحل الأخيرة من التهاب الكبد الحاد المحدد لنفسه تختفي معظم التغيرات في البرانشيم الكبدي والمسافات البابية ولكن أحياناً تبقى بعض التغيرات مثل: ارتشاح التهابي طفيف في بعض المسافات البابية، التهاب بؤري في بعض الفصيصات، وقد تبقى بعض البالعات...

التهاب الكبد الحموي المزمن Chronic Viral Hepatitis

يعتبر التهاب الكبد الحموي المزمن متلازمة سريرية وتشريحية مرضية تتميز بدرجات مختلفة من تنخر الخلايا الكبدية والالتهاب، ويستمر ستة أشهر فأكثر وتضم طيفاً واسعاً من الاضطرابات التي تختلف في الأسباب، والإمراضية، والصفات النسيجية والمظاهر السريرية. وعند وضع تشخيص التهاب كبد مزمن يجب دائماً تحديد ما يلي: العامل المسبب، ودرجة فعالية المرض (The Grade)، والمرحلة النسيجية (The Stage).

العوامل المسببة:

بالإضافة إلى الحمات التي تسبب التهاب كبد مزمن

(C+HIV, B+C HDV, HBV,HBC,) هناك مجموعة واسعة من الأسباب التي تؤدي

لالتهاب كبد مزمن أهمها :

١- الأدوية (اسيتامينوفين ، α ميتيل دوبا ، ايزونيازيد ، ميثوتركسات).

٢- أخطاء خلقية في الاستقلاب (عوز $\alpha 1$ انتي ترپسين ، داء ويلسون).

٣- التهاب الكبد الكحولي.

٤- التهاب الكبد المناعي الذاتي.

وَحَالِيًا أُدْخِلَتِ الْأَمْرَاضُ الصَّفْرَاوِيَّةُ الْمَزْمَنَةُ فِي تَصْنِيفِ التَّهَابِ الْكَبْدِ الْمَزْمَنِ وَتَتَضَمَّنُ:
التَّهَابَ الْإِقْنِيَّةَ الصَّفْرَاوِيَّةَ الْمَصْلَبِ الْبَدْنِي (PSC)، التَّهَابَ الْإِقْنِيَّةَ الصَّفْرَاوِيَّةَ الْمَنَاعِي الْذَاتِي
(AC)، التَّشْمَعُ الصَّفْرَاوِي الْبَدْنِي (PBC).

الآفات البدنية:

تتضمن الآفات البدنية التي تشكل الصورة النسيجية لالتهاب الكبد المزمن:

النخر البقعي spotty necrosis، النخر الإنحلالي المتلاقي confluent lytic necrosis، ارتشاح التهابي في المسافات البابية، النخر التدريجي piecemeal necrosis، التليف، وأخيراً التشمع.

النخر البرانشيمي الشديد يترافق بتجمعات صغيرة تشبه الغدد للخلايا الكبدية التي بقيت حية ضمن النسيج الملتهب لتشكل ما يسمى بالوريدات الكبدية hepatic rosettes التي تحاط بنسيج ضام وهي تشكل محاولة لتجديد الخلايا المتموتة ضمن بيئة غير جيدة.

يكون الارتشاح الالتهابي في المسافات البابية في التهاب الكبد المزمن إما خفيف أو متوسط أو شديد. ويتألف بشكل رئيس من لمفاويات، أعداد مختلفة من المصوريات، و خلايا أخرى مثل الناسجات، ولمفاويات غير ناضجة. وقد نجد تجمعات لجريبات لمفاوية حقيقية.

يشير النخر التدريجي piecemeal necrosis أو ما يسمى بالتهاب الكبد البيئي

interface hepatitis إلى الآفات في المنطقة حول المسافات البابية وهي تحدث نتيجة امتداد الارتشاح للمفاوي خارج حدود المسافات البابية ويترافق مع تموت الخلايا الكبدية بالتدرج (خلية تلو الأخرى)، وهذا يؤدي لانحباس الخلايا الكبدية الحية داخل الارتشاح الالتهابي، وتشكيل أوعية جديدة، والتليف. ويجب الإشارة إلى أن موت الخلية الكبدية هنا يتم بواسطة الموت الخلوي المبرمج وليس عن طريق التنخر.

يحدث التليف في الأشكال الفعالة من التهاب الكبد المزمن وتظهر الحواجز الليفية التي تربط بين المسافات البابية (بابي-بابي)، أو بين المسافات البابية والأوردة المركزية (بابي-مركزي).

في النهاية يؤدي استمرار الالتهاب و التنخر والتجدد البرانشيمي إلى التشمع.

