

گزارش یک مورد کیست اولیه طحال

محمد حسین سرمست شوشتری*^۱، مهران پیوسته**، محمد حسن حافظی**، حافظ قاهری

چکیده

بطور کلی کیست‌های طحال بیماری شایعی نیستند. کیست‌های اولیه طحال که تحت عنوان کیست‌های حقیقی نیز خوانده می‌شوند منشاء مادرزادی دارند و ۱۰ درصد کل کیست‌های طحال را تشکیل می‌دهند. بدلیل اینکه این کیست‌ها اغلب علائم غیر اختصاصی ایجاد می‌کنند ممکن است در هنگام تشخیص اندازه بزرگی داشته باشند. در این گزارش ما ضمن معرفی یک مورد کیست حقیقی طحال به بحث درباره انواع کیست‌های طحال، علائم و اقدامات تشخیصی درمانی این بیماری خواهیم پرداخت.

کلید واژگان: طحال، کیست حقیقی، اسپلنکتومی

مقدمه

پرولیفراسیون سلولهای پوشاننده آن و افزایش ترشح این سلولها باشد(۳-۱). درمان سنتی کیست طحال اسپلنکتومی بوده است (۸-۷-۵) در دهه گذشته کمپلیکاسیونهای کوتاه مدت و طولانی مدت اسپلنکتومی مشخص گردیده است. بنابراین حفظ بافت طحال را خصوصاً در کودکان باید در نظر داشت(۱۰-۹). هرچند که نمی‌توان تمام کیستهای طحالی را با اسپلنکتومی پارشیل درمان کرد. با توجه به نادر بودن کیست حقیقی طحال یک مورد از آن را در یک آقای جوان ۱۷ ساله معرفی خواهیم کرد.

کیست‌های طحال یک یافته بالینی غیر شایع می‌باشند. و با توجه به نادر بودن شیوع واقعی آنها مشخص نمی‌باشد. کیست‌های طحال به طور کلی به دو دسته پارازیتی و غیر پارازیتی تقسیم می‌شوند(۶-۲). تقسیم‌بندی کلینیکی دیگر تقسیم کیست‌های طحال به دو نوع اولیه و ثانویه می‌باشد (۶-۲). کیست‌های اولیه تحت عنوان کیست‌های حقیقی نیز خوانده می‌شوند. کیست‌های مادرزادی غیر پارازیتی ۱۰درصد کل کیست‌های طحال را تشکیل می‌دهند. کیست طحال ممکن است به هنگام تشخیص اندازه بزرگی داشته باشد و علت این رشد ممکن است به علت

* دانشیار گروه جراحی دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**استادیار گروه جراحی دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱-نویسنده مسؤل

معرفی بیمار

بیمار آقای ۱۷ ساله‌ای بود که از هشت ماه قبل از مراجعه دچار ضعف و بی حالی، اتساع شکم، تنگی نفس خفیف و درد مبهم شکمی و پهلوی چپ به خصوص بعد از فعالیت شده بود. در معاینه اتساع شکم به خصوص در سمت چپ کاملاً مشهود بود. در سونوگرافی شکم یک توده کیستیک محتوی مایع غلیظ به ابعاد $217 \times 166 \times 301$ میلیمتر احتمالاً با منشا طحال که از قسمت فوقانی سمت چپ شکم و اپی گاستر شروع شده و تاناحیه ناف کشیده شده بود گزارش شد. سی تی اسکن شکم نیز وجود یک ضایعه کیستیک بزرگ با ابعاد ذکر شده را تأیید نمود. بیمار با تشخیص احتمالی توده کیستیک طحال پس از آمادگی‌های لازم لاپاراتومی شد.

