الملخص العربي

تعتبر الأورام الكبدية الحميدة شائعة نسبيا. اكتشاف هذه الأورام قد يحدث عرضيا من خلال دراسات تصويرية للبطن أو أثناء عمل فحوصات وظائف الكبد التي تكون غالبا غير سليمة أو مجرد ألم بالبطن.

الأورام الكبدية الحميدة يتم التفريق بينها وبين الأورام الخبيثة (سرطان الكبد) عن طريق التصوير الإشعاعي فقط ومما يسهل التشخيص مقارنة حجم الإصابة قبل التصوير إذا وجدت حتى يتم تحديد إذا كان يتزايد في الحجم أم لا, أما إذا كان التشخيص غير واضح يمكن أخذ عينة من الورم وفحصها مجهريا.

أورام الأوعية الدموية الكبدية

تعتبر أكثر أورام الكبد شيوعا وتعتبر أكثر شيوعا عند النساء الشابات. هذا النوع غير شائع حدوثه في الكبد المتليف حيث أن التليف يمنع استحداثه. قد يكون هذا الورم وحيدا صغيرا أو متعدد وكبير الحجم , ومكانه غالبا في حدبة الفص الأيمن تحت سطح الكبد , ويتكون هذا الورم من شبكة من الأوعية الدموية المحتوية علي الكريات الحمراء.

كثيرا ما تأتي هذه الأورام بدون أعراض إلا إذا زاد حجمه كثيرا فقد يحدث شيئا من الألم. يتم اكتشافه عرضيا أثناء التصوير أو أثناء العمليات الجراحية , أما إذا كان التشخيص غير واضح يمكن عندئذ تلوينه بحقن الشريان أما أخذ عينة من الورم بالإبرة, وفحصها مجهريا فأكثر الناس يفضلون تجنبه خشية النزيف.

هذا الورم حميد ولا يحتاج لعلاج خاص بل تتم معالجته تحفظيا مع مراقبة حدوث مضاعفات ويتحتم التدخل الجراحي في حال حدوث انفجار للورم أو تغير سريع في الحجم أو وجود متلازمة (Kasabach-Merritt).

التضخم العقدي الموضعي

يعتبر ثان أورام الكبد شيوعا ويأخذ في الانتشار فقط إذا وجد مع النوع الأول. يعتقد أن هذا النوع يحدث نتيجة لاستجابة موضعية للخلايا لتشوه خلقي في شبكة الأوعية الدموية المغذية للكبد, وفي هذه الحالة تكون مكونات الكبد طبيعية ولكن بصورة غير منظمة, وكذلك وظائف الكبد كون في نطاق الحد الطبيعي.

تطور هذا الورم يكون صامت في معظم المرضي ويتم اكتشافه عرضيا من خلال عمل أشعة مقطعية أو مسح ذري أو أثناء الجراحة.

معظم هذه الأورام تحدث في صورة فردية (80-95%), ولكن قد يحدث في صورة متعددة أيضا. لم يسجل حتى الآن أي تحول خبيث للمرض ولكن يجب تفريق هذا الورم من الورم

الليفي الرقائقي الكبدي التابع لسرطان الكبد الخلوي الذي يتشارك معه في الصور والملامح الإجمالية.

الورم الغددي الكبدي

يعتبر هذا الورم من الأورام الكبدية الحميدة ولكنه نادر الحدوث, يوجد منه نوعان: نوع منشأه القنوات المرارية وهو عادة ما يكون صغير الحجم أقل من (1سم) وليس له أهمية إكلينيكية. ونوع آخر منشأة الخلايا الكبدية ويكون كبير الحجم من (8- 15سم), وغالبا ما تكون له أهمية إكلينيكية.

علي الرغم من أن هذا الورم غير معروف أسبابه إلا أنه غالبا ما نراه في السيدات اللاتي يستخدمن حبوب منع الحمل. قد تنفجر هذه الأورام وتحدث نزيفا ينتج عنه ألما في الجانب الأيمن العلوي ونادرا ما يؤدي لحدوث صدمة نتيجة النزيف. وقد يتحول هذا الورم من حميد إلي خبيث في صورة الورم الكبدي الخلوي الخبيث.

علاج هذا الورم يكون بالتدخل الجراحي خشية حدوث نزيف داخلي في الغشاء البريتوني أو التحول النادر للنوع الخبيث.

الورم الغددي الخلوي الكبدي

نوع آخر من أنواع الأورام الكبدية الحميدة ولكنه غير شائع الحدوث. غالبا ما يحدث في النساء اللاتي في سن الإنجاب وتصاحب في المقام الأول استخدام حبوب منع الحمل وأيضا من ضمن عوامل الخطر العلاج بالستروييد والاندروجينات وكذلك تصاحب مرض تخزين الجليكوجن (النوع الأول). خطر التحول للنوع الخبيث موجود ويتراوح بين (8 – 13%).

الورم الحبيبي

هذا النوع شائع نسبيا ويوجد في حوالي 3 – 10% من عينات الكبد. له أسباب عديدة وغالبا ما يحدث بدون أعراض وفي بعض الأحيان تحدث أعراض غير كبدية أو قد يحدث التهاب في الكبد أو تليف أو ارتفاع ضغط الوريد البابي.

