

روش نوین بیوپسی از مخاط سیگم و آنید در تشخیص  
بیماریهای روده بزرگ

دکتر محمد وفایی - دکتر احمد دیباچ

از همان پنهانی بیوپسی معمولی استفاده نمود و طریقه ساکشن

۴۰

بیوپسی برای اینگونه ضایعات توموری بی فایده است.  
ساکشون بیوپسی چیست؟ هر گاه مخاط رکتوسیگموئید ضایعات پراکنده‌ای داشته باشد که تشخیص علت آن‌ها با زنگاه کردن از راه رکتوسیگموئیدسکپ میسر نباشد و یا نتوان با قاطعیت تشخیص علت را داد، باید از روش نوین بیوپسی مخاط بوسیله مکیدن استفاده کرد.

توضیح اینکه قبل از تشخیص علت ضایعات منتشر و پراکنده مخاطر دکتوسیگموئید تنها بانگاه و مشاهده مخاط روده امکان پذیر بوده ولی برای چنین تشخیصی بصیرت و تجزیه کافی و طولانی برای طبیب متخصص لازم است. همچنین باید توجه داشت که ضایعات مخاطر دکتوسیگموئید در مراحل مختلف یاک بیماری هنلا<sup>۱</sup> «بیماری کولیت اولسرود» تغییرات فاحشی میکند و در فوایل بین-جهانی بیماری، مخاط حتی ممکن است شکل طبیعی و عادی بخوبیگیرد. از طرف دیگر در بیماریها و ضایعات مختلف روده‌ای گاهی شکل و منظره مخاط در دکتوسیگموئیدسکپی شبیه بوده تفکیک و تشخیص آنها از دیگر، واقعاً مشکل است.

با توجه به نکات فوق میتوان به ارزش ساکشن بیوپسی پی بردازد، چه متخصص آسیب شناسی با توجه رشتهای میکروسکوپی و تکیه بر مشاهدات خود تشخیص راقطی میکند، لذا با این طریق آسان تر میتوان مشکلات تشخیصی اینگونه ضایعات را حل کرد.

در این مقاله، روش نوین بیوپسی مخاط سیگموئیدورکنوم بوسیله مکیدن (ساکشن بیوپسی)، برای کمک به تشخیص و درمان ضایعات منتشر عفوی و غیرعفوی روده بزرگ، معرفی و تجزیه نویسنده‌گان شامل ۲۰ مورد بیوپسی، در رسمی، مشهد.

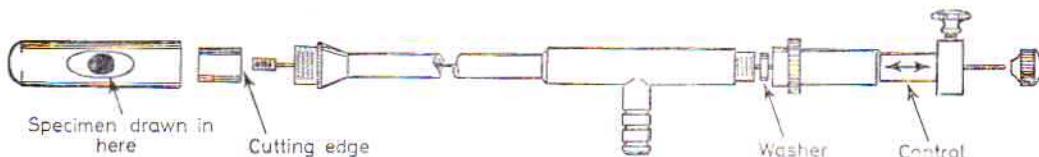
در این موارد بكمک بیوپسی تشخیص بوماریهای عفونی مختلف روده بزرگ از قبیل رکنیت اولسروز، رکتوکولیت اولسروز و پولیپوز انفلاما توارد داده شده است.

نکته جالب توجه درمورد ساکشن بیوپسی اینکه در ۶۰ مورد، نتیجه آندوسکوبی مؤید عارضه‌ای در روده بزرگ نبود در حالیکه آزمایش میکروسكوپی از تکه نمونه برداری شده بوسیله دستگاه مذکور، نشان داد که عارضه‌ای وجود دارد.

بیوپسی از مخاط سیگموئید و رکنوم در تشخیص بیماریهای عفونی و غیرعفونی روده بزرگ از قبیل کولیتهای غیراختصاصی (کولیت اولسرود)، اختصاصی (بیماری کرون)، هیرشبرونگ وغیره نقش

مهمی دارد (Gear and Dobbins 1968) در مورد دسایعات منتشر روده که مخاط و نسوج مبتلا، تردی و شکنندگی لازماً را ندارند و اساساً بصورت تومور نیستند که بتوان با «پنس بیوپسی معمولی» مقداری از آنها را برداشت، بهتر است از بیوپسی بر وحش ممکن‌دن مخاط استفاده کرد (ساکشون بیوپسی).

