

دراسة سريرية لأفات الطحال الجراحية

الدكتور فؤاد حاج قاسم*

تاريخ الإيداع 3 / 11 / 2010. قُبل للنشر في 23 / 12 / 2010

□ ملخص □

أجريت الدراسة في مشفى الأسد على /65/ حالة بين عامي تشرين الأول 2000 وتشرين الأول 2009م.
- بالنسبة لعمر المرضى: فقد كان أصغرهم بعمر السنتين بينما كان أكبرهم بعمر 62 سنة.
- بالنسبة للجنس: في ضخامات الطحال الجراحية كانت نسبة الذكور 61.7% ونسبة الإناث 38.2% وبلغت النسبة 1.6/1.
- إن أسباب الضخامة الطحالية: تلامييا /10/ حالات، فرط تصنع بدئي بالطحال /3/ حالات، داء تكور حمر وراثي /2/ حالة، تليف طحال /2/ حالة، فقر دم منجلي /1/ حالة، ابيضاض نقوي مزمن /1/ حالة، ابيضاض دم لمفي مزمن /1/ حالة، ابيضاض دم بالخلايا المشعرة /1/ حالة، داء هودجكين /1/ حالة، اللشمانيا /1/ حالة، كيسات طحال /1/ حالة، لمفوما غير هودجكين /1/ حالة، احتشاء طحال /1/ حالة.
- في رضوح الطحال: نسبة إصابة الذكور 77.4% مقابل 22.5% للإناث.
- عن درجة الضخامة الطحالية: ضخامة من الدرجة الخامسة بنسبة 52.9%، ضخامة من الدرجة الرابعة بنسبة 35.2%.
- تمزق وتهشم الطحال هو المسيطر بنسبة 74.1% ثم جروح الطحال بنسبة 12.9%، أما إصابة النقيير فكانت نسبتها 9.6% وأخيراً الكدمة بنسبة 3.2%.
- وفي طرائق العلاج كان استئصال الطحال هو السائد وبلغت نسبته 90.3%، أما خياطة الطحال فبلغت نسبته 6.4%.
والمراقبة بعد إجراء العمل الجراحي مع إبقاء الطحال فبلغت نسبتها 3.2%.

الكلمات المفتاحية: آفات الطحال، العمليات الجراحية للطحال.

* أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Clinical Study of Spleen Surgical Lesions

Dr. Fouad Haj Kasem *

(Received 3 / 11 / 2010. Accepted 23 / 12 / 2010)

□ ABSTRACT □

There are 65 cases in the University Al-Assad Hospital, Department of Surgery, during the period 2000—2009, which have the two surgical splenomegaly and splenic trauma.

The causes of surgical splenomegaly numerous. In our study, we found that:

- Thalassemia: 10 cases.
- Initial hyperplasia: 3 cases.
- Hereditary spherocytosis: 2 cases
- Falciform anemia: 1 case
- Splenic fibrosis: 2 case
- Chronic myeloid leukemia: 1 case.
- Chronic lymphoid leukemia: 1 case. Hudgken disease : 1 case
- Leshmania : 1 case.
- Splenic cysts: 1 case.
- Non hudgken lemphoma : I case.

Patients age the oldest one 62 years, the smallest 2 years. In splenic trauma degrees of splenic injuries:

- Splenic fragmentation 74.1 %
- Splenic wounds 12.9 %
- Hilar injuries 9.6 %
- Splenic bruise 3.2 %

The rate of splenectomy is 90.3 %, while suture of spleen 6.4%, observation 3.2 %.

Keywords: Spleen Lesions, Surgical Splenomegaly.

* Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen Universtiy, Lattakia, Syria.

مقدمة:

إن التوضع التشريحي للطحال والوظائف الفيزيولوجية المهمة المناطة به في إتلاف الكريات الحمر وتشكيلها أيضاً، وقيامه ببلعمة المواد الغريبة عبر خلايا الجهاز الشبكي البطاني المتوضعة داخله وتشكيله للأضداد، إلى ما هنالك من الوظائف الأخرى التي تجعل الطحال عرضة للإصابة بالكثير من الآفات العرضية التي تؤدي إلى زيادة العبء على وظائفه مما يؤدي إلى تضخمه بشكل مرضي. والطحال هو أكثر الأعضاء البطنية إصابة بعدد الرضوح الكليلة وتمثل إصابة الطحال ربع الإصابات الحشوية البطنية. كذلك يُصاب الطحال في الأذيات النافذة للبطن. [1]

أهمية البحث وأهدافه:

تكمُن أهمية البحث في التشخيص المبكر لأسباب الضخامات الطحالية وعلاجها مما قد تسببه للمريض من مضاعفات خطيرة.

وفي وضع التشخيص المبكر لإصابات الطحال الرضحية وإجراء العلاج الجراحي المبكر وتجنب المريض العديد من المضاعفات والتي أهمها الوفاة بسبب الصدمة النزفية.

وتتضمن أهداف البحث :

- إيجاد وسيلة تشخيصية بشكل مبكر لضخامات الطحال الجراحية.
- دراسة أفضل السبل الجراحية لإنقاذ المريض والمحافظة قدر الإمكان على الطحال بحالة فيزيولوجية سليمة.

طرائق البحث ومواده:

العينة: شملت الدراسة جميع المرضى المقبولين في مشفى الأسد الجامعي - جامعة تشرين في الفترة الواقعة بين تشرين الأول 2000 إلى تشرين الأول 2009، والبالغ عددهم 65/ حالة، وهم:

34/ حالة ضخامة طحال جراحية.

31/ حالة إصابة طحال رضحية.

طريقة البحث:

أجريت الدراسة بناءً على الجنس والعمر والأعراض و العلامات السريرية:

- الفحوص المتممة.
- التشخيص النهائي.
- الاستطباب الجراحي.
- التكنيك الجراحي.
- ومن ثم دراسة المضاعفات.

النتائج والمناقشة:

أجريت الدراسة على (65) حالة راجعت مشفى الأسد الجامعي باللائقية بين عامي 2000-2009:

منها: (34) حالة ضخامة طحال جراحية.

(31) حالة إصابة طحال رضحية.

اختلفت هذه الحالات فيما بينها بالكثير من الاعتبارات السريرية والتشخيصية، كما أظهرت بعض التوافق في اعتبارات أخرى، والتي وجدنا من الضروري إبرازها في العرض الآتي:

1- العمر:

اختلفت أعمار المرضى وتفاوتت إلى حد كبير بحيث كان أكبر المرضى سناً في مرضى ضخامات الطحال الجراحية بعمر (62) سنة بينما كان المريض الأصغر سناً بعمر سنتين. إن نسبة الكهول قدرت بـ (24%)، بينما كانت نسبة اليافعين (40%)، أما نسبة الأطفال فكانت (36%).

جدول رقم (1): جدول العمر.

2 سنة	أصغر المرضى سناً
62 سنة	أكبر المرضى سناً
35.9%	نسبة الإصابة عند الأطفال
40%	نسبة الإصابة عند اليافعين والشباب
24%	نسبة الإصابة عند الكهول
99.9%	مجموعة الحالات /34/

أما في الإصابات الرضحية للطحال فكانت الأعمار تقريباً مشابهة لتلك الموجودة في الضخامات الطحالية الجراحية. فكان أكبر المرضى سناً بعمر (60) سنة بينما كان المريض الأصغر سناً بعمر أقل من (1) سنة. إن نسبة إصابة الأطفال في رضوح الطحال كانت في هذه الدراسة (29%) ونسبة إصابة الطحال عند اليافعين والشباب (41.9%). أما النسبة عند الكهول فكانت (29%).

