مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (31) العدد (5) 2009
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (31) No. (5) 2009

تدبير أذيات الطحال في رضوح البطن الكليلة عند البالغين

الدكتور عبد الوهاب الإمام *
الدكتور معد تامر **
خلدون منيف ***

(تاريخ الإيداع 8 / 10 / 2009. قُبِل للنشر في 2 / 12 / 2009)

□ ملخّص □

شملت هذه الدراسة 32 مريضا ً قبلوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الفترة بين2002/7/1 حتى 2009/7/1، 8 إناث (25%) و24 ذكراً (75%). حيث تمّ تقييم مرضى الرضوح الكليلة على البطن وانتقاء المرضى الذين كان الشكّ عندهم بوجود أذيّة طحالية تمّ تأكيدها بالتصوير الصدوي (الإيكو) أو الطبقي المحوري.

تمّ تقسيم المرضى إلى مجموعتين تبعاً للإجراء العلاجي المتّبع، حيث خضع مرضى المجموعة الأولى (21 مريضاً) لعمل جراحي إسعافي أمّا المجموعة الثانية (11 مريضاً) فقد تمّت مراقبتهم في قسم الجراحة، وذلك بتعويض السوائل ونقل الدمّ إذا لزم الأمر. فشل العلاج المحافظ (غير الجراحي) في 3 حالات خلال 72 ساعة (حالتين كانتا خلال 24 ساعة الأولى وحالة واحدة بعد 72 ساعة).

كان هدف الدراسة إيضاح السبيل الأفضل لمقاربة مريض رضح الطحال الكليل ومزايا كلّ من العلاج الجراحي والعلاج المحافظ (غير الجراحي).

الكلمات المفتاحية: استئصال الطحال، العلاج المحافظ، رضح البطن الكليل.

* أستاذ – قسم الجراحة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
** مدرس – قسم الجراحة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
*** طالب دراسات عليا (ماجستير) – قسم الجراحة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (31) العدد (5) 2009
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (31) No. (5) 2009

Managing Spleen Injuries in Adult Patients with Blunt Abdominal Traumas

Dr. Abdul Wahab Alimam*
Dr. Maed Tamer**
Khaldoon Munif***

(Received 8 / 10 / 2009. Accepted 2 / 12 / 2009)

□ ABSTRACT □

The objective of this study was to demonstrate the best way to approach the patients with blunt spleen traumas and show the benefits of surgical and non-surgical management. This study included 32 patients (8 females (25%) and 24 males (75%) admitted to the Department of Surgery at Al-Assad University Hospital in Lattakia between 1/7/2002 and 1/7/2009. We examined patients with blunt abdominal traumas; then we chose the ones with a history related to spleen injury; this was confirmed either by computerized tomography (CT) or by echography. Patients were divided into two groups according to the way they were treated. Patients in the first group (21 patients) had an emergency operation. Patients in the second group (11 patients) were monitored in the Department of Surgery and had, if necessary, fluid administration and blood transfusion. The non-operative management failed in 3 cases within 72 hours (2 cases within the first 24 hours, and one case after 72 hours).

Keywords: splenectomy, non-surgical management, blunt abdominal trauma.

* **Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
** **Assistant Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
*** **Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدِّمة:

إن الطحال والكبد هما العضوان المصمتان الأكثر إصابة في البطن في سياق الرضح الكليل. فضلاً عن ذلك تعدّ أذيات الطحال من الأذيّات المهددة للحياة.[1،2]

ازداد الاهتمام بالتدبير غير الجراحي (المحافظ) لأذيّات الطحال بشكل كبير خلال النصف الثاني من القرن الماضي مع التطور الذي طرأ على وسائل مراقبة مرضى الرضوح الكليلة مع إمكانية التداخل الجراحي الفوري إذا تطلب الأمر والذي يبقي (وعلى الرغم من كل التطورات) العلاج الوحيد لبعض الحالات.[3،4]

ومع ازدياد معرفتنا وفهمنا للطحال ودوره المهم في الآلية المقاومة للخمج إضافة لدوره المعروف في تصفية الدمّ من الكريات الحمر الهرمة، أصبحنا نعلم أننا نعرض المريض (في حال الاستئصال التام للطحال) لخطر الإصابة بخمج صاعق بالمكورات الرئوية أو السحائية أو غيرها من الجراثيم الممحفظة قد تودي بالحياة.[3،5]

أهميّة البحث وأهدافه:

تكمن أهميّة البحث في:

1. إن الطحال يعدّ من أكثر أعضاء البطن المصمتة إصابة في سياق الرضح الكليل، وقد تودي إصابته بحياة المريض.
2. حصل تطوّر كبير في مجال مقاربة مرضى رضوح الطحال الكليلة ناتجة عن تطوّر وسائل الاستقصاء والمراقبة.

