

۶۱۸۹

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترا در پزشکی

موضوع :

((اندیکاسیونهای اسپلنکتومی در طحالهای بزرگ))

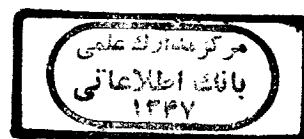
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر علی نفیسی

نگارش :

احمد عاطف وحید

سال تحصیلی ۱۳۵۰ - ۱۳۵۱



سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو/۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که
زندگیم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم .

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه
اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان
و شرافت انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگی شمای سلامت بیمارانم خواهد بود .
اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت پزشکی
را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین ، ملیت ، نژاد عقاید سیاسی
و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاثیری در وظایف پزشکی من نسبت به بیمارانم
نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه
معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .
آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام انجام دهم .

تقدیم به _____ :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی نفیسی با عرض تشکر از زحماتشان

که مرادرنوشتن و تنالیم این رساله را سخنائی فرموده اند .

تقدیم بیـــــــــــــــــه :

کلیه استادان گرامی که مراد رسیدن به هدف عالی خود

تا این لحظه یاری نموده اند .

"فهرست مندرجات"

صفحه	
	۱- مقدمه
۱/	۲- آناتومی و بافت شناسی طحال
۴/	۳- بافت شناسی طحال
۸/	۴- فیزیولوژی طحال
۱۳/	۵- روشهای مطالعه طحال
۱۶/	۶- علل اسپنلومگالی ها
۲۳/	۷- جدول خلاصه علل عظم طحال
۲۷/	۸- اسفروسیتوز مادرزادی
۳۵/	۹- اوالوسیتوز
۳۵/	۱۰- تالاسمیها
۳۷/	۱۱- اندیکاسیونهای اسپلنکتومی در تالاسمی
۴۱/	۱۲- بیماری هموگلوبین H
۴۱/	۱۳- بیماری هموگلوبین S-C
۴۲/	۱۴- آنمی همولیتیک اکتسابی
۴۵/	۱۵- آنمی آپلاستیک

صفحه ۴۹/	۱۵- برکاری طحال
۵۱/	۲۷- نوتروپنی اولیه طحالی
۵۲/	۱۸- بان سمیتونی اولیه طحالی
۵۳/	۱۹- اید یویاتیک ترمبوسیتونیک پورپورا
۵۸/	۲۰- سندرم فلتسی
۶۰/	۲۱- سندرم بانسی
۷۰/	۲۲- سل اولیه طحال
۷۲/	۲۳- هیپتواسپلنومگالی آندمیک
۷۶/	۲۴- بیطاریهای استروج
۷۹/	۲۵- کیست ها ونثوپلاسمهای طحال
۸۱/	۲۶- اندیکاسیون طحال برداری در پلی سیتی حقیقی
۸۱/	۲۷- اندیکاسیونهای طحال برداری در میلو فیروز
۸۱/	۲۸- اندیکاسیونهای طحال برداری در لوسمی لنفوئید مزمن
۸۲/	۲۹- روش های جراحی در طحال برداری
۸۵/	۳۰- ترموپس از طحال برداری
۸۸/	۳۱- افزایش حساسیت به عفونتها پس از طحال برداری

۸۹/

۳۲- تاثير طحال برداري روي خون

۹۱/

۳۳- رفرانس

مقدمه :

طحال یکی از شگفت‌انگیزترین ارگانهای داخل شکم است که هنوز اطلاعات ما درباره آن خیلی کم بوده و کاملاً تمام اعمال آن شناخته نشده است این عضو بسیاری از بیماریهای سیستمیک بدن گرفتارگر دیده و همینطور بیماریهای اولیه طحال میتواند اثر وسیعی روی ارگانها و دستگاههای مختلف بدن داشته باشد .

هرچند که اغلب بیماریهای طحال چه اولیه و چه ثانویه باعث بزرگی طحال میگردد ولی با توجه به اختلالات فیبولوزیک طحال که در سالهای اخیر روشن شده اند بیماری طحال الزاماً باعث بزرگی آن نمیشود .

بعلمت اینکه ما عنبر زاعمال طحال را کاملاً نمیدانیم تقسیم بندی

بیماریهای طحال بدو گروهی که در یک دسته از آنها طحال برداری اندیکاسیون داشته در دسته دیگر کمتر اندیکه بوده پایی تا شهر است بسیار مشکل میباشد .

مثلاً در حالیکه عده ای برداشتن طحال را در آنص آپلاستیك

ولو سمی بی ارزش دانستند عده دیگر نتایج رضایت بخشی از برداشتن طحال در این بیماریها بدست آورده اند .