طبعی است که برای تشخیص تومورها و دیگر رضایعات موضعی یا داد



شکل ۱ - دستگاه ساکشن بیو پسی

\* بیمارستان این سینا-دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

طريقه بیوپسی: پس از عبور سیگموئید سکپت و تماشای مخاط سیگموئید، محل مورد نظر را برای بیوپسی انتخاب میکنیم. محل انتخابی بیوپسی معمولاً در ۱۰-۱۵ سانتی متری بالای مقعد میباشد، باید این نکته را همینجا توضیح داد که نمونه برداری باستگاه ساکشن بیوپسی از مخاط ناحیه آнос، بخصوص پائین خط دندانه ای. صحیح نیست و باید از آن اجتناب کرد، زیرا اولاً بیوپسی این ناحیه در دنده ای است چهالیاف حساسه عصبی در پائین خط دندانه ای فوق العاده زیاد میباشدند، در حالیکه این الیاف عصبی بتدربیح که از خط دندانه ای بیالا میرویم کم و کمتر و پراکنده ترمیم شوند. ثانیاً توجیه هیستولوژی مخاط ناحیه آнос معمولاً مشکل است.

بهر حال لوله دستگاه ساکشن بیوپسی را که قطر آن از نیم سانتی متر تجاوز ننمیکند از لوله سیگموئید سکپ عبور داده، به انتهای فوقانی آن نزدیک میکنیم سپس از آن هم فرادر رفته سرپوش را به مخاط عیچسبانیم و برای رسیدن به منظور فوق لوله سیگموئید سکپ را کمی بعقب میکشیم. حال مخاط ضایعه دار و موردنظر در برآبر سوراخ سرپوش دستگاه ساکشن بیوپسی قرار گرفته است. اینک با یک سرنگ که بوسیله یک لوله لاستیکی به دستگاه ساکشن بیوپسی متصل است و در میان نیزیک مانومتر قرار دارد، ۱۰ تا ۲۰ سانتی متر مکعب هوای میکشیم تمام انداخته شاری برآبر ۱۰ تا ۲۰ سانتی متر جیوه نشان دهد.

مقدار این فشار باید در بیماران و بیماریهای مختلف متفاوت باشد، در بیماریهای مکمل مخاط کافت شده باشد طبیعتاً فشار بیشتری لازم است تامخاط بداخل سوراخ دستگاه کشیده شود و با گر منظور از بیوپسی نسج زیر مخاطی و بررسی گانگلیون های عصبی زیر مخاطی باشد (بیماری هیر شپرونگ) باید تکه و نمونه برداشته شده بزرگ نر و عمیقاً باشد. لذا باید فشار بیشتری برای مکیدن بکار رود تانسج عمیقاً بداخل سوراخ کشیده شود.

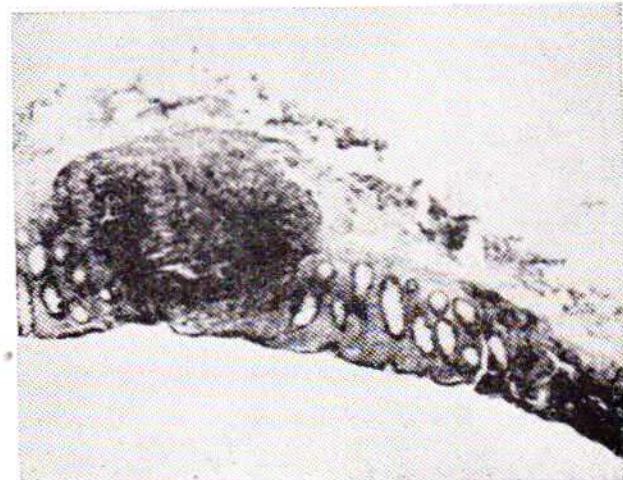
عوارض بیوپسی: عوارض قابل تصور عبارتند از سوراخ شدن روده و خونریزی شدید ولی عملاً تا کنون هیچگاه سوراخ شدن روده دیده نشده است. چنین عارضه ای نه تنها در ۲۰ مورد بیوپسی که اوسط نویسندگان این مقاوله بعمل آمد است مشاهده نشده بلکه در ۵۰۰ موردی نیز که توسط دیگران گزارش شده مشهود نیامده است. عارضه دوم عبارتست از خونریزی: طبیعی است که پس از برداشتن نمونه از مخاط روده کم و بیش خونریزی خواهیم داشت، لذا باید پس از بیرون آوردن لوله دستگاه ساکشن بیوپسی لوله سیگموئید سکپ را بجای گذاشت و دقیقاً محل برداشت بیوپسی را خشک و بررسی کرد. معمولاً پس از مدت کوتاهی خونریزی قطع میشود ولی بندرت