جدول رقم (2): جدول العمر في رضوح الطحال.

1 سنة	أصغر المرضى سناً
60 سنة	أكبر المرضى سناً
29%	نسبة الإصابة عند الأطفال
41.9%	نسبة الإصابة عند اليافعين والشباب
29%	نسبة الإصابة عند الكهول
99.9%	مجموعة الحالات /41/

2- الجنس:

لقد شملت الدراسة حالات الضخامة الطحالية الجراحية على /21/ حالة من الذكور وكانت نسبة إصابة الذكور (61.7%). أما عدد حالات الإناث فكانت (13) حالة وكانت نسبة إصابة الإناث (38.2%) وبلغت النسبة (1/1.6).

جدول رقم (3): جدول الجنس في ضخامات الطحال الجراحية.

النسبة	العدد	الجنس
61.7%	21	ذكور
38.2%	13	إناث

أمًا في حالة الإصابات الرضحية فقد شملت الدراسة على (7) حالات إناث مقابل (24) حالة من الذكور وبلغت النسبة (1/3).

إن نسبة إصابة الذكور أعلى بكثير من إصابة الإناث ربما هذا يعود إلى دور الذكور في العمل في مجتمعنا وخاصة في مجال قيادة السيارات والدراجات النارية.

جدول رقم (4): جدول الجنس في رضوح الطحال.

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	24	77.4%
إناث	7	22.5%

3- التوزع حسب الأعراض والعلامات:

أ- بالنسبة لضخامات الطحال الجراحية:

لقد تبين من خلال الدراسة الدقيقة لهؤلاء المرضى بأن هناك جملة من الأعراض المشتركة بين مجمل الحالات على اختلاف الآفة البدئية والتي شكّلت بمجموعها قاسماً مشتركاً لهذه الضخامات الطحالية الجراحية المتنوعة الأسباب. من جهة أخرى برزت بعض الأعراض التي كانت تصاحب الحالة المرضية حسب منشئها السببي آخذين بعين الاعتبار أنها لم تكن نوعية لكنها لم تشاهد في ضخامات طحالية أخرى ذات منشأ مختلف، من هنا وجدنا أنه من الضروري إبراز العلامات والأعراض السريرية المشتركة التي واكبت الضخامات الطحالية الجراحية في هذه الدراسة بغض النظر عن الآفة البدئية المسببة علماً تكون موجّهة لكشف آفة مرضية مترافقة مع ضخامة طحالية ربما كانت من النمط الجراحي وهي:

1- التعب والوهن:

والذي لوحظ في كل الحالات دون استثناء إذ إن المرضى كانوا يعانون من الشعور بالإرهاك لدى بذل أي مجهود حتى ولو كان بسيطاً وبالخلود المستمر إلى الراحة. ولقد لاحظ ذوو الأطفال الذي اشتملت عليهم هذه الدراسة قلة النشاط والحيوية التي ميزتهم عن سواهم من الأطفال الأصحاء.

2- الشحوب:

لوحظ الشحوب عند كل المرضى، إذ إن شحوب الجلد والأغشية المخاطية كان واضحاً بشكل لا يقبل الجدل، وذلك بالرغم من أن العديد منهم كان قد تعرّض لعمليات نقل الدم المتكرر، إلا أن الشحوب كان مسيطراً.

3- حس الثقل والمضض في المراق الأيسر:

إن الحجم الطبيعي الذي يشغله الطحال في المراق الأيسر في الحالة الطبيعية مختلف عن الحجم الذي يشغله آخر بوجود آفة مرضية ما تؤدي إلى ضخامته، وبالتالي فإن ازدياد حجم الطحال سيؤدي إلى اتساع المساحة التي يشغلها في المراق الأيسر وخارجه، مع ما ينجم عنها من أعراض انضغاطية على الأعضاء المجاورة كالمعدة والكولون المعترض والكلية اليسرى... إلخ، لذلك فإن الشعور بالمضض مع حس الثقل في المراق الأيسر قد يكون موجّهاً نحو التفكير بضخامة طحالية مرضية كما ورد في دراستنا هذه، حيث أن كافة المرضى كانوا يشكون من حس الثقل والامتلاء ولا سيما بعد الوجبة الطعامية مع الشعور بالمضض، ويبدو أن ذلك يعود إلى انضغاط المعدة وانزياحها بكتلة الطحال المتضخم، لا سيما إذا كانت الضخامة عرطلة. [2]

4- نقص الوزن:

لوحظ نقص الوزن في جميع الحالات التي اشتملت عليها هذه الدراسة مع تفاوت في طول الفترة التي نقص فيها الوزن ومقدار هذا النقص وشدته، وهذا ما ميّز بعض المرضى بالنحول بالمقارنة مع مرضى آخرين كانوا يشكون من نقص الوزن ولكن دون أن يظهر عليهم النحول.

5- القهم:

أيضاً لوحظ القهم عند جميع المرضى المختارين للدراسة، فالمرضى حتى وإن شعر بالحاجة إلى الطعام فإن شهيته محدودة.

6- الكتلة البطنية أو ضخامة الطحال:

وجدت الضخامة الطحالية لدى المرضى كافة، وبدرجات مختلفة والضحامة كانت مجسوسة، وكانت تبدي بعض الحساسية بالجس عند بعض المرضى، ولا سيما ذوي الضخامة الطحالية الشديدة كمرضى التلاسيميا الذين وجد لديهم بالإضافة لما سبق عدم تناظر في البطن ناجم عن تقبّب وتبارز في ناحية المراق الأيسر وأحياناً النصف الأيسر من البطن بينما لدى القليل من المرضى الآخرين كانت الضخامة معتدلة دون أن تؤدي إلى هذا التشوّه.

إن هذه الضخامة الطحالية كانت متحركة مع التنفس وذات قوام مختلف، فهي لينّة غالباً كما لوحظ أنها ذات سطح أملس وذات حواف وحدود واضحة، مع استحالة جسّ القطب العلوي لها.

إن وجود الكتلة الطحالية أدّى إلى ترافق الحالة مع بعض التظاهرات السريرية الأخرى الناجمة عن انضغاط الأعضاء المجاورة للكتلة، فد لوحظ الغثيان والتجشؤ وعسر الهضم والشعور بالامتلاء بعد الوجبات عند 55% من المرضى، ويعود ذلك لانضغاط المعدة بالكتلة الطحالية المتضخمة، كما لوحظ الإمساك عند 22% من المرضى، وقد يعود ذلك إلى انضغاط الكولون بالطحال المتضخم.

أمّا عن الأعراض الأخرى التي لازمت بشكل خاص الآفة المرضية المحددة، فقد لوحظ الترفع الحروري النوبي والمصحوب بالعرواءات لدى 22% من المرضى، وهي نوبات مسائية غالباً كانت تقصل بينها فترات طبيعية تهجع فيها الحرارة، وقد تراوحت درجات الترفع الحروري بين (38.5-40) درجة مئوية ولوحظ أيضاً التعرّق الغزير لدى هؤلاء المرضى بالإضافة إلى:

الاندفاعات الجلدية الشروية الشكل والمصحوبة بالحكة... وقد ميّزت هذه الأعراض مرضى اللفوما ومرضى الإبيضاض النقوي المزمن، وقد أضيف لمرضى الإبيضاض ظهور ضخامة عقد لمفية ومغبنية فقط وظهور ضخامة كبد بحدود 4/4سم تحت الحافة الصليعية اليمنى.

