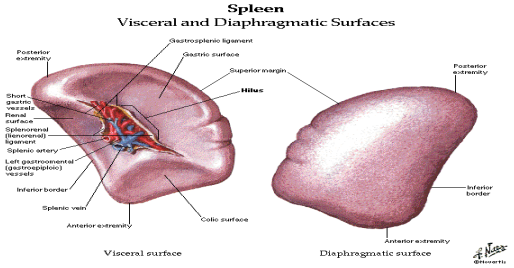
الطحال

هو أكبر تجمع للنسيج اللمفاوي في الجسم ، و يتوضع في المراق الأيسر تحت غطاء من الأضلاع ٩-١٠-١١

و أبعاده / ١٢×٧×٤ سم/ و يزن حوالي ١٥٠-٢٠٠غ و لونه أحمر قاتم و طري ، له وجهان الوجه المحدب ملامس للحجاب و الوجه الحشوي الذي يحتوي على نقير الطحال



يتغلف الطحال بالبريتوان و يتثبت في مكانه بواسطة الأربطة: الطحالي الكلوي و الطحالي المعدي ، و الحجابي الطحالي

تأتي التروية الشريانية من الشريان الطحالي فرع الشريان الزلاقي الذي يدخل سرة الطحال عبر الرباط الطحالي الكلوي ، و العود الوريدي عبر الوريد الطحالي الذي يمر خلف جسم البنكرياس باتجاه وريد الباب

توجد أطحلة إضافية بنسبة 15-20 % من المرضى ، و غالباً ما تتوضع بالقرب من سرة الطحال و الرباط المعدي الطحالي أو بالقرب من ذيل البنكرياس ، الثرب الكبير ، الإنحناء الكبير للمعدة

البنية المجهرية: يتألف الطحال من اللب الأحمرو الذي يشكل ٧٥% من حجم الطحال ، و هو شديد التوعية و يتألف من جيوب دموية كبيرة يتخللها مناطق مليئة بالخلايا البالعة ،

أما اللب الأبيض فيتألف من العقيدات اللمفية (خلايا B)

وظائف الطحال : ١- بلعمة المواد الغريبة و تشكيل الأضداد IGM و ذلك لغناه بالخلايا البالعة (Macrophage)

٢ – تخزين الصفيحات الدموية و الكريات الحمراء و تدميرها عندما تصبح غير مفيدة

٣- تشكيل الكريات الحمر

٤- إزالة بعض محتويات الكريات الحمر دون أذية الكريات مثل أجسام هاول جولي ، أجسام هنز و حبيبات الحديد

تقييم الطحال :

-الفحص السريري : لا يمكن جس الطحال الطبيعي عادةً ، أما الطحال المتضخم فيجس تحت الحافة الضلعية اليسرى

الإيكو : الوسيلة الأكثر استخداماً لتقييم الطحال و حساسيتها ٩٨%، و هناك التصوير الطبقي المحوري الأكثر دقةً ، و يمكن اللجوء إلى التصوير بالنظائر المشعة لتحديد مكان الأطحلة الإضافية

استطبابات الجراحة لإستئصال الطحال :

١-فرط الطحالية ٢- اضطرابات الكريات الحمراء (المناعي الذاتي – تكور الكريات الحمر الوراثي – و اعتلالات الخضاب)
٣- الرضوض و أذية الطحال ٤- الكيسات و الأورام و الخراجات ٥- اجراءات تشخيصية مثل مرض لمفوما في الجسم

٦- أمراض وعائية (خثار الوريد الطحالي – أم دم الشريان الطحالي)

٧- استئصال الطحال بخطأ طبي Iatrogenic أثناء عمل جراحي آخر

٨- استئصال طحال عرضي مع جزء من البنكرياس القاصي أو سرطان معدة أو كظر

٩- اضطرابات الصفيحات (فرفرية نقص الصفيحات مجهول السبب – فرفرية نقص الصفيحات الخثرية)

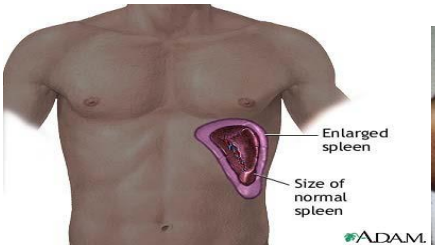
١٠- اضطرابات الكريات البيضاء (ابيضاض الدم و اللمفوما في المرحلة الرابعة)

١١- آفات نقي العظم (تليف النقي ، CML ، AML، فرط الصفيحات الأساسي ، كثرة الحمر الحقيقية)

هذا و إنه في أورام الطحال البدئية و تكور الكريات الحمر الوراثي هي من الإستطبابات الواجب إجراؤها دائماً

و سنأتي على ذكر هذه الأمراض

أولاً : فرط الطحالية : Hepersplenism هي الزيادة في وظيفة الطحال و التي تتظاهر بنقص واحد أو أكثر من مكونات الدم الجائل ، و يكون عادةً ثانوي لأمراض أخرى



معايير فرط الطحالية:

١-فقر الدم ٢ – نقص الصفيحات و نقص الكريات البيض ٣- فرط تصنع نقي العظم معاوض لتصحيح نقص الكريات
٤- ضخامة طحال و في حال وجودها تظهر أعراض ناجمة عن الحجم ، مثل الشبع الباكر (حس الإمتلاء) و نقص الوزن و الألم

الموجودات السريرية : عدم راحة- رعاف و إقياء دموي ناتج عن دوالي المري ، و فرفرية و نزف من مخاطية ناتج عن نقص الصفيحات ، تعب عام ناتج عن فقر الدم و كذلك الإنتانات المتكررة و تشاهد في المرضى مع نقص شديد في الكريات البيض

يوجد نوعين :

آ-فرط الطحالية البدئي : و هي شائعة لدى الإناث و تشخص بعد سلبية الأسباب الأخرى لفرط الطحالية ، و هؤلاء المرضى من النادر أن يستجيبوا للستيروئيدات و يؤدي الإستئصال إلى حدوث تحسن كبير في الحالة

ب- فرط الطحالية الثانوي : و أكثر الأسباب شيوعاً هو ضخامة الطحال الإحتقانية و الأمراض التنشؤية و إن المعالجة البدئية تكون دوماً موجهة نحو المرض الكامن .

١-فرط توتر وريد الباب: و ينجم عن التشمع الكبدي أو انسداد وريد الباب أو الوريد الطحالي ، و إن حوالي ٦٠% من مرضى التشمع يصابون بفرط طحالية و يكون نقص الصفيحات هو العرض الأبرز ، و لكن الجراحة غير مستطبة في هذه الحالة لأن معدل البقيا لا يتبدل ، و المريض يكون ذو خطورة كبيرة لحدوث اختلاطات ما حول الجراحة ،

أما خثار الوريد الطحالي فيؤدي إلى فرط طحالية إضافةً إلى حدوث دوالي معدية مريئية و بذلك فإن استئصال الطحال هو العلاج المختار في حال حدوث نزف ناجم عن فرط توتر وريد الباب

٢- أمراض ارتشاحية و التهابية قد تؤدي إلى فرط طحالية مثل متلازمة فلتي و داء غوشر ، الساركوئيد ، الداء النشواني ، أو التهاب حاد مع ضخامة طحالية ، أو التهاب مزمن (سل- مالطية – ملاريا)

== متلازمة فلتي : هي إجتماع للثالوث (التهاب مفاصل رثواني – و ضخامة طحال – نقص محببات)

يفيد استئصال الطحال في مجموعة خاصة من هؤلاء المرضى و ذلك حين يكون نقص المحببات شديد مع انتانات شديدة متكررة مع قرحات ساق مزمنة

== داء غوشر : داء وراثي جسمي متنحي، ينجم عنه اضطراب في استقلاب الدسم تالٍ لعوز في بيتا غلوكوسيريبروزيداز و يتجمع الدسم في اللب الأبيض للطحال أو في الكبد أو نقي العظم

يفيد استئصال الطحال في إصلاح الخلايا الدموية المرتبطة مع المرض و تخفيف الأعراض الناتجة عن ضخامة الطحال ، و لا تتأثر الآلام العظمية أو الإضطرابات العصبية باستئصال الطحال

== الساركوئيد Sarcoidois : مرض حبيبي من منشأ غير معروف و يمكن أن يصيب أي عضو في الجسم و الرئة هي الأشيع و بعدها الطحال ، و إن أغلب المرضى لا توجد ضخامة طحال كبيرة و عندما تحدث فيتطور لدى المرضى نقص كريات شامل ناتج عن فرط الطحالية مع ارتفاع الكلس ، و في هذه المجموعة فإن استئصال الطحال ينصح به لهذه الأعراض

٣- اللمفوما : التصنيف المرحلي للمفوما هودجكن و لا هودجكن يعتمد على امتداد المرض ووجود الأعراض

و يصنف المريض إلى/ A/ إذا كان لا عرضياً ، أو / B / إذا كان مصاباً بحمى أو نقص وزن أو تعرق ليلي

مرحلة 1: الآفة موضعة في عقدة وحيدة أو مجموعة عقدية وحيدة

مرحلة 2 : أكثر من مجموعة عقدية واحدة على أحد جانبي الحجاب الحاجز

مرحلة 3 : أكثر من مجموعة عقدية واحدة أو طحال على كل من جانبي الحجاب الحاجز

مرحلة 4 : الإنتشار لأعضاء غير العقد اللمفاوية و الطحال

جميع المراحل 2+1 العلاج بالأشعة و جميع مراحل B بالمعالجة الكيميائية

و إن تحديد المرحلة يتم بالطبقي المحوري ، و يتم فتح البطن فقط في المرضى الذين يمكن أن يغير التصنيف المرحلي لديهم من خطة العلاج و يتم باستقصاء كامل البطن و استئصال الطحال و خزعة الكبد و عينات متعددة من العقد اللمفية

