

از کارهای بخش جراحی ۲

بیمارستان پهلوی

## کیست هیداتیک طحال و معالجه آن

اقتباس و نگارش

دکتر ملک ایرج مشیری

منور-ی ۲۸ ساله در تاریخ ۱۹ بهمن ۱۳۳۷ در بخش بیماری های داخلی بیمارستان پهلوی بستری میشود. این زن جوان يك سنگینی دردناکی در هیپو کندر چپ احساس میکند. بگفته او اختلال احوالش از ۶ سال پیش شروع شده و مراحلی چند با تب و علائم ناشناس در این شش ساله طی کرده است. برای مرتبه اول در سال ۱۳۳۶ بیزشک مراجعه نموده و نتایج معالجات بی اثر بوده است.

از امتحان هیپو کندر چپ يك تومور کشف میشود که دارای خواص زیر است:  
- بزرگی آن از هیپو کندر چپ شروع شده و تاناف پائین میآید اپی گاستر را اشغال میکند ولی از خط وسط شکم نمیگذرد.  
- سطح آن صاف است.

- با طحال حتماً ارتباط دارد و خط جدائی بین طحال و تومور مذکور پیدا نمیکنیم.

- نسبتاً متحرك است ولی بکلی آزاد نیست. با تنفس جابجا میشود.

- لمس آن دردناک است.

از امتحان بقیه شکم چیزی جز يك هپاتومگالی نمیابیم. کبد با اندازه دو عرض انگشت از دنده دهم جلو آمده و لمس آن نیز دردناک است.

از جمله آزمایش های لابراتوری که صورت گرفته جالب ترین آنها بقرار زیر است.

۱- عکس العمل کازونی مثبت.

۲- کمخونی مختصر با چهار ائوزینوفیل در فرمول خون.

بیمار ببخش جراحی ۲ منتقل شد و روز ۱۶ خرداد ۳۸ تصمیم بعمل گرفته شد - بیهوشی ژنرال (پنتوتال اتر اکسیژن) انتوباسیون .  
 پس از باز شدن حفره صفاقی يك کیست هیداتیک طحال ملاحظه میشود .  
 این کیست باندازه يك سر جنین است . تمام طحال و اطراف آن بوسیله يك پری اسپلنیت منتشر (۱) بهم چسبیده اند .

در روی کبد نیز يك کیست دیگر ملاحظه میشود  
 آزاد کردن طحال و کیست بسیار مشکل است. عمل اسپلنکتومی شد و جدار بدون درناژ بسته شد مدت عمل یکساعت .

بدون عارضه ای بیمار روز ۵ تیرماه ۱۳۳۸ از بیمارستان باحال خوب خارج میشود  
 برای کیست کبد باردیگر مراجعه خواهد کرد .  
 مدت بستری بودن بعد از عمل ۲۰ روز .

امتحان پیس طحال خیلی بزرگتر از معمول ، دارای يك کیست هیداتیک يك حفرای (۲) است

موضع کیست هیداتیک در روی طحال بگفته مؤلفین بعد از کبدوریه می آید.  
 استاتیستیک مؤلفین باهم تا اندازه ای فرق دارد و در سالهای اخیر بشرح زیر است :

برای دوه (۳) ۲/۵۰/۰ کیست های هیداتیک در روی طحال هستند .

برای کرانول وو گلا (۴) ۳/۷۰/۰

برای برون (۵) ۴/۰/۰

برای کوجه او غلو و کایا بالی (۶) ۴/۳۰/۰

برای گرکان (۷) ۸/۱۰/۰

آ- تا کنون نسبت زنهائی که کیست هیداتیک طحال دارند از مردها خیلی بیشتر است .

۱- Perisplenite Diffuse. ۲- Uni-loculaire.

۳- Déve ۴- Cranwell-Vegas.

۵- Brun ۶- Kocadglu-Kayabali, ۷- Gurkan

- معمولا کیست‌های طحال تنها هستند، ولی کیست‌های متعدد نیز فراوان است.

- تقریباً همیشه جدار کیست‌های طحال آهکی میشود، (از این علامت در روی رادیوگرافی میتوان استفاده کرد).

- توسعه اکتینو کوکوز در طحال با هستگی و مخفیانه و بدون توقف صورت میگیرد.

- بزرگ شدن حجم کیست در داخل بافت طحال تولید یک پوسته فیبروز متراکم میکند.

- در بعضی موارد خود طحال نیز بزرگ میشود (اسپلنومگالی).

- این طحالهای بزرگ خیلی پاره شدنی (۱) هستند و با کوچکترین فشار شکاف میخورند.

