

دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترای پزشکی

موضوع

بررسی موارد اسپلنکتومی طی سالهای ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱

در بیمارستان شهید رجایی و ولایت

استاد راهنما

دکتر حسن پارسا

نگارش

رحیم نخعی

شماره پایان نامه

سال تحصیلی

تقدیر از استاد

خدای متعال را بسی سپاسگزارم که عنایت فرمود تا در پرتو توجهاتش انجام این پژوهش را به اتمام برسانم .

از جناب آقای دکتر حسین پارسا که قبول زحمت فرموده و با راهنماییهای ارزنده خود در ارائه هر چه غنی تر این رساله یاریم نمودند ، سپاسگزارم و موفقیت ایشان را از درگاه خداوند متعال خواستارم .

فهرست مطالب

عنوان صفحه

بخش اول - آناتومی طحال

بخش دوم - بررسی میکروسکوپی طحال

بخش سوم - گردش خون در طحال

بخش چهارم - فیزیولوژی و پاتولوژی طحال

بخش پنجم - تاریخچه اسپلنکتومی

بخش ششم - بررسی علل اسپلنکتومی و بررسی های تشخیصی

بخش هفتم - علائم بالینی ترومای طحال

بخش هشتم - نقش اسپلنکتومی در اختلالات خونی

بخش نهم - روش عمل اسپلنکتومی

بخش دهم - آمادگی قبل از عمل اسپلکتومی

بخش یازدهم - نتایج حاصل از بررسی

منابع

مقدمه

اسپلنکتومی یکی از اعمال مهم جراحی شکم می باشد که خود از اهمیت ویژه ای برخوردار است .

۱- این عمل جراحی در بسیاری از موارد به دلیل عوارض ناشی از تروما و در بیماران بدحال و گاه در حال شوک انجام می شود و بدین علت رسیدگی و اقدام سریع و عاجل و نیز انجام اقدامات قبل از عمل می تواند جان بیماران را نجات داده و از عوارض پس از عمل تا حد امکان جلوگیری کند .

۲- اهمیت دیگر اسپلنوکتومی در تشخیص و درمان بیماریهای سیستمیک و بیماریهای خونی و سرطان می باشد که خود می تواند بیمار را از رنج بیماری نجات بخشد .

با توجه به موارد ذکر شده تصمیم گرفته شد که تلاشی در حدتوان جهت بررسی اندیکاسیون های اسپلنکتومی در کتب مرجع و مقایسه آن با موارد انجام شده در طول سالهای ۹۰ و ۹۱ در بیمارستان ولایت و شهید رجایی صورت پذیرد ، تحت نظر استاد معظم آقای دکتر حسین پارسا این بررسی انجام گرفت که در اینجا بر خود لازم می دانم از آن استاد محترم به دلیل رهنمودهای علمی و عملی ایشان تشکر نمایم .

بخش ششم

تاریخچه اسپلنکتومی

در سال ۱۸۱۶ نیز اولین اسپلنکتومی کامل در تروما توسط جراحی بنام Q Brien در سانفرانسیسکو امریکا انجام شد . بیمار یک ملوان مکزیکی بود که توسط یک زن مورد حمله قرار گرفته و با چاقو در موضع مجروح شده بود .

با توجه به جراحی های انجام شده و پس از آنکه بیماران بهبود یافتند مجدداً مسئله غیرضروری بودن طحال مطرح شد و انجام اسپلنکتومی کامل و ناقص در قرون ۱۹ و ۲۰ بطور اختصاصی تثبیت گشت و بدنبال آن اولین جراحی موفقیت آمیز اسپلنکتومی در انگلستان نیز در سال ۱۸۸۷ توسط Sir thomas spencer wells در بیماری با اسپلنومگالی که بعداً ابتلاء وی به اسفروسیتوز ارثی ثابت شد انجام گرفت . اما در زمانیکه بتدریج اسپلنکتومی تنها درمان در تروما و اسپلنومگالی مطرح بود بیلروت بدنبال انجام اتوپسی در سال ۱۸۸۱ اعلام کرد که طحال می تواند بعد از ضایعه بهبود یابد . وی این مسئله را طی یک اتوپسی در بیماری که به دلیل ضایعه وارد شده به سر فوت کرد و همراهش ضایعه طحالی هم داشت اعلام نمود .