في لمفوما لا هودجكن لا يمكن توقع سير المرض غالباً ، و غالباً ما يكون الداء متقدم عندما يتم تشخيصه لذلك لا مكان لفتح البطن

ثانياً: اضطرابات الكريات الحمراء :

آ – المكتسبة : فقر الدم الإنحلالي بالمناعة الذاتية (AHA (Autoimmune Hemolytic Anemia

أكثر شيوعاً عند النساء

هي مجموعة من الإضطرابات التي تتميز بوجود أضداد ذاتية لمستضدات موجودة على الكريات الحمراء مما يؤدي إلى قصر عمر هذه الكريات ، و يصنف إلى مجموعتين أساسيتين دافئة و باردة بالإعتماد على درجة الحرارة التي تعمل بها الأضداد الذاتية

١-في حالة الأضداد الذاتية الدافئة : المرض شائع و ينجم عادةً عن أضداد ذاتية من نمط IgG، و تعمل بشكل مفضل في درجة حرارة 37 درجة مئوية و يكون اختبار كومبس المباشر إيجابي

الأسباب : أكثر من نصف الحالات مجهولة السبب و هناك آفات الكولاجين الوعائية

-بعض الأدوية (البيتالاكتامات و الأمينوغليكوزيدات ، الكينين ، المتيل دوبا)

- الخباثات (ابيضاض دم لمفي مزمن و لمفوما لا هودجكن

التشخيص : بوجود أعراض و علامات انحلال الدم (فقر دم – كثرة الشبكيات – زيادة البيلليروبين)

اختبار كومبس المباشر لإختبار و حود الأضداد و إن ايجابية هذا الإختبار يؤكد التشخيص و يفرق آفات المناعة الذاتية عن باقي الآفات الإنحلالية

العلاج : العلاج المحافظ : يتوجه للآفة البدئية و الستيروئيدات القشرية 1-2 ملغ/كغ /يوم و الحل الجراحي باستئصال الطحال لدى المرضى الذين لا يستجيبون أو يحتاجون لجرعات عالية من الستيروئيدات ، حيث يستفيد ٨٠ % من الحالات على الإستئصال و ذلك لأن تخريب الخلايا تتم في الطحال

٢- في حالة الأضداد الذاتية الباردة cold : اضطراب تتواسطه IgM ، و يتصف بوجود أضداد تلتحم بالكريات الحمراء في درجات الحرارة التي تقارب الصفر المئوي ، فيحدث انحلال الدم مباشرةً بآلية تتواسطها المتممة C3 في الدوران العام أو بتدمير الخلايا المصابة في الكبد ، و لذلك فإن استئصال الطحال لا فائدة منه ، و غالباً ما يتحسن المرضى عند رفع حرارة الجسم

ب- تكور الكريات الحمر الوراثي (Hereditary Spherocytosis): هو اضطراب ناجم عن وراثة جسدية قاهرة ، و يعتبر أشيع فاقات الدم الإنحلالية التي يستطب فيها استئصال الطحال ، و يحدث فيه اضطراب في تشكل بعض بروتينات جدار الكرية الحمراء (سبيكترين) و يؤدي إلى تشكل كريات أصغر حجماً ذات شكل كروي و تكون أقل مرونةَ و أكثر هشاشيةً من الكرية الطبيعية مما يؤدي إلى تحطم هذه الكريات

الأعراض :

- يرقان ناجم عن انحلال دم - أعراض فقر دم - حصيات صفراوية ثانوية لوجود الداء الإنحلالي في الحالات المديدة

التشخيص : - وجود قصة عائلية لتكور الكريات الوراثي

و تشاهد الكريات المكورة على اللطاخة المحيطية مع فقر دم صغير الخلايا ، و اختبار كومبس المباشر سلبي ، و ارتفاع تعداد الشبكيات و LDH و البيلليروبين غير المباشر

العلاج : استئصال الطحال تقريباً هو العلاج الشافي ، و لكن يجب أن لا يجرى في الحالات العادية قبل عمر 6 سنوات و ذلك لتقليل حدوث حالة الإنتان بعد استئصال الطحال ، و يتم استئصال المرارة في نفس زمن استئصال الطحال

ج- فرط الكريات الإهليلجي الوراثي : اضطراب جسمي قاهر يصيب غشاء الكرية الحمراء مما يؤدي لأن تكون أكثر من ٩٠% من الكريات الحمر الجائلة في الدوران اهليلجية الشكل

معظم المرضى لا عرضيين ، و لكن عدد قليل منهم قد يشكو من فقر دم انحلالي عرضي

و إن استئصال الطحال يشفي فقر الدم بإطالة عمر الكرية الحمراء و لكن الخلل الأساسي يبقى

== اعتلالات الهيموغلوبين (فقر الدم المنجلي – التلاسيميا – أعواز الأنزيمات في الكريات الحمر)

آ-فقر الدم المنجلي (Sickle Cell Anemia) : آفة دموية انحلالية وراثية تتميز بوجود كريات حمر ذات شكل منجلي أو هلالي، و يستبدل الخضاب الطبيعي HbA بالخضاب HbS مع ارتفاع HbF الجنيني

