مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره یازدهم/ زمستان ۱۳۸۵/ ۷۸-۷۴

کیست غیر انگلی غول‌آسای طحال: یک گزارش موردی

دکتر جعفر مبلغی[۱]، دکتر منوچهر مولایی[۲]، دکتر آرش پولادی[۳]

۱- متخصص جراحی عمومی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسئول) jafar.moballeghi@yahoo.com

۲- متخصص رادیولوژی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف: کیست‌های طحالی بطور کلی موارد غیر معمولی در جراحی‌های عمومی می‌باشند. در این میان کیست‌های اولیه و غیرانگلی طحال نیز جزو بیماریهای نادر می‌باشند که تاکنون تعداد ۱۰۰۰ مورد از این کیست‌ها در منابع گزارش شده‌اند. این کیست‌ها غالباً اپیتلیالی هستند و در مواردی نیز اندازه‌ای بسیار بزرگ می‌یابند.

معرفی بیمار: موردی که گزارش می‌گردد، پسر بچه‌ایست ۱۰ ساله که با شکایت غیرمعمول احساس سنگینی و بزرگی سمت چپ شکم و غیر قرینگی آن مراجعه نموده بود، که در بررسی‌های سونوگرافیک و CT-Scan، توده‌ای با ماهیت کیستیک (Simple Cyst) و قطری حدود ۲۰cm گزارش گردید که باعث رانده شدن احشاء مجاور از جمله کلیه چپ به خلف شده بود. این بیمار پس از بررسی از نظر کیست هیداتید، کاندید اسپلتکتومی شده و پس از جراحی باز شکم با حال مناسبی ترخیص گردید. نتیجه بررسی نمونه پاتولوژی وی تائید کننده Epithelial Cyst بود.

نتیجه‌گیری: کیست‌های اپیتلیالی در طحال ممکن است بطور اتفاقی کشف شوند. یا بدنبال بزرگی بیش از حد و بروز عوارضی همچون هموراژی و پارگی بروز نمایند و یا همانند بیمار ما با شکایتی غیرمعمول مراجعه نمایند. باید توجه داشت که کیست‌های طحال با قطر بیش از ۵ cm را باید با مداخلهٔ جراحی درمان نمود که در صورت بزرگی بیش از حد بدلیل تخریب قسمتهایی از بافت طحال و نیز احتمال خونریزی زیاد نمی‌توان به صورت پارشیال اقدام به برداشت کیست و طحال نمود. در این موارد برداشت کامل طحال راه حل مناسب درمانی برای بیمار می‌باشد.

کلید واژه‌ها: طحال، کیست منفر غیرانگلی، کیست اپیتلیال، جراحی

وصول مقاله: ۸۵/۷/۲ اصلاح نهایی: ۸۵/۸/۱۸ پذیرش نهایی: ۸۵/۸/۳۰

مقدمه

به طور کلی کیست‌های طحالی، بروز ناشایعی دارند و جزو موارد غیرمعمول در جراحی‌های عمومی هستند، این کیست‌ها می‌توانند دارای منشاء انگلی (آلودگی به انگل ایکنوکوکوس گرانلوزوس- کیست هیداتید) و یا غیر انگلی باشند (۱) که انواع غیرانگلی این کیست‌ها به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌شوند. انواع اولیه نیز دو نوعند: یکسری که دارای پوشش اپیتلیولی هستند (مانند همانژیوما و لنفانژیوما). از انواع ثانویه نیز می‌توان به کیست‌های کاذب و انواع غیر اپیتلیالی اشاره نمود (۲). کیست‌های غیرانگلی طحال بروز نادری دارند که بیشتر آنها نیز اپیتلیالی هستند و چون خوش‌خیم هستند گاهی به اندازه‌های بسیار بزرگی می‌رسند (۳). از انواع این کیست‌ها تاکنون تعداد ۱۰۰۰ مورد درمنابع گزارش شده‌اند (۴). در مورد علت منشاء انواع اپیتلیال کیست‌های طحالی، توافق نظر قاطعی وجود ندارد ولی قابل قبول‌ترین تئوری در این مورد، تئوری Burrig است

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

که بیانگر منشاء مادرزادی آنها است (۵). این کیست‌های طحالی معمولاً علایم خاصی ندارند و بطور اتفاقی کشف می‌شوند (۳). برخی از آنها نیز بزرگند و نیاز به انجام جراحی و برداشت کامل طحال پیدا می‌کنند (۶).