اما با تمام تفاسیر گفته شده باز هم باید یادآور شد که در اوایل قرن ۲۰ اسپلنکتومی کامل به

کردند که تمام پنج بیمار زیر ۶ ماهه ای که مورد عمل اسپلنکتومی قرار گرفتند دچار مننژیت و سپتی سمی مهلکی شده و ۲ نفر از آنها نیز به همین علت جان سپردند . بعد از آن تلاش جهت حفظ بقاء کل طحال یا قسمتی از طحال شروع شد و اولین اقدام موفقیت آمیز اسپلنکتومی ناقص Partial splenectomy بدون تروما در جراحی مدرن توسط Campos christo در سال ۱۹۶۲ گزارش شد و در تأیید اعمال و نظرات جدید در سال ۱۹۷۳ Singers بدنبال بررسی های متعدد بر افزایش Sepsis در بچه ها بدنبال عمل اسپلنکتومی مقاله ای منتشر ساخت . singer پرونده ۲۳ گروه مختلف از بیماران را در این رابطه بازبینی نموده است . مجموع کل این بیماران ۲۷۹۵ نفر بوده است . در ۶۸۸ بیماری که (۳۰۰ نفرشان بالغ بوده اند) به خاطر وارد آمدن تروما اسپلنکتومی شده اند ، خطر عفونت ۱/۴۵ درصد بوده است و فقط ۴ نفر از این بیماران فوت شده

اند یعنی میزان مرگ و میر رقمی معادل ۰/۵۸ درصد بوده است . او این رقم را با رقم مرگ و میر جمعیت عمومی جامعه در اثر عفونت منتشر که تخمیناً در حدود ۰/۰۱ درصد بوده مقایسه کرده است .

آنها نتیجه گیری کردند که ارقام ۱ تا ۲ درصد که در مورد میزان شیوع عفونت های پس از اسپلنکتومی بیان شده ، ۱۰ الی ۲۰ برابر بیشتر از میزان شیوع واقعی آنهاست . این مؤلفین چنین اظهار کرده اند که در سه گروه از این بیماران بالغ که در بدو امر شواهدی از خونریزی نداشته و از نظر وضعیت عمومی پایدار بوده اند ، تحت نظرگیری و عدم انجام عمل جراحی میزان موفقیتی در حدود ۶۰٪ در پی داشته است ۹۳٪ از بیمارانی که اقدامات غیر جراحی در آنها با شکست مواجه شد به انجام اسپلنکتومی نیاز پیدا کردند . بنابراین در مواقعی که احساس می شود ضایعه اولیه نسبتاً جزئی است انجام اقدامات غیر جراحی ، میزان حفظ طحال را افزایش نداده است .

گذشته از این ، Luna و همکارانش چنین تخمین زده اند که ۳۵-۴۰ درصد بیمارانی که به طور موفقیت آمیزی تحت نظر قرار داده می شوند به ترانسفوزیون خون تا میزان حدوداً ۴۰-۵۰ درصد حجم خون خودشان نیاز پیدا می کنند . گرچه نشانه های بیماری شاید فقط در ۵۰ درصد بیماران مبتلا به هیپاتیت غیر A- غیر B عارض می شود و فقط ۲۰ درصد بیماران دچار ایکتر می شوند . ولی چنین برآورد می گردد که خطر ابتلاء به هیپاتیت به ازای هر یک واحد ترانسفوزیون خون ، نزدیک به ۳٪ می باشد و میزان مرگ ناشی از هیپاتیت پس از ترانسفوزیون به ازای هر واحد خون در حدود ۰/۱۴ درصد است .

درمان مناسب بیماران مبتلا به ضایعات طحال هنوز مورد بحث است و لازم است که ارزیابی مجدد اطلاعات ادامه یابد . ممکن است که شکست درمان غیر جراحی مکرراً به انجام اسپلنکتومی به جای اسپلنورافی (روش ارجح) منجر شده و باعث افزایش احتمال تزریق خون و مسائل مربوط به انتقال بیماریها شود . پس می توان نتیجه گرفت که عواقب درمان محافظه کارانه بیشتر از فوائد تئوریک آن است . Luna و Dellinger همچنین نتیجه گرفته اند که در بالغین ۰/۲۶ درصد از

بیمارانی که تحت نظر قرار داده می شوند . جان می سپردند (این رقم برای اطفال ۰/۱۷ درصد است) در حالی که مرگ و میر بیمارانی که در بدو امر مورد عمل جراحی قرار داده می شوند ۰/۰۶ درصد است .