أما هدف البحث فهو تقيّيم طريقة تدبير مرضى رضوح الطحال الكليلة في مشفانا ومقارنة النتائج مع الدراسات العالميّة.

طرائق البحث وموادّه:

العيّنة: تمّت الدراسة على 32 مريضاً وصلوا إلى قسم الإسعاف في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية وقبلوا بقصة أذيّة طحالية في سياق رضح كليل على البطن (آثار كدمات في الربع العلوي الأيسر – فحص بطن ايجابي – مؤكدة بالفحوص الشعاعيّة أو الصدويّة)، وذلك في الفترة الواقعة ما بين 2002/7/1 وحتى 2009/7/1.

تمّ استثناء المرضى الأطفال (<14 سنة) من الدراسة.

تمّت الدراسة كما يأتي:

1. القصّة السريرية.
2. الفحص السريري الدقيق.
3. الوسائل التشخيصية المتمّمة (تصوير بالأمواج فوق الصوتية – الطبقي المحوري).
4. تمّ تقسيم المرضى إلى مجموعتين، وذلك بالاعتماد على الإجراء العلاجي المتّبع:

أ – المجموعة الأولى: أجري لها عمل جراحي فوري.

ب – المجموعة الثانية: روقبت في القسم { مع التركيز على العلامات الحيوية والتحاليل الدموية (خضاب– هيماتوكريت – تعداد الكريات البيضاء) والفحوص المتمّمة (تصوير بالأمواج فوق الصوتية – الطبقي المحوري) }.

النتائج والمناقشة:

شملت الدراسة 32 مريضاً تمَّ قبولهم في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بقصة أذيّة طحالية في سياق رضح كليل على البطن، وذلك في الفترة ما بين2002/7/1 حتى 2009/7/1 . استثني من الدراسة جميع المرضى تحت عمر 14 سنة.

1. **توزّع مرضى الدراسة حسب الجنس:**

الجدول رقم (1): يبيّن توزّع المرضى حسب الجنس.

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد المرضى	24	8	32
النّسبة المئويّة	%75	%25	%100

يبيّن الجدول رجحان إصابة الذكور على الإناث ويتعلّق ذلك غالباً بنمط الحياة والعمل .

2. **توزّع مرضى الدراسة حسب العمر كما يأتي :**

الجدول رقم (2): يبيّن توزّع المرضى حسب العمر.

الفئة العمرية	تحت 40 سنة	بين 40 و 60	أكبر من 60
عدد المرضى	24	7	1
النّسبة المئويّة	%75	%21.9	%3.1

نلاحظ أن أكثر المرضى هم من فئة الشباب.

3. **بالنسبة إلى آليّة الإصابة توزّع المرضى على الشكل الآتي:**

الجدول رقم (3): يبيّن توزّع المرضى حسب آليّة الإصابة.

المسبّب	سقوط من شاهق	رضّ مباشر على البطن	حادث سير
عدد المرضى	9	4	19
النّسبة المئويّة	%28.1	%12.5	%59.4

