



گزارش یک مورد بیماری Wandering Spleen

دکتر شریفه رشیدی^۱، اسرین سیدالشهدایی^۲

معرفی بیمار: بیمار دختری ۸ ساله بود که با شکایت درد شکم به اورژانس کودکان بیمارستان بعثت سنجید مراجعه کرد. درد شکم از ۵ روز قبل از مراجعه به صورت تدریجی شروع شده و بعد حالت مداوم پیدا کرده بود. درد شکم ژنرالیزه بوده ولی در ناحیه سوپراپوبیک شدیدتر بود و به جای خاصی انتشار نداشت. کودک از ۱/۵ ماه قبل دچار کم خوری و ضعف و کاهش وزن شده بود. تهوع و استفراغ نیز همراه درد شکم به صورت متناوب وجود داشت. بیمار در طول این ۵ روز سوزش و تکرر ادرار نیز داشت. سابقه بیماری خاصی در بیمار و خانواده اش وجود نداشت.

در معاینه بیمار هشیار بود، ILL بود و علائم حیاتی در بدو مراجعه، RR:22/min Temp=39، BP= 100/70 mmHg و PR=118/min. در معاینه پوست، سرو گردن و حلق و دهان یافته‌ای وجود نداشت، سمع ریه‌ها Clear بود و فرم تنفس نیز نرمال بود. در سمع قلب نیز یافته غیر نرمالی وجود نداشت. معاینه شکم در مشاهده نرمال بود و در سمع Normo Active Bowel Sound وجود داشت. در لمس سطحی شکم توده‌ای سفت در قسمت تحتانی شکم وجود داشت به علاوه تندرینس ژنرالیزه شکم و گاردینگ غیرارادی و ریپاند تندرینس نیز وجود داشت.

در آزمایشات بعمل آمده از بیمار WBC= 11/700 بوده و سایر اندکس‌های CBC نرمال بودند. U/A نرمال بود. در سونوگرافی شکم یک توده solid و اکوژن به ابعاد 12×10×6 cm در قسمت قدامی شکم گزارش شده و با تشخیص اولیه نروژنیک تومور بیمار در بخش جراحی بستری گردید. در CT اسکن توده‌ای بزرگ در قدام شکم و روی مثانه گزارش شده بود.

در نهایت بیمار با تشخیص اولیه نروژنیک تومور تحت جراحی شکم قرار گرفت. بعد از باز کردن شکم یک توده طحالی سفت که چندین دور روی پایه خود چرخیده بود نمایان گشت و طحال در محل آناتومیکی خود وجود نداشت. به علت بزرگی بیش از حد این توده قابلیت Splenopexy وجود نداشت و بیمار تحت عمل جراحی Splenectomy قرار گرفت. در بررسی پاتولوژیک توده بافت طحالی نرمال گزارش گردید.

۱- پزشک عمومی

۲- دانشجوی سال ششم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

بحث:

بیماری Wandering spleen یا طحال سرگردان همانگونه که از اسم آن بر می آید بیماری است که بدلیل عدم تشکیل و یا شل بودن لیگامانهای طحال ایجاد می شود این عضو از جایگاه آناتومیک خود خارج شده و حالت hyper mobility پیدا می کند. طحال سرگردان بیشتر به عنوان بیماری خانمهای جوان خصوصاً در سن باروری مطرح می شود

(۱ و ۲). در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ توسط Carlos و همکارانش انجام شده است به بررسی ۱۳۰ بیمار مبتلا به طحال سرگردان با میانگین سنی نوزادی تا ۲۰ سالگی پرداخته اند در این مطالعه مشخص شده است که ۶۴ درصد موارد دختر و ۳۶ درصد هم پسر بوده اند. میزان شیوع سنی بیماری به این صورت بوده است:

	<1yr	1-6 yr	7-12yr	>13yr
Male	10	14	14	9
Female	4	29	29	21
Total	14(11%)	43(33%)	43(33%)	30(23%)

لیگامانهای یاد شده ثانویه به تغییرات هورمونی که در اثر زایمانهای متعدد ایجاد می شود باشد (۵ و ۶).

این اثرات هورمونی توجه کننده شیوع بالاتر بیماری در خانمها می باشد اما نمی تواند شیوع بالای طحال سرگردان را در دختران جوان توجه کند. همراه این بیماری ممکن است اختلالات مادرزادی دیگری از قبیل سندرم prune belly (۷) آرنزی کلیوی (۸)، گاستریک ولولوس (۹) و فتق مادرزادی دیافراگمی (۱۰) وجود داشته باشد.

بیشترین تظاهرات بالینی این بیماری در جوانان به صورت درد همراه با وجود یک توده در شکم، توده شکمی بدون علامت و شکم حاد می باشد (۱). در مطالعه Carlos و همکارانش که بیشتر اشاره گردید، تظاهرات

با توجه به این جدول دیده می شود که در سال اول زندگی این بیماری در پسران بیشتر است اما بعد از یک سالگی در جنس مؤنث شیوع بیشتری دارد (۳). این تفاوت شیوع جنسی در زیر یک سالگی توسط Allen که وی نسبت گرفتاری مرد به زن را ۶/۱ بیان کرده نیز گزارش شده است (۴). علت این تفاوت مشخص نمی باشد.