اندیکاسیون طحال برداری در مورد بیماریهای داخلی اغلب بستگی

دارد به نتایجی که از درمان طبعی بدست میآید و ضرورتی بطور جداگانه
 کاملاً از نظر هماتولوژی مورد مطالعه قرار گرفته و همکاری نزدیک متخصص داخلی
 و جراح جهت تصمیم به عمل برداشتن طحال کاملاً لازم و ضروری است .
 بطور کلی در بعضی از بیماران برداشتن طحال کاملاً باعث بهبودی
 شده و در برخی دیگر از بیماران بهبودی نسبی یا موقتی بوده و در تعدادی دیگر
 اسپلننکتومی تأثیری ندارد .

در این رساله ابتدائاً نتایج و فیزیولوژی طحال بطور اجمال ذکر
 شده و پس از بحث خلاصه ای در مورد علل اسپلنومگالیها بیماریهای نئوپلاستیک در آنها
 برداشتن طحال اندیکاسیون دارد ذکر شده است ، البته بحث مفصل
 در مورد هر یک از بیماریها که خود میتواند موضوع یک رساله باشد در این رساله
 امکان نداشته و لذا به اختصار نوشته شده است .

در خاتمه به عوارض پس از طحال برداری و روش جراحی خیلی مختصر
 اشاره گردیده است .

آناتومی و بافت شناسی طحال :

طحال در هیپوکندری چپ بین قعر معده و دیافراگم قرار گرفته و قسمت فوقانی آن تا ناحیه ایی گاسترگسترش می یابد . طحال مستطیلی شکل و نرم شکننده و پر عروق بوده و رنگ آن بنفش تیره است .

در زمان جنینی و اندکی پس از تولد در ساختن گویچه های قرمز شرکت داشته ولی دلیل کافی وجود ندارد که پس از آن نیز عمل خونسازی داشته باشد .

Development یا جنین شناسی طحال :

طحال در هفته پنجم زمان جنینی از مزودرم ناحیه مزوگاستریوم در بالای دم پانکراس بوجود می آید و با تغییر محل معده طحال بطرف چپ و خلف معده و مجاور کلیه برده میشود و قسمتی از مزوگاستریوم که بین طحال و انحنا بزرگ معده قرار دارد ، بعداً تبدیل به لیگامان Gasterosplenic میگردد .

مجاورات طحال :

۱- سطح دیافراگماتیک (سطح خارجی یا سطح Phrenic)
این سطح صاف و محدب بوده و بطرف بالا و عقب و چپ تمایل دارد این سطح مجاور دیافراگم بوده و دیافراگم آنرا از رنده های نهم و دهم و یازدهم و بیست و تحتانی ریه چپ و پاورجد امیاسازد .

۲- سطح احشائیی:

سطح احشائی توسط شماری بد قسمت میگردد یکی سطح معدی

یا قدامی و دیگری سطح کلیوی یا خلفی .

سطح معدی ای مقعر و پهن بوده و با جدار خلفی معده تماس دارد و در

قسمت پائین بادم پانکراس مجاور است در نزدیکی کنار خلفی این سطح فرورفتگی^{هایی}

وجود دارد که نافطحال خوانده میشود .

سطح کلیوی مسطح بوده و با قسمت فوقانی سطح قدامی کلیه چسب

و گاهی غده فوق کلیوی مجاور میباشد .

قطب فوقانی یا Superior Extermity:

این قسمت بطرف مهره ها امتداد یافته و در سطح بازه همین مهره

پشتی قرار میگیرد . قطب تحتانی یا Lower Extermity یا Colic surface

این قسمت ازطحال پهن و نامنظم بوده و روی زاویه چپ کولون افقی و لیگامان

Phrenicocolic قرار گرفته و بادم پانکراس در تمام است . لبه

قدامی طحال آزاد و تمیز و نازک است و اغلب دارای بریدگیهایی میباشد . لبه

خلفی گره ترازلبه قدامی بوده و سطح کلیوی را از سطح دیافرگماتیک مجزا میکند .

طحال از پورتوان پوشیده شده که بسختی از کپسول آن جدا میگردد .

طحال توسط دویگامان در محل خود نگهداشته شده است .

۱- Splenorenal ligament که از ریه توان تشکیل شده است

۲- Gastrosplenic ligament که از دویگامان تشکیل شده و

شراین short Gastric و Gastroepiploic بیمن

دویگامان آن قرار دارند . انتهای تحتانی طحال بالیگامان فرنوکلویک نگهداشته

میشود .

اندازه و وزن طحال :

اندازه و وزن طحال خیلی متفاوت بوده و در طی دوران حیات و تحت

شرایط مختلف و در افراد مختلف متغیر است . در بالفین در حدود ۱۲ سانتیمتر

طول و ۷ سانتیمتر عرض و ۳ تا ۴ سانتیمتر ضخامت دارد . وزن آن از ۱۷۰ گرم

یا کمتر در سال اول زندگی به ۱۷۰ گرم در سن ۲۰ سالگی میرسد و سپس کم کم

پائین آمده و به ۱۲۲ گرم در ۷۶ تا ۸۰ سالگی میرسد . طحال در مرد ها از زن ها

سنگین تر بوده و در سفید پوستان وزن آن بیشتر از سیاه پوستان است .