معرفی بیمار

بیمار معرفی شده پسر بچه‌ایست ۱۰ ساله، ساکن شهرستان کامیاران (یکی از شهرهای استان کردستان)، که با علایم ضعف و بی‌حالی عمومی و نیز بزرگی و احساس سنگینی در سمت چپ شکم مراجعه نموده بود. در بررسی اولیه لاغری و عدم افزایش وزن بدون وجود بی‌اشتهایی را در طی حدود ۳ سال قبل را ذکر نمود ولی در یک ماه اخیر دردهای شکمی متناوب در نیمه چپ شکم داشته، بیمار ظاهری کاشکتیک با وزن ۲۲ kg داشت، در لمس شکم توده‌ای زیر لبه دنده در ناحیه ساب کوستال چپ تا ناحیه خط وسط با تندرنس خفیفی داشته و نکته خاص دیگری در معاینات نداشت. بیمار فاقد سابقه تروما، بیماری خاص خانوادگی یا ضایعه مشابه در خانواده، سابقه بیماری قبلی و نیز مصرف دارو بود. در آزمایشات وی، تنها نکات مورد توجه آمیلاز ۲۳۰، آئوزینوفیلی ۳٪ و هموگلوبین ۱۱/۹ بودند.

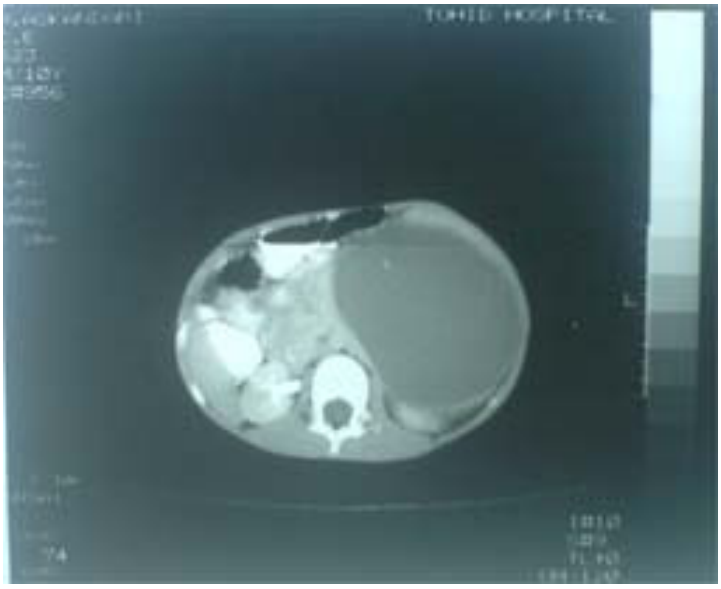
یافته‌های سونوگرافیک نشانگر وجود توده‌ای با ماهیت کیستیک و قطر ۲۰cm بوده که از ناف طحال آغاز شده بود. این توده قسمت اعظم سمت چپ شکم و ناحیه میانی شکم را در بر گرفته و کلیه چپ را به خلف رانده بود (تصویر ۱). Abdominal CT-(IV-Oral) Scan نیز توده‌ای Simple cyst را نشان می‌داد که باعث جابجایی احشای مجاور به داخل وکلیه‌ها به سمت پایین و خلف شده بود. شواهدی از لنفادنوپاتی و یا توده در سایر نقاط نیز دیده نشد (تصویر ۲). این بیمار، پس از بررسی و انجام آزمایش‌های لازم برای بیماری کیست هیداتید، با توجه به بزرگی توده مذکور، کاندید اسپلنکتومی کامل گردید و پس از چند روز بستری با حال عمومی مناسب ترخیص شد. این بیمار قبل از عمل، واکسن پنومواکس دریافت نموده و توصیه به تزریق ماهانه آمپول پنی سیلین تا سن ۲۰-۱۸ سالگی گردید.