یافته‌ها

طحال بسیار بزرگ همراه با یک ضایعه کیستیک به اندازه $20 \times 20 \times 30$ سانتیمتر بود و اسپلنکتومی کامل انجام شد. در اکسپلور بقیه شکم مشکل خاصی وجود نداشت. گزارش پاتولوژی بیمار کیست حقیقی طحال بود. بیمار پنج روز بعد از عمل جراحی با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

کیست‌های طحال بیماری شایعی نیستند. Robbins از بین ۴۲۳۲۷ اتوپسی در فاصله ۲۵ سال ۳۲ بیمار را با کیست حقیقی طحال گزارش کرده است (۱). کیست‌های طحال بطور کلی به دو دسته پارازیتی و غیرپارازیتی تقسیم می‌شوند (۲-۶). تقسیم‌بندی کلینیکی دیگر کیست‌های طحال به دو نوع اولیه و ثانویه می‌باشد (۲-۶). کیست‌های اولیه در مراجع انگلیسی تحت عنوان اپیدرموئید شناخته شده‌اند (۱۳)، که ۱۰ درصد ضایعات خوش خیم طحال را تشکیل می‌دهند این کیست‌ها اغلب در دهه دوم و سوم ایجاد می‌شوند. کیست‌های حقیقی طحال پوشش

اپی تلیال دارند (۶). در مورد گزارش شده هم کیست با پوشش اپی تلیال و از نوع کیست حقیقی بود. کیست طحال ممکن است هنگام تشخیص اندازه بسیار بزرگی پیدا کند. علت این رشد ممکن است به علت پرولیفراسیون سلول‌های پوشاننده آن و افزایش ترشح این سلولها (۱۶-۳) و یا به علت خونریزی از دیواره کیستیک آن باشد. علائم بالینی بیشتر در اثر فشار روی احشاء مجاور ایجاد می‌شود. به خاطر رشد آهسته علائم بالینی مبهم بوده و به صورت احساس پری در اپی گاستر، درد مبهم شکم و بزرگی قسمت فوقانی چپ شکم می‌باشد (۶-۱). در این گزارش نیز بیمار با علائم غیر اختصاصی مثل درد مبهم شکم، اتساع نسبی و بزرگی شکم مراجعه کرده بود. در معاینه بالینی ممکن است چیزی مشخص نشود و یا توده‌ای در ناحیه قسمت فوقانی چپ وجود داشته باشد. اثر فشاری توده می‌تواند باعث تضعیف حرکت دیافراگم، آتلکتازی لوب تحتانی و پنومونی ریه شود. در بیمار مورد نظر نیز تنگی نفس خفیف احتمالاً بدلیل بزرگی کیست و بالا زدن دیافراگم بوده است. آزمایشات خونی در این بیماران عمدتاً طبیعی است. در رادیوگرافی ساده شکم ممکن است بالازدن دیافراگم و جابجایی هوای معده دیده شود. کلسیفیکاسیون عمدتاً در کیست‌های هیداتیک طحالی مشاهده می‌شود. بررسیهای رادیولوژیک مانند سونوگرافی و سی اسکن می‌توانند ضایعه را لوکالیزه کنند و ارتباط آن را با سایر احشاء نشان دهند (۶-۲-۱). در این بیمار نیز در عکس ساده شکم جابجایی عمده روده‌ها به سمت راست مشاهده شد. اگر چه در این بیمار معاینه بالینی بدلیل بزرگی وسیع توده در تعیین محل ضایعه کمک کننده نبود ولی یافته‌های سونوگرافی و CT Scan تا حد زیادی با یافته‌های حین عمل مطابقت داشت. اگر چه اسپلنکتومی در کودکان خصوصاً در کودکان زیر ۵ سال می‌تواند با عوارض عفونی همراه باشد، ولی در بالغین با ضایعات بزرگ طحالی اسپلنکتومی کامل درمانی قطعی و بی‌خطر می‌باشد (۸-۵-۲) البته سایر روش‌های درمانی

معمولاً بدلیل شیوع کم و علائم مبهم و غیراختصاصی دیر تشخیص داده می‌شوند، ولی انجام بررسیهای رادیولوژیک مانند سونوگرافی و CT Scan برای بیمارانی که علائم غیر اختصاصی دارند و به درمان‌های معمول جواب نداده‌اند با مطرح نمودن این بیماری در تشخیص افتراقی ضایعات کیستیک طحال می‌تواند به تشخیص سریع‌تر و انجام درمان مناسب (اسپلنکتومی) منتهی شود.