تنجم هذه الآفة عن وراثية جسدية سائدة مشتركة ، و يدعى الأشخاص الذين ورثوا HbS من أحد الوالدين فقط بالحاملين للمرض أما الذين ورثوها من كلا الوالدين فهم الذين لديهم فقر دم منجلي (متماثل الأمشاج)

يحدث في البداية ضخامة طحالية بسبب تراكم الدم في الطحال و لكن في معظم الحالات يحدث فيما بعد ما يسمى باستئصال الطحال الذاتي نتيجة الإحتشاءات المتكررة في الطحال و ذلك حسب أماكن الصمات الوعائية

الأعراض : في الطفولة المبكرة يبقى المرض لاعرضياً بسبب وجود الهيموغلوبين الجنيني

أما الأعراض تبدأ بشكل نوب من الألم البطني مع آلام عظمية و فقر دم و بيلة دموية و تقرح بالساقين

التدبير : استئصال الطحال مستطب لدى مرضى فقر الدم المنجلي في فرط الطحالية أو ضخامة طحالية سريعة و مؤلمة (هجمات تشظي) أو خراجات الطحال

نقل الدم يستطب في حال نقص الخضاب و بعد عمليات استئصال الطحال ، مع الإماهة و التسكين في حال النوب الحادة و قد يحتاج المرضى في النوب الحادة إلى تبديل الدم

و قد أظهر استعمال Hydroxyurea نقصاً في عدد النوبات الألمية و من الحاجة لنقل الدم

ب- التلاسيميا (Thalassemia) (فقر الدم البحر المتوسط) :

آفة وراثية ينجم عنها اضطراب تصنع أو غياب أحد سلاسل الهيموغلوبين(ألفا،بيتا، غاما) و بالتالي تنقص فعاليته في أداء وظيفته

له نمطان : تلاسيميا صغرى (متخالف الأمشاج) عندما تنتقل من أحد الأبوين للأبناء

تلاسيميا كبرى (متماثل الأمشاج) عندما تنتقل من كلا الأبوين للأبناء

الأعراض : إن التلاسيميا الصغرى عادة غير عرضية و تكشف صدفةً أثناء فحوص روتينية

بينما الكبرى تتميز : ١- فقر الدم الشديد و المزمن ٢- يرقان ٣- ضخامة طحال و كبد أحياناً و تأخر نمو
٤- كبر حجم الرأس مع سحنة خاصة ٥- حصيات مرارية ٦- قرحات معندة في الساقين

التشخيص : عادةَ ما يبدأ في السنة الأولى من الحياة و التشخيص يعتمد على ارتفاع الشبكيات و ارتفاع البيض

الرحلان الكهربائي للبروتينات يظهر ارتفاع خضاب HbF مع نقص في الخضاب HbA

, و اللطاخة الدموية المحيطية تظهر وجود الخلايا الهدفية (Target Cell المميزة كريات حمر منواة)

العلاج : نقل الدم المتكرر و يفضل نقل الكريات الحمراء و ذلك عند المرضى العرضيين للحفاظ على خضاب > 9 غ وإعطاء خالبات الحديد (deferoxamine) منعاً من تراكم الحديد الناجم عن نقل الدم المتكرر في القلب و النقي

استئصال الطحال في الضخامة الطحالية العرطلة و الإحتشاءات الطحالية المتكررة و عند الحاجة لنقل الدم المتكرر > 200 مل/كغ بالسنة

الإنذار سيء و يموت معظم الأطفال من اختناطات نقل الدم و ترسب الحديد في العضلة القلبية

ج-فقر الدم بعوز الأنزيمات :

يمثل عوز خميرتي G6PD و PK (بيروفات كيناز) السبب الهام الذي يجعل الكريات أكثر تعرضاً للإنحلال

عوز G6PD : تظهر الأعراض عند اعطاء أو استنشاق مواد مؤكسدة (فول الصويا –أسبرين) و يحدث نوب انحلالية وصفية

و المعالجة بنقل الدم أثناء النوبة مع إزالة السبب و لا يستطب استئصال الطحال

عوز PK : هو الأشيع و يسبب فقر دم انحلالي مزمن و الضخامة الطحالية شائعة و يستطب فيها الإستئصال لتخفيف الحاجة لنقل الدم المتكرر

ثالثاً : اضطربات الصفيحات (TTP - ITP) :

آ-فرفرية نقص الصفيحات المناعي مجهول السبب (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura)

و هو مرض مناعي ذاتي نزفي يتصف بنقص الصفيحات الدموية نتيجة تخرب الصفحات المحدث بأضداد مضادة للصفيحات من نوع IgG، و إن الطحال هو مصدر العوامل الضدية و مكان تخرب الصفيحات

الإناث > الذكور

و يعتبر من أكثر الإضطرابات الدموية شيوعاً كإستطباب لإستئصال الطحال

الأعراض السريرية : أهم العلامات النزوف و تتجلى (كدمات ، نمشات ، نزف لثة ، نزف مهبلي . بيلة دموية . نزف دماغي ، غزارة طمث) و لا تحدث النزوف عندما يكون عدد الصفيحات > 50000 /مل