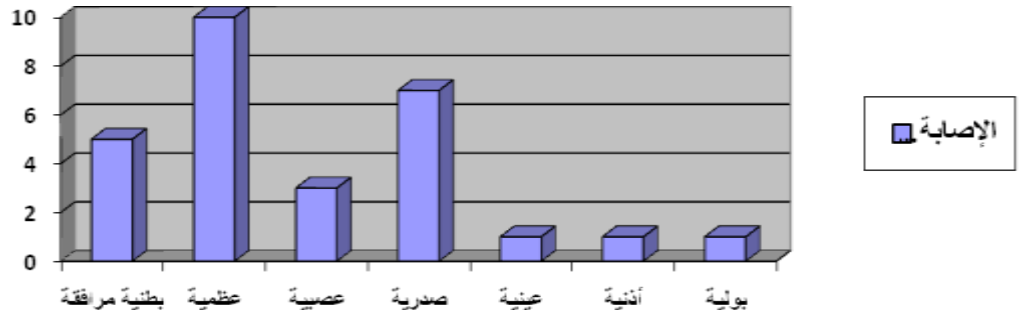
نلاحظ أن المسبّب الأهم لأذيّات الطحال الكليلة عند البالغين هو الحوادث المرورية، وذلك يتوافق مع الدراسات العالمية حيث تراوحت النسبة فيها بين 50% حتّى 90% في بعض الدراسات.[1،4]

4. **الإصابات المرافقة:**

توزّعت الإصابات المرافقة للأذيّة الطّحاليّة الكليلة على الشكل الآتي:

الجدول رقم (4): يبيّن توزّع الإصابات المرافقة في أعضاء وأجهزة أخرى.

عدد المرضى	بطنية مرافقة	عظمية	عصبية	صدرية	عينية	أذنية	بولية
عدد المرضى	5	10	3	7	1	1	1
النّسبة المئويّة	%15.6	%31.3	%9.4	%21.9	%3.1	%3.1	%3.1



المخطّط رقم(1):توزّع الإصابات المرافقة

تعددت الإصابات المرافقة في دراستنا وكان أكثرها إصابات في الجهاز الحركي (كسور أطراف غالباً) وصدرية (انصباب جنب أيسر غالباً اقتصر تدبيره في أغلب الأحيان على المراقبة، ولكن في عدة حالات وحين كان الانصباب كبير الكمية أو مترافقاً مع أعراض واضحة، مثل الزلة التنفسية كان التدبير بوضع منزح صدري ذي صمّام وحيد الاتجاه

5. تقسيم المرضى حسب طريقة العلاج المتّبعة:

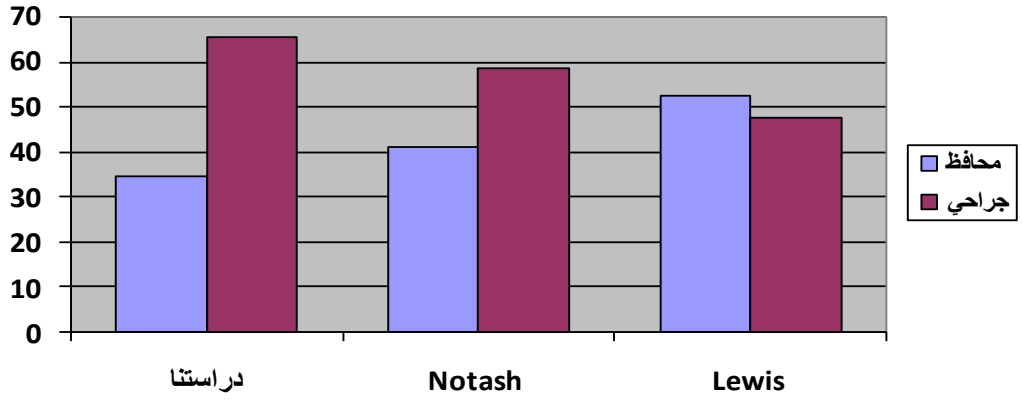
تمّ تقسيم المرضى إلى مجموعتين تبعاً للطريقة العلاجية التي تمّ اتّباعها:

الجدول رقم (5): يبيّن المجموعتين العلاجيتين التين تم الحصول عليهما.

نوع العلاج	دراستنا		[6]Notash et al	[7] Lewis et al
	عدد المرضى	النسبة		
العلاج الجراحي	21	%65.6	%58.8	%47.6
علاج محافظ بالمراقبة	11	%34.4	%41.2	%52.4

نلاحظ أن نسبة المرضى الذين خضعوا للعمل الجراحي مباشرة تلو قبولهم في قسم الإسعاف مرتفعة (65.6%)، مقارنة بالدراستين الواردتين في الجدول السابق (58.8% – 47.6%)، ممّا يشير إلى ميلنا باتجاه العمل الجراحي الفوري على الرغم من أنّ التوجّهات العالمية الحديثة هي نحو المراقبة والعلاج المحافظ قد يكون ذلك لعدم توفر التصوير الطبقي المحوري خلال الجزء الأكبر من الفترة المدروسة من أجل متابعة مرضى العلاج المحافظ .[3،4]

