معاونت پژوهشی
کمیته تحقیقات دانشجویی
فصلنامهٔ علمی دانشجویی زانکو
سال ۹، شمارهٔ ۲۵ و ۲۶، پاییز وزمستان ۸۴

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 سنندج 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 خانواده‌اش وجود نداشت.

در معاینه بیمار هشیار بود، ILL بود و علایم حیاتی در بدو مراجعه، RR:22/min Temp=39 PR=118/min و BP= 100/70 mmHg. 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 تندرنس ژنرالیزه شکم و گاردینگ غیرارادی و ریباند تندرنس 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 تودهٔ 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 بازکردن شکم یک توده طحالی سفت که چندین دور روی پایه خود چرخیده بود نمایان گشت و طحال در محل آناتومیک 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

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-06]

بحث:

بیماری Wandering spleen یا طحال سرگردان همانگونه که از اسم آن بر می‌آید بیماری است که بدلیل عدم تشکیل و یا شل بودن لیگامان‌های طحال ایجاد می‌شود این عضو از جایگاه آناتومیک خود خارج شده و حالت hyper mobility پیدا می‌کند. طحال سرگردان بیشتر به عنوان بیماری خانمهای جوان خصوصاً در سن باروری مطرح می‌شود (۲و۱). در مطالعه‌ای 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 پرداخته‌اند در این مطالعه مشخص شده است که ۶۴ درصد موارد دختر و ۳۶ درصد هم پسر بوده‌اند. 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%)

با توجه به این جدول دیده می‌شود 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 نمی‌باشد.

اتیولوژی:

اتیولوژیهای طحال سرگردان را به دو دسته مادرزادی و اکتسابی تقسیم می‌کنند. فرم مادرزادی در اثر فقدان نمو مناسب لیگامانهای طحال (معده‌ای- طحالی، طحالی- کلیوی، طحالی- دیافراگمی، طحالی- کولون، طحالی- پانکراسی) ایجاد می‌گردد و فرم اکتسابی نیز به نظر می‌رسد که در اثر شل شدن لیگامانهای یاد شده ثانویه به تغییرات هورمونی که در اثر زایمانهای متعدد ایجاد می‌شود باشد (۶و۵).

این اثرات هورمونی توجیه‌کننده شیوع بالاتر بیماری در خانمها می‌باشد اما نمی‌تواند شیوع بالای طحال سرگردان را در دختران جوان توجیه کند. همراه این بیماری ممکن است اختلالات مادرزادی دیگری از قبیل سندرم prune belly (۷) آژنزی 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 می‌باشد (۱). در مطالعه Carlos و همکارانش که پیشتر اشاره گردید، تظاهرات

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-06]

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
Irritablility	5	7
Other	2	1

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 & Piqurd برای تشخیص این بیماری یک تریاد مطرح شد: ۱) لمس یک توده شکمی بزرگ، بیضی شکل و سفت با حاشیه دندانه‌دار ۲) توده‌ای متحرک بدون درد در حرکت دادن به سمت هایپوکندر 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).

به نظر می‌رسد که اولتراسوند اسکن قابل اعتمادترین روش برای تشخیص طحال سرگردان باشد. در ضمن این 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)

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-06]

Absorbable Mesh (۳ Peritoneal pocket بدلیل نکروز، ایسکمی شدید و یا بزرگی بیش از حد قابلیت نگه داشتن را نداشته باشد، طحال را کاملاً برمی‌دارند (۳).

۴) Synthetic Mesh. 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: Achalenging 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.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-06]