وزن طحال در افراد بالغ بطور متوسط بین ۱۰۰ تا ۲۵۰ گرم و در موارد

نادرت بین ۵۰ تا ۴۰۰ گرم متغیر است .

اندازه طحال بر حسب تغذیه و شرایط بدن تغییر میکند بدین معنی که

در افراد بکه خوب و حتی بیش از حد تغذیه شده اند بزرگ و در افرادی که فقر غذایی دارند کوچکتر است .

اغلب در مجاورت طحال بخصوص در لیگامان ممدی طحالی و چادرینه بزرگ ندولهای کوچکی از نسج طحال وجود دارند که ممکن است بطور جداگانه و مستقل بوده و یا به طحال متصل باشند . این ندولها را طحال اضافی می نامند

Accessory Spleen گویند .

بافت شناسی طحال :

طحال از دو پوشش پوشیده شده است یکی پوشش خارجی که سرو بوده و تمام سطح آن را غیر از ناحیه ناف که عروق وارد آن میگردند میپوشاند و دیگری پوشش فیبرو الاستیک که در ناحیه ناف روی خود برگشته و عروق طحال را دربر گرفته و همراه آنها وارد نسج طحال میگردد . از سطح داخلی این کپسول تریاکولهای نازکی در تمام جهات وارد نسج طحال شده و اسکلت طحال را میسازد . و بدین ترتیب طحال به فضاهای کوچکی بنام Areola تقسیم میگردد و داخل این فضاها را Splenic Pulp پر میکند .

کپسول طحال و پوشش عروق داخل آن و تریاکولها از فیبرهای سفید و زرد الاستیک و نسج فیبرو درست شده است . بعلت وجود نسج الاستیک

طحال دارای قابلیت انقباض قابل ملاحظه ای میباشد . مقداری نسج عضلانی صاف در این ساختمانهاگهی دیده میشود .

پولپ طحالی Splenic Pulp :

پولپ طحالی یک توده قرمز مایل به قهوه ای تیره میباشد که تشکیل شده است از یک تورینه از فیبرهای خیلی ظریف که ادامه تراپکولها بوده و سلولهای ستاره ای پهن که در این تورینه قرار گرفته اند . فضا های این شبکه با خون و تعداد زیادی لنفوسیت ، نوتروفیلها ، منوسیت ها و یا ماکروفاژها پر شده است . ماکروفاژها اغلب بزرگ بوده و در داخل آنها گلبولهای قرمز خورده شده و پیگمانها دیده میشوند .

در طحال جوان سلولهای غول آسا (ژانت) ممکن است دیده شوند که هر کدام دارای مقدار زیادی هسته بوده و بیا یک هسته مرکب دارند . گلبولهای قرمز هسته دار در طحال افراد جوان دیده میشوند .

عروق طحالی :

۱- شریان طحالی :

شریان طحال نسبت به حجم آن شریان بزرگی بوده و در مسیر خود دارای پیچ و خمهایی میباشد . شریان طحال در ناف طحال به ۶ شاخه یا بیشتر

تقسیم شده و سپس وارد طحال میگردد . در داخل شراین از يك غلافی كه
ادامه كپسول طحال میباشد پوشیده شده و غلاف مشابهی اعصاب و ورید ها
رانیز میپوشاند .

عریك از شاخه های اصلی در داخل طحال يك قسمت را مشروب میسازد
و هیچ يك از شاخه ها در داخل طحال با يكدیگر ارتباط ندارند .

هر شاخه در مسیر محور عرضی طحال پیشرفته و بتدریج از قطر آن كاسته
میگردد و در طول آن شاخه های زیادی از آن منشعب میشوند و سرانجام این
شاخه ها غلاف تراپكولر خود را ترك گفته و به نسج طحال خاتمه می یابند .

بعضی از مؤلفین معتقد هستند كه آرتریولها از طریق مویرگها به ونهاها

متصل میگردد ولی اغلب مؤلفین بر آنند كه مویرگهایی كه دارای اند و تلیس
باشند وجود نداشته و خون بطریق بازاز میان پولپ طحال جریان یافته و تورینسه
رتیکولر سینوسها را مشروب میسازد . جریان خون از میان پولپ توسط انقباض
ریتمیک عضلات ضاف داخل نسج تراپكولها و كپسول و انقباضات متناوب آرتریولها
كنترل میگردد .

ساختمان لنفاوی در غلاف آرتریولها جا بجا بشکل كروی بنام ندولهای

لنفاوی در نسج طحال دیده میشوند (Corpuscal De Malpighi) .