ملاحظة: جميع الدراسات العالمية التي تمكنّا من الاطلاع عليها قسّمت العلاج الجراحي إلى استئصال طحال تام ورفو طحال (splenorrhaphy) مع محاولة المحافظة على الطحال (ولو على جزء بسيط منه) لدوره المهمّ في الوقاية من الخمج التّالي للعمل الجراحي، ولكنّنا وبسبب عدم إجراء ولا حالة رفو طحال خلال الفترة المدروسة لم نذكر هذا الإجراء في دراستنا.



مخطّط رقم (2): تقسيم المرضى حسب طريقة العلاج المتّبعة

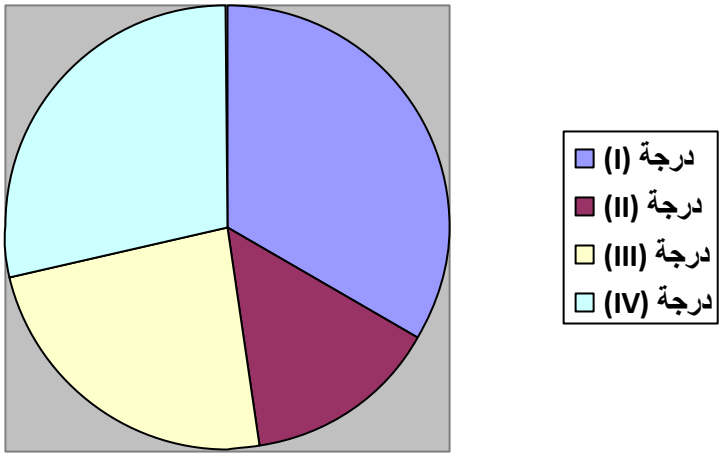
6. توزّع المرضى حسب شدّة الأذيّة الطّحاليّة على النحو التالي :

اعتمدنا في تقييّم شدّة الإصابة الطّحاليّة على التصوير الصدوي بشكل أساسي وأحياناً على الطبقي المحوري (تمّ إجراء الطبقي المحوري في دراستنا لحالتين فقط تمّ علاجهما بشكل محافظ في سياق مراقبة الحالة العامة 6.3%، أما الباقي فأجري لهم تصوير بالأمواج فوق الصوتية 93.7%)، هذا بالنسبة إلى الحالات التي تمّت مراقبتها، أما الحالات الجراحية فكان المظهر العياني هو الفاصل في تقدير شدّة الأذيّة، في حين كان الاعتماد في جميع الدراسات العالمية المقارنة على الطبقي المحوري بشكل أساسي:

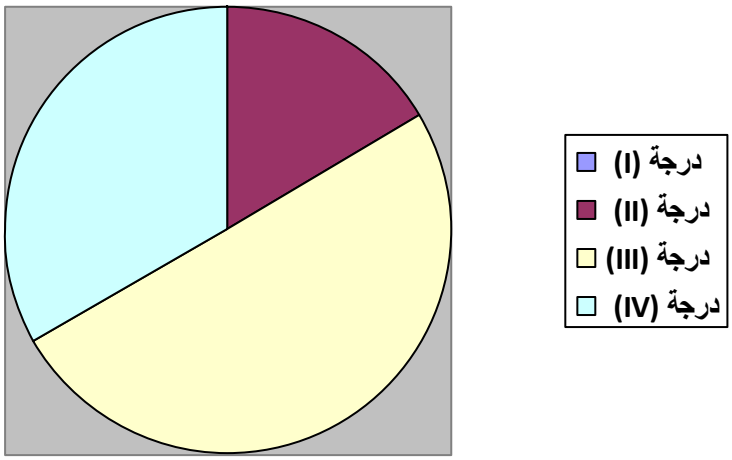
I- توزّع المرضى حسب شدّة الأذيّة الطّحاليّة لدى مرضى العلاج الجراحي:

الجدول رقم (6): يبين توزّع المرضى حسب شدّة الإصابة الطّحاليّة لدى مرضى العلاج الجراحي:

شدّة الأذيّة الطّحاليّة	دراستنا		Lewis et al [7]	
	عدد المرضى	النسبة	عدد المرضى	النسبة
أذيّة في المحفظة(I)	7	%33.3	0	%0
أذيّة تصل البرانشيم الطحالي(II)	3	%14.3	1	%16.7
انقطاع جزء من الطحال مع فقدان ترويته(III)	5	%23.8	3	%50
أذيّة تصل حتى سرّة الطحال(IV)	6	%28.6	2	%33.3



دراستنا



انكلترا

مخطّط رقم(3): شدّة الإصابة في مرضى العلاج الجراحي

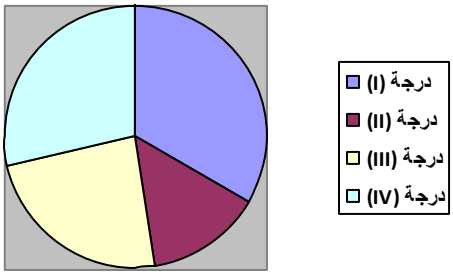
نلاحظ أنّ نسبة كبيرة من مرضانا كانت من الدرجة (I)، في حين كانت النسبة العظمى في دراسةLewis [7] من مرضى الدرجتين (III و IV)، وهذا يدلّ على أنّنا نلجأ للحل الجراحي أحياناً، حتّى في الحالات البسيطة التي يمكن معالجتها بالطريقة المحافظة، كما هو الأمر في الدراسات العالمية حالياً، حيث إنّ الميل العام هو نحو زيادة التركيز على العلاج المحافظ في الحالات البسيطة واللجوء إلى العلاج الجراحي في الحالات المتقدّمة، وفي حال عدم استقرار الحالة العامّة عند المريض.[4،3]

II- **توزّع المرضى حسب شدّة الأذيّة الطّحاليّة لدى مرضى العلاج المحافظ:**

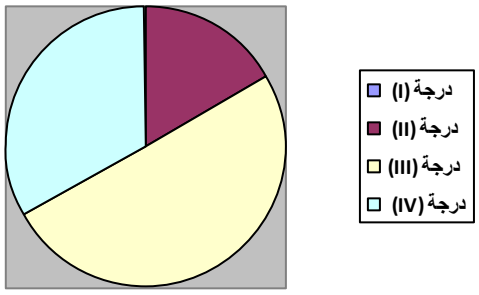
الجدول رقم (7): يبيّن توزّع المرضى حسب شدّة الإصابة الطّحاليّة لدى مرضى العلاج المحافظ:

شدّة الأذيّة الطّحاليّة	دراستنا		[7] Lewis et al	
	عدد المرضى	النسبة	عدد المرضى	النسبة
أذيّة في المحفظة(I)	9	%81.8	3	%37.5
أذيّة تصل البرانشيم الطحالي(II)	2	%18.2	4	%50
انقطاع جزء من الطحال مع فقدان ترويته(III)	0	%0	1	%12.5
أذيّة تصل حتى سرّة الطحال(IV)	0	%0	0	%0

نجد من الجدول السابق أن الغالبية العظمى من مرضانا كانت من ذوي الإصابة البسيطة درجة (I)، وعدم وجود أيّة حالة من الدرجتين (III) و(IV)، وذلك يتوافق مع ما ذكرناه في الجدول السابق عن الميل نحو الحل الجراحي حتّى في الحالات البسيطة، في حين توزّع مرضى دراسة Lewis[7] على الدرجات (I) و(II) و(III) حيث لم يقتصر العلاج المحافظ فيها على الحالات البسيطة، وإنّما حتى على الحالات المتوسطة في حال كانت حالة المريض العامّة مستقرة.



دراستنا



انكلترا

مخطّط رقم(4): شدّة الإصابة في مرضى العلاج المحافظ

7. فشل العلاج المحافظ:

تمّت مراقبة المجموعة الثانية (مجموعة العلاج المحافظ) والمكوّنة من 11 مريضاً، وذلك بمتابعة العلامات الحياتية (ضغط الدّم الشرياني، النبض المحيطي، الحرارة)، إضافة لإجراء الاستقصاءات الصدوية أو الشعاعية –إذا احتاج الأمر– ومراقبة الشوارد والسوائل ونقل الدمّ في حال الضرورة.