مانند اسپیراسیون، مارسوپیلیزاسیون و درناژ نیز مطرح شده است (۵). ولی اسپلنکتومی درمان قطعی ارجح می‌باشد (۵-۲). در بیمار ما نیز اسپلنکتومی بدون هیچ عارضه‌ای انجام شد، و هیچ کدام از عوارض این عمل مثل خونریزی، عفونت، آبسه شکمی و پلورال افیوژن را بدنبال نداشت. در مورد اینکه اسپلنکتومی به طور کامل و یا نسبی انجام شود بستگی به اندازه کیست، ارتباط کیست با ناف طحال و عروق آن و میزان بافت سالم باقیمانده طحال دارد (۱۷-۵). در مجموع کیست‌های حقیقی طحال

منابع

- 1-Robbins FG, Yelin AE, Lingua RW. Splenic epidermoid cyst. *Ann Surg* 1987;187:231-5.
- 2-Alkofer B, Lepenne V, Chiche L. Splenic cyst and Tumors. *J. Chir (Paris)* 2005 Jan -Feb; 142 (1): 6-13.
- 3-Palmieri I, Natale E, Crafa F, Cavallro. A, Mingazzini P L. Epithelial Splenic Cyst. *Anticancer Res* 2005 Jan- Feb; 25(1B): 515-21.
- 4-Kanazawa H, Kamiya J, Nagion M, Uesaka K, Yuasa N, Oda K, Arai T, Nishio H, Nimura Y. Epidermoid Cyst in an intrapancreatic accessory Spleen. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2004; 11 (1): 61-3.
- 5-Casaccia M, Saltalamacchia L, Panaro F, Caualiere D, Ghinolfi D, Di Domenico S, Sauelli A, Ualente U. Total Splenectomy for a recurrent giant splenic cyst. *g. Chir* 2004 Nov - Dec; 25 (11 12): 390-3.
- 6-Hansen M B, Moller AC. Splenic Cyst. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004 Dec; 14(6): 36- 22.
- 7-Topilow AA, Steinoff NG. Splenic pseudo cyst late complications of trauma. *J Truma* 1975; 15,260-3.
- 8-Eisenstat TC, Morris PM, Mason RG. Cysts of spleen. *Am J Surg* 1977;134:635-7.
- 9-King H, Schaumacker HB, Splenic studies I. Susceptibility to infarction after splenectomy performed in infancy. *Ann Surg* 1952; 136:239-47.
- 10-Eraklis AJ, Keuy SV, Diamond LK. Hazard of overwhelming infection after splenectomy in children. *N Engl J Med* 1967;276:1225-9.
- 11-Brown MF, Roos AJ, Bishop HQ, Schnanfer L, Zieglar MM, George W. Partial splenectomy the preference alternative for the treatment of splenic cyst. *Ped Surg* 1989; 24:694-6.
- 12-Symmers W ST.C. Longmans, London, 1966, p: 238
- 13-Berthelot (1790): Cited by Sethi et all 1976.
- 14-Burri KT. Epithelial(True) Splenic cyst: Pathogenesis of mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. *AM J Surg Pathol* 1988; 128:275-81.
- 15-Morgen SL. Non parasitic splenic cysts pathogenesis classification and treatment. *GAM Coll Surg* 2002; 19:306-14
- 16-Losanoff JE. Richman BW, Jones JW. Nonparasitic splenic cysts. *J A M Coll Surg* 2002; 195:437-8.
- 17-Follwer RH. Collective review: on parasitic benign cystic tumors of the spleen: *Internat. Abstr Surg* 96;206-277.1953.
- 18-Morohoshi T, Homato T, Kurimura T, Yoshid AE, Kanda M, Funo K, Epidermoid cyst derived from an accessory spleen in the pancreas: A case report from the literature survey article. *JPN* 1991,41: 916-21.