

(گزارش موردی)

گزارش یک مورد پیچ خوردگی طحال سرگردان

حمیدرضا همتی* (M.D.)

دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بیمارستان امیرالمومنین (ع)، گروه جراحی

چکیده

طحال سرگردان یک پدیده نادر است که در آن طحال در جای طبیعی خود قرار ندارد و می‌تواند به صورت یک توده شکمی بدون علامت، دردهای متناوب شکمی و یا شکم حاد جراحی تظاهر نماید. در اینجا، یک مورد حاد سرگردان در یک خانم جوان ۲۰ ساله گزارش می‌شود. بیمار با دردی حاد در ناحیه هیپوگاستر، ربع تحتانی راست و چپ شکم و تهوع و استفراغ به بیمارستان امیرالمومنین سمنان مراجعه نمود. در معاینه فیزیکی شکم، تندرنس ژنرالیزه با ارجحیت در قسمت‌های تحتانی و ربع تحتانی راست شکم توام با گاردینگ و ریباند تندرنس وجود داشت. بیمار با تشخیص شکم حاد جراحی تحت لاپاراتومی اورژانسی قرار گرفت و طی آن یک طحال لگنی که چندین بار حول پایه عروقی بلند آن چرخیده بود رویت شد. طحال محنتن بود و نقاط پراکنده انفارکت وجود داشت. اسپلنکتومی انجام شد. تظاهر بالینی طحال سرگردان بسیار متغیر می‌باشد و تشخیص آن اغلب دشوار است. عوارض طحال سرگردان شامل انفارکتوس، گانگرن، آبسه طحالی، خون‌ریزی واریسی و نکروز پانکراس می‌باشد. طحال سرگردان به دلیل فقدان اتصالات صفاقی در محل طبیعی خود یعنی ربع فوقانی چپ شکم قرار نگرفته و میزان تحرک آن را پایه عروقی مشخص می‌کند. درمان آن اسپلنوپکسی می‌باشد و باید جهت جلوگیری از عوارض انجام شود. در صورت بروز عوارض اسپلنکتومی انجام می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طحال سرگردان، پیچ خوردگی، اسپلنوپکسی، اسپلنکتومی

مقدمه

طحال بزرگ‌ترین عضو سیستم رتیکولواندوتلیال است که از تمایز مزانشیمی در سمت چپ مزوگاستر خلفی در رویان ۸ میلی‌متری در هفته پنجم جنینی به وجود می‌آید. در بالغین سالم وزن آن ۷۵ تا ۱۰۰ گرم است و با افزایش سن از آن کاسته می‌شود.

طحال در ربع فوقانی چپ شکم قرار داشته و در بالا با سطح تحتانی نیمه چپ دیافراگم تماس دارد و از جلو، خارج و خلف توسط قسمت‌های تحتانی قفسه سینه محافظت می‌شود. بطور طبیعی طحال به عنوان یک عضو داخل صفاقی توسط چندین لیگامان نگهدارنده در جای خود ثابت می‌شود

که عمده‌ترین آن‌ها عبارتند از لیگامان‌های طحالی - دیافراگمی، طحالی - کلیوی، طحالی - کولونی و معدی - طحالی.

لیگامان معدی - طحالی در حالت عادی حاوی عروق کوتاه معدی است در حالی که سایر لیگامان‌ها عمدتاً فاقد رگ می‌باشند مگر در بیماران مبتلا به هیپرتانسیون پورت باشند که وریدهای جانبی در آن‌ها ظاهر می‌شود. خون شریانی از طریق شریان طحالی که شاخه‌ای از شریان سلیاک می‌باشد وارد طحال می‌شود. تخلیه وریدی طحال عموماً از راه ورید طحالی است که بعداً به ورید مزاتریک فوقانی پیوسته و ورید پورت را می‌سازد [۱].

می‌باشد مشخص می‌شود [۴]. درمان اصلی بیماری اسپلنوپکسی و یا اسپلنکتومی می‌باشد [۵،۴].