و يمكن أن تصنف ITP إلى شكلين مزمن و حاد ، حيث يشاهد الشكل الحاد عادةً لدى الأطفال بعمر أقل من ٨ سنوات بعد انتان تنفسي فيروسي علوي و يتطور وفق أحد الأشكال الآتية :

-يحدث لدى ٨٠% من هؤلاء الأطفال شفاء عفوي للمرض قبل سن ١٦ سنة ، أما البقية فيعانون من المزمن من ITP

حجم الطحال دائماً طبيعي

مخبرياً : نقص صفيحات أقل من الطبيعي و تطاول زمن النزف (المشخص الأساسي لنقص الصفيحات)

أما زمن التخثر طبيعي و زمن البروثرومبين طبيعي

يمكن كشف وجود الأضادد الذاتية مع ارتفاع النواءات في نقي العظم

العلاج : المرضى اللاعرضيين أو ذوي الأعراض المحدودة لا تحتاج لعلاج سوى تخفيف التعرض للرضوض البسيطة

١-الستيروئيدات القشرية : البريدنيزولون 1-2 ملغ /كغ / يوم فموياً و يبدأ به عند التشخيص و كمعالجة بدئية في حالات النكس في الحالات المتوسطة

٢- استئصال الطحال : و يبقى هو العلاج الأساسي حيث يتم إزالة موقع تخرب الصفيحات و هذا يوفر هجوع مستمر في نسبة من المرضى تصل حتى ٨٠% ، و يستطب في المرضى الذين لم يستجيبوا للستيروئيدات أو عند النكس ، هذا و إن استخدام أكثر من 10-20 ملغ/يوم من الستيروئيدات لمدة ٣-٦ أشهر من أجل الحفاظ على تعداد الصفيحات > 30000/مل يعتبر استطباب لإستئصال الطحال

يعطي العلاج الجراحي نتائج جيدة في ٧٥-٨٥ % من الحالات

هذا و إن النزف داخل القحف يتطلب استئصال الطحال اسعافياً

٣- العلاج بتنشيط المناعة : في اللذين يفشل لديهم استئصال

الطحال في إحداث الهجوع (الفنكريستين –الآزاثيوبرين –السيكلوفوسفاميد)

الدانازول للنساء المسنات و هناك الأنترفيرون ألفا 2b ، و الغلوبين المناعي ضمن الوريد (iVIg)

ب- فرفرية نقص الصفيحات الخثري (Thrombotic Thrombocytopenic Purpura) (TTP) :

و هي آفة نادرة ، تتصف بحدوث انسداد أو تضيق في الشرينات و الأوعية الشعرية بواسطة أغشية هيالينية تتألف من تجمع الصفيحات مع الفيبرينوجين

الأعراض : حمى ، كدمات جلدية خاصة في الطرفين السفليين مع تظاهرات عصبية حسب مكان و شدة الإصابة من حدوث (الصداع ، تشنجات ، سبات)،و كذلك حدوث القصور الكلوي مع البيلة الدموية

التشخيص : اللطاخة الدموية (الخلايا الخوذية –الخلايا الشبكية و الخلايا المنواة – إضافةً إلى نقص الصفيحات)

العلاج : الخط الأول في العلاج هو تبديل البلاسما و إعاضتها بالبلازما الطازجة المجمدة

و يضاف إلى العلاج البريدنيزولون و كذلك الأسبرين 325 ملغ / فمويا َ و يمكن إعطاء الفنكريستين و الغلوبين المناعي و كل ذلك للمرضى ذو الحالات المعندة و اللذين يحتاجون لفصل بلاسما مديد

= المتلازمة الإنحلالية اليوريميائية : هي حالة شديدة العلاقة ب TTP و توصف في الأطفال عادةَ حيث يكون سوء الوظيفة الكبدية هو المظهر الغالب و العلاج نفسه و استئصال الطحال للحالات التي لا تستجيب للمعالجة بتبديل البلاسما أو الذين يحدث لديهم نكس مزمن للمرض

لا يستطب نقل الصفيحات لدى مرضى TTP، إذ تؤدي إلى تدهور شديد في الحالة السريرية

رابعاَ: اضطرابات الكريات البيض : و تضم الإبيضاضات و اللمفومات بكافة أشكالها

آ-ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن (Chronic Lymphocytic Leukemia) (CCL) :

هو أكثر أشكال ابيضاض الدم المزمن شيوعاً و يشكو المرضى من ضعف عام و تعرق ليلي ، حمى مع انتانات فيروسية و جرثومية متكررة ، و ضخامة العقد اللمفية و يمكن أن نجد في المراحل المتقدمة ضخامة طحال ، و فقر دم و نقص الصفيحات تالي لفرط الطحالية

و يستطب استئصال الطحال لتحسين نقص الصفيحات و لإزالة أعراض الضخامة الطحالية العرطلة و كذلك من أجل تحسين الإستجابة للمعالجة الكيميائية