بخش هفتم

بررسی علل اسپلنکتومی

بطور کلی عمل اسپلنکتومی در یکی از دو حالت زیر انجام می شود :

- ۱- اسپلنکتومی انتخابی جهت درمان بیماری یا مرحله بندی بیماری
- ۲- اسپلنکتومی اجباری که شایعترین علت آن پارگی طحال می باشد .

پارگی طحال

اصطلاح پارگی (rupture) به آن دسته از آسیب های طحالی که باعث قطع پارانشیم ، کپسول یا عروق خونی شوند اطلاق می گردد و این شایعترین علت اسپلنکتومی است . طحال آسیب پذیرترین عضو در ترومای غیرنافذ شکم بوده و در ضایعات نافذ شکمی نیز به طور شایعی صدمه می بیند .

-ضایعاتی که در ترومای طحال دیده می شوند عبارتند:

۱- پارگی های خطی و ستاره ای

۲- پارگی کپسول

۳- زخم ناشی از سوراخ کردن توسط اشیاء نوک تیز و یا دنده های شکسته

۴- هماتوم ساب کپسولر

۵- کندگی عضو از پدیکول عروقی

۶- پارگی عروق معدی کوتاه در داخل لیگامان معدی - طحالی

بررسی های تشخیصی در ترومای طحالی

۱- علائم بالینی

- تاکیکاردی

- افت فشار خون به ویژه در حالت نشسته

- Kehr sign

- Balance sign

- حساسیت ربع فوقانی چپ یا پهلوی چپ

۲) علائم آزمایشگاهی

- کاهش هماتوکریت در آزمایشات سریال

- لکوسیتوز بیش از ۱۵۰۰۰

۳) علائم رادیوگرافیک

- بی حرکتی و بالا رفتن دیافراگم

- بزرگی سایه طحالی

- جابجائی سایه معده به طرف داخل همراه با دنداندار شدن خم بزرگ به علت نفوذ خون به

داخل امتوم معدی - طحالی

- پهن شدن فضای بین خم طحالی و چربی دور صفاقی

۴) سونوگرافی

۵) پارسنتز

۶) لاواژ شکم

۷) اسکن هسته ای و CT Scan

- نقص پر شدگی

- جابه جایی

- افزایش اندازه طحال

- نمای دانه دانه (Mottled)

۸) آنژیوگرافی

- قطع پارانشیم طحال

- پیدا شدن ماده حاجب در داخل حفره صفاق

- پر شدگی زودرس ورید طحالی

معیارهای انجام عمل جراحی در ترومای طحال

۱- آسیب به سایر اعضای داخل شکم

۲- افزایش شدت علائم صفاقی

۳- ادامه خونریزی

- کاهش هماتوکریت در بررسی های سریال

- نیاز به ترانسفوزیون خون زیاد

-

جهت رسیدن به اهداف منظور شده در این بررسی منبع تحقیق بایگانی مدارک پزشکی بیمارستان شهید رجایی و ولایت بود که پرونده های بیماران اسپلنکتومی شده در طول سالهای ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ انتخاب شد .

تعداد کل پرونده های بررسی شده ۷۷ مورد می باشد که براساس این بازنگری ۴۶ نفر از بیماران مذکر و ۳۱ نفر مؤنث بوده اند . حداقل و حداکثر سن بیماران در پرونده های بررسی شده به ترتیب ۲ و ۸۰ سال می باشد . شایعترین علت اسپلنکتومی تروما است ۵۴/۴ بیماریهای خونی در ردیف علت اسپلنکتومی می باشد ۲۰/۷ دیگر علت می توان به موارد اسپلنکتومی در بدخیمی های اعضاء مجاور و علت پاتروژنیک اشاره کرد .

در این بررسی که به صورت آماری به تجزیه و تحلیل علت اعمال جراحی اسپلنکتومی پرداخته شده است نتایجی به دست آمده که اکثراً در راستای نتایج موجود در کتب معتبر جراحی بوده ولی در پاره ای موارد جزئی با آن متفاوت می باشد . نتایج حاصل شده در این بررسی عبارتند از :