البته بهمچوچه ادعای نمیشود که ساکشن بیوپسی از ارزش تشخیصی چشم و دیدن مناظر گوناگون بیماریهای روده ای بارگذار سیگموئید سکپی کاسته، یا اینکه توجه به شرح حال و دانستن سابقه بیمار اهمیت خود را از دست داده است، بلکه چه بسا تشخیص های قطعی میکر سکوپی متکی بر مشاهدات سیگموئید سکپی و بررسی سوابق بیمار است.

بدلایل فوق روز بروز بر ارزش و اهمیت بیوپسی بروش ساکشن افزوده میشود و امروزه در هیچ یک از مرکزهای درمانی بیماریهای روده بزرگ و رکنوم دنیا، بدون انتکه به تشخیص میکر سکوپی بطریقه ساکشن بیوپسی، اقدام به هیچ گونه درمان اساسی نمیشود. اسباب ساکشن بیوپسی و تاریخچه آن: طرح اسباب ساکشن بیوپسی که در سال ۱۹۶۱ بوسیله Dick و Grayson (Wood, Doing) شده بر اساس لوله بیوپسی معده که توسط Motteram & Hughes دارای یک لوله استوانه ای مستقیم فلزی توخالی است. بانهای این لوله سرپوشی پیچ میشود که در دیواره طرفی خود سوراخی بقطر ۳ میلیمتر دارد، در داخل سرپوش چاقوئی بشکل تیغه برنده (شکل ۱) استوانه ای و متجرک وجود دارد. این چاقو با تیغه برنده توسط سیمی که از سرتاسر لوله استوانه ای عبور میکند به اهرم خود در خارج منتهی میشود. با کشیدن این اهرم تیغه چاقو بعقب کشیده میشود و از جلوی سوراخ سرپوش عبور میکند و اگر مخاط بوسیله ساکشن بداخل سوراخ مکیده شده باشد آن را قطع نماید.

طول اسباب ۳۴ سانتی متر است و ساکشن یا مکیدن از یک زائد سوراخ دار طرفی انجام میشود.

هر تیغه چاقو و خصوص دستگاه خود و قالب لوله استوانه ای سرپوش ساخته شده است. گم شدن تیغه، دستگاه ساکشن بیوپسی را از جیز انتفاع میاندازد.

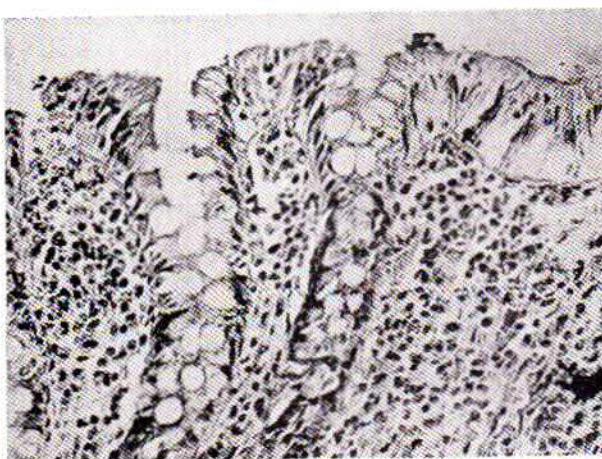


شکل ۲- بیوپسی ساکشن بیوپسی که شامل مخاط و تابنه سلطنجی زیر مخاطی میباشد (برگشته از: ۱۸)

سودا خشند رو ده نیز وجود ندارد. توحیه یافته های آسیب شناسی در روش ساکشن بیوپسی راحت تر است زیرا وضع نسج نمونه اجازه بر شهای منطقی و صحیح تری را میدهد. مثلاً در این نوع بیوپسی ها ضخامت مخاط و پراکنده گی سلول های آمامی و ناراحتی های طبقه زیر مخاطی و تغییرات عدد مخاطی را میتوان بهتر بررسی کرد. (شکلهای ۳-۴-۵)



شکل ۴- نمونه ای از ارتضاح شدید سلو ایا آمامی تک هسته ده مخاط و زیر مخاط (بزرگ نمایی ۷۲)



شکل ۵- ارتضاح ساو ایا آمامی تک هسته ده مخاط (بزرگ نمایی ۸۰)

#### نتایج بیوپسی ابتراقه ساکشن توسط مؤلفین

در ۸ ماه اخیر ۲۰ مورد بیوپسی ابتراقه ساکشن انجام و توسط نویسنده کان مورد بررسی قرار گرفته است. تمام این بیماران دارای عالم کلینیکی کولیت بدرجات مختلف بوده اند. سن: سن بیماران از ۱۵ تا ۵۸ سال و متوسط سن ۳۶ سال است.