ب- ابيضاض الدم الشعري (Hairy Cell Leukemia) (HCL) :

المريض ذكر ، في العقد الخامس و السادس من العمر و الأعراض تتعلق بنقص خلايا شامل (فقر دم و الإنتانات و النزوف) و بعضهم يشكو من أعراض ضخامة الطحال

العلاج : الإستئصال و يساهم بعودة التعداد إلى الطبيعي و لكن لا يبدل من سير المرض

ج- اللمفومات : سواء لمفوما هودجكن أو لا هودجكن فقد تغيرت الإستطبابات و يستأصل الطحال في حالات الضخامة الطحالية العرضية أو لتحسين نقص الخلايا أحياناً ، أما الإستئصال للتصنيف المرحلي فلم يعد مستطب لتحسن وسائل التشخيص خاصة الشعاعية و المخبرية

خامساً : اضطرابات نقي العظم :

== تليف النقي : (Myelofibrosis) : داء نقوي تكاثري ينجم عن تليف نقي العظم و يترافق مع تصنيع الدم من خارج النقي

الأعراض تنجم عن فقر الدم ، و ضخامة الطحال (تمدد البطن و الألم (الناتجة عن تصنيع الدم من خارج النقي و تحدث احتشاءات في الطحال)

تعتبر الستيروئيدات القشرية هي المعالجة البدئية و يستطب استئصال الطحال عندما يكون فرط الطحالية شديد و معند .

وكذلك الحال في الإبيضاض النقوي المزمن CML (التعب- القمه- التعرق –و الشبع المبكر) ،

و الإبيضاض النقوي الحاد AML (حمى – توعك – ألم عظمي و قد يتضخم الطحال)

يستطب استئصال الطحال في الحالات السابقة لتخفيف أعراض الضخامة ، و هذا لن يغير من التطور العام للمرض

== فرط الصفيحات الأساسي : زيادة في الصفيحات في الدم المحيطي ، و حدوث الأحداث الخثرية النزفية و الإسقاطات المتكررة ، و التحول إلى تليف النقي و حدوث ضخامة الطحال و يفيد الهيدروكسي يوريا في تخفيف الحوادث الخثرية و كذلك استئصال الطحال للحالت المتقدمة

== كثرة الحمر الحقيقية (Polycythemia Vera) : زيادة الكتلة الخلوية لكريات الدم الحمراء مترافقة مع ارتفاع الكريات البيض و الصفيحات و ضخامة الطحال

الأعراض : صداع – الدوار ، الضعف ، الحكة ، التعرق الشديد ، ارتفاع التوتر الشرياني ، الأعراض المفصلية ، ضخامة الكبد و الطحال

يوضع التشخيص اعتماداً على ارتفاع كتلة كريات الدم الحمراء > ٢٥% من القيمة الوسطية المتوقعة

العلاج : الفصادة الدموية و الأسبرين حتى الأدوية الكيماوية ، و يؤجل استئصال الطحال للحالات المتقدمة و ضخامة الطحال الشديدة

أمراض الطحال الجراحية بالخاصة

و هي مجموعة من الآفات التي تصيب الطحال و تعالج جراحياً دوماً

١-أم دم الشريان الطحالي : أغلبها لاعرضية و قد تحدث ألم شرسوفي و ضخامة طحال

توجد أسباب لتشكلها مثل التصلب العصيدي ، أو رضية أو تالية لإلتهاب البنكرياس و يؤهب لها الحمل و ارتفاع التوتر الشرياني

التشخيص :الإيكو دوبلر و الطبقي المحوري مع حقن مادة ظليلة ، تصوير الأوعية الإنتقائي مشخص واسم

العلاج : استئصال الطحال مع أم الدم و ذلك عند ازدياد حجمها و كذلك العرضية و التي قطرها > 2 سم

أو عند الحامل أو التي تخطط للحمل

٢- خثرة الوريد الطحالي المنعزلة :

الأسباب : ١- آفات البنكرياس (التهاب متكرر – التنشؤات – كيسات النكرياس)

٢-آفات خلف البريتوان (التنشؤات و التليف) ٣- الأساسي مجهول السبب

٤- مرافق لأم دم الشريان الطحالي و بعد عمليات قطع المعدة

التشخيص : تصوير الجذع الزلاقي ثم الجملة البابية و كذلك الإيكو دوبلر يساعد في التشخيص

و تحدث الإختلاطات نتيجة ارتفاع توتر وريد الباب و حدوث النزف الهضمي العلوي من دوالي أسفل المري

العلاج : استئصال الطحال مع علاج الآفة المسببة سواء كانت بنكرياسية أو غيرها

٣- الكيسات الطحالية :

آ-الكيسات الحقيقية : و لها بطانة و تصنف إلى:

١- طفيلية مائية و تشكل الثلثين

٢ – غير طفيلية : (مصلية بسيطة ، نظيرة الأدمة و العجائبية ، الجلد أو نظيرة البشرة - الورم الوعائي اللنفاوي و الورم الدموي)

