

بررسی بیماران بستری با تشخیص آبسه طحالی در سال‌های ۱۳۷۷ الی ۱۳۹۲ در بیمارستان لقمان

دکتر مهدی تسلی بخش*، دکتر اسماعیل حاجی نصراله**، دکتر روح اله یگانه***، دکتر حسن پیوندی***
دکتر علی خوشکار****، دکتر سیدهدادی میرهاشمی*****، دکتر محسن سوری*****

چکیده:

زمینه و هدف: آبسه طحالی بیماری نادری می‌باشد که با توجه به افزایش شیوع موارد نقص ایمنی بروز آن در حال افزایش است. به علت تظاهرات غیر اختصاصی آن تشخیص این بیماری می‌تواند دشوار باشد و باید در بیماران دچار تب، لرز، درد ربع فوقانی چپ شکم و لکوسیتوز بخصوص در حضور نقص ایمنی آن را در نظر داشت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۱۲ بیمار که در فاصله زمانی ۱۶ ساله با تشخیص آبسه طحالی در بیمارستان لقمان بستری شده بودند، مورد بررسی اپیدمیولوژیک قرار گرفتند و یافته‌های بالینی و پاراکلینیک آنها بررسی شد.

یافته‌ها: شایعترین یافته بالینی درد شکم بود که در تمام بیماران وجود داشت و شایعترین یافته پاراکلینیک لکوسیتوز و آنمی بود. شایعترین عامل زمینه‌ای ایجاد آبسه طحالی نقص ایمنی، اعتیاد تزریقی بود.

نتیجه‌گیری: مشاهده علائم غیر اختصاصی شامل تب و درد شکم در بیماران دچار نقص ایمنی و انجام بررسی رادیولوژیک مناسب مانند سی تی اسکن می‌تواند باعث تشخیص به موقع و عدم تأخیر در درمان شود.

واژه‌های کلیدی: طحال، آبسه، نقص ایمنی

نویسنده پاسخگو: دکتر مهدی تسلی بخش

تلفن: ۰۲۱-۵۱۰۲۵۰۰۰

E-mail: Dr_tasallibakhsh@yahoo.com

* دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان

** استاد گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان

*** دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان

**** جراح عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان

***** استاد بار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۰۵/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۰۱

زمینه و هدف

آبسه‌های طحال ناشایع هستند و بروز آنها بر اساس شواهد اتوپسی ۰/۷٪ - ۰/۱۴٪ می‌باشد.^{۱-۳} اما علیرغم شیوع کم به علت کشنده بودن اهمیت ویژه‌ای دارند.^۳ آبسه‌های طحال در مناطق با آب و هوای معتدل شیوع بیشتری دارند. چرا که بروز آبسه با ترومبوز عروق طحال و انفارکتوس طحال که در این مناطق شیوع بالاتری دارد، ارتباط دارد.^{۲،۴} بنظر می‌رسد با توجه به افزایش بیماران دچار نقص ایمنی شیوع آبسه‌های طحالی رو به افزایش باشد^۵ و الگوی آن نیز در حال تغییر می‌باشد.^{۶،۷}

در کل پنج مکانیسم مختلف برای شکل‌گیری آبسه‌های طحال توصیف شده است: عفونت هماتوژن، عفونت واگیر، هموگلوبینوپاتی‌ها، نقص ایمنی شامل ایدز، شیمی درمانی، بدخیمی و دیابت و تروما.^{۳-۱}

در این تحقیق که بر اساس پرونده‌های بیماران بستری با تشخیص آبسه طحال صورت گرفت، علل ایجاد و علائم آن مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

بیمارانی که از فروردین ۱۳۷۷ تا اسفند ۱۳۹۲ (به مدت ۱۶ سال) با تشخیص آبسه طحال در بیمارستان لقمان بستری شده بودند، وارد مطالعه شدند. در کل ۱۲ بیمار در این مقطع زمانی با تشخیص آبسه طحال یافت شدند و پرونده‌های آنان به صورت گذشته‌نگر مورد مطالعه قرار گرفتند. تشخیص بیماری بر اساس شواهد تصویربرداری و یا آزمایشگاهی در نظر گرفته شد. سن، جنس، بیماری‌های زمینه‌ای همراه، علائم و نشانه‌ها، مدت حضور علائم، تست‌های آزمایشگاهی، درگیری سایر ارگان‌ها، روش درمان و نتیجه درمان و مورتالیتی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در طی دوره ۱۶ ساله مورد مطالعه ۱۲ بیمار با تشخیص نهایی آبسه طحال در این مرکز بستری شده بودند. شش بیمار (۵۰٪) زن و ۶ بیمار (۵۰٪) مرد بودند. یک بیمار (۸٪) کودک بود و ۱۱ بیمار (۹۲٪) بالغ بودند. شایعترین نشانه درد شکم بود که در تمام بیماران وجود داشت. سایر علائم و نشانه‌ها عبارت بودند از: تب، لرز، تندرینس شکمی، کاهش اشتها، تهوع و استفراغ، اسپلنومگالی، درد سینه، بی‌حالی، سردرد، علائم ادراری، تعریق، یبوست، اسهال، هیپاتومگالی، تنگی نفس، سرفه، کابوس و خلط خونی.