- ۱- تروما عمده ترین اندیکاسیون اسپلنکتومی را تشکیل می دهد .
- ۲- اکثریت موارد تروما را ترومای غیرنافذ تشکیل می دهد .
- ۳- ضایعه همراه در بیش از نیمی از موارد پارگی طحال وجود دارد.
- ۴- از ۷۷ مورد اسپلنکتومی ۴۰ مورد به دنبال ترومای بلانت ناشی از تصادفات و سقوط از ارتفاع بوده است . ۱۵ مورد به دنبال درد شکمی و ۱۸ مورد به دنبال اختلالات خونریزی ناشی انجام شده است .
- ۵- شایعترین روش تشخیص در بررسی های انجام شده تصویر برداری ۳/۳۶٪ و پس از آن لاولژ و لاپاراتومی و پس از آن معاینات مکرر و اندازه گیری Hb سریال بوده است .
- ۶- دومین علت شایع اسپلنکتومی ، بیماریهای خونی می باشد که از این میان ITP بیشترین علت را به خود اختصاص داده است .

- ۷- شکستگی دنده شایعترین ضایعه همراه با ضایعه طحال در ترومای غیرنافذ می باشد .
- ۸- کلیه بیماران ترومایی بعد از عمل جراحی واکسن پنوموواکس را دریافت کرده اند و در افراد کمتر از ۱۵ سال پنی سیلین خوراکی به صورت پروفیلاکتیک تجویز شده است .
- ۹- طول مدت بستری در جراحی های انتخابی یا ضایعه منفرد طحال حداکثر هفت روز بوده است و هیچ عارضه ای که موجب افزایش طول مدت بستری گردد در جراحی انتخابی دیده نشد . حداقل و حداکثر طول مدت بستری بیماران مورد بررسی به ترتیب ۵ و ۴۰ روز بوده است که افزایش طول زمان بستری به دلیل ضایعات همراه می باشد .
- ۱۰- برای غالب بیماران که تحت عمل اسپلنکتومی قرار گرفته اند از درن در محل عمل جراحی استفاده شده است .
- ۱۱- 11 مورد مرگ در زمان بستری بیمارستان روی داده است که ۶ مورد به دنبال ترومای شکم ، ۳ مورد به علت کانسر و ۱ مورد به علت عفونت و ۱ مورد نیز به علت ترومبوز ورید طحالی بوده است و مدرکی دال بر اینکه اسپلنکتومی سبب مرگ شده باشد ، وجود ندارد.
- ۱۲- مرگ و میر در تروما اکثراً بدلیل ضایعات متعدد و نیز خونریزی شدید بوده که بیشترین علت آن خونریزی از عروق بزرگ شکم می باشد .
- ۱۳- در ترومای منفرد طحال مرگ و میر وجود نداشته است .

از ۴۰ مورد ترومای بلانت

بدون ضایعه ی همراه	۱۵	۳۵/۷٪
دنده	۱۲	۲۸/۵٪
دیافراگم	۲	۴/۷٪
کبد	۷	۱۶/۶٪
ضایعه ی عروقی	۲	۴/۷٪
هماتوم خلف صنایق	۱۲	۲۸/۵٪

پارگی فرانتز	۵	٪ ۱۱/۹
روده	۷	٪ ۱۶/۶

علل اسپلنکتومی در بیماران بستری در بیمارستان های شهید رجایی و ولایت در سالهای ۱۳۹۰-۱۳۹۱

پارگی طحال به دنبال تروما	۴۰	٪۵۱/۹
	۱۷	٪۲۲
بدخیمی	10	٪۱۲/۹
یاتروژنیک	۲	٪۲/۵
کیست هیداتید	۲	٪۲/۵
عفونت	۲	٪۲/۵
تالاسمی	۱	٪۱/۲
کیست کاذب	۱	٪۱/۲
ترومبوز ورید طحالی	۱	٪۱/۲
آنوریسه تنه ی سیاک	۱	٪۱/۲

غده ی تشخیص اسیب طحالی در ۴۱ مورد بیماران ترومایی در بیمارستان های شهید رجایی و ولایت در سالهای ۱۳۹۰-۱۳۹۱

CT- scan	۱۹	۴۶/۳
لاواژ	۱۲	۲۹/۲
معاینات و اندازه گیری Hb سریال	۵	۱۲/۲
لاپاراتومی	۵	۱۲/۲

نحوه ی تشخیص آسیب طحالی در ۱۰ مورد بیماران با بدخیمی در بیمارستان های شهید رجایی
و ولایت در سالهای ۱۳۹۰- ۱۳۹۱

سی تی اسکن	۶	٪۶۰
لاپاراتومی	۴	٪۴۰