وأما مرضى التلاسيميا فقد أظهروا بالإضافة إلى الأعراض والعلامات المشتركة السحنة المميزة مع الجمجمة الكبيرة المحدّبة، مع ملاحظة انخفاض الوجه وتفلطح جذر الأنف وأيضاً القامة القصيرة، كما أن نحول الأطراف واضح عند كل مرضى التلاسيميا.

ونستطيع أن نضيف أن تلون الملتحمة باللون اليرقاني دون أن يتظاهر اليرقان الشديد لوحظ عند نصف مرضى التلاسيميا.

وبالنسبة لمرضى تكوّر الكريات الحمر الوراثي: فقد أظهروا فضلاً عن العلامات والأعراض المشتركة تغيير لون البول نحو الغامق.

جدول رقم (5): جدول الأعراض والعلامات السريرية المشتركة لضخامات الطحال الجراحية.

-	التعب والوهن.
-	حسّ الثقل والمضض في المرق الأيسر.
-	الشحوب.
-	القهم.
-	نقص الوزن.
-	الكتلة البطنية "ضخامة الطحال".

ب- بالنسبة لإصابات الطحال الرضحية:

لقد تبين من خلال الدراسة الدقيقة لهؤلاء المرضى بأن هناك جملة من الأعراض العامة المشتركة بين مجمل الحالات على اختلاف الآليات المحدثة للإصابة.

كما أن الأذيات المرافقة في الأعضاء الأخرى تلعب دوراً في ظهور أو غياب بعض هذه العلامات والأعراض.

1- انخفاض الضغط:

كان انخفاض الضغط موجوداً في معظم الحالات ما عدا الحالات التي يوجد فيها إصابة على مستوى الدماغ فأحياناً قد يكون لدينا ارتفاع في الضغط مع وجود إصابة طحالية. عدد الحالات التي وجد فيها انخفاض بالضغط / 20 حالة والنسبة 64.5%.

2- الدفاع البطني:

متواجد في العدد الأكبر من المرضى مع غياب هذه العلامة في عدد قليل من الحالات عند وجود إصابات مرافقة. عدد الحالات / 25 حالة بنسبة 80.6%.

3- كسور الأضلاع اليسرى:

إن نسبة تواجد هذه العلامة كان قليلاً مقارنة مع العلامات الأخرى فبلغ عدد الحالات / 2 حالة. عدد الحالات / 2 حالة، النسبة 6%.

4- القرع:

والتحري عن الأصمية في الخاصرتين وجدت إيجابية في / 7 حالات. عدد الحالات / 7 بنسبة 22.5%.

4- الفحوص المتممة والإجراءات التشخيصية:

آ- في ضخامات الطحال الجراحية:

لقد اعتمدنا بعض الفحوص المتممة في غالبية الحالات المرضية الواردة ضمن هذه الدراسة مع استبعاد القليل من الفحوصات الأخرى التي تمّ التعرّض لها في الدراسة النظرية في مطلع هذا البحث.

فلقد اشتملت الدراسة المخبرية على التعداد العام للكريات الحمر والكريات البيض ومعايرة الخضاب والهيماتوكريت، وفحص الصيغة الدموية، كما تمّ دراسة الفيلم الدموي وأجري بزل نقي العظم مع دراسته، ولجاناً في بعض الحالات إلى دراسة الهشاشة الحلولية وفي حالات أخرى تمت معايرة بعض الخمائر مع تحري وظائف الكبد وقياس سرعة التثقل واختبار كومبس المباشر، كما أجري لدى الكثير من المرضى في هذا البحث رحلان الخضاب أمّا رحلان البروتينات فأجري عند نسبة قليلة جداً من المرضى.

أما بالنسبة للفحوص الشعاعية: فقد اعتمدنا التصوير بالأشعة فوق الصوتية للبطن بالإضافة إلى صورة الصدر وأحياناً صورة البطن البسيطة، كما احتاج بعض المرضى فحوصات شعاعية أخرى كتظهير المري والمعدة والعفج أو تنظير المستقيم، وفي حالات أخرى اختبار السلين أو تحري الملاريا.

ف لدى مرضى التلاسيميا لوحظ إجمالاً فقر دم شديد حيث أن الخضاب وصل حتى نسب منخفضة جداً 3.1 غ/ل، والهيماتوكريت أيضاً 16% مع تعداد للكريات البيض بالحد الأدنى الطبيعي أو أقل من ذلك في بعض الحالات حيث وصل إلى (5000) كرية/مم³.

سرعة التثقل كانت مرتفعة لدى مرضى التلاسيميا، بينما كانت الصفيحات ناقصة جداً ووصلت إلى (75000) كمعدل وسطي بين المرضى.

لدى قراءة فيلم الدم عندهم تبين وجود فقر دم مختلف الحجم مائل للصغر قليلاً، مع بعض الكريات المتطاولة، ووجود نقص الصباغ بالإضافة إلى وجود عناصر دموية غير ناضجة من سلسلة الحمر: (الأريتروبلات) Erythroblast مع القليل من (الميلوسيت) Myelocyte وفي حالات أخرى لوحظت الكريات الدموية المتطاولة أيضاً مع الكثير من (الأريتروبلات) حتى 85% تقريباً، مع ملاحظة عسر التصنع بها، أما بالنسبة للكريات البيض: فقد لوحظت بعض الكريات البيض غير الناضجة مع مشاهدة عناصر غير ناضجة من سلسلة النقويات.

بزل نقي العظم الذي أخذ من عظم القص أبدى ضمن الفحص المجهرى أن النقي خلوي بشدة ولا توجد خلايا مرصية وكانت السلاسل الثلاثة سليمة باستثناء وجود بعض (الميجاوبلاست) Megaloblast.

لدى نفس المرضى تمت معايرة البيليروبين العام بشقيه المباشر وغير المباشر حيث وجد ضمن الحدود الطبيعية، كذلك كانت البروتينات بما فيها الألبومين، أما الغلوبولين فقد ارتفع في بعض الحالات إلى ضعفي النسبة الطبيعية، وفي حالات أخرى إلى أربعة أضعاف.

معايرة الخمائر عند مرضى التلاسيميا (SGOT)، (SGPT) لم تعط أية نتائج غير طبيعية.

أجري للمرضى التخطيط بالصدى وكانت نتائج التصوير تفيد بوجود ضخامة طحالية متجانسة متفاوتة الحجم بين مختلف الحالات المرضية دون أية موجودات مرضية أخرى في البطن، كما أجري لدى 50% من هؤلاء المرضى تصوير بسيط للبطن أظهر ظلّ الضخامة الطحالية دون رؤية موجودات أخرى غير طبيعية.

استكملت الدراسة الشعاعية بصورة الصدر الخلفية الأمامية التي أظهرت عند نصف المرضى وجود ضخامة قلب شاملة مثبتة بالإستشارة القلبية التي أكدت وجود قصور قلب احتقاني أو عالي النتاج تالي لفقر الدم.