گزارش مورد

یک خانم مجرد ۲۰ ساله با دردی حاد در ناحیه هیپوگاستر، ربع تحتانی راست و چپ به بیمارستان امیرالمومنین (ع) سمنان مراجعه نمود در سابقه بیمار یک درد کولیکی پهلوی چپ با رادیاسیون به شانه چپ را از ۳ روز قبل از مراجعه به بیمارستان بیان می‌کرد بیمار از تهوع و استفراغ شاکی بود. در سابقه پزشکی بیمار تنها عادات ماهیانه نامنظم وجود داشت و در معاینه فیزیکی شکم تندرست زرنالیزه با ارجحیت در قسمت‌های تحتانی شکم و ربع تحتانی راست شکم توام با گاردینگ و ریپاند تندرست وجود داشت. در بررسی آزمایشگاهی یک لوکوسیتوز حدود ۱۵۲۰۰ با نوتروفیلی ۸۰٪ یافت شد و پلاکت‌ها و هماتوکریت و آزمایش ادرار و سایر آزمایشات بیمار نرمال بود. با تشخیص شکم حاد جراحی عمل لاپاروتومی اورژانسی جهت بیمار انجام شد، شکم از ناحیه خط وسط باز شد و در طی آن یک طحال لگنی که چندین بار حول پایه عروقی آن چرخیده بود رویت شد (شکل ۱). طحال محققن با نقاط پراکنده اینفارکت و گانگرن وجود داشت. جهت بیمار اسپلنکتومی انجام شد، سپس حفره صفاقی شستشو داده شد و پس از کنترل هموستاز جدار شکم ترمیم و عمل پایان یافت.



شکل ۱. موقعیت طحال لگنی در داخل شکم

عمل کرد طحال شامل فاگوسیتوز و برداشتن عناصر سلولی از خون و نقش در ایمنی بدن می‌باشد. عبور خاص جریان خون از میان طناب‌های پولپ قرمز طحال فرصتی استثنائی برای فاگوسیتوز بقایا و ضایعات ناخواسته خون به‌خصوص گلوبول‌های قرمز پیر و غیرطبیعی فراهم کرده است. هم‌چنین طحال از طریق تولید آنتی‌بادی در سیستم ایمنی نقش دارد [۲،۱].

در صورت فقدان کل یا تعدادی از لیگامان‌ها نگهدارنده طحال پایه عروقی تعیین‌کننده میزان تحرک آن می‌باشد. طحال سرگردان یک اختلال نادر می‌باشد که در آن طحال به دلیل فقدان اتصالات صفاقی در محل طبیعی خود یعنی ربع فوقانی چپ شکم قرار نگرفته و در قسمت‌های تحتانی شکم یا ناحیه لگنی یافت می‌شود. یک پایه عروقی بلند تنها اتصال طحال سرگردان می‌باشد. این اختلال معمولاً در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی یافت می‌شود و ۸۰٪-۷۰٪ موارد ابتلا را خانم‌ها تشکیل می‌دهند. در افراد زیر ۱۰ سال نسبت زن به مرد ۱ به ۱ است و در افراد بالای ۱۰ سال این نسبت ۷ به ۱ است [۳،۴]. طحال سرگردان در ۵٪ اسپلنکتومی‌ها دیده می‌شود [۵]. بر اساس آمار اعلام شده توسط سازمان بین‌المللی بیماری‌ها و اختلالات نادر (NORD) ۴۵۰ مورد طحال سرگردان در فاصله سال‌های ۱۹۶۷ تا ۲۰۰۲ گزارش شده است و آخرین آن مربوط به سال ۲۰۰۲ می‌باشد [۳].

این اختلال می‌تواند بدون علامت مانده یا منجر به یک اختلال مزمن شکمی شود که ناشی از پیچ‌خوردگی‌های متناوب و خودبه‌خود برطرف شونده است و یا این‌که یک شکم حاد جراحی ایجاد نماید. هم‌چنین طحال سرگردان می‌تواند به دلیل مکان نامناسب آن دچار تروماهای غیرمتعارف شود. پیچ‌خوردگی پایه عروقی می‌تواند با انسداد اختلال بازگشت وریدی منجر به احتقان، استاز و عوارضی نظیر گانگرن طحال، آیسه و یا خون‌ریزی شود [۳].

