

مقالات مروری

REVIEW ARTICLES

ترمیم ضایعات طحال

دکتر حسین اکبری* دکتر فریبا الماسی** دکتر سیدمحمد معتمد الشریعتی**

چکیده:

در تمام بیماران با ضایعات طحال هدف مورد نظر ترمیم طحال است. ترمیم ضایعات طحال معمولاً در بیمارانی که مقدار کمتری از ضایعات داخل شکمی همراه دارند انجام می‌شود و تقریباً در ۵۰٪ موارد می‌توان طحال ضایعه دیده را ترمیم کرد. ترمیم طحال را می‌توان تقریباً بدون ریسک خونریزی مجدد انجام داد.

کلید واژه‌ها: طحال - ترمیم طحال

Keywords : Spleen , Splenorrhaphy

* فوق تخصص جراحی ترمیمی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه
** متخصص گروه زنان و مامایی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین
*** فوق تخصص جراحی ترمیمی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه

□ تاریخچه :

بیماری‌های هماتولوژیک و یا مواقعی که از داروهای ایمنوساپرسیو استفاده می‌شود با افزایش انسیدانس ابتلاء به Sepsis همراه می‌باشد. کودکان اسپلنکتومی شده بایستی حتی الامکان از قبل با تزریق پنوموواکس در برابر Opsi محافظت شوند. این امر به عقیده برخی در بالغین هم ضرورت دارد بخصوص اگر فرد مبتلا به آنمی داسی شکل، تالاسمی و یا آنمی‌های همولیتیک اتوایمیون باشد.

□ پارگی طحال :

تعریف : منظور آن دسته جراحات طحال است که باعث قطع کپسول، پارانشیم یا عروق خونی شده باشد. علل اصلی صدمات نافذ و بلانت هستند گرچه به ندرت ممکن است پارگی طحال خودبخود روی دهد. در ترومای بلانت طحال معمولاً آسیب می‌بیند. مالاریا و مونونوکلئوز عفونی شایع‌ترین بیماری‌هایی هستند که در آنها پارگی خودبخود طحال رخ می‌دهد. پارگی طحال می‌تواند فوری، تأخیری یا نهفته باشد. در ۹۰٪ موارد پارگی طحال فوری است و در پارگی تأخیری طحال یک دوره نهفته (معمولاً ۲ هفته) از ایراد تروما تا ظهور علائم بالینی وجود دارد. نتیجه پارگی نهفته طحال ایجاد کیست کاذب در آن است.

□ تشخیص پارگی بر مبنای :

الف) مکانیسم آسیب وارده
ب) علائم بالینی شامل درد شکم، حساسیت، شوک،
Kher's Sign
ج) روش‌های پاراکلینیک شامل گرافی ساده شکم،
DPL, CT اسکن است.
آسیب ناشی از تروما به طحال به ۵ درجه تقسیم شده است (جدول شماره ۱).
براساس آنچه در جدول فوق الذکر آمده است تنها اندیکاسیون مطلق برای اسپلنکتومی در جریان تروما آسیب‌های درجه ۵ است.

گالن طحال را ارگانی مرموز و پلینی آن را بازدارنده سرعت دوندگان توصیف کرد. اولین گزارش اسپلنکتومی به نام آقای آدریان زاگرلی در سال ۱۵۴۹ ثبت شده است. آقای ریگانر اولین مورد اسپلنکتومی موفق بدنبال تروماهای غیرنافذ شکمی را گزارش کرد. بهبود خودبخود طحال ضایعه‌دیده در جریان اتوپسی یک بیمار در سال ۱۸۸۱ شرح داده شد ولی در واقع تا سال ۱۹۷۳ که سینگر افزایش شیوع سپسیس در کودکان و شیرخواران اسپلنکتومی شده را بیان کرد اقدام جدی در جهت حفظ تمام یا بخشی از طحال آسیب‌دیده صورت نگرفته بود.

□ آناتومی و فیزیولوژی :

طحال از تمایز مزانشیم در طرف چپ مزوگاستریوم ایجاد و وزن آن در فرد بالغ ۷۵-۱۰۰ گرم می‌باشد. موقعیت طحال بوسیله چند رباط نگهدارنده در ۱/ فوقانی کمری حفظ می‌گردد. شریان طحالی شاخه‌ای از تنه سلیاک می‌باشد و ۳۰۰ cc در دقیقه به آن خون می‌رساند. در ۳۵-۱۴٪ افراد طحال فرعی وجود دارد.

وجود طحال برای زندگی ضروری نیست ولی ۲ کار عمده آن عبارتند از :

۱) اعمالی که بر روی سلول‌های گردش خون انجام می‌دهد. شامل هماتوپویز، ذخیره، Pitting و Culling.
۲) نقش آن در سیستم دفاعی بدن شامل : فاگوسیتوز سلول‌های پوشیده از آنتی بادی، تولید IgM، تکامل لنفوسیت‌ها، تولید Opsonin, Properdin و Tuftsin می‌باشد.

عقیده بر این است که اگر مقادیر کافی از اپسونین‌ها وجود داشته باشد و سیستم رتیکیولو آندوتلیال سالم باشد نقش طحال در پاک کردن ارگانیسم‌های Blood borne از خون کم خواهد شد ولی هر نوع اختلال در سیستم رتیکیولو آندوتلیال مثل

استفاده کرد.

در صورتی که به علت کندی یک قطعه طحال لازم شود که اسپلنکتومی پارسیل صورت پذیرد ابتدا بایستی عروق Short Gastric لیگاتور شود و سپس شریان طحال Skletonized شده و شریان مربوط به قسمت برداشته شده لیگاتور گردد. در این موقعیت مرز بین قسمت زنده و نکروتیک طحال مشخص خواهد شد.