أما المرضى المصابين بتكّور الحمر الوراثي فقد تميّزوا بنقص طفيف في الخضاب والهيماتوكريت وتعداد الكريات الحمر، حيث تراوحت نسبة معايرتها وسطياً بين 9.2-9.7 غ/ل و 20-30%، 3.4-3.6 مليون كرية/مم³ على التوالي.

أما تعداد الكريات البيض فكان ضمن الحدود الطبيعية، كما أظهرت الصفيحات الدموية بمعدل طبيعي في (50%) من حالات تكّور الحمر الوراثي، بينما وصلت إلى (370) ألف في النصف الآخر.

في الصيغة الدموية لوحظت الشبكيات بنسبة 4%، أما باقي عناصر الصيغة فكانت طبيعية. سرعة التثقل في مرضى تكّور الحمر الوراثي كانت مرتفعة في نصف الحالات حيث وصلت في الساعة الأولى إلى (72) و في الساعة الثانية إلى (110).

فيلم الدم المحيطي أبدى وجود خلايا بيض طبيعية مع ملاحظة تشوّه أشكال الخلايا الحمر بالإضافة إلى القليل من بقايا الكريات الحمر في الساحة ومشاهدة الكريات المكوّرة.

أمّا في اختبار الهشاشة الحلوية ف لوحظ بداية انحلال باكرة مع نهاية باكرة، مما دلّ على نقص مقاومة الكريات الحمر للانحلال في الأوساط الطبيعية، وهذا ما رجّح إصابة المرضى، اعتماداً على هذا الاختبار بداء التطور الحمر الوراثي.

اختبار كومبس المباشر أجري أيضاً عند مرضى تكور الحمر الوراثي في هذا البحث، وكانت النتيجة سلبية. أجري لهؤلاء المرضى أيضاً رحلان خضاب وكانت نتائجه طبيعية عند كافة المرضى بهذا الداء. لدى معايرة البيليروبين عند هؤلاء المرضى كانت النسب تتوافق مع الحدود الطبيعية، كذلك كانت البروتينات بما فيها الألبومين، إلا أن الغلوبولين أبدى ارتفاعاً طفيفاً.

بالنسبة للخمائر: تمّت معايرة الخمائر الآتية: (SGPT)، (SGOT)، (LDH) مع باقي وظائف الكبد وكانت النتائج جميعها ضمن الحدود الطبيعية.

الفحوصات الشعاعية المجراة عند مرضى التكور اشتملت على التصوير بالأشعة فوق الصوتية للبطن الذي بيّن وجود ضخامة طحالية متجانسة مختلفة الحجم بين مرضى التكور من معتدلة إلى عرطلة، دون أية موجودات مرضية أخرى في البطن.

في المفوما: أجرينا تقريباً ذات الفحوص، فالخضاب ناقص مع الهيماتوكريت، كما أن الكريات البيض كانت منخفضة (4000) م³ مع ارتفاع معتدل في اللفويات.

الصفائح أيضاً كانت ناقصة جداً ووصلت في هذا الداء إلى (40) ألف مع وجود صفائح كبيرة الحجم. فيلم الدم أبدى فقر دم ناقص الصباغ بدون اختلاف في الشكل والحجم مترافق مع نقص البيض وارتفاع طفيف في اللفويات، ولوحظت الصفائح العرطلة الكبيرة الحجم.

أمّا النقي: فقد كان خلويّاً بشدة باليزل، مع ازدياد في كافة العناصر التي بدت طبيعية في الشكل والحجم. رحلان الخضاب ورحلان البروتينات كان طبيعياً. [3]

تمّ إجراء زرع وتحسس للدم وجاءت نتيجة الزرع سلبية.

لاحظنا أن زمن البروترومبين لم يتبدّل، والفسفاتاز القلوية كانت طبيعية، بينما ارتفعت الخمائر (SGOT)، (SGPT) بشكل ملحوظ بالمقارنة مع (LDH) الذي ارتفع من (600 وحدة/سم³) إلى (800 وحدة/سم³).

مخبرياً: لم نلجأ إلى أية فحوصات أخرى، أمّا شعاعياً فقد أوضح التصوير المقطعي المحوسب وجود ضخامة طحالية متجانسة ذات حجم محدد تمّ التعرّض له سابقاً مع عدم ملاحظة أية آفات ورمية أخرى مرافقة أو ضخامة كبد.

تمّ استقصاء المريض بتنظير المري والمعدة والعفج، وجاءت نتيجة التنظير طبيعية، بالمقابل فإن صورة الصدر أوضحت وجود ارتشاحات عقدية متفرقة في الساحة الرئوية.

وأما ما يتعلق بابيضاض الدم النقوي المزمن: فقد حافظ الخضاب والهيماتوكريت على نسبة طبيعية ولكن بالحد الأدنى، حيث كان على التوالي: 10غ%، 33%. أمّا تعداد الكريات البيض فقد كان مرتفعاً حيث وصل إلى (14500)/مم³.

بالنسبة للصيغة: فقد كانت على الشكل التالي: 46% معتدلات، 28% لمفاوية، 3% شابة، 10% ميلوسيت، 60% بروميلوسيت، 2% بلاست، 5% أساسية.

أجري فيلم الدم وأظهر وجود فقر دم مختلف الشكل والحجم سوي الصباغ، مع وجود كريات مجزأة وبعض الكريات الهدفية، أمّا بالنسبة للكريات البيض: فقد وجدت كريات غير ناضجة. الصفائح كانت زائدة العدد مع تواجد الصفائح العرطلة.

تمّ في ابيضاض الدم النقوي المزمن إجراء بزل نقي العظم، وبالدراسة الخلوية تبين أن الكثافة زائدة جداً، الميكاكاريوسيت: فرط تصنع عديد أمّا السلسلة النقوية فشكّلت 94% على النحو الآتي: ميلوبلاست 3%، بروميلوبلاست 7%، ميلوسيت 29%، ميناميلوسيت 32%، عديدات النوى 23%، وشكّلت اللفابويت 5%، بينما اقتصرت السلسلة الحمراء على 1%.

شعاعياً: أجري تصوير بالأشعة فوق الصوتية للبطن، وقد ظهرت الضخامة الطحالية المتجانسة بحجم معين دون موجودات مرضية أخرى في البطن. [4]

صورة الصدر وجهتنا لتشخيص إصابة درنية رئوية تمّ تأكيدها بفحص القشع، وبسبب الإسهالات المدماة والتي صاحبت بقية الأعراض في ابيضاض الدم النقوي المزمن ضمن هذه الدراسة، فقد تمّ إجراء تنظير مستقيم لتقصي السبب وتبين وجود غشاء مخاطي هش نازف بشدة على بعد 12 سم من المعصرة الشرجية مع وجود تقرّح سطحي ودراسة الخزعة المستقيمية تبين وجود نسيج التهابي لا نوعي فقط.