ب- كيسات ثانوية (كاذبة) و ليس لها بطانة وممكن أن تكون رضية دموية مصلية و ذلك نتيجة تحول الورم الدموي إلى كيسة كاذبة

و يمكن أن تكون استحالية أو تالية لإحتشاء الطحال أو التهابية (تنخر ، تدرن ، ملاريا ، داء وحيدات النوى)

الأعراض : لاعرضية و كذلك حس ثقل و انزعاج في المراق الأيسر و عسرة هضم و الشعور بالإمتلاء بعد الطعام مباشرةً

مخبرياً : لا يوجد فحوص مميزة سوى في الطفيلية

شعاعياً : الإيكو الذي يميز محتوى الكيسة و كذلك الطبقي المحوري

الإختلاطات : النزف – الإنتان – التمزق – الإنفتال

العلاج : الكيسات الأقل من ٥سم يمكن أن تراقب بالإيكو و غالباً ما تزول تلقائياً و العلاج بالإستئصال التام أو الجزئي

٤- خراجات الطحال : عن طريق الإنتقال بالطريق الدموي أو بعد الرض أو من الإنتشار من الجوار (التهاب بنكرياس ، تنشؤ كولون ، خراج تحت الحجاب الحاجز) أو بسبب استعمال مثبطات المناعة و الستيروئيدات

الجراثيم : العقديات و العنوديات و E.Coli

الأعراض : ألم ناخز في المراق الأيسر و ينتشر إلى الكتف الأيسرو أحيانا ضخامة طحال

و ألم أسفل الصدر الأيسر و سعال جاف (انصباب جنب أيسر)

أعراض عامة : حرارة و عرواءات و تعرق ، قمه ، تعب ، غثيان و إقياء

الطبقي المحوري : يبين وجود ضخامة طحالية مع منطقة ناقصة الكثافة ضمن الطحال

مخبرياً : ارتفاع الكريات البيض و على حساب المعتدلات

العلاج : تغطية بالصادات مع تفجير الخراج أو استئصال الطحال

٥- أورام الطحال : أورام الطحال البدئية نادرة ، و كذلك الطحال مكان شائع للإنتقالات السرطانية من الرئة و الثدي و الميلانوما

آ-أورام وعائية : و هي أكثر تنشؤات الطحال البدئية شيوعاً و القسم الأكبر منها أورام أوعية دموية سليمة أو أورام أوعية لمفاوية و لا تتطلب أي علاج

أما التنشؤات التي تؤدي إلى ضخامة طحال هي استطباب لإستئصال الطحال

ب- الأورام العابية (هامارتوما) : نادرة و سليمة مؤلفة بشكل أساسي من عناصر وعائية و العلاج مشابه لتنشؤات الطحال السليمة الأخرى

ج- لمفوما الطحال : و هي موضعة بالطحال و العقد اللمفاوية خلف البريتوان المجاورة و دون توضعات محيطية و تصادف بشكل وصفي أثناء عمل جراحي لضخامة طحال مجهولة السبب

و العلاج دوماً جراحي باستئصال الطحال مع المعالجة الكيميائية و الشعاعية حسب نوع الورم و خاصةً اللمفوما

٦- الطحال الضال أو الهاجر و انفتال الطحال :

تكثر لدى النساء و ذلك بسبب غياب الأربطة الطحالية نتيجة عيب حيث يتوضع في غير مكانه ، أو نتيجة رض يؤدي لتمزق و تمطط الأربطة الطحالية

الأعراض : لا عرضية غالباً ، و تتظاهر لدى المرضى العرضيين بنوب معاودة من الألم البطني نتيجة الشد على السرة الوعائية للطحال أو انفتاله و قد يسبب حالة بطن حادة عند كون الإنفتال حاد و مستمر و قد يحدث احتشاء الطحال

التشخيص : الطبقي المحوري للبطن و العلاج بالإستئصال أو التثبيت

٧- الأطحلة الإضافية : تتراوح بين ١٥-٢٠% و تتوضع عند سرة الطحال و الإنحناء الكبير للمعدة و حول ذيل البنكرياس

الأعراض : عادةً لا عرضية و قد تتظاهر بانسداد أمعاء أو بطن حاد و قد تصاب بفرط طحالية و التنشؤات و الطفيليات و قد تكشف صدفةً في الأمراض الدموية

العلاج : الإستئصال

و إن نسيانها بعد استئصال الطحال الخاصةً عند الأطفال لسبب رضي أمر مفيد لأنها تشكل دعم مناعي يعوض عن الطحال المستأصل و إن وجود أجسام هاولي جولي دليل وجود أطحلة إضافية غير ملاحظة

الرضوض الطحالية

نصف حالات استئصال الطحال بسبب رضي ، و تصنف الرضوض إلى نافذة و مغلقة و موافقة للعمل الجراحي الذي يجرى في الربع العلوي الأيسر (معدة – كولون أيسر – ذيل البنكرياس)

تحدث التمزقات العفوية عادةً في الطحال المريض المتضخم و أكثر ما تشاهد في الملاريا و الساركوئيد و التلاسيميا و الأمراض الدموية المسببة لضخامة الطحال