تشخیص بیماری به‌وسیله سی‌تی اسکن با کنتراست وریدی تایید می‌گردد که به‌صورت فقدان طحال در محل طبیعی و یا عدم رنگ‌پذیری که نشانه پیچ‌خوردگی عروق آن

بحث و نتیجه گیری

شیوع وانسیدانس طحال سرگردان بر طبق سن و جنس دو علت اکتسابی و مادرزادی را در مورد آن پیشنهاد می‌کند. در نوع اکتسابی در زنان مولتی پار به‌عنوان نتیجه‌ای از تغییرات هورمونی در طی حاملگی اتفاق می‌افتد و از شل شدن لیگامان‌هایی که به طحال متصل هستند نتیجه می‌شوند. بعضی گزارشات نیز پیشنهاد کرده‌اند که طحال سرگردان نتیجه اسپلنومگالی ناشی از بیماری‌هایی چون تب تیفوئیدی، لنفوما و یا مالاریا می‌باشد. در فرم مادرزادی یک نقصی در رشد مزوگاستریم خلفی که لسرساک را می‌سازد وجود دارد و تماس مزوی خلفی به پریتون خلفی و دیافراگم ناقص است و لیگامن‌های نگهدارنده طحال تشکیل نشده‌اند و یا فقط قسمتی از آن‌ها تشکیل شده است [۶،۴،۳].

درد بیمار در طحال سرگردان به درجه انسداد عروقی و ایسکمی پایه عروقی طحال بستگی دارد. پیچ‌خوردگی حاد می‌تواند با تب، تهوع و استفراغ و درد حاد شکمی تظاهر نماید. درمان معمول این اختلال شامل ثابت کردن طحال به جدار شکم (اسپلنوپکسی) می‌باشد که باید جهت جلوگیری از

عوارض آن (انفارکتوس، گانگرن، آبسه و...) انجام شود، عوارضی که گاه می‌تواند بسیار خطرناک باشد و با خون‌ریزی داخل صفاقی منجر به مرگ بیمار گردد. در صورت به‌وجود نیامدن عوارض درمان بر حفظ طحال استوار است. و از آنجایی‌که در مواقع لزوم می‌توان بدون عارضه غیرقابل کنترل طحال را برداشت در صورت بروز انفارکت، گانگرن و یا خون‌ریزی باید اقدام به اسپلنکتومی نمود.

لذا با توجه به شرح حال، معاینه و یافته‌های حین عمل، بیمار ما دارای طحال سرگردان از نوع مادرزادی بود که به‌علت وقوع انفارکتوس و گانگرن اسپلنکتومی شد.

منابع

- [1] Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollok R, Schwartz's Principles of surgery. McGraw-Hill; 2005. 1297-1316.
- [2] Michael J, Zinner, Seymour I, Schwartz, Ellis H. Maingot's Abdominal operations. Appleton-Lange. 1997; 2035-2036.
- [3] Dahiga N, Karthikeyan D, Vijays S, Kumar T, Vaid M. Wandering Spleen. Ind J Radiol Image 2002; 12: 359-362.
- [4] Beauchamp R, Evers B, Mattox L. Sabiston Text book of Surgery. Saunders, 2008. 1635.
- [5] Deux J, Salomon L, Barrier A, Callard P, Bazot M. Acute torsion of Wandering Spleen. AJR 2004;182; 1607-1608.
- [6] Duperier T, Schmidt H, Davies R. Wandering Spleen: An unusual presentation of abdominal pain. Contemporary Surgery, 2001; 57: 520.

*(Case Report)***Acute torsion of wandering spleen: report of one case**

Hamid reza Hemmati (M.D)*

Dep of Surgery, School of Medicin, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 9 Oct 2008 Accepted: 8 Sep 2009)

Wandering spleen is a rare disorder in which the spleen is not located in the left upper quadrant but is found lower in the abdomen or in the pelvic region. Wandering spleen is usually demonstrated as asymptomatic abdominal mass, intermittent abdominal pain or acute abdomen. Here, we reported one case of acute torsion of wandering spleen. A 20 years old virgin woman with acute hypogastric, right and left lower abdominal pain, nausea and vomiting was referred to Amir Al Momenin hospital in Semnan (Iran). Physical examination revealed a generalized tenderness with preference in right lower abdomen, rebound tenderness and guarding. With diagnosis of acute abdomen, laparotomy was performed that it confirmed the presence of a pelvic spleen twisted several rounds on its long vascular pedicle, with congestion, partial infarction, and gangrene. Then, splenectomy was carried out for the patient.

Clinical presentation of wandering spleen is varied and the diagnosis is often elusive. Complications of wandering spleen include infarction, gangrene, splenic abscess, variceal hemorrhage and pancreatiting necrosis. The usual treatment is fixation of the spleen (spleopexy) except in cases of complications where splenectomy is preferred.

Key Words: Wandering spleen, Spleopexy, Splenectomy

* Corresponding author: Fax: +98 231 4461580; Tel: +98 9121314880
dr.hemmati2007@yahoo.com