

پیچش طحال - گزارش یک مورد

اسماعیل مشهدی زاده^{۱*}، عبدالحسن طلائی زاده^{**}، محمد حسین سرمست شوشتری^{**}

چکیده

پیچش (تورشن) طحال یک عارضه نادر است که بعلت دراز بودن پدیکول عروقی و همچنین عدم وجود لیگامانهای نگهدارنده طبیعی به پریتون و جدار شکم در حفره پریتون اتفاق می افتد. بهمین علت طحال ممکن است بطور آزاد در شکم و یا در لگن بطور اتفاقی پیدا شود. که در آن صورت طحال حول محور پدیکول عروقی چرخیده و باعث انسداد عروق آن و سپس دچار ایسکمی و حتی انفارکشن شود. تظاهرات کلینیکی طحال سرگردان متفاوت و گمراه کننده است. این تظاهرات ممکن است حاد یا مزمن باشد. در معاینه وجود توده بدون علامت یا توده دردناک بصورت درد حاد شکم است. معمولاً در صورت پیچش طحال بیمار دچار تب، استفراغ و تابلوی شکم حاد تظاهر کرده و در صورت عود پیچش و باز شدن به شکل دردهای کولیکی متناوب یا درد مبهم شکمی خود را نشان می دهد. تشخیص اولیه قبل از عمل بدون مطالعات رادیولوژیک مشکل است. درمان معمولاً در صورت پایین بودن سن بیمار و عدم ایسکمی، فیکس کردن طحال^۱ در زیر دیافراگم چپ و در غیر اینصورت اسپلنکتومی انجام می شود. بیمار ما با درد شکمی ناگهانی و شکم حاد مراجعه کرد با شک به تورشن کیست تخمدان بطور اورژانسی تحت عمل جراحی قرار گرفت که در لاپاراتومی با تشخیص تورشن طحال تحت اسپلنکتومی قرار گرفت. مطالعات سونوگرافی قبل از عمل کمکی به تشخیص نکرد.

کلید واژه گان: تورشن طحال، طحال سرگردان، اسپلنکتومی، انفارکتوس طحال م ع پ ۱۳۸۷؛ ۷(۱): ۱۳۵-۱۳۱

مقدمه

فرنواسپلنیک، اسپلنورنال، فرنوکولیک، پانکراتیکواسپلنیک (اسپلنوکولیک) باعث می شود، تا طحال بطور ثابت در محل آناتومیک فرد در ربع فوقانی چپ شکم و حفره پریتون ثابت بماند (۲) ممکنست تعدادی یا همه این لیگامانها وجود نداشته باشد. بیشتر طول پدیکول عروقی تعیین کننده برای موربیدی و

اگرچه شلی لیگامانهای طحال نیز باعث می شود تا این عضو در مسیر جای حفره پریتون و حتی لگن قرار گیرد. پدیکول طحال ممکنست بقدری دراز باشد که مستعد پیچش طحال شود. (۱) طحال بطور نرمال بوسیله اتصالات به پریتون متصل است که به آنها لیگامانهای نگهدارنده گویند. لیگامانهای

1-Splenopexy

* مربی، متخصص جراحی عمومی بیمارستان امام خمینی (ره)

** دانشیار بخش جراحی بیمارستان امام خمینی (ره)

۱- نویسنده مسؤل: Email: S mashhadi@ Gmail .com

Archive of SID

و مخاطها طبیعی و اسکلا طبیعی بود سر و قفسه سینه و صداها قلبی مشکل نداشته است.

در معاینه شکم: دیستانسون مختصر بوده، در سمع صداها روده ای طبیعی ولی در لمس گاردینگ و تندرنس شکمی بویژه در RLQ داشت. در معاینه لگنی سرویکس بسته بود و خونریزی نداشت و در لمس دو دستی (cervical Motion Tenderness) دارد. در لمس آدنکسها، در حد آدنکس راست توده ای حدود ۵×۶ سانتی متر لمس می شد. از بیمار Tap و پاراستز کولدساک انجام شد که در حدود ۱۰ میلی لیتر مایع گاهی رنگ خارج گردید. در آزمایشات CBC، $WBC=14 \times 10^3$ ، $HCT=24$ درصد و $g/100$ ، $Hb=98$ ، $Plalet=156 \times 10^3$ بود در کامل ادرار $WBC=2-7$ ، $Keton 2+$ ، $RBC Neg$ ، $Cast$ گرانوله وجود داشت.