الأعراض : قد تكون آنية مع صدمة نزفية شديدة أو ضعيفة حسب درجة التمزق

حدوث تسرع النبض و هبوط الضغط و أعراض الصدمة(شحوب و تعرق و زلة)

علامة كير : ألم بطني معمم أشده في المراق الأيسر مع انتشار للكتف الأيسر و يتحرض بوضعية ترانديلنبورغ

علامة بالانس : أصمية بقرع LUQ

وجود كسور في الأضلاع السفلية اليسرى على الصورة الشعاعية و ايكو البطن و الطبقي المحوري

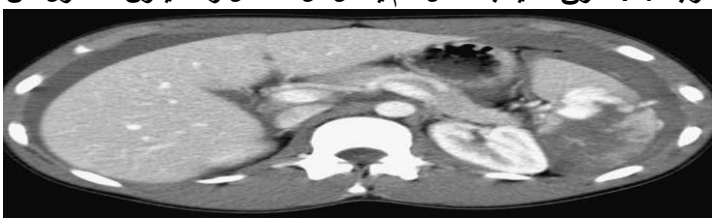
تصنيف تمزقات الطحال :

درجة 1 : إصابة محدودة في المحفظة الطحالية ، تمزق بالعمق < 1 سم أو نزف دموي تحت المحفظة < 10% دون إصابة برانشيمية و العلاج محافظ

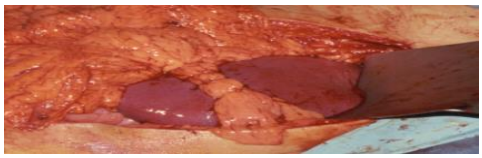
درجة 2 : تمزق وحيد أو متعدد في المحفظة مع إصابة برانشيمية (١-٣سم) لا تمتد إلى السرة و لا تشمل الأوعية السرية الرئيسية مع أو بدون ورم دموي برانشيمي

درجة 3 : تمزق عميق وحيد أو متعدد> ٣سم و يمتد للسرة و يتضمن وعاء كبير ، أو ورم دموي > 50% من سطح الطحال

درجة 4 : تمزق شديد بالطحال تام يشمل كل الطحال و قد يكون مفصول عن سرته و أوعيته الرئيسية



العلاج : الإتجاه هو العلاج المحافظ لرضوض الطحال المعزولة البسيطة و يمكن اللجوء للعلاج الجراحي المحافظ أو الإستئصال التام إذا كانت الأذية شديدة



الإجراءات المتخذة قبل استئصال الطحال :

١-اللقاحات : يتوجب أن يعطى جميع المرضى لقاح المكورات الرئوية (Pneumovax) قبل اسبوعين من الجراحة و يكرر كل خمس سنوات و لقاح المكورات السحائية و المستدميات النزلية

٢- الصادات الوقائية : جرعة وحيدة من الأموكسيسيللين لمدة سنتين بعد الجراحة في جميع المرضى تحت عمر 5 سنوات و مضعفي المناعة

٣- منتجات الدم : و تطلب بشكل مبكر لإجراء اختبار التصالب ، و لا نعطي الصفيحات أثناء العمل الجراحي حتى يتم ربط الشريان الطحالي منعاً لإستهلاكها

==أخيراً ننوه أن استطبابات استئصال الطحال بشكل اجباري عند أورام الطحال و تكور الكريات الحمر الوراثي

اختلاطات استئصال الطحال :

و هي اختلاطات باكرة تحدث خلال شهرين من الجراحة ، أو متأخرة و التي يمكن أن تحدث على مدى عمر المريض

١-الإنخماص الرئوي : و هو أكثرالإختلاطات حدوثاً بعد الجراحة

٢- فرط الصفيحات شائع بعد استئصال الطحال و يرتفع التعداد إلى 400,000/مل و قد يصل إلى 2-3 مليون في الفترة عقب الجراحة تماماً ، و بالرغم أنه لا توجد علاقة بين درجة فرط الصفيحات و زيادة الميل للخثار ، لكن غالباً ما يعطى الأسبرين عندما يتجاوز التعداد مليون /مل

٣- الخراج تحت الحجاب الحاجز

٤- التهاب البنكرياس و ذلك تالٍ لأذية البنكرياس

٥- انثقاب المعدة : بسبب أذية الإنحناء الكبير للمعدة أثناء العملية

٦- الإنتان الشامل بعد استئصال الطحال OPSI: ( ) Overwhelming postsplenectomy infection : ازدياد قابلية الإصابة بتجرثم الدم الصاعق ، و التهاب السحايا و ذات الرئة بسبب فقد وظيفة الطحال و نسبتها قليلة عند البالغين و خطورتها أكثر عند الأطفال ، و التظاهرات النموذجية من حدوث الحمى و الزكام و انتان تنفسي علوي و الصدمة و السبات

و لذلك يجب تثقيف المرضى حول حول خطورة الإنتان التالي لإستئصال الطحال و استشارة الطبيب بأسرع ما يمكن في حالة الشبهة كوجود الحمى و بقية الأعراض