وأخيراً في ابيضاض الدم بالخلايا المشعرة أيضاً كانت نسبة الخضاب والهيماتوكريت منخفضة حيث وصلنا إلى 7 غ% و 20% على التوالي، أمّا تعداد الكريات البيض فكان بحدود الطبيعي ووصل إلى 8800/مم³. بالنسبة للصبغة الدموية فقد لوحظ فيها 20% خلايا غير أنموذجية تشبه الخلايا المشعرة، بالإضافة إلى 18% معتدلة و 62% لمفاوية، أمّا الصفائح فقد تميّزت بنقصها حيث وصلت إلى 70/ ألف، بينما ازداد سرعة التثقل ووصلت إلى 120/ في الساعة الأولى، و 140/ في الساعة الثانية.

أجرينا فحص اللطاخة الدموية التي أظهرت وجود فقر دم سوي الصباغ مختلف الحجم والشكل مع وجود بعض الكريات المجزأة والمتطاولة وخلايا الاريتروبلات.

الصفائح ناقصة، أمّا بالنسبة للكريات البيض فقد لوحظ وجود الخلايا غير الأنموذجية اختبار كومبس المباشر الذي أجري في ابيضاض الدم بالخلايا المشعرة كان سلبياً، كذلك كان اختبار السليين أيضاً، كما تمّ تحري الدم الخفي في البراز وكانت النتيجة سلبية أيضاً.

الخمائر التي تمت معايرتها (SGPT)، (SGOT)، (LDH) كانت ضمن الحدود الطبيعية وكذلك كانت وظائف الكبد ووظائف الكلية.

نسبة البيليروبين بشقيه المباشر وغير المباشر لم تتحرف عن المعدلات الطبيعية. كما أن الحديد بقي طبيعياً، وكذلك السعة الرابطة أيضاً.

بزل النقي الذي تمّ أمام وجود قساوة عظمية زائدة في ابيضاض الدم بالخلايا المشعرة ضمن هذا البحث كان جافاً، وأجريت الخزعة ودرست الطبقات، وكانت الكثافة الخلوية ناقصة مع غياب شبه كامل للعناصر النقوية، مع وجود بعض الخلايا الناسجة وخلايا لمفاوية وخلايا شبيهة بالخلايا غير الأنموذجية.

خزعة النقي تمت دراستها في مخبرين مختلفين أيضاً، وجاءت نتيجة الدراسة الأولى تفيد بأنه أمام نقي غني شديد الخلوية مع سيطرة عناصر السلسلة للمفاوية مع ظهور عناصر لمفاوية ناضجة حتى في الدم المحيطي، وأمّام تليف نقوي معتدل الشدة افترضت الحالة على أنها تتفق مع ابيضاض دم لمفاوي مزمن.

أما نتيجة دراسة الخزعة في المخبر الآخر فقد أكدت الحالة على أنها ابيضاض دم بالخلايا المشعرة. شعاعياً: صورة الصدر لم تفتد بأية معلومات مرضية، بينما أكد التخطيط بالصدى وجود ضخامة طحالية معتدلة متجانسة بدون وجود علامات مرضية مرافقة في البطن. [5]

ب- الفحوص المتممة والإجراءات التشخيصية في رضوح الطحال:

كانت معظم الحالات في الدراسة يُعتمد في تشخيصها على إجراء الفحوص الهيمودينمية والحالة السريرية للمصاب وعلى التصوير بالأشعة فوق الصوتية وعلى غسيل البريتوان.

1- قياس الخصاب والهيماتوكريت: وهو الإجراء الأول في تقييم مرضى الرضوح في هذه الدراسة، فقد كان يجرى بشكل متسلسل في حال الشك بإصابة في الطحال بفاصل زمني مختلف بين المرضى بعد أدنى الفاصل بين 1-2 ساعة بين التحليل والآخر. نقص الخصاب والهيماتوكريت كان إيجابياً في كافة الحالات تقريباً حتى أن بعض المرضى وصل إلى المشفى بحالة صدمة بسبب النزف.

2- غسيل البريتوان: كان يجرى بشكل كبير عند توفر الأعراض والعلامات الدالة على أذية طحالية، وخاصة في الحالات التي تعرضت لحوادث السير مع وجود رض كليل على البطن وترافق الحالة بأذية دماغية مع حالة من تغييم الوعي. كان يجرى غسيل البريتوان بإجراء شق صغير تحت السرة تحت التخدير الموضعي وبعد فتح البريتوان يسرب لترمن السيروم المالح ثم ينتظر فترة خمس دقائق ثم يستقبل السائل فإذا كان الغسل إيجابياً يفتح البطن. إيجابياً غسيل البريتوان كانت في 20 حالة والنسبة 64.5%.

3- التصوير الطبقي المحوري: أجري لـ 4 حالات فقط وكانت النسبة 12.9%.

4- التصوير بالأشعة فوق الصوتية: أجري في المشفى بشكل إسعافي، واستخدم لكل الحالات وكانت النتائج تعطي وجود سائل حرّ في البطن، أما إيجابيته فكانت نسبتها 95%، وأحياناً يُعطي وجود سائل في البطن رغم سلبية إصابة الطحال. [6]

5- التوزع حسب الأسباب (التشريح المرضي):

لقد تحددت أسباب الضخامة الطحالية لدى مرضى هذه الدراسة بالآفات المرضية الآتية:

1- التلاسيما: وشكلت الحالات الواردة في هذه الدراسة 10/ حالات أي ما نسبته 29.4%.

2- فرط تصنع بدئي بالطحال: وجد في ثلاث حالات وشكل 8.8% من مجموع الحالات.

3- داء تكوّر الحمر الوراثي: وجد في حالتين وشكل 5.8% من مجموع الحالات.

4- تليف بالطحال: وجد في حالتين وشكل 5.8% من مجموع الحالات.

5- فقر الدم المنجلي: وجد في حالة واحدة فقط.

6- ابيضاض دم نقوي مزمن: وجد في حالة واحدة فقط.

7- ابيضاض دم بالخلايا المشعرة: وجد في حالة واحدة فقط.

8- اللشمانيا: وجدت في حالة واحدة فقط.

9- الكيسات الطحالية: وجدت في حالة واحدة فقط.

10- احتشاء طحال: وجد في حالة واحدة فقط.

11- ابيضاض لمفي مزمن: وجد في حالة واحدة فقط.

12- لمفوما غير هودجكينية: وجد في حالة واحدة فقط.

13- داء هودجكن: وجد في حالة واحدة فقط.

وقد أعطت نتائج الفحص عن الأطحلة المستأصلة الباقية كما يأتي:

- 4/ أعطت النتيجة احتقان بالطحال دون وجود علامات أخرى.
- 4/ أطحلة لا يوجد شيء غير طبيعي.

جدول رقم (6): أسباب الضخامة الطحالية.

الآفة المسببة	العدد	النسبة المئوية (%)
التلاسيما	10	29.4
فرط التصنع البطني	3	8.8
داء تكور الحمر الوراثي	2	5.8
تليف الطحال	2	5.8
ابيضاض دم نقوي مزمن	1	2.9
ابيضاض دم بالخلايا المشعرة	1	2.9
اللشمانيا	1	2.9
الكيسات الطحالية	1	2.9
احتشاء الطحال	1	2.9
ابيضاض لمفي مزمن	1	2.9
لمفوما غير هودجكينية	1	2.9
داء هودجكن	1	2.9

6- درجة الضخامة لطحالية:

جدول رقم (7): درجة الضخامة الطحالية بحسب عدد الحالات.