در سونوگرافی بیمار توده هیپراکو در آدنکس راست با جدار منظم به ابعاد ۵×۷ سانتی متر دیده شد پیچش کیست تخمدان گزارش شده است. بعلت اورژانسی بودن سی تی اسکن انجام نشد. و بیمار برای عمل جراحی آماده شد. در اکسیلواسیون شکمی که توسط متخصص زنان انجام شد. تخمدانها و رحم و لوله ها سالم بوده ولی توده ای از لگن تا قسمتی در بالاتر ادامه داشت که پس از مشورت با جراحی عمومی انسزیون عرضی تیپ Pfannenstiel به انسزیون مدلاین تبدیل شد و در بررسی مشخص شد، که طحال بعلت پدیکول طویل، پیچش پیدا کرده و ایسمیک شده است. جهت بیمار پس از لیگاتور عروق طحالی اسپلنکتومی انجام شد. در بررسی ضایعه دیگری مشاهده نشد جدار شکم با نخ نایلون لوپ بسته شد. و پس از سه روز با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد.

تغییر محل طحال می باشد (۳). نقص تشکیل این اتصالات در زمان رشد جنینی پیشنهاد اتیولوژی مادرزادی را در پیچش طحال و جابجایی آن مطرح می کند. اگر چه پیشنهاد شده است که نقص اکتسابی در اتصالات طحال ممکنست در زنان چندزا ثانویه به تغییرات هورمونی در ضمن حاملگی و همراه شلی شکمی اتفاق افتد. بیشترین زمان تشخیص در کودکی یا در زنان بین سن ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. (۴)

تشخیص گاهی بطور اتفاقی و گاهی با دردهای شدید و شکم حاد مخصوصاً بوسیله سی تی اسکن داده می شود. با توجه به نادر بودن این بیماری که در دنیا تاکنون ۴۰۰ مورد گزارش شده است. (۱) این بیمار را معرفی می کنیم.

از لحاظ آناتومیک، طحال در محل خودش بوسیله چند لیگامان و چین پریتونال قرار گرفته است که این اتصالات به کولون (لیگامان اسپلنوکولیک): معده (لیگامان: دیافراگم و کلیه، غده آدرنال و دم پانکراس میباشد. در حالی که لیگامانهای کاسترو اسپلینک شامل عروق کوتاه معدی هستند، بقیه لیگامانها معمولاً بدون عروق هستند، باستثناء بیمارانی که پورتال هیپرتانسیون دارند. (۵)

گزارش مورد

خانمی متأهل ۱۸ ساله با درد پایین شکم به بخش اورژانس زنان مراجعه می کند. چندین بار استفراغ داشته است. ولی ابتدا درد شکم مبهم بوده و سپس به RLQ منتقل شده است. تب نداشته است و اشتهای بیمار تا قبل از مراجعه خوب بوده است. خونریزی واژینال نداشته و هیچگونه سابقه ای از دیابت شیرین یا بیماریهای زمینه ای دیگر کیست تخمدان را نمی دهد سابقه هیچگونه عمل جراحی قبلی را نمی دهد. در معاینه فشار خون PR=90/m T:37.2°C BP=120/70mmHg بوده

همکاران

بحث

آقای وان هورن یک پزشک Dutch، این وضعیت را در پی انجام اتوپسی در سال ۱۶۶۷ گزارش کرد. در ۱۸۷۵، آقای مارتین یک مامای آلمانی اولین اسپلنکتومی را برای طحال سرگردان انجام داد. (۶)

پیچش طحال معمولاً در طحال سرگردان اتفاق می افتد. این یافته نادر است و (wandering) spleen تعداد کمی از اسپلنکتومی‌ها را در بر می‌گیرد. طحال بطور طبیعی بوسیله لیگامان های نگهدارنده یا suspensory این عضو را در موقعیت آناتومیک طبیعی ثابت نگه می‌دارند. لیگامانهای نگهدارنده است که منجر به چسبندگی مزوگاستریوم پشتی به دیواره خلفی شکمی در ضمن رشد جنینی است. (۶)