در بررسی پاتولوژیک، از نظر ماکروسکوپی نسج طحال به ابعاد ۴×۹×۱۱ سانتیمتر بود که در سطح زیرین آن کیستی با قطر ۲۰ cm و محتوی مایعی زرد رنگ گزارش گردید و ندولی با قوام طحال به قطر ۱/۵ سانتیمتر در ناف طحال دیده می‌شد (درگیری ناف طحال). کیست مذکور از نظر میکروسکوپی توسط یک تا چند ردیف سلولی اپیتلیال با هسته مسطح پوشیده شده بود (تصویر ۳) و در بسیاری از نقاط تحت فشار قرار گرفته و آتروفیه شده بود. در بررسی کامل نمونه در نقاط مختلف آن، شواهدی از بدخیمی وجود نداشته و یافته‌های پاتولوژی در بررسی سلولهای بافتی، در مجموع مؤید Epithelial Cyst در طحال بودند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

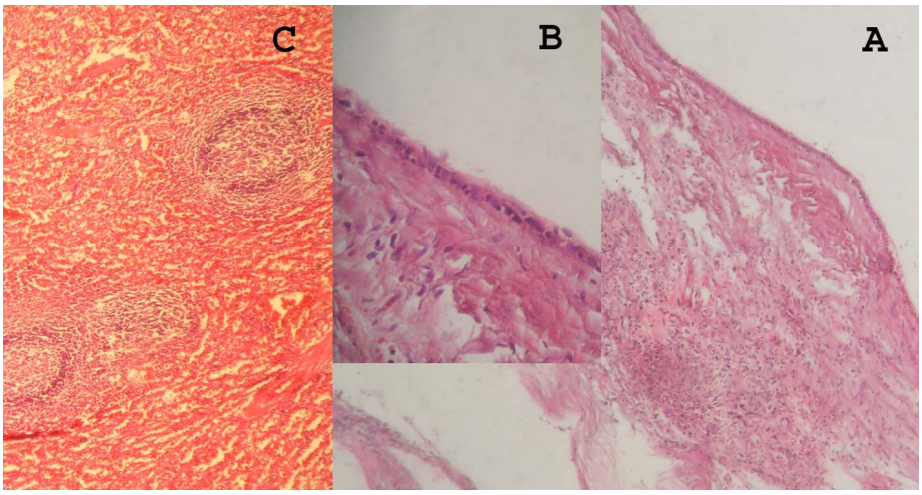


تصویر ۱: نمای طحال و کیست طحالی
تصویر فوق نمای کیست طحالی را در قسمت تحتانی پارانشیم طحال با قطر cm ۲۰ نشان می دهد.



تصویر ۲: نمای یک کات از Abdominal CT-Scan (IV-Oral)
تصویر فوق حدود و موقعیت کیست طحالی را در CT-Scan نشان می دهد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]



تصویر ۳: نمای میکروسکوپیک بافت طحال و جدار کیست طحالی
در تصویر فوق حاشیه خارجی بافت کیست طحالی که پوشیده از سلولهای اپیتلیال است نمایش داده شده است. A(×4) & B(×40) و در تصویر شماره C نیز با بزرگنمایی 4× بافت طحالی مشاهده می گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که اشاره شد بیشتر کیست‌های طحالی اولیه، بدون علامت بوده و غالباً در طی یک سونوگرافی شکمی یافت می‌شوند و تعدادی نیز با توجه به افزایش موارد استفاده از تکنیک‌های تصویربرداری شکمی در طی این بررسی‌ها تشخیص داده می‌شوند (۷). تشخیص کیست طحالی غیرانگلی واقعی خوش‌خیم از سایر انواع کیست‌ها که دارای منشاء مادرزادی است از نظر بالینی امکانپذیر نیست، اما از نظر پاتولوژیک و بافت‌شناسی کیست‌های اپیتلیال با دارا بودن سلولهای اپیتلیال در سطح داخلی خود کاملاً قابل افتراق از کیست‌های کاذب طحالی‌اند که دارای سلولهای بافت همبند در لایه داخلی خود هستند. انواع کاذب کیست غالباً بدنبال ترومای بلانت یا خونریزی پارانشیم طحال و یا بدلیل عفونت بوجود می‌آیند. غالب انواع کیست‌های طحالی علائم خاص و ویژه‌ای ندارند مگر اینکه از نظر اندازه به شکل قابل توجهی بزرگ شونـد (۱,۲). در بیـمار مورد بررسی ما نیز علایم تا ۱۰ سالگی، خود را بروز نداده و تنها علایم بعد از بزرگی کیستی در حد cm ۲۰، احساس سنگینی شکم و علایم عمومی غیراختصاصی بوده است.