در بررسی ما ۵ بیمار (۴۱٪) ضعف ایمنی (اعتیاد تزریقی) داشتند. دو مورد (۱۶٪) از این افراد به اندوکاردیت نیز مبتلا بودند. در ۳ بیمار (۲۵٪) علت بیماری عفونی شدن کیست طحالی بود. یک بیمار (۸٪) نیز لنفانژیوم طحالی داشت که عفونی شده بود. در کل در ۳ مورد (۲۵٪) بیماران بدون بیماری زمینه‌ای و پاتولوژی خاصی دچار آبسه طحالی شده بودند.

مدت زمان شروع علائم تا تشخیص در محدوده یک هفته تا ۶ ماه قبل بوده است. سونوگرافی در ۷ بیمار انجام شده بود که در ۶ مورد (۸۶٪) غیر طبیعی بود. سی‌تی اسکن در همه بیماران انجام شد که در ۱۱ مورد (۹۱٪) غیر طبیعی بود. افیوژن پلور در ۳ مورد (۲۵٪) دیده شد. آبسه در ۸ مورد (۶۶٪) منفرد و در ۴ مورد (۳۴٪) متعدد بود. ۷ بیمار (۵۸٪) لکوسیتوز داشتند و ۶ بیمار (۵۰٪) نیز دچار آنمی بودند. کشت خون تنها در یک بیمار (۸٪) مثبت بود. در ۲ بیمار پس از درمان آنتی بیوتیکی اندازه آبسه کاهش پیدا کرد. ۱۰ بیمار تحت اسپلنکتومی قرار گرفتند. در فاصله زمانی تا انجام تحقیق ۱ بیمار (۸٪) در زمان بستری فوت نمود و در فاصله ۶ ماهه از زمان ترخیص مورد مرگ اتفاق نیفتاد (جدول ۱).

جدول ۱- علائم و نشانه‌های ۱۲ بیمار مبتلا به آبسه طحال

علائم و نشانه‌ها	تعداد	درصد
درد شکم	۱۲	۱۰۰
تب	۹	۷۵
لرز	۷	۵۸
آنمی	۶	۵۰
لکوسیتوز	۶	۵۰
تندرنس شکم	۶	۵۰
کاهش اشتها	۶	۵۰
تهوع و استفراغ	۵	۴۲
اسپلنومگالی	۴	۳۳
بی حالی	۳	۲۵
درد سینه	۳	۲۵
افیوژن پلور	۳	۲۵
اسهال	۳	۲۵
یبوست	۳	۲۵
علائم ادراری	۲	۱۶
سردرد	۲	۱۶
تعریق	۱	۸
هیپاتومگالی	۱	۸
سرفه	۱	۸
کابوس	۱	۸
خلط خونی	۱	۸
تنگی نفس	۱	۸

طحالی و یا انتشار از طریق ترومبوز و انسداد عروق طحال ایجاد شود.^۹ سایر منابع عفونت عبارتند از: تیفوئید، پاراتیفوئید، مالاریا، عفونت‌های ادراری، پنومونی، استئومیلیت، اوتیت، ماستوئیدیت و عفونت‌های لگنی. آبسه‌های پانکراس و سایر احشاء رتروپریتون و آبسه‌های ساب فرنیک و همچنین دیورتیکولیت نیز ممکن است باعث درگیری طحال شوند.

اغلب عفونت‌ها پلی‌میکروبیال هستند و شامل عوامل عفونی مانند استافیلوکوک، سالمونلا، E. coli، پروتئوس میرابیلیس، استرپتوکوک گروه D، کلبسیلا پنومونیه، پیتواسترپتوکوک‌ها، باکتریوئیدها، فوزوباکتریوم، کلسترییدیوم، کاندیدا آلبیکنس و مایکو باکتریوم می‌باشند.^۴ در کل شایعترین عوامل میکروبی، باکتری‌های هوازی شامل استرپتوکوک و E. coli می‌باشند.^۳ آبسه‌های طحالی قارچی در ۹۰٪ موارد مولتی لکولار هستند،^{۱۰} در حالی که آبسه‌های باکتریال تنها در ۲۶٪ موارد مولتی لکولار می‌باشند.^{۱۱}

در تحقیقی که Jara Lienas-Garcia و همکارانش در سال ۲۰۰۹ با مطالعه بر روی ۲۲ بیمار منتشر کردند، شایعترین عامل زمینه‌ای ضعف ایمنی بود که در ۶۳/۶٪ بیماران وجود داشت.^۶ در بررسی ما نیز در ۵ مورد (۴۲٪) ضعف ایمنی ناشی از اعتیاد تزریقی مشاهده شد که در دو مورد (۱۶٪) همراه با اندوکاردیت بود.