شل بودن لیگامانهای طحالی باعث می شود تا طحال در هر جای حفره پریتون، از جمله لگن قرار گیرد. پدیکول طحال ممکن است بقدری طویل باشد. که باعث تورشن آن شود. چرخش کامل منجر به انسداد عروقی و انفارکتوس طحال می‌شود. اگر چه درجات خفیفتر از پیچ خوردگی ممکن است باعث درد شکمی متناوب و مزمن ناشی از ایسکمی شود. (۵)

شیوع طحال سرگردان بطور واضح مشخص نیست در نوشتجات پزشکی بیش از ۴۰۰ مورد طحال سرگردان تا بحال گزارش شده است (۱)

سن شیوع علائم بین ۲۰-۴۰ سالگی است و ۷۰-۸۰ درصد بیماران را خانمها تشکیل می دهد که اکثراً در سن بلوغ هستند. یک سوم بیماران را بچه‌ها تشکیل می‌دهند. و ۳۰ درصد آنها کمتر از ده سال سن دارند.

زیر سن ۱۰ سال نسبت مذکر به مؤنث مساوی است. (۳) با توجه به شیوع سنی متفاوت در طحال سرگردان از لحاظ جنس و سن، می توان دو اتیولوژی، اکتسابی و مادرزادی را در نظر گرفت. (۲ا)

در بعضی بیماران حدس زده می شود که طحال سرگردان آنها ناشی از اسپلنومگالی پیشرونده، بدلیل بیماریهایی نظیر، تیفوئید، لنفوم و مخصوصاً مالاریا است. البته بدلیل آنکه طحال این بیماران اندازه طبیعی یا کمی بزرگتر بوده است، این قضیه مورد سؤال است. شاید اسپلنومگالی ثانویه به تورشن‌های مزمن یا عود شونده و متعاقب آن احتقان وریدی است و نه مربوط به پروسه اولیه بیماری باشد.

تظاهرات کلینیکی طحال سرگردان متفاوت و گمراه کننده است. معمولاً به شکل توده شکمی بدون علامت است و گاهی با دردهای متناوب و نهایتاً شکم حاد مراجعه می کنند در حدود ۶۰ درصد بیماران در معاینه شکم توده دردناک در لمس دارند. طبیعت درد به درجه انسداد عروقی و ایسکمی پدیکول طحالی برمی گردد. تورشن حاد ممکن است باعث تب، استفراغ و شکم حاد شود، در حالیکه چرخش های راجعه، مزمن و با استفراغ مکرر شکل درد کولیکی متفاوت و ناراحتی مبهم شکمی تظاهر می کند. تورشن طحال ممکن است بوسیله اتساع شکمی، حرکت بدن، تغییر در فشار داخل شکمی در ضمن تنفس، یا پرستالتیسم اتفاق افتد. پانکراتیت حاد ممکن است بعلت پیچش دم پانکراس به همراه پدیکول طحالی نیز اتفاق افتد.

در معاینات شکمی بیمار با طحال سرگردان ممکن است با توده شکمی یا لگنی بدون درد و تندرns مراجعه کند. و یا با شکم حاد بعلت تورشن همراه با تندرns در محل جدار شکم تظاهر کند. که تشخیصی (تورشن طحال) است. تشخیص های افتراقی این بیماران شامل آبسه توبواویان، کیست تخمدان با چرخش، میوم رحمی، پانکراتیت حاد، انسداد روده، کانسر کولون، کوله سیسیت، درد شکمی مربوط به حاملگی خارج رحمی و یا خونریزی معده است. بررسی های آزمایشگاهی اغلب غیر اختصاصی است. گرچه لکوسیتوز معمولاً دیده می شود.

به تورشن این عضو می باشد ضمناً عدم مشاهده پرفوریون طحالی در سی تی اسکن، کمک به ارزیابی ما در انجام اسپلنکتومی است. (۹)

درمان

درمان قطعی طحال سرگردان اسپلنکتومی است. بعلت اینکه خطر پیچش حدود ۶۵ درصد است و بعلت اینکه عوارض خطرناکی چون انفارکتوس، گانگرن، آبه طحالی، خونریزی احشایی و نکروز پانکراس را داراست. حذف این عضو توصیه می شود.