تدهورت حالة 3 مرضى في أثناء المراقبة (اثنان خلال 24 ساعة الأولى ومريض واحد بعد مضيّ 72 ساعة) حيث تمّ التداخل الجراحي عليهم بشكل ثانوي، وتبيّن أنّ الإصابة الطّحاليّة أشدّ مما كان ظاهراً في الاستقصاءات الأولية

الجدول رقم (8): يبيّن عدد المرضى الذين لم ينجح لديهم العلاج الحافظ وتمّ اللجوء إلى العلاج الجراحي.

فشل العلاج المحافظ	دراستنا	Lewis et al [7]	Wasvary et al [8]	Fabian et al [9]
عدد المرضى	3	1	4	12
النّسبة المئويّة	%27.3	%9.1	%15.4	%13

حصل لدينا فشل في العلاج المحافظ في 3 حالات (27.3% من حالات العلاج المحافظ)، وهي تشكّل نسبة مرتفعة إذا ما تمّت مقارنتها بالدراسات العالمية المذكورة في الجدول السابق والتي تراوحت بين 9.1% و15.4%. إنّ ذلك قدّ يدلّ على قلّة الخبرة لدينا في المقاربة المحافظة لمرضى رضوح الطحال الكليلة إضافة إلى أنّنا اعتمدنا في تقدير شدّة الإصابة على التصوير بالأمواج فوق الصوتية، في حين كان الاعتماد العالمي على الطبقي المحوري.

8. مقارنة بين التدبير الجراحي والمحافظ:

تمّ حساب المتوسّط الحسابي لكل من مدّة المكوث في المستشفى وعدد وحدات الدّم المنقولة ومتوسط شدّة الإصابة الطّحاليّة والوفيّات لكلّ مجموعة على حدة (مجموعة العلاج الجراحي ومجموعة العلاج المحافظ) وجمع المعلومات الناتجة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (9): مقارنة التدبير المحافظ والجراحي.

	دراستنا		Lewis et al [7]	
	جراحي	محافظ	جراحي	محافظ
مدّة المكث في المستشفى	9.3	6.9	8.4	13.9
عدد وحدات الدّم المنقولة	4	1.64	3.36	0.3
شدّة الإصابة	2.5	1.2	3.2	1.8
الوفيات	1	0	0	0

نجد أن مدة الإقامة في المشفى في دراستنا لدى مرضى العلاج الجراحي أطول من مرضى العلاج المحافظ، وذلك عكس الدراسة المقارنة[7]، ربّما يعود ذلك إلى أن العلاج المحافظ لدينا اقتصر على الإصابات البسيطة درجة(I) بشكل رئيس.

أما فيما يتعلق بعدد وحدات الدّم المنقولة فإنه يرتفع لدى مرضى العلاج الجراحي بشكل واضح، وذلك يتوافق مع الدراسة المقارنة، وإن كانت كمية الدّم المنقولة لدينا أعلى منها في الدراسة الأخرى.

كما أن متوسّط شدّة الإصابة في مرضى العلاج الجراحي أعلى منها في مرضى العلاج المحافظ، وذلك يتوافق مع الدراسة المقارنة المختارة مع أنّ حالات العلاج المحافظ في دراستنا أبسط منها في الدراسة الإنكليزية في حين أن الحالات الجراحية في دراستنا أقلّ شدّة من الدراسة المقارنة بسبب كثرة حالات الدرجة (I) التي تمت مقاربتها جراحياً في حين أنّه لم توجد ولا حالة درجة (I) خضعت للجراحة في الدراسة المقارنة.

ملاحظة: فيما يتعلّق بحالة الوفاة فقد نجمت عن نزف كبير لم نتمكّن من السيطرة عليه (وصل المريض إلى قسم الإسعاف بحالة صدمة ضغط دموي: 40\60، نبض محيطي: 70 خيطي، حرارة: 36.5. تمّ فتح 3 مداخل وريدية له فوراً وأدخل إلى قسم العمليات، حيث وجد بفتح البطن الناصف تهتك في نسيج الطحال وجرح كبير في الكبد يصل حتى السرّة بالإضافة كميّة كبيرة من الدم حصل عندها توقّف قلب لم تتمّ السيطرة عليه على الرّغم من محاولات الإنعاش لمدة 20 دقيقة.