۵۸ > سن > ۲۱

متوسط سن ۳۶

مدت شکایت بر حسب سال: ۱۵ نفر از بیماران بین ۱-۲۰ سال ناراحتی های کولیتی داشته اند. (جدول ۱)

ممکن است در بیماران مستعد به خونریزی ویسا تصادفاً بعلت پاره شدن یک رگ بزرگ، خونریزی قابل توجهی پیش بیاید. در ۵۰ مورد فوق الذکر ۲ مورد خونریزی دیده شده که احتیاج به ترانسفوزیون پیدا کرده اند.

بهر حال ناراحتی و عوارض این روش بقدری کم است که انجام دادن بیوپسی در بیماران سرپائی بطور عادی و مستمر توصیه شده است منتها به بیمار باید تذکر داده شود که پس از بیوپسی ممکن است کمی خون در مدفوع خود به بیند.

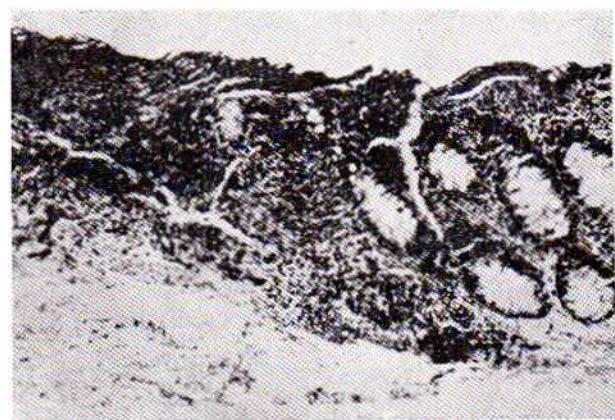
آماده گردن نمونه: پس از انجام بیوپسی، بوسیله سوزنی نمونه را از دستگاه خارج کرد بطریقی روی انگشت میگذاریم که طبقه زیر مخاطی که معمولاً بصورت نقطه ای کزی سفیدی ظاهر میشود روبه بیرون باشد.

سپس نمونه ای از روی انگشت به یک قطعه کوچک شیشه ناصاف (یخ زده) یا کاغذ خشک کن می چسبانیم و در محلول ثابت کننده قرار میدهیم. طرز قرار دادن نمونه، در توجیه نتایج بافت شناسی بسیار مهم است. پس ارثیوت نسج نمونه ای از روی شیشه برداشته از پهلو در پارافین میگذاریم. رویه صاف نمونه به تکنیک ایجاد اجازه میدهد که سطح پرش را عمود بر سطح مخاط انتخاب کند. بهترین پرش ها از قسمت وسط نمونه بدست میآید زیرا در اینجا کمی از طبقه زیر مخاطی نیز وجود دارد.

بر شها به کلفتی ۳ میکرون تهیه میشود و بارنگ آمیزی معمولی هم توکیلین و اؤزین رنگ آمیزی میشوند.

#### هزایای نمونه برداری با دستگاه ساکشن بیوپسی:

نمونه هایی که با پنس بیوپسی ازه مخاط مسطح گرفته میشود معمولاً با اندازه های مختلف و ضخامت نامساوی بدست میآید ولی نمونه هایی که بوسیله دستگاه ساکشن بیوپسی تهیه میشود به اندازه و ضخامت مساوی بوده معمولاً شامل مخاط و طبقه سطحی زیر مخاطی میباشد و چون این نمونه ها هیچگاه شامل طبقه عضلانی نبوده اند، لذا مکان



شکل ۳- بیوپسی که زخم سطحی مخاط و ارتضاح ساو ایا آمامی تک هسته ای را در مخاط نشان میدهد (بزرگ نمایی ۷۲)

موارد	شدت بیماری
۱۲	ملايم
۷	متوسط
۱	شديد

جدول ۳

در ۱۲ مورد عالم بالینی خفیف، در ۷ مورد متسط و در ۱ مورد شدید بوده است (جدول ۳).