در گذشته درمان طحال سرگردان اسپلنکتومی بود اما امروز بیشتر توصیه به اسپلنوپیکسی یا فیکس کردن طحال به پریتون با استفاده از روش های متدوال است بطوریکه اسپلنوپیکسی برای طحال های متحرک و اکتوپیک سالم با اندازه طبیعی بدون تورشن و ترومبوز وریدی توصیه می شود. این روش مخصوصاً در بچه ها ضروری است. (۸)

تصمیم به انجام اسپلنوپیکسی یا اسپلنکتومی بستگی به عدم ایسکمی این عضو پس از چرخش دارد. در صورتیکه طحال انفارکتوس دارد، اسپلنکتومی باید انجام شود. اگر پس از باز کردن پیچش، طحال زنده بود و ورید طحال ترومبوز نداشت، اسپلنوپیکسی اقدام عاقلانه ایست.

در مطالعات رادیولوژی: در رادیوگرافی ساده شکم اتساع یک قوس روده باریک و تصویر یک توده بافت نرم مشاهده می شود.

با دیدن لوپ های روده باریک در اطراف طحال می توان طحال سرگردان را حدس زد.

در سونوگرافی شکل و اکوژنیستی طحال را می توان در جاهای مختلف شکم دید و نبودن آن در جای طبیعی بسیار کمک کننده است. در صورت شک به تورشن در صورت امکان می توان با سونوگرافی جریان خون کم یا قطع آن را تشخیص داد. (۷)

اسکن رادیو ایزوتوپ تصویر سونوگرافی را کامل می کند. این آزمایش با ^{99}Tc -سولفور کلونید محل غیر طبیعی طحال را نشان می دهد در صورت تورشن فقط کبد دیده می شود و نمای مربوط به طحال محو شده و دیده نمی شود. (۸)

سی تی اسکن طحال سرگردان را با ارتباطات آناتومیک مشخص می کند. امتیاز این آزمایش نسبت به سونوگرافی ارزیابی دم پانکراس است. و عدم وجود طحال در موفقیت آناتومی طبیعی خود در LUQ و قرار گرفتن آن در وضعیت اکتوپیک یافته قطعی است. سی تی اسکن با کنتراست وریدی اطلاع با ارزشی از لحاظ پیچش به ما می دهد. عدم وجود کنتراست طحال باعث مشکوک شدن ما

منابع

- 1-Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, et al: Wandering spleen: A challenging diagnosis. South Med J 1997; 90: 434-43.
- 2-Allen KB, Gay BB Jr, Skandalakis JE. Wandering spleen: Anatomic and radiological consideration. South Med J 1992; 85: 976-84.
- 3- Dahitya N, Karth D, Visay RS, Kumer T, Vail M. Wandering spleen: Unusual presentation and course of events. Ind J Rachil Inuye 2002; 203: 359 – 302.
- 4-Grayer G, Zissin R, Apter S, Atar E, portnoy O, Itzchak Y. CT finding in congenital anomalies of spleen. BJR 2001; 74: 767-72.

همکاران

- 5- Park AE, Mckinlay R. Spleen. In: F Charles Brunicaardi, Darna K Aadresen, Timothy R Biliay, David L. Dunn, John G Hanter, Raphael E Pollock (eds). Schwartz's Principles of Surgery New York, Chapter 33, 8th Ed 2005: 1298.
- 6-Duperier T, Davies SH. Wandering Spleen: An unusual presentation of abdominal pain. Contemp Surg 2001; 57: 520-4.
- 7- Nemcek AA Jr Miller FH, Fitzgerald SW. Acute torsion of wandering spleen diagnosis by CT and duplex doppler and color flow sonography. Am J Radiol 1991; 157: 304-7.
- 8- Sayeed S, Koniaris LG, Kovach SJ, et al. Torsion of wandering spleen. Surgery 2002; 132: 535-6.
- 9-Fujiwara T, Tukehera y, Isoda H. et al. Torsion of the wandering spleen.CT. and angiographic appearance. J Comput Assist Tumor 1995; 4: 84-6.

Archive of SID