اتیولوژی:

اتیولوژیهای طحال سرگردان را به دو دسته مادرزادی و اکتسابی تقسیم می کنند. فرم مادرزادی در اثر فقدان نمو مناسب لیگامانهای طحال (معدده ای - طحالی، طحالی - کلیوی، طحالی - دیافراگمی، طحالی - کولون، طحالی - پانکراسی) ایجاد می گردد و فرم اکتسابی نیز به نظر می رسد که در اثر شل شدن

بالینی این بیماری به صورت جدول زیر بوده

است:

	Number	Percent
Acute Abdominal pain	60	46
Abdominal Mass	27	21
Chronic Abdominal pain	27	21
Vomiting	9	7
Irritability	5	7
Other	2	1

به نظر می‌رسد که اولتراسوند اسکن قابل اعتمادترین روش برای تشخیص طحال سرگردان باشد. در ضمن ایسن روش غیرتهاجمی و ارزان بوده و می‌تواند وجود پیچش (Torsion) و ایسکمی طحال را نیز نشان دهد (۵).

انجام همزمان سه روش تصویربرداری اولتراسوند اسکن، CT اسکن و Liver-Spleen Scan در حدود ۹۲ درصد ما را به تشخیص طحال سرگردان می‌رساند (۱۲).

درمان:

درمان نهایی این بیماران جراحی است. در مطالعه Carlos و همکارانش ذکر شده است که در میان ۱۳۰ بیمار بررسی شده تنها چهار نفر به طریق غیرجراحی درمان شده‌اند و ۱۲۶ بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. روش جراحی انتخابی Splenopexy است به این ترتیب که طحال را در یک توری دگزان (Dexan Mesh) پیچیده و در محل طبیعی خود به دیافراگم و خلف صفاق ثابت می‌کنند. البته Splenopexy روشهای متفاوتی دارد شامل: (۱) Direct suture of capsule (۲)

درد حاد شکمی در تمامی سنین بجز زیر یک سالگی شایعترین یافته بود در حالی که در این سن توده شکمی شایعترین تظاهر بالینی بود. ۳۹٪ بیماران سابقه حملات درد شکمی حاد را داشتند (۳).

تشخیص:

در سال ۱۹۶۶ توسط Gindrey & Piquard برای تشخیص این بیماری یک تریاد مطرح شد: (۱) لمس یک توده شکمی بزرگ، بیضی شکل و سفت با حاشیه دنداندار (۲) توده‌ای متحرک بدون درد در حرکت دادن به سمت هاپوکندر چپ و وجود درد و محدودیت حرکتی توده در سایر جهات (۳) وجود رزنانس در دق ربع فوقانی چپ شکم (۱۱).

مطالعات تصویربرداری نیز در تشخیص بیماری کمک کننده هستند. در مطالعه Carlos و همکارانش مشخص شده است که IVP، باریم انما و Apper GI series در هیچیک از بیماران ارزش تشخیصی نداشته است و آنژیوگرام نیز تنها در سه مورد تشخیصی بوده است (۳).

بدلیل نكروز، ایسکمی شدید و یا بزرگی بیش از حد قابلیت نگه داشتن را نداشته باشد، طحال را کاملاً برمی دارند (۳).	Absorbable Mesh (۳ Peritoneal pocket Synthetic Mesh (۴). روش دیگر جراحی Splenectomy است که اگر طحال بیمار
---	---

References:

1. Abell I: wandering spleen with torsion of pedicle. An surg 98: 722-735, 1933.
2. Buhner B, Baker M, ...: collective Review: the wandering spleen. Surg Gynecol obst, 175: 373-387, 1992.
3. Carlos V, Gina R, W. David: wandering spleen and It's complications in children: A case series, J peoliat surg, 38: 1976-1679, 2003.
4. Allen K, Gay B, ...: wandering spleen: Anatomic and Radiologic considerations, south med J, 85: 976-984, 1992.
5. Desai DC, ...: wandering spleen: Achallenging diagnosis, south med J, 90: 439-443, 1997.
6. Heyden J, ...: Torsion of the spleen, s Afry 53: 637-639, 1978.
7. Teramoto R, ...: Splenic torsion with pruneBelly syndrome, J pechiut 98: 91-92, 1981.
8. Pearson J, ...: Torsion of the spleen assotiated with congenital Absence of the left Kidney, Br J sury, 51-393-395, 1964.
9. Spector JM, ...: Gastric Volvolus assotiated with wandering spleen in child, J ped surg, 35: 641-642, 2000.
10. Schmidt SP, ...: The splenic snood: An Improved Approach for the management of the wandering spleen, J pedi surg, 27: 1043- 1044, 1992.
11. Gindrey J, ...: Volvolus de rate ectopique, 1966.
12. Carswell JF, ...: wandering spleen: 11 case from Uganda, Br J surg, 61: 495-494, 1974.