درجة الضخامة	عدد الحالات	النسبة المئوية (%)
ضخامة من الدرجة الثانية	4	11.7
ضخامة من الدرجة الرابعة	12	35.2
ضخامة من الدرجة الخامسة	18	52.9

7- درجة الأذية الطحالية:

تفاوتت درجات الأذية الطحالية كثيراً فكانت كما يأتي:

- تمزق وتهشم بالطحال 23 حالة.
- إصابة سرّة الطحال 3 حالات.
- جروح في البرانشيم الطحالي 4 حالات.
- كدمات بالطحال حالة واحدة.

جدول رقم (8): درجة الأذية الطحالية.

النسبة المئوية (%)	عدد الحالات	درجة الأذية
74.1	23	تمزق وتهشم بالطحال
9.6	3	إصابة سرة الطحال
12.9	4	جروح الطحال
3.2	1	كدمة طحالية

8- التشخيص النهائي:

لقد تمّ الوصول إلى التشخيص النهائي للأفة المرضية بالاعتماد على القصة المرضية والأعراض والعلامات السريرية للمرضى والتي تمّ سيرها بشكل متلازم مع نتائج التحاليل والفحوصات الأخرى المتممة... لا سيما فيلم الدم ونتائج بزل النقي ودراسة الخزغ والتي وجّهت إلى حد كبير نحو التشخيص النهائي للأفات المرضية المسببة لضخامة الطحال الجراحية الواردة في هذا البحث.

ففي التلاسيميا: شكّل نقل الدم المتكرر جزءاً هاماً في القصة المرضية، فضلاً عن السحنة المنغولية المميزة، وبالمشاركة مع الأعراض الأخرى لنقص الوزن والشحوب والقهم والشعور بالتعب والوهن مع حسّ الثقل والمضض في المراق الأيسر.

كل هذه الأعراض كانت تصاحبها الكتلة الطحالية المجسوسة عند المرضى في سن الطفولة غالباً وبالمقابل: فقد كان هناك فقر دم شديد مؤكد بالفحوصات، والأهم من ذلك وجود الكريات الدمعية المتطاولة مع الكثير من الاريثروبلاست، وإن رؤية الكريات الدمعية المتطاولة أو المنوّاة مع خلايا أخرى غير ناضجة في فيلم الدم والمترافقة مع فقر دم متميّز بنقص شديد في تعداد الكريات الحمر، ونقص الخضاب، يعتبر من العلامات التشخيصية المميزة لداء التلاسيميا، فضلاً عن نقص الصفيحات الدموية والتي وصلت إلى /75/ ألف.

ولقد شكّل مرضى التلاسيميا النسبة الأكبر بين حالات هذا البحث بحيث احتلوا صدارته ووصلوا إلى 29.4% من مجموع الحالات.

أمّا في التكوّر: فقد كانت الأعراض العامة غير نوعية، وحتى القصة المرضية أيضاً، وكانت الضخامة الطحالية مع التعب والوهن والشحوب والأعراض العامة الأخرى هي المسيطرة إلاّ أن الفحوصات المخبرية هي التي وجّهت نحو تشخيص الآفة المسببة للضخامة الطحالية. ففي حالات تكوّر الحمر الوراثي ضمن هذا البحث لم ينخفض الخضاب إلاّ بنسب قليلة، ومن المعلوم أن مرضى التكوّر الوراثي إما أن يكونوا بخضاب ناقص قليلاً بحيث يمكنهم من التعايش معه وإما أن يكونوا من ذوي فقر الدم الشديد الذي يحتاج إلى نقل دم متكرر للمحافظة على خضاب وظيفي. وعليه: فإنّ مرضانا تميّزوا كما ذكرنا بخضاب 9.5% وسطيّاً مع نقص معتدل في الكريات الحمر، كما أن الصفيحات الدموية بقيت ضمن حدودها الطبيعية أو زائدة قليلاً.

كما أن اختبار الهشاشة الحلولية الذي لوحظ من خلاله بداية انحلال باكرة أي نقص مقاومة الكريات الحمر للانحلال في الأوساط الطبيعية، إن هذا الاختبار بهذا نتيجة يعتبر ركيزة أخرى للتشخيص بداء تكوّر الحمر الوراثي، خاصة وأنه اقترن بالإضافة إلى ما سبق مع اختبار كومبس المباشر بنتيجة سلبية.

فيما يتعلّق بالابيضاض النقوي المزمن والذي شاهدنا منه حالة واحدة فقط فقد ميّزنا في القصة السريرية الترفع الحروري النوبي حتى (40 درجة مئوية) ذي الدورية المسائية والمصحوب بالعرواءات، وذلك إلى جانب الضخامة الطحالية مع ضخامة العقد اللمفية المغننية مترافقة مع ضخامة كبد.

أما من ناحية الفحوص المخبرية: فقد كان تعداد الكريات البيض عالياً ووصل إلى (14500)/مم³ وتواجدت الكريات غير الناضجة بكثرة، كما لفت انتباهنا بزل النقي الذي بيّن أن الكثافة زائدة جداً، وأن السلسلة النقية وصلت إلى 94% واقتصرت السلسلة الحمراء على 1% فقط.

بينما شكّلت للمفاويات 5% واعتماداً على كل هذه الموجودات السريرية والمخبرية تمّ تأكيد التشخيص على أنه ابيضاض دم نقوي مزمن.

بالنسبة لتشخيص للمفوما النهائي: فلم تختلف الأعراض عن سابقتها في ابيضاض النقي المزمن باستثناء غياب الضخامة الكبدية وضخامة العقد اللمفاوية المغننية، مع الأخذ بعين الاعتبار وجود الأعراض العامة التي رافقت كافة الحالات المرضية، أمّا النتائج المخبرية التي رافقت الضخامة الطحالية هنا فقد توافقت مع التشخيص النهائي للمرض بعد العمل الجراحي حيث كان التوجّه نحو داء هودجكن وأجري العمل الجراحي على هذا الأساس.

إن تعداد الكريات الحمر والبيض كان ناقصاً مع ارتفاع طفيف في اللمفاويات، وبطبيعة الحال انخفض الخضاب والهيماتوكريت، حيث يساهم الانحلال الدموي المناعي في إحداث فقر الدم هنا.

كان تعداد الصفائح الدموية ناقصاً جداً حيث وصل إلى /40/ ألفاً مع تواجد الصفائح العرطلة. بزل النقي كان خلويّاً بشدة مع ازدياد كافة العناصر التي كانت طبيعية في الحجم والشكل، أمّا صورة الصدر المجراة في للمفوما فقد أظهرت وجود ارتشاحات عقدية متفرّقة في الساحة الرئوية.

مما سبق تبيّن أن الأورام اللمفية غير الهودجكينية تبدي تغييراً كبيراً في السير السريري والقصة المرضية للمرضى، كذلك فإن معظم المرضى كما سبق وذكرنا في الدراسة السريرية لهذه الأورام يبدون علامات ابيضاضية، إلا أن بدء الحدوث يكون في ثلث الحالات على شكل كتلة في البطن، مع أو بدون الضخامة الطحالية، كما أن الأعراض الجهازية كالحرارة ونقص الوزن والتعرّق الليلي تظهر غالباً، ولعلّ هذا التغيّر في السير السريري للمرض هو الذي أدى إلى التوجه الخاطئ للتشخيص بداء هودجكن قبل العمل الجراحي.