يعتمد تشخيصه علي عينة الكبد ولكن لا يتحتم أخذ هذه العينة إلا عند توقع وجود عرض مسبب للورم يمكن معالجته (مثال : عدوي) أو إذا احتاج أي عرض آخر بالكبد للعلاج وبذلك يعتمد العلاج علي العرض المسبب للورم.

التكيسات الكبدية

يشير هذا المصطلح إلى أكياس فردية غير طفيلية بالكبد تعرف بالأكياس البسيطة ولكن يجب تمييزها من العديد من التكيسات الأخرى وتشمل الآتي: الأكياس الطفيلية, الخراجات

الكبدية, الأورام التكيسية. التمييز بينها يكون عن طريق أعراض المريض و التصوير الإشعاعي. وكذلك يفرق بينه وبين تكيس القنوات ومرض Caroli بأن الأخير يشمل القنوات المرارية.

1- أكياس الهيداتيد **:**

هذه أكياس طفيلية تسببها دودة شريطية. وهي شائعة الحدوث في بلاد المراعي: شمال إفريقيا وشبه الجزيرة العربية.

هذه الأكياس قد تظل ساكنة مدي الحياة أوقد تسبب تضخما بالكبد وألما محدودا في مكانه, أخطر مضاعفاته انفجاره إلي تجويف البريتون أو القنوات المرارية وقد يسبب للمريض حالة من الحساسية (Anaphylaxis) التي قد تقتل.

هذا الكيس قد يتلوث ويتقيح أو يندثر ويتكلس (يترسب فيه الكالسيوم). يعتمد التشخيص علي زيادة عدد كرات الدم البيضاء والتحليل السيرولوجي لنوع الدودة وأيضا علي وسائل التصوير المعروفة كالأشعة والموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية . أما وخز الكيس بالإبرة بهدف أخذ عينة من السائل فلا ينصح خوفا من تسربه إلي الغشاء البريتوني كما ذكرنا سالفا.

العلاج يكون إما بالأدوية مثل: (مبندازول أو ألبندازول) إذا كانت الأكياس صغيرة, أما إذا كانت كبيرة فالجراحة أفضل تحسبا للتقيح أو الانفجار.

2- الخراجات الكبدية :

أ- خراج الكبد الأميبي :

ينتج من إصابة الإنسان بالأمبيبا وهي طفيل وحيد الخلية تعيش متكيسة وتنتقل عن طريق الماء والغذاء الملوث بالبراز قد تنشط وتغزو الوريد البابي وفروعه الدقيقة بالكبد فتسدها مما يسبب تحلل الخلايا الكبدية وتجمعها في خراجات صغيرة قد تتحد وتكون خراجا كبيرا غالبا يتجمع في فص الكبد الأيمن تحت حدبة الحجاب الحاجز وبالقرب من البلورا والرئة اليمني. أما خراج الفص الأيسر فنادر الحدوث وهو أخطر لقربه من القلب وغشائه التاموري.

قد يظل المريض شهورا بدون أعراض ملحوظة: توعك, ارتفاع طفيف في درجة الحرارة مجهول السبب, أما الألم فقد يكون شعورا بالثقل في مكان الكبد أو يتخذ مسارا حادا من اصابة البلورا, والسعال عندئذ جاف وملح.

الكبد قد يحس متضخما وآلما, أو لا يحس إذا كان في حدبة الفص الأيمن. والقرع الطرق فوق أسفل الصدر الأيمن يكون عادة مؤلما. واليرقان نادر.

صورة الدم تبين ارتفاع طفيف في الكرات البيضاء, وظائف الكبد قليلة التأثر إلا أن الفوسفاتيز القلوي قد يرتفع, والاختبارات السيرولوجية مثل(الاليزا) لها قيمة كبيرة في التشخيص, وأما تحليل البراز قد لا يحتوي علي الأميبا ولا نعتمد علي ضرورة وجودها

للتشخيص. الفحص بالأشعة هام في التشخيص وقد نحتاج إليه لتوجيه إبرة للخراج لأخذ عينة منه أو تفريغه وعلاجه.

العلاج يكون إما بالأدوية مثل: (مترونيدازول) إذا كان الخراج صغيرا, أما إذا كان كبيرا فقد نستعين بإبرة لشفط محتوياته مع العلاج الدوائي خصوصا إذا كان قريبا من القلب في الفص الأيسر للكبد، ونادرا ما نحتاج لفتح الخراج جراحيا.

ب- خراج الكبد التقيحي:

أسبابه العدوي من التهابات الجهاز الهضمي عن طريق الوريد البابي مثل: التهاب الزائدة الدودية , أو التهاب جيوب القولون. أو عن طريق القنوات المرارية مثل: التهاب المرارة وحصياتها. أو ينشأ من بؤرة في الكبد معرضة للتقيح مثل: ورم أو كيس أو تجمع دموي.

هذا الخراج قد يكون صغيرا أو كبيرا, وحيدا أو متعددا. أعراضه تشبه الخراج الأميبي , وارتفاع درجة الحرارة وزيادة عدد كرات الدم البيضاء يكون أكثر وضوحا.

وسائل الفحص التصويري مشابهة والطرق البكتيريولوجية لزرع الميكروب من الدم ومن صديد الخراج ضروري لتحديد نوعه والمضاد الحيوي المناسب لعلاجه.

العلاج يكون بالمضادات الحيوية المناسبة, وقد نحتاج لشفط الصديد ولو تكرر, ويندر أن نحتاج للفتح الجراحي.