

گزارش یک مورد خونریزی طحال به دنبال تورشن طحال سرگردان در یک زن ۲۴ ساله

دکتر کامران کاویانی فر*، دکتر مهدی حجتی**، کورش شهرکی***

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۲/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۱/۲۰

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی

** دستیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی

*** دانشجوی پزشکی، مرکز توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

چکیده

طحال سرگردان یا Wandering Spleen به طور نادر به علت فقدان یا شل بودن لیگامان‌های آویزان کننده‌اش ایجاد می‌شود و ممکن است به صورت شکم حاد (ناشی از تورشن طحال دور پایه عروقی) تظاهر یابد. این مقاله یک مورد خونریزی طحال را به دنبال تورشن طحال سرگردان در یک خانم ۲۴ ساله گزارش می‌نماید که بدون سابقه تروما در بهمن ماه سال ۸۶ با شکایت درد شکمی منتشر به اورژانس مراجعه نمود. بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت و طحال انفارکت شده خارج گردید. تورشن ممکن است در تعدادی از بیماران مبتلا به طحال سرگردان اتفاق بیفتد و تشخیص سریع آن نیز مشکل است، با این حال تورشن طحال سرگردان باید به عنوان یکی از تشخیص‌های افتراقی شکم حاد مدنظر باشد تا از نکرورز طحال و سایر عوارض پیشگیری شود. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۱، شماره ۳، پائیز ۱۳۸۸، ص ۶۳ تا ۶۸)

کلیدواژه‌ها: طحال سرگردان، تورشن طحال، پارگی طحال

مقدمه

موارد بدون عارضه اغلب بدون علامت بوده و به طور اتفاقی در حین معاینه و یا تصویر برداری تشخیص داده می‌شوند، ولی موارد عارضه دار اغلب به صورت شکم حاد تظاهر کرده و ممکن است قبل از جراحی تشخیص داده نشوند.^(۴،۵)

در این مقاله یک مورد خونریزی طحال به دنبال تورشن طحال سرگردان در یک خانم ۲۴ ساله همراه با یافته‌های تصویر برداری قبل از عمل و یافته‌های حین جراحی گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۴ ساله، اهل و ساکن زاهدان بود که در بهمن ماه سال ۸۶ با شکایت درد شکمی منتشر با ارجحیت در اطراف ناف و با ماهیت مداوم به اورژانس مراجعه نمود. بیمار طی چند روز قبل از مراجعه دچار درد شکم، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی

طحال سرگردان یا Wandering Spleen پدیده‌ای نادر با شیوع کمتر از ۰/۲-۰/۵ درصد است. طحال سرگردان کمتر از ۰/۲۵ درصد موارد اسپلنکتومی را شامل می‌شود. علت دقیق آن مشخص نیست.^(۱،۲) ولی شلی یا فقدان لیگامان‌های طحالی (که در حالت عادی باعث ثبات طحال می‌شود) به عنوان یکی از علل مطرح شده است. در مورد اتیولوژی دقیق طحال سرگردان اختلاف نظر وجود دارد و علل مادر زادی و اکتسابی گوناگونی برای آن مطرح می‌باشد. برخی مطالعات از نقش عوامل هورمونی و فقدان لیگامان‌های طحالی ناشی از نقص در تکامل جنینی نام برده‌اند.^(۳) شیوع طحال سرگردان در زنان ۱۳ برابر مردان است.^(۲،۴) متحرک بودن طحال سرگردان می‌تواند منجر به عوارض متعددی از جمله تورشن، گانگرن، ایجاد آبسه و خونریزی طحال و نکرورز دم پانکراس شود.^(۴)

همچنين در نماي سي تي اسكن مقادير بيشتري مايع آزاد در حفره پريتوتن مشخص گرديد. (شكل ۱- الف و ب)

در CBC مجدد كه از بيمار به عمل آمد افت هماتوكريت به ۲۶ درصد مشاهده شد و با توجه به مطرح بودن خونريزي داخل شكمي پس از احياي كافي، بيمار به اتاق عمل منتقل شده تحت لاپاروتومي قرار گرفت. مقادير زياد خون از داخل شكم ساكشن شد. طحال با يك پايه عروقي بلند ۲۷۰ درجه به دور خود بپيچيده و اندازه آن بزرگتر از حد طبيعي و بسيار محققن بود. خونريزي در ناحيه ناف طحال مشاهده شد كه ناشي از پارگي كپسول طحال در اين ناحيه بود. (شكل ۲- الف و ب)

نواحي نكروز متعدد روي سطح طحال قابل مشاهده بود ولي دم پانكراس طبيعي به نظر مي رسيد. با توجه به وضعيت فوق اسپلنكئومي انجام شد و بررسي پاتولوژي طحال بزرگ با نواحي انفاركتوس هموراژييك را نشان داد. واكسن پلسي والان پنوموكوك و دوزهاي روزانه پني سيلين براي بيمار تجويز شد. بيمار سير باليني بدون عارضه اي داشت و در روز چهارم پس از جراحي با حال عمومي خوب مرخص گرديد.