وللوصول إلى التشخيص النهائي لبيضاض الدم بالخلايا المشعرة فإن الأعراض السريرية لم تكن موجهة، وتم الاعتماد على الفحوصات المخبرية بشكل عام، فالأعراض السريرية لم تكن نوعية كالتعب والإرهاق والوهن العام، مع نقص الوزن المترافق مع زلة تنفسية جهدية، وطبعاً الضخامة الطحالية ومما سبق يظهر لنا بوضوح بأن هذه الأعراض ليست نوعية للابيضاض بالخلايا المشعرة، ولذلك تمّ التوجّه نحو الفحوصات المخبرية التي احتلّت الجزء الأكبر من الأهمية في الوصول إلى التشخيص.

فالخضاب والهيماتوكريت منخفضان وكانا على التوالي 7غ%، 20% كما كانت الصفائح ناقصة أيضاً ووصلت إلى (70) ألف أمّا الصيغة الدموية: لوحظ نقص المعدلات التي وصلت إلى 18% كما شوهدت الخلايا غير النموذجية بنسبة 20% والتي تشبه الخلايا المشعرة، وهذا هو الأهم والذي تمّ تأكيده بفحص اللطاخة الدموية، أمّا بزل نقي العظم فقد جاء يؤكد الإصابة ببيضاض الدم بالخلايا المشعرة.

9- طريقة العلاج في رضوح الطحال:

يسود استئصال الطحال على طرق العلاج في دراستنا فكان استئصال الطحال في 28 حالة، خياطة للطحال حالتان، مراقبة في حالة واحدة، ويعود السبب في ذلك إلى الخوف من أذيات الطحال وجروحه وذلك بسبب عدم إمكانية وضع كل مصاب برض كليل على البطن في وحدة العناية المشددة ومراقبته بشكل مستمر بالتصوير الطبقي المحوري والتصوير بالأشعة فوق الصوتية بشكل متسلسل.

كما أن، ازدياد الحالة سواءً عند مصاب برض كليل على البطن ومثبت لديه الأذية الطحالية بالتصوير الطبقي المحوري تجعل استئصال الطحال أمراً ملحاً.

جدول رقم (9): طريقة العلاج في رضوح الطحال.

النسبة المئوية (%)	عدد الحالات	الطريقة
90.3	28	استئصال الطحال
6.4	2	خيطة الطحال
3.2	1	مراقبة

10- الاستطباب الجراحي:

بالرغم من أن استئصال الطحال في معظم الحالات لا يعتبر علاجاً جذرياً بحيث أن الآفة المرضية بقيت واقعاً مرضياً لا محال. إلا أننا توجهنا نحو إجراء العمل الجراحي للحالات الواردة في هذا البحث بعد أن تمّ وضع الاستطباب الخاص بكل آفة مرضية على حدى والتي نعددها فيما يأتي:

1- استطباب استئصال الطحال في مرضى التلاسيميا:

- لتخفيف وانقاص عدد مرات نقل الدم التي يحتاجها المريض.
- لإزالة الانزعاج الناجم عن الضخامة الطحالية العرطلة.

2- استطباب استئصال الطحال في مرضى تكوّر الحمر الوراثي:

- يساعد على انقاص انحلال الدم في الفترة التالية للاستئصال.
- يؤمن ظهور الشفاء السريري لفقر الدم رغم بقاء الخلل في غشاء الكرية الحمراء.
- المرضى الأطفال فوق 6 سنوات.

3- استطباب استئصال الطحال في ابيضاض الدم النقوي المزمن:

- لتلطيف حالة نقص الصفيحات الدموية.
- لتحسين نوعية الحياة.
- لإزالة الضخامة الطحالية المزعجة.

4- استطباب استئصال الطحال في ابيضاض الدم بالخلايا المشعرة:

- للسيطرة على حالة نقص الصفيحات الدموية الخطرة.
- لتفادي الانتانات المتكررة.
- للتخلص من الكتلة الطحالية الضخمة.

5- استطباب استئصال الطحال في اللمفوما:

- للسيطرة على نقص خلايا الدم.
- لتفادي الاحتشاءات الطحالية.

- لتحسين نوعية الحياة عند المرضى لفترة أطول وأفضل. [7]

وقد سبق وذكرنا أنه تمّ التوجه نحو داء هودجكن قبل العمل الجراحي بالنسبة لحالة اللمفوما، وقد استطبّ استئصال الطحال بالنسبة لهذا التشخيص للسيطرة على نقص عناصر الدم، وتصنيف درجة المرض بالتشريح المرضي.

مما تقدم: تبين أن الاستطبابات الرئيسة التي استند إليها العمل الجراحي في غالبية الحالات شملت ما يلي:

- 1- فقر الدم الشديد.
- 2- نقص الصفائح الدموية الخطر.
- 3- الضخامة الطحالية الكبيرة وما تسببه من أعراض مزعجة.
- 4- تحسين نوعية الحياة عند المرضى.

• التكنيك الجراحي في ضخامات الطحال الجراحية:

بعد كل ما سبق ذكره تمّ التوجّه نحو العمل الجراحي بالاعتماد على التشخيص السريري والمخبري والشعاعي، وضمن الاستطبابات التي وردت في الفقرة السابقة، وقد تمّ تحضير المرضى قبل التداخل الجراحي على الشكل الآتي:

1- تمّ نقل عدة وحدات دم طازج ومدقاً حسب الحاجة التي تطلّبتها كل حالة وتحت المراقبة المخبرية للسيطرة على حالة فقر الدم وللوصول إلى خضاب قريب من الطبيعي.

2- تمّ نقل وحدات دم مرسّب حسب الحاجة أيضاً وتحت المراقبة المخبرية لرفع تعداد الصفائح الدموية إلى الحدود التي تسمح بالتداخل الجراحي دون مضاعفات.

3- تمّ إجراء تغطية بالصادات واسعة الطيف لتقادي الخمج، مثل: سيفوناكسيم والسيفالوسبورين، وقد اعتمدنا أن نبدأ بالجرعة الأولى وبالحقن الوريدي عند المباشرة بالشق الجراحي على أن تتبّع لاحقاً ولمدة خمسة أيام بالجرعات الأخرى المناسبة.

4- تمّ إعطاء الفيتامين (K) بالحقن العضلي لمرضى تكور الحمر الوراثي.

5- أجريت سيطرة كاملة على الآفات الجهازية الأخرى التي رافقت بعض الحالات مثل: قصور القلب الاحتقاني.

وأما التكنيك الجراحي فقد تمّ تحت التخدير العام وبالتبيب الرغامي وفق الخطوات الآتية:

- شق جراحي تحت الحافة الضلعية اليسرى وموازي لها.
- استقصاء البطن وتحري وجود آفات ورمية أو ضخامات عقدية مرافقة.
- تحرير الطحال من أربطته مع الحجاب الحاجز والكلية اليسرى.
- ربط الأوعية المعديّة القصيرة وقطع الرباط المعدي الطحالي.
- ربط الشريان الطحالي أولاً.
- تمّ ربط الوريد الطحالي.
- تمّ استئصال الطحال حرّاً.
- تحري وجود الأطحلة الإضافية واستئصالها.
- ارقاء ساحة العمل الجراحي بشكل جيّد.
- نزع مسكن الطحال بمنزح مدوّر.
- إغلاق البطن على طبقات باستعمال خيوط الفيكريل ثمّ خياطة الجلد.
- وضع أنبوب أنفي معدي لنزح المفرزات المعديّة. [6]

وقد جاءت نتيجة التشريح المرضي مترافقة مع التشخيص النهائي للحالات المرضية في هذا البحث باستثناء

حالة واحدة شخّصت على أنها داء هودجكن بينما أفاد تقرير التشريح المرضي بأنها لمفوما غير هودجكينية.