علائم و نشانه‌های آبسه‌های طحالی چندان اختصاصی نیستند و به همین دلیل تشخیص آنها با دشواری همراه است.^۸ اغلب بیماران به مدت ۱۶-۲۲ روز پیش از تشخیص علائم را تحمل می‌کنند.^۲ در این مطالعه زمان شروع علائم در بیماران تا مراجعه آنها به این مرکز بین یک هفته تا ۶ ماه (به طور میانگین ۲ ماه) متغیر بود.

تریاد کلاسیک تب، درد ربع فوقانی چپ شکم و اسپلنومگالی تنها در یک سوم بیماران دیده می‌شود.^۸ سایر علائم عبارتند از: تهوع، کاهش وزن، ضعف عمومی،^{۱۰} درد شانه چپ، و پلورال افیوژن.^۹ علائم و نشانه‌ها را می‌توان با سپسیس، تحریک گوارشی و اتساع یا تغییرات التهابی کیسول طحالی توضیح داد. طحال ملتهب می‌تواند باعث تحریک موضعی دیافراگم مجاور و کلیه چپ شود.^{۱۰}

در تحقیق Lienas-Garcia و همکارانش شایعترین تظاهرات بالینی شامل تب (۱۰۰٪)، درد شکم (۵۰٪) و لرز

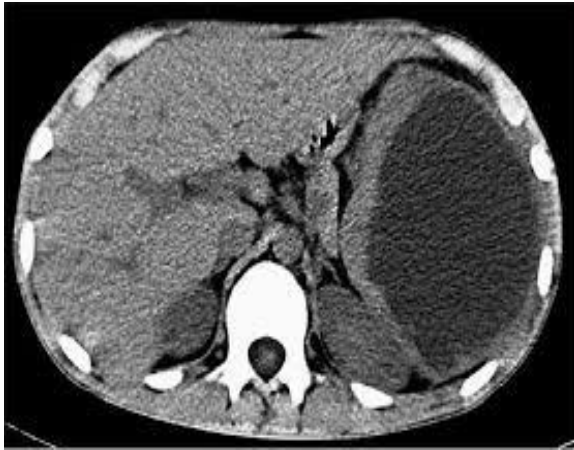
بحث و نتیجه‌گیری

آبسه‌های طحال علل متنوعی دارند.^۸ شریان‌های طحال شریان‌هایی هستند که هرگونه انسدادی در آنها منجر به ایسکمی یا انفارکتوس می‌شود. نواحی ایسکمیک یا دچار انفارکتوس، به شدت مستعد عفونت هستند و در صورت وجود باکتری می‌همانند هسته‌ای برای شکل‌گیری آبسه عمل می‌کنند. تروما از جمله ترومای بلانت نیز ممکن است باعث آسیب طحال شده و شرایط را برای تشکیل آبسه طحال مهیا نماید.

در بیماران معناد تزریقی شایعترین عفونت زمینه‌ای اندوکاردیت است و درگیری طحالی ممکن است از انتشار موضعی عفونت به طور مستقیم به شریان



تصویر ۱ - آبسه متعدد طحال



تصویر ۲ - آبسه منفرد طحال

در بررسی ما لکوسیتوز در ۶ بیمار (۵۰٪) وجود داشت. تعداد موارد افیوژن پلور نیز تقریباً مطابق با آمار فوق بود و در ۳ بیمار (۲۵٪) مشاهده شد. کشت خون تنها در یک بیمار (۸٪) مثبت شد. علت احتمالی منفی بودن کشت خون در بیماران، دریافت آنتی‌بیوتیک پیش از مراجعه به این مرکز می‌باشد. حساسیت سونوگرافی و سی‌تی اسکن بسیار بالا بود. به گونه‌ای که در ۶ مورد از ۷ موردی که سونوگرافی شده بودند (۸۶٪) و در ۱۱ مورد از ۱۲ موردی که تحت سی‌تی اسکن قرار گرفته بودند (۹۲٪) نتایج مثبت گزارش شد. آبسه در ۸ مورد (۶۶٪) منفرد و در ۴ مورد (۳۴٪) متعدد بود (تصاویر ۱ و ۲). در تحقیق Lienas-Gracia و همکارانش در ۶۸/۲٪ بیماران آبسه متعدد وجود داشت.^۶

(۴۰/۹٪) بود. اسپلنومگالی تنها در ۲۲/۷٪ موارد یافت شد، در حالی که هیپاتومگالی در ۳۶/۴٪ بیماران وجود داشت.^۶ در بررسی ما بیماران عمدتاً با علائم غیر اختصاصی مراجعه کرده بودند. شایعترین علامت درد شکم بود که در تمام بیماران (۱۰۰