سابقه آمبیباز: در ۶ مورد بیماران سابقه‌ای شبیه به آمبیباز ارائه کردند ولی در هیچ‌یک آمبیب در مدفوع دیده نشد.

عالم رادیولوژی در ۹ مورد از بیماران رادیوگرافی روده‌های بزرگ انجام شد، در ۴ مورد تشخیص کولیت داده شد و بقیه طبیعی گزارش شده‌اند.

محل بیوپسی: نمونه برداری از ساندیم تر (آپولرکتال) تاسانیمتر ۵ (سیگموئید) انجام شده است.

نتایج آسیب شناسی: در ۱۷ مورد بافت برداشته شده عالم کولیت داشت و در ۳ مورد بقیه نمونه مخاط طبیعی بود (جدول ۴). در تمام موارد بافت برداشته شده شامل مخاط و طبقه زیست مخاطی بوده است.

نتیجه: پاتو لوژی	تعداد
+	۱۷ نفر
-	۳

جدول ۴

در تمام بیماران یکه عالم آندوسکپی کولیت دیده شد، تشخیص توسط آسیب شناسی تأیید گردید.

در هیچ یک از بیماران یکه نتیجه آسیب شناسی مذکور بوده عالم آندوسکپی مثبت دیده نشده است. نکته جالب در این است که در ۶ مورد (۳۰٪) از بیماران عالم آندوسکپی مخفی ولی نتیجه آسیب شناسی مثبت بوده است و کلیه این بیماران به درمان کولیت جواب مثبت داده‌اند. و اینجا است که ارزش بیوپسی و آزمایش آسیب شناسی، بعنوان وسیله ارزش‌های برای کمک به بیمار و طبیب در تشخیص و درمان کولیتها، مشخص می‌گردد. (جدول ۵)

تعداد بیماران	مدت شکایت
۲ نفر	۱۵ روز
» ۳	۱۲ ماه
» ۱۵	۲۰ سال

جدول ۱

در ۱۰ مورد، در آندوسکپی عالم واضح کولیت از قبیل: بلغم فراوان، خیز مخاطی، شکنندگی و خون دهنده‌گی مخاط، احتقان بدرجات مختلف و زخم واضح دیده شده است. در دو مورد، پولیپوز انفلاماتوار Inflammatory Polyposis است که ضایعات یکی از آنها (مدت شکایت ۲۰ سال) منحصر بناحیه رکنوسیگموئید و ضایعات دومی (مدت شکایت ۱۴ سال) در سرتاسر کولون دیده شده و معلوم نیست از چه تاریخی کولیت این بیماران سیر پولیپوز بخود گرفته است. ۳ نفر دیگر از این عده عالم آندوسکپی واضح نداشته‌اند.

مدت شکایت بر حسب ماه: ۳ نفر از بیماران مدت شکایتشان از ۶ تا ۱۲ ماه بوده در یکی از آنها عالم آندوسکپی رکتیت دیده شده است و در دو مورد عالم آندوسکپی واضحی نبوده است، از این دو نفر یکی مبتلا به مولیلیاز روده و دیگری مبتلا به آمبیباز بوده است. (جدول ۱)

مدت شکایت بر حسب روز: دونفر از بیماران شکایتی بمدت ۱۵۹۳ روز داشتند، یکی از این دونفر در آندوسکپی اکیموز پراکنده زیر مخاطی تشان داده و دیگری ضایعه‌ای داشته است. بیمار مبتلا به اکیموز برای معاینهات بعدی مراجعه ننمود و لی بیمار دیگر که در موقع مراجعه درد مختصر ناحیه مالک بورنه داشت چند روز بعد با حمله حاد آپاندیسیت مراجعه کرد و جراحی شد، بعد از عمل کلیه عالم کلینیکی وی مرتفع گردید. (جدول ۱)

عالم بالینی: تمام بیماران مورد بحث دارای عالم بالینی کولیت بوده‌اند. این عالم به ترتیب شیوه عبارتنداز: اسهال، بلغم، تنفس، نفخ، وجود خون در مدفوع، بیوست و اسهال متناوب و زورپیچ. (جدول ۲)

عالم	اسهال	بلغم	تنفس	نفخ	باعدفون	بیوست	خون	موارد
۱۴	۱۶	۱۶	۱۴	۱۲	۱۰	۲		۳

جدول ۲

نتیجه تشخیصیای هفت آندوسکپی در کو ایتیا غیر اختصاصی	
مشخصات	تعداد
کولیت او اسرورز «یکن همراه با پولیپوز انفلاما توار»	۲ نفر
پولیپوز انفلاما توار بعلت نامعلوم	» ۱
رکتو کولیت «دونای آن هنط پروکتیت بود»	» ۷
رکتیت او اسرورز	» ۱

جدول ۲

- دریک مورد پولیپوز انفلاما توار بعلت نامعلوم دیده شده است.