أما الموجودات النسيجية النوعية في حال التهاب الكبد المزمن فتتضمن:

التهاب الكبد المزمن بالحمة B: نتيجة زيادة تحميل بعض الأماكن داخل الخلايا الكبدية بالمستضدات الحموية تحدث تغيرات نوعية داخل الخلايا الكبدية بحيث يمكن مشاهدتها بواسطة المجهر الضوئي حيث نجد الخلايا الزجاجية ground glass hepatocytes (تكون الهيولى محببة بشكل ناعم وذات لون شاحب وتحوي كميات كبيرة من HBsAg)، و النوى الرملية

sanded nuclei) تكون أنوية الخلايا الكبدية محببة بشكل ناعم وذات مظهر حامضي شاحب نتيجة تجمع كتل كبيرة من (HBcAg).

التهاب الكبد المزمن بالحمى C: نجد درجات طفيفة من الالتهاب النخري، والارتشاح الالتهابي في المسافات البابية يكون غني بالمفاويات مع تشكيل جريبات لمفاوية. أيضاً نجد وزمة مع تطبق في الخلايا المبطنة للأقنية الصفراوية مع ارتشاح بالمفاويات والوحدات بين هذه الخلايا.

التصنيف النسيجي:

اعتباراً من عام ١٩٦٨ صنف التهاب الكبد المزمن اعتماداً على امتداد الرشاحة وشدتها وموقعها إلى :

١- التهاب كبد مزمن مستمر (CPH): تكون الرشاحة الالتهابية محصورة في المسافات البابية ومؤلفة من لمفاويات وبالعات كبيرة وعدد نادر من المعتدلات والحمضات، هذه الرشاحة لا تمتد لداخل البرانشيم الكبدي، البنية الكبدية محافظ عليها وأحياناً تبدي بقايا التهاب حاد وفي حالة الالتهاب الناجم على الحمى B قد نجد خلايا زجاجية بأعداد قليلة.

٢- التهاب الكبد المزمن الفصيصي (CLH): يبقى التفاعل الالتهابي محصوراً في الفصيص الكبدي يشبه بشكل عام التبدلات المشاهدة في التهاب الكبد الحاد.

٣- التهاب الكبد المزمن الفعال (CAH): هو الشكل الأكثر خطورة من التهاب الكبد المزمن ويحمل إمكانية الترقى إلى التشمع والقصور الكبدي.

تكون المسافات البابية متوسعة ومرتشحة برشاحة التهابية مؤلفة من اللمفاويات والناسجات و تصبح حدود الفصيص الكبدي متأكلة وغير منتظمة نتيجة حدوث النخر التدريجي

piecemeal necrosis.

هناك دائماً تغييرات داخل الفصيص الكبدي تتراوح من تفعيل خلايا كوبفر والخلايا المحيطة بأشباه الجيوب إلى الاستحالة البالونية في الخلايا الكبدية إلى النخر الإفرادي وحتى النخر الشديد الذي يصيب مجموعات من الخلايا تحاط برشاحة التهابية و تندمج هذه المجموعات مع بعضها مؤلفة نخراً جسرياً يصل المسافات البابية مع بعضها أو بين مسافة بابية ووريد مركزي وهو غالباً ما يشير إلى إنذار سيئ .

تحديد الدرجة والمرحلة:

عندما نحاول إعطاء درجة نسيجية بنيوية لالتهاب الكبد المزمن فإننا نحاول أن نقيم كمية الرشاحة الالتهابية والنخر النسيجي وذلك حسب الجدوال التالية^١ :

Grading Terminology		Criteria	
semiquantitative	Description	Lymphocytic piecemeal necrosis	Lobular Inflammation and necrosis
0	Portal inflammation only; no activity	Non	Non
1	Minimal	Minimal Patchy	Minimal; occasional spotty necrosis
2	Mild	Mild; involving some or all portal tracts	Mild; little hepatocellular damage
3	Moderate	Moderate; involving all portal tracts	Moderate; with noticeable hepatocellular damage
4	Sever	Sever; may have bridging fibrosis	Sever; with prominent diffuse hepatocellular damage

الجدول رقم (١)

تحديد درجة الفعالية الالتهابية في التهاب الكبد المزمن

أما بالنسبة للمرحلة فتعتمد على التليف ويتم تقييمها حسب الجدول التالي:

Staging terminology		
Semiquantitative	Descriptive	Criteria
0	No fibrosis	Normal Connective tissue
1	Protal fibrosis	Fibrous portal expansion
2	Periportal fibrosis	Periportal or rare protal – portal septa
3	Septal fibrosis	Fibrous septa with architectural distortion; no obvious cirrhosis
4	Cirrhosis	Cirrhosis

الجدول رقم (٢)

تحديد المرحلة النسيجية في التهاب الكبد المزمن