- در اثر افتادگی این طحالهای بزرگ ممکن است تولید یک پیچ خوردگی روی پایه (۲) کنند و موقع رسیدن اورژانس تولید اشکال در تشخیص دست دهد.

قسمت مهم از نظر عمل آنکه در تکامل کیست هیداتیک بافت طحال نیز تغییر شکل داده و بیک اسپلینیت منتشر مزمن خاتمه پیدا میکند که چسبندگیهای زیاد با اعضای مجاور میدهد.

ب- عوارض های کیست هیداتیک طحال بقرار زیر است :

۱- چرک کردن کیست و تشکیل آبسه درون طحال .

۲- باز شدن کیست در حفره صفاقی در یک عضو خالی ( روده معده ) یادر قفسه سینه .

۳- پیچیدگی دنباله یا پاره شدن طحال در اثر بزرگ شدن حجم آن .

۴- آهکی شدن کامل (یعنی مرک انگل) .

ج - معالجه کیست هیداتیک طحال همیشه با عمل جراحی است .

- ۱- مارسوپالیزاسیون (۱) و درناژ کیست .
- ۲- کیستکتومی (۲) بابتستن بلافاصله حفره کیست .
- ۳- رز کسیون کونئفرم (۳)
- ۴- اسپلنکتومی .



سابقاً جراحان در مورد اسپلنکتومی عقیده ای نداشتند و آنرا يك عمل اشتباه در مورد کیست هیداتیک طحال میدانستند . دلیل آنرا چنین وانمود می کردند .

۱- وجود چسبندگیهای خیلی زیاد که نتیجه پری اسپلنیت منتشر مزمن است، طحال و کیست آنرا باعضای مجاور متحد میکند .

۲- در اغلب موارد حجم کیست با اندازه «سرجین یاسر بچه» است .

آزاد کردن چنین توموری مشکل بنظرشان میرسید و در نتیجه عمل مورد قبولشان فقط درناژ بایابدون مارسوپالیزاسیون بود در بعضی موارد کیست را بر میداشتند و جدار را بدون درناژ می بستند .

در ششمین کنگره هیدانیدوز (۴) که در ۱۹۵۶ در آتن تشکیل شد دو نفر از شاگردان کوریاس (۵) يك آماری را جمع به ۳۶ مورد کیست هیداتیک طحال گرد آورده و معرفی کردند . در عمل این ۳۶ کیست فقط ۵ اسپلنکتومی دیده میشد . ولی در این سالهای اخیر تمایل جراحان با اسپلنکتومی زیادتر شده است . کوریاس در خاتمه تذکر میدهد که این تمایل بسیار مناسب میباشد و دلایل آنرا بترتیب زیر نشان میدهد .

درناژ بایابدون مارسوپالیزاسیون يك عمل سریع و آسان است .

عوارض فوری کمتر دارد . اما این عمل همیشه کافی نیست . گاهی اوقات با وجود تمام مواظبتی که در نظر گرفته میشود مقداری از وزیکولها در حفره صفاقی پخش میشود . مسئله مهمتر کیست های روی طحال گاهی متعاندند و چون ما بررسی نمیکنیم نمیتوانیم کیست های کوچک مخفی در زیر چسبندگیها را کشف کنیم . موارد

۱- Marsupialisation

۲- Kystectomy.

۳- Resection cunéiforme.

۴- Hydatidose.

۵- Kourias - بنام Sapeas, Bacouloudis

کیست‌های متعدد طحال خیلی بیش از آن که حدس می‌زنیم ملاحظه شده است .  
۲- عیب دیگر نگاهداشتن طحال آنست که ما از طحال فقط اسمش را نگاه میداریم و معمولاً از او چیزی جز يك پوسته فیروز نمانده است . این حفره بیفایده موجب چرك کردن بعد از عمل و مولد فیستولهای تمام نشدنی و بالنتیجه بمرور مولد کاشکسی است .

۳- از استاتیسیتیک شاگردان کوریاس نتیجه میگیریم که از روز عمل تا خروج بیماران مبتلی بکیست هیداتیک طحال تعداد روزها بقرار زیر است .

الف- در عمل در ناژ از ۳۰ تا ۱۵۰ روز .

ب- در عمل اسپانکتومی از ۱۶ تا ۲۵ روز (مریض ماروز بیستم خارج شد) .

۴- اسپانکتومی در اثر چسبندگیهای زیاد مشکل بنظر میآید . آزاد کردن چسبندگیها خونریزی زیاد ایجاد میکند ولی این مشکلات در صورت لزوم از راه توراکوفر نولا پار اتومی (۱) با برداشتن يك يادونده حل میشود .