- در هفت مورد رکتو کولیت غیر اختصاصی Non specifique تشخیص داده شده که دومورد آن فقط پروکتیت بوده است.

- دریک مورد نیز رکتیت او اسرورز وجود داشته است.

بیماری که مبتلا به آپاندیسیت بود عالم آندوسکپی و آسیب شناسی منفی داشته است همچنان که پس از عمل عالم بالینی بیمار مرتفع شده است.

یکی از بیماران مبتلا به پروکتیت که قبل اهمور و گید کتمی شده بود مبتلا به تنگی مقعد گردیده است.

دو نفر از بیماران که دارای عالم بالینی کولیت بوده اند ولی عالم آندوسکپی و پاتولوژی کولیت را نداشته اند، در آزمایش مدفوع یکی مبتلا به موئیلیازو دیگری دارای نارسائی میکری محيط روده بوده است.

مقایسه نتایج آندوسکپی و پاتولوژی			
عالائم کلینیکی	آندوسکپی	پاتولوژی	تعداد
+	+	+	۱۱ نفر
+	-	+	» ۶
+	-	-	» ۳

جدول ۵

نکات دیگر:

در ۳ مورد از بیماران عالم آندوسکپی محدود به رکتوم بوده است یعنی بیماران فقط پروکتیت داشته اند.

۳ نفر از بیماران قبل از ۳ تا باز بعلت شکایات فعلی تحت عمل جراحی بواسیر قرار گرفته بوده اند و چون ناراحتیهای آنها مربوط به پروکتیت بوده است بهبود نیافتند. (جدول ۶)

بیمارانی که بی جیت عمل شده اند		
نوع عمل	بیماری اصلی	تعداد
همور اید کتمی	پروکتیت	۲ نفر
همور اید کتمی	پولیپوز انفلاما توار	» ۱

جدول ۶

از ۱۱ بیماری که نتایج آندوسکپی مثبت داشته اند در ۲ مورد کولیت او اسرورز (جدول ۷) تشخیص داده شده که یکی همراه پولیپوز انفلاما توار بوده است.

## REFERENCES:

- 1- Brandborg, L.L., Rubin, C.E. and Quinton, W.E.(1959) Gastroenterology. A multipurpose instrument for suction biopsy of the oesophagus, stomach, small bowel and colon. 37, 1-16.
- 2- Dick, A.P., Lennard-Jones, J.E., Hywel Jones, J. and Morson, B.C. (1970) Gut. Technique for suction biopsy of rectal mucosa. 11, 182-184.

- 3- Dick, A.P. and Grayson, M.J., (1961) Brit. Med. J. Ulcerative colitis: a follow-up investigation with mucosal biopsy studies. 1, 160-165.
- 4- Dobbins, W.O., and Bill, A.H.(1965) New Eng J. Med., Diagnosis of Hirschsprung's disease excluded by rectal suction biopsy. 272, 990-993.
- 5- Flick, A.L., Voegtlin, K.F., and Rubin, C.E , (1962) Gastroenterology. Clinical experience with suction biopsy of the rectal mucosa. 42, 691-705.
- 6- Gabriel, W.B., Dukes, C.E., and Bussey, H.J.R. (1951) Brit. J. Surg. Biopsy of the rectum. 38,401-411.
- 7- Gear, E. V., and Dobbins, W O. (1968) Gastroenterology. Rectal biopsy: A review of its diagnostic usefulness. 55, 522-544.
- 8- Truelove, S.C., Horler, A.R., and Richards, W.C.D. (1955). Brit. Med. J. Serial biopsy in ulcerative colitis. II, 1590-1593.
- 9- Wood, I. J., Doig, R. K., Motteram, R., and Hughes, A. (1949) Lancet. Gastric biopsy: report on fifty-five biopsies using a new flexible gastric biopsy tube. I, 18-21.
- 10- Goligher, J.C. (1967). Surgery of the enus, rectum and colon. 2nd. edition London

۱۱- دکتر محمد وفایی - ۱۳۴۸، کتاب بیماریهای مقعد - دانشگاه تهران.