الف

و تب خفيف بود و هيچ سابقه اي از تروماي اخير را ذكر نمي كرد. در هنگام مراجعه، بيمار تاكي كارد (PR=۱۲۵) بود، تب (۳۸/۲°C دهاني) داشت و فشار خون بيمار ۱۱۰/۷۰ mmHg بود. در معايه فزيكي لاغر اندام و كمی رنگ پریده بود. معايه قفسه صدری طبیعی بود اما در معايه شكم اتساع نافرينه در سمت چپ ناف مشهود بود. در سمع شكم صداهاي روده اي کاهش يافته و در لمس حساسيت منتشر خفيف در كل شكم بدون گاردینگ و ريپاند تندرنس وجود داشت. توده اي گرد و سفت و متحرك با حدود مشخص در سمت چپ ناف به ابعاد ۲۰×۱۵ سانتی متر وجود داشت و حساسيت بر روي آن بيشتري از ساير نواحي شكم بود. در معايه لگن و ركتوم نكته غير طبيعي وجود نداشت. يافته هاي آزمايشگاهي در بدو مراجعه به شرح زير بود:

Hemoglobin:10.2g/dl Hematocrite:31.2%
 WBC:1600 BS:98mg/dl BUN:10
 PTT:30 PT:13 βHCG:negative

گرافي قفسه سينه در حالت ايستاده طبيعي بود.

در گرافي هاي خوابيده و ايستاده شكم تصوير يك توده نسج نرم در سمت چپ شكم با حدود گرد و مشخص مشاهده گرديد. در سونوگرافي ترانس ابدومينال به عمل آمده طحال با سايز بزرگتر از حد طبيعي ۱۲۵×۱۳۰ mm با اكوي پارانشيما نسبتاً هتروژن، خارج از محل طبيعي خود و در سمت چپ ناف رويت گرديد. در بررسي با پروب سطحي و Gray Scale، عروق نسبتاً ديلاته حاوي جريان خون درون طحال رويت گرديد و مقاديري مايع آزاد در لابلای لوپ هاي روده باريك و بن بست موريسون و لگن مشاهده شد. يافته هاي فوق در سونوگرافي تورشن يك طحال سرگردان را مطرح نمود.

براي بيمار سي تي اسكن شكم و لگن با كنتراست تزريقي و خوراكي انجام شد كه در آن با نماي تيبك علامت مارپيچ (Whorled Sign) كه مطرح كننده ي چرخش طحال به دور پايه ي عروقي آن مي باشد تشخيص سونوگرافيكي تايبد شد

بحث

طحال سرگردان پدیده ای نادر می باشد و به نامهای طحال اکتویپیک، جا به جا شده یا فرعی هم شناخته می شود که ممکن است در هر ناحیه ای از شکم قرار داشته باشد. این طحال به وسیله پایه عروقی اش در شکم آویزان می باشد که ناشی از فقدان یا شلی لیگامانهای نگهدارنده آن است.^(۱-۳) شیوع طحال سرگردان کمتر از ۰/۲ درصد گزارش شده است و در زنان شایع تر از مردان جوان می باشد. بر طبق گزارشات ویبل و پیوگ حدود ۰/۲۵ درصد موارد اسپلنکتومی ناشی از این آنومالی است.^(۱،۲) طحال سرگردان در تمام گروههای سنی دیده می شود اما معمولاً در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال و در زنان بیشتر است.^(۴،۵) در این مورد نیز بیمار خانمی ۲۴ ساله و بدون هیچ بیماری زمینه ای دیگری بود.

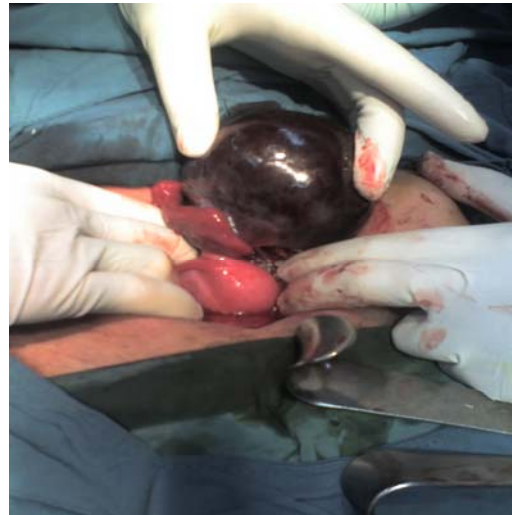
علائم بالینی طحال سرگردان متغیر می باشد. بسیاری از بیماران بی علامتند و به صورت تصادفی و به صورت یک توده شکمی بدون عارضه در معاینه فیزیکی و یا در تصویر برداری به علل دیگر کشف می شود. بیمار ممکن است دردهای شکمی خفیف متناوب ناشی از احتقان طحال به علت تورشن متناوب و رفع خود به خودی آن داشته باشد و یا با علائم شکم حاد به علت تورشن پایه عروقی طحال و به دنبال آن انفارکتوس مراجعه نماید. تورشن حاد، ممکن است با آپاندیسیت، دیورتیکولیت یا تورشن تخمدان اشتباه شود. در سال ۲۰۰۸ Misawa عوارض مختلف تورشن طحال شامل انفارکتوس طحال، هایپر اسپلنیسم، پانکراتیت، انسداد روده و خونریزی از واریس های مری را برشمرد.^(۱)