آنچه روشن نیست این است که حداقل چه مقدار از طحال باید باقی بماند تا فونکسیون ایمونولوژیک آن حفظ شده باشد.

آخرین متد حفظ طحال می تواند شامل کاشتن قطعات طحال در انتوم باشد. اغلب جراحان نیازی به درناژ ناحیه LUQ نمی بینند و در صورتی که به کنترل هموستاز شک داشته باشیم به مدت ۲۴-۴۸ ساعت درناژ بسته موضعی صورت می پذیرد.

مهمترین فاکتور در میزان موفقیت اسپلنورافی درجه بندی آسیب طحال است. در مجموع میزان موفقیت ۴۹٪ و خطر خونریزی مجدد ۱/۶٪ ذکر شده است.

احتمالاً در بیماران ذیل می توان با سیاست تحت نظر گرفتن از اقدام به جراحی در بیمار تروماتیزه با آسیب احتمالی به طحال صرف نظر نمود.

۱) وضعیت همودینامیکی در تمام مدت تحت نظر گرفتن بیمار ثابت باشد.

۲) علائم تحریک پریتون وجود نداشته باشد.

۳) نیاز به ترانسفوزیون بیشتر از ۲ واحد خون نباشد. با توجه به اهمیت طحال و نقش آن در سیستم ایمنی تمایل روز افزون برای اقدام به اسپلنورافی در بیمارانی که به علت آسیب های وارده باید لاپاراتومی شوند وجود دارد.

تنها کنترااندیکاسیون اسپلنورافی عبارتست از:

۱- آسیب درجه ۵ طحال

۲- طحال با بیماری زمینه ای قلبی

تکنیک اسپلنورافی متغیر است و به شدت آسیب وارده بستگی دارد.

پارگی جزئی کپسول یا کندی با خونریزی متوسط و عوامل هموستاتیک موضعی مثل سرجی سل (Surgicel) یا Avitan که به وسیله پدهای لاپاراتومی خشک به مدت ۱۰-۵ دقیقه در موضع فشرده می شوند کنترل می گردد. اخیراً چسب های فیرینی موارد استفاده از بخیه در پارگی های عمقی را کمتر نموده است.

پارگی ها و شکاف های موجود در پارانشیم با استفاده از نخ کرومیک ۰ تا ۰۳ ترمیم می شود. کشش وارده بر نخ باید به حدی باشد که پارگی بیشتر پارانشیم را موجب نشود. در صورتی که بخیه ها موجب تشدید پارگی در پارانشیم طحال شود استفاده از ترکیباتی به عنوان تکیه گاه و ترجیحاً انتوم لازم می شود. از پوشش تفلون نیز می توان استفاده کرد، خطر Sepsis در صورت استفاده از ماده اخیرالذکر بیشتر است.

در صورتی که پارگی های عمیق در پارانشیم طحال قطعات آن را از یکدیگر جدا کرده باشد می توان مجموعه این قطعات را در یک مش پلی گلیکولیک اسید قرار داد و یا اینکه از بخیه های عمقی در مسیر عمود بر لاسراسیون ها به کمک سوزن ۰۲ اسپینال

جدول ۱ :

طبقه‌بندی صدمات طحال

پارگی کپسول طحال و یا لاسراسیون مختصر پارانشیم.	Grade I
کنده شدن کپسول طحال.	Grade II
زخم ناشی از گلوله و یا چاقو که از یک طرف وارد و از طرف دیگر خارج شده است یا اینکه لاسراسیون شدیدی در پارانشیم طحال وجود دارد.	Grade III
پارانشیم طحال به صورت ستاره‌ای پاره شده است ، طحال دو نیمه شده و یا اینکه ناف طحال صدمه دیده است.	Grade IV
طحال متلاشی شده یا اینکه کاملاً از ناف طحال کنده شده است.	Grade V

مراجع :

6. Pachter-HL and Spencer-FC. Experience with selective operative and nonoperative treatment of splenic injuries in 193 patient. *Annals of surgery*. May 1992 ; 211 (5) : 583-9
7. Schwartz S.I. The Spleen in : S.I. and. Ellis H. *Maingots Abdominal operations*. 9th ed 1990. 1671-96
8. Thal E.R. Mc Cell and R.N.Jones R.C. *Abdominal Trauma*. In : Shwartz S.I, Shires G.T, Spencer F.C. *Principles of surgery*. Newyork : Mc Graw Hillbook company, 1989 : 271-3
9. Villaba-MR. Nonoperative management of the Adult ruptured spleen. *Arch surgery*. July 1992 ; 125 (7) : 836-8
10. Wakwick.W. *Gray's Anatomy*. 1989
11. ZUIDEMA. *The Management of Trauma*. 4th ed.
1. Black,J.J. Subcapsular Hematoma as a Predictor of Delayed splenic Rupture. *American Surgeon*. 1992 ; 58 (12)
2. Cosention - CM and etal Transfusion requirements in conservative nonoperative management of blunt splenic and hepatic injuries during childhood. *Journal of pediatric surgery*. 1992 ; 25 (9) : 950-3
3. Felciano D.V. Abdominal trauma (Section IV). in : Schwartz S.I. and Ellis H.Maingot's *Abdominal operation*. 9th ed. 1990 : 457-85
4. Felciano-DV. Splenorrhaphy. *Annals of surgery*. May 1992 ; 211 (5) : 569-80
5. Malagoni-MA. Evaluation of splenic injury by computed tomography and its impact on treatment. *Annals of surgery*. May 1992 ; 211 (5) : 592-7