أما في حالة الرضوح فكان الشق على الخط المتوسط وبعد فتح البطن ووضع استئطباب استئصال الطحال تربط السرة، الشريان والوريد كل على حدا، ثم يستأصل الطحال وينزح مكان الطحال بمنزح مدور.

الاستنتاجات والتوصيات:

• الاستنتاجات:

النتائج القريبة بعد العمل الجراحي لدى هؤلاء المرضى:
- تحسن حالة فقر الدم بحيث ارتفع معدل الخضاب والهيماتوكريت وتعداد الحمر إلى الحدود الطبيعية وخلال 48 ساعة بعد العمل الجراحي.
- ارتفاع تعداد الصفائح الدموية مباشرة بعد العمل الجراحي ليصل إلى حدوده الطبيعية، وأحياناً تجاوز الحدود الطبيعية.

- اعتدال سرعة النثقل عند المرضى وهجوعها إلى الطبيعي.

- هجوع الترقع الحروري الذي كان مرافقاً لبعض المرضى.

- هجوع الأعراض المزعجة الناجمة عن الضخامة الطحالية.

• ومن المضاعفات:

لم تشاهد سوى في أربع حالات:

الحالة الأولى: اختلطت بنزف صاعق أثناء العمل الجراحي أدى إلى وفاة المريض على طاولة العمل الجراحي عند مريض مصاب بداء هودجكن.
الحالة الثانية: اختلطت بانصمام رئوي أحدث الوفاة عند مريض بابيضاض الدم النقوي المزمن بعد 18 ساعة من العمل الجراحي.

الحالة الثالثة: اختلطت بانصباب جنب أيسر مع ترقع حروري، وذلك بعد العمل الجراحي بـ 48 ساعة وتم تجاوز هذه المضاعفة بالعلاج المحافظ.

الحالة الرابعة: اختلطت بنزف أثناء العمل الجراحي نتيجة وجود ارتفاع توتر وريد الباب مع وجود توسعات وريدية نازفة تشمل كامل الناحية، والتي رافقت إحدى حالات التلاسيما، وقد تمت السيطرة على النزف.

جدول (10): المضاعفات بعد العمل الجراحي.

النتيجة	التدبير	نوع المضاعفة	الآفة البدئية
جيدة	نقل دم	نزف أثناء العمل الجراحي	تلاسيما
جيدة	دوائي	انصباب جنب أيسر	ابيضاض دم بالخلايا المشعرة
وفاة	-	انصمام رئوي	ابيضاض دم نقوي مزمن
وفاة	دك + نقل دم	نزف صاعق أثناء العمل الجراحي	داء هودجكن

الدراسة المقارنة:

• الجدول التالي (جدول رقم 11) يبين نتائج استئصال الطحال حسب بعض العوامل خلال وبعد الجراحة بما في ذلك مدة العمل الجراحي ومدة الأستشفاء والتي تميل لأن تتفاوت حسب الأستطباب وحسب الدراسة. [1]

جدول (11): نتائج استئصال الطحال حسب الاستئطاب الدموي

الخبثات			فقر الدم			
دراستنا	دراسة A. Park	دراسة Jaroszewski	دراستنا	دراسة A. Park	دراسة Jaroszewski	
180	165	170	190	149	171	زمن الجراحة (د)
325	238	380	300	116	271	النزف المقدر (مل)
5	2.6	4.3	3	2.2	2.6	الاستشفاء (اليوم)
%2	%3	%8	%2	%1	%0	المضاعفات

• نسبة الوفيات بعد استئصال الطحال في الضخامات الجراحية:

في دراستنا هذه حدثت الوفاة في حالتين أثناء وبعد العمل الجراحي.

النسبة 5.8% في دراسة أجريت في مشفى الجامعة بحلب كانت النسبة 5.04%.

• أما الجدول رقم (12) فهو يبين نسبة الوفيات بعد رضوح الطحال:

في دراستنا هذه كان لدينا 82 حالة فتح بطن استقصائي وكان من بينها 31 حالة إصابة طحالية، غالباً ما تكون هذه الأذيات مترافقة مع أذيات أخرى وأهمها أذية الجهاز العصبي المركزي وحسب درجة الأذية العصبية كانت تؤثر بشكل عكسي على معدل البقيا. فكان لدينا 4 حالات وفاة بعد إجراء العمل الجراحي (استئصال الطحال) وغالباً بسبب الأذية العصبية.

جدول (12): نسبة الوفيات بعد رضوح الطحال.

النسبة المئوية	عدد حالات الوفاة	
%12.9	4	دراستنا
%11.02	45	دراسة Naylor

في دراسة عالمية لنايلور **Naylor** ورفاقه أجراها على 408 مرضى لديهم إصابات طحالية كانت نسبة

الوفيات 11.02%. [7-8]

التوصيات:

• ضرورة نقل كل مصاب بأذية طحالية كليلة إلى قسم العناية المشددة مع إجراء الفحوص الدموية بشكل متسلسل.

• ضرورة إجراء إيكو بطن وطبقي محوري لكل مريض يشك بأذية طحالية.

• التريث باستئصال الطحال في حال وجود جرح في الطحال أو المحفظة وخاصة عند الأطفال وذلك بالمراقبة

في وحدة العناية.

المراجع:

1. CHARLES BRUNICARDI, F.; DANA K. ANDERSEN, TIMOTHY R. BILLIAR, DAVID, L. Dunn. *Schwartz's Principles of Surgery, 8/e Schwartz's Principles of Surgery* (Nov 2004),500.
2. COURTNEY, M.; TOWNSEND, R.; DANIEL BEAUCHAMP, B.; MARK, E. KENNETH, L. MATTOX. *Sabiston Textbook of Surgery: Expert Consult: Online and Print (Textbook of Surgery)* (Dec 2007),401.
3. MICHAEL, J.; ZINNER, JR.; STANLEY, W. ASHLEY. *Maingot's Abdominal Operations* (- 1 May 2007),320.
4. JOHN, L. Cameron. *Current Surgical Therapy: Expert Consult: Online and Print: E009/000 (Current Surgical Therapy) 2007*, 675.
5. MULHOLLAND, M.W.; KEITH, D. LILLEMOR, GERARD, M. Doherty, and Ronald V. Maier. *Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice* (Hardcover - 1 Oct 2005),550.
6. JOSEF, E.; FISCHER, KIRBY 1. BLAND, MARK, P. CALLERY, and PATRICK CLAGETT, G. *Mastery of Surgery* (Hardcover - 2006),450.
7. RUSSELL, R.C.G.; NORMAN, S. WILLIAMS, and CHRISTOPHER, J. BULSTRODE, K. *Bailey and Love's Short Practice of Surgery* (Mar 2004),325.
8. SOUBA, W.; FINK, M. *Acs Surgery 2007: Principles and Practice (Acs Surgery)*,375.