حصلت لدينا حالة واحدة حصل فيها خمج جرح بعد استئصال الطحال تمت معالجته بالضمادات اليومية والتغطية الواسعة بالصادات وتحسنت حالة الجرح، وقد يعود سبب الخمج إلى الأذيّة المرافقة في السبيل الهضمي، حيث أظهرت مسحة من الجرح جود العصيات الكولونية.

تم إعطاء جميع مرضى استئصال الطحال اللقاحات المناسبة وبمتابعة 7 منهم خلال فترة 6 أشهر لم يحصل لديهم ولا حالة ذات رئة أو التهاب سحايا.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. على الرغم من التوجه العالمي منذ حوالى نصف قرن باتجاه العلاج المحافظ لمرضى رضح الطحال الكليل في حال كانت حالتهم الهيموديناميكية مستقرة، فإننا في مشفانا مانزال نلجأ للحل الجراحي بشكل أساسي حتى لو كانت الإصابة بسيطة والحالة العامة مستقرة، لذلك لابد من التركز على العلاج المحافظ كخيار أول في حال الإصابة البسيطة درجة (I) والحالة الهموديناميكية للمريض مستقرة مع توافر قارئ شعاعي خبير .
2. بعد أن اتضحت وظيفة الطحال بشكل دقيق يجب المحاولة قدر الإمكان المحافظة على نسيج الطحال، وذلك باللجوء إلى الاستئصال الجزئي (رفو الطحال) إن أمكن في حال اللجوء إلى الخيار الجراحي، حيث وخلال الفترة المدروسة لم تجرَ ولا حالة رفو طحال في مشفانا.
3. مع أن التصوير بالأمواج الصوتية هو وسيلة دقيقة نوعاً ما بالإضافة لسهولة تطبيقها وكلفتها المنخفضة إلا أنه لاغنىً عن التصوير الطبقي المحوري (وقد اعتمد في جميع الدراسات المقارنة التي حصلنا عليها)، حيث يعطينا درجة الإصابة الطّحاليّة بشكل دقيق.
4. لابد من اعتماد نظام تسلسلي معين (بروتوكول) فيما يخص مقاربة المريض الإسعافي كما هو معتمد في معظم المستشفيات العالمية، وذلك يخدم كلا الجانبين التعليمي والخدمي في مشفانا.
5. ردف العمليات الإسعافية بجهاز تنظير من أجل إمكانية إجراء تنظير بطن استقصائي لحالات الرضوح البطنية.

المراجع:

1. COX, E.F; *Blunt abdominal trauma. A 5-year analysis of 870 patients requiring celiotomy*. Annals of Surgery, 1994. 199,4, 467–474.

2. FICHER, J.E; *Mastery of Surgery*. 5th ED, Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2007, 2626.

3. WISNER, D.H. *Injury to the Spleen. TRAUMA*, 5th ED, U. S. A, 2004, 921.

4. BRUNICARDI, F.C.; ANDERSEN, D.K.; BILLIAR, T.R.; DUNN, D.L.; HUNTER, J.G.; POLLOCK, R.E. *SCHWART'Z Principles of surgery*. 8th edition, 2005, 1950.

5. ZINNER, M.J, ASHLEY, S.W. *Maingot's Abdominal Operations*. 11th ED, 2004, 1309.

6. NOTASH, A.Y.; AMOLI, H.A.; NIKANDISH, A. *Non-operative management in blunt splenic trauma*. Emerg. Med. J, U.S.A, 25, 2008, 210-212.

7. SINHA,S.; RAJA,S.; LEWIS,M. *Recent changes in the management of blunt splenic injury*. The Royal College of Surgeons of England, U.K. 90, 2008, 109–112.

8. WASVARY, H.; HOWELLS, G.; VILLALBA, M.; MADRAZO, B. *Nonoperative management of adult blunt splenic trauma*. The American surgeon, Michigan, vol.63, 1997, 694-699.

9. SCHURR, M.J.; FABIAN, T.C.; GAVANT, M.; CROCE, M.A.; *Management of Blunt Splenic Trauma.* The Journal of Trauma: Injury, U.S.A, vol.39,3,1995, 507-513.

.