سایر تظاهرات بالینی شامل تهوع، استفراغ، تب، لکوسیتوز، علائم تحریک پریتونئ و یک توده قابل لمس در شکم یا لگن می باشد. سایر عوارض تورشن حاد طحال شامل گانگرن، تشکیل آبسه، پریتونیت موضعی، انسداد روده و نکروز دم پانکراس است. پانکراتیت حاد راجعه نیز به عنوان یکی از



ب

شکل ۱: نمای تیپیک Whorled Sign در دو مقطع سی تی اسکن



الف



ب

شکل ۲: طحال با یک پایه ی عروقی بلند، اندازه بزرگتر از طبیعی و بسیار ممتد

تشخیصی برای تورشن طحال سرگردان است^(۹،۱۰) که در این بیمار نیز وجود داشت.

در سال‌های گذشته، درمان استاندارد طحال سرگردان بدون تورشن اسپلنکتومی بود در حالی که در حال حاضر اسپلنوپکسی توصیه می‌شود چرا که اسپلنوپکسی یک روش جراحی با تهاجم کمتر می‌باشد. در مورد درمان تورشن طحال سرگردان اختلاف نظر وجود دارد. اگر انفارکتوس و ایسکمی وجود داشته باشد رزکسیون پارشیل یا ساب توتال طحال یا اسپلنکتومی انجام می‌شود.^(۱۱-۱۳) در این بیمار انفارکتوس وسیع طحال و احتقان شدید آن مشاهده شد لذا اسپلنکتومی برای بیمار انجام گرفت. در یک گزارش موردی در سال ۲۰۰۸ طحال سرگردان فامیلی در دو خواهر گزارش گردید که اولی در سن ۱۳ سالگی و دومی سه سال بعد در ۱۲ سالگی تظاهر یافته بود، این مورد تنها گزارش خانوادگی از طحال سرگردان است.^(۱۴) در مورد اول به علت انفارکتوس طحال اسپلنکتومی انجام شد ولی در خواهر کوچکتر به علت تشخیص زود هنگام و به موقع اسپلنوپکسی صورت گرفت.

علیرغم اینکه طحال سرگردان بسیار نادر می‌باشد و تورشن ممکن است در درصدی از این بیماران اتفاق بیفتد و تشخیص زود هنگام آن نیز مشکل است^(۱۵) جهت پیشگیری از بروز نکروز و سایر عوارض آن، تورشن طحال سرگردان نیز باید به عنوان یکی از تشخیص افتراقی‌های شکم حاد مدنظر باشد.

سپاسگزاری

با سپاس از کلیه پرسنل اورژانس و اتاق عمل بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)

عوارض آن گزارش شده است. در بیمار ما طحال سرگردان با درد شکمی متناوب و طول کشیده تظاهر یافت و تورشن پایه عروقی طحال سبب انفارکتوس نسبی و خونریزی شده بود.^(۳-۶) Abba و Al-Harthy یک دختر ۱۹ ساله با طحال سرگردان را که با دردهای شکمی راجعه تظاهر یافته بود گزارش نمودند.^(۷) در گزارش Stephen و همکارانش در سال ۲۰۰۴ یک دختر ۱۵ ساله با دردهای شکمی متناوب شدید ۳ هفته‌ای، آنمی، ترومبوسیتوپنی و توده شکمی قابل لمس گزارش گردید که با تشخیص تورشن طحال سرگردان، تحت اسپلنوپکسی لاپاروسکوپی قرار گرفت.^(۸)

تکنیک‌های تصویربرداری متنوعی جهت تشخیص تورشن طحال سرگردان وجود دارد که شامل رادیوگرافی ساده شکم، مطالعات باریوم، سیتی گرافی، سونوگرافی و سی تی اسکن است.^(۹،۱۰) رادیوگرافی ساده شکم و مطالعات باریوم غیر اختصاصی می‌باشند. سونوگرافی و سی تی اسکن می‌توانند طحال ویرگول شکل (COMMA-SHAPE) را در یک موقعیت اکتویک و فقدان بافت طحالی را در ربع فوقانی چپ نشان دهند. سونوگرافی می‌تواند درگیری احشای مجاور مثل دم پانکراس بزرگ شده را با اکوی متغیر (اگر دچار انفارکتوس بود) نشان دهد. اما وجود گاز روده‌ها استفاده از سونوگرافی را محدود می‌سازد. اولتراسونوگرافی داپلکس، سی تی اسکن و اسکن‌های کبد - طحال بهترین ابزارهای تشخیصی برای طحال سرگردان می‌باشند. در بیمار ما قبل از عمل جراحی تشخیص با استفاده از سونوگرافی و سی تی اسکن مطرح شد.^(۶،۹،۱۰)

یافته‌های سی تی اسکن در تورشن طحال سرگردان شامل فقدان طحال در قدام کلیه چپ و خلف معده، رویت توده لگنی یا شکمی تحتانی با پارانشیم طحالی هموزن یا هتروژن و اکوی کمتر از بافت طحالی نرمال، نمای سکه‌ای یا مارپیچی (Whorled Appearance) عروق طحالی و چربی اطراف آن و یافته‌های ثانویه مانند آسیت و نکروز دم پانکراس می‌باشند. نمای مارپیچی عروق طحالی و چربی اطراف یک یافته

References

1. Misawa T, Yoshida K, Shiba H ,et al. Wandering spleen with chronic torsion. Am J Surg. 2008;195(4):504-5.
2. Tan HH, Ooi LL, Tan D , et al. Recurrent abdominal pain in a woman with a wandering spleen. Singapore Med J. 2007;48(4):122-4.
3. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. South Med J. 1997;90:439-43.
4. Alimoglu O, Sahin M, Akdag M. Torsion of a wandering spleen presenting with acute abdomen: a case report. Acta Chir Belg. 2004;104(2):221-3.
5. Sodhi KS, Saggarr K, Sood BP, Sandhu P. Torsion of a wandering spleen: Acute abdominal presentation. J Emerg Med. 2003;25:133-7.
6. Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: Case report and literature review. Curr Surg. 2003;60:310-2.
7. Abba AA, Al-Harthy MS. Wandering spleen. Saud Med J. 2003;24 : 1404-1405.
8. Stephen SK, Steven L, John HT, et al. Laparoscopic Splenopexy for the wandering spleen syndrome. Ped Endosurg & Innovative Tech. 2003; 7(3): 237-241.
9. Ben Ely A, Zissin R, Copel L , et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. Clin Radiol. 2006;61(11):954-8.
10. Arda K, Kizilkanat K, Celik M, Turkalp E. Intermittent torsion of a wandering spleen in a child: The role of MRI in diagnosis. JBR-BTR. 2004;87:70-2.
11. Benevento A, Boni L, Dionigi G, et al. Emergency laparoscopic splenectomy for "wandering" (pelvic) spleen: case report and review of the literature on laparoscopic approach to splenic diseases. Surg Endosc. 2002;16(9):1364-5.
12. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, et al. Laparoscopic mesh splenopexy (sandwich technique) for wandering spleen. JSLS. 2007;11(2):246-51.
13. Kleiner O, Newman N, Cohen Z. Pediatric wandering spleen successfully treated by laparoscopic splenopexy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2006;16(3):328-30.
14. Ben Ely A, Segulier E. Familial wandering spleen: a first instance. J Ped Surg. 2008; 43:23-5.
15. Safioleas MC, Stamatakos MC, Diab AI , et al. Wandering spleen with torsion of the pedicle. Saudi Med J. 2007;28(1):135-6.

Torsion of a Wandering Spleen in a 24 Years Old Female: a Case Report and Review of Literature

KavianiFar Kamran, MD*; Hojjati Mehdi, MD**; Shahraki Kourosh ***

Received: 8/May /2008

Accepted: 9 /Apr /2009

Wandering spleen is a rare condition characterized by increased splenic mobility due to the absence or laxity of its suspensory ligaments that may present as acute abdomen when it is twisted on its pedicle. Herein we report a case of torsion of a wandering spleen in a 24- year-old female patient without any history of trauma .The patient was admitted to emergency ward at February 2008 with clinical findings of acute abdomen. Laparotomy was performed and the infarcted spleen was removed. Although wandering spleen is a rare clinical entity, the possibility of torsion should be kept in mind in the differential diagnosis of acute abdomen to avoid serious complications.

KEY WORDS: *Wandering spleen, Splenic torsion, Splenic rupture*

*Assistant Prof, Dept of surgery, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

** Resident of surgery, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

*** Student of Medicine, Clinical Research Development Center, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.