اولین برخورد با یافته بالینی بزرگی طحال، بررسی بیمار از نظر بیماریهای عفونی و انگلی است. بالاخص که باید علل اصلی اسپلنومگالی رد شوند (۸) در بیمار ما نیز نتایج بررسی خونی و سرولوژیک و آزمایشات عمومی و عکسبرداری از سایر نقاط بدن منفی بودند. با توجه به ماهیت کیستیک تودهٔ طحالی، که در سونوگرافی و CT-Scan مشهود بودند، تشخیص‌های افتراقی بیماری تا حدود زیادی محدود گشته و پس از رد یک علت مهم به نام کیست هیداتید، اندیکاسیون رزکسیون و برداشتن توده و طحال، توسط جراحی باز شکمی ضرورت یافت. لاپاراتومی همراه با اسپلنکتومی، روش انتخابی درمانی کیست‌های اولیه طحالی هستند (۹) هر چند امروزه بدلیل جلوگیری از عفونت‌های پس از

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

اسپلنکتومی خصوصاً درکودکان، توصیه به درمان‌های احتیاطی و نگهدارنده می‌شود (۹) اما بدلیل افزایش ریسک عوارض برای کیست‌های طحالی دارای قطر بیشتر از۴ تا ۵ سانتیمتر، مداخله جراحی ضروری دانسته شده است (۸). در مورد کیست‌های بسیار بزرگ نیز برداشتن کیست یا طحال برداری ناقص بدلیل خطر خونریزی بیش از حد و مشکلات حین و بعد از جراحی، توصیه نمی‌شود. در این موارد برداشتن کامل طحال بهترین تصمیم درمانی است. از سایر موارد توده‌های طحالی لازم برای اسپلنکتومی کامل می‌توان به درگیری ناف طحال، توده کیستیک داخلی طحال بطوریکه کاملاً توسط پارانشیم طحال احاطه شده باشد و نیز کیست‌های متعدد طحالی اشاره نمود (۲ , ۱).

در بیمار ما کیست طحالی بسیار بزرگی در قسمت تحتانی طحال بوده درگیری ناف طحال داشته و بافت طحال تنها در بخشی از قسمت فوقانی آن سالم بود و بخشی از بافت طحال بدلیل اثر فشاری آتروفیه شده و یا از بین رفته بود و به همین دلیل برداشت کامل طحال ضرورت یافت.

References

1. Avital S, Kashtan H. A large epithelial splenic cyst. N Engl J Med 2003; 349: 2173-74.
2. Macheras A, Misiakos EP, Liakakos T, Mpistarakis D, Fotiadis C & Karatzas G. Non- parasitic splenic cysts: A report of three cases. World J Gastroenterol 2005; 11(43): 6884-7.
3. Lunca S, Bouras G, Dumitru L. Laparascopic splenectomy for epithelial cyst of the spleen. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 2005; 109(3): 548- 55.
4. Carlo ID, Fasone MA, Toro A. Epidermoid cyst of the spleen in the laparoscopic era. Dig Surg 2005; 22: 53-54.
5. Palmieri I, Natale E, Crafa F, Cavallaro A, Mingazzini PL. Epithelial splenic cysts. Anticancer Res 2005; 25 (1B): 515-21.
6. Casaccia M, Saltalamacchia L, Panaro F, Cavaliere D, Ghinolfi D, DiDomenico S and et al. Total splencetomy for a recurrent giant splenic cyst. G Chir 2004; 25(11-12): 390-3.
7. Robertson F, Leander P, Ekberg O. Radiology of the spleen. Eur Radiol 2001; 11: 80-95.
8. Till H, Schaarschmidt K. Partial laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts. Surg Endosc 2004; 18: 626-628.
9. Hansen MB, Moller AC. Splenic cysts. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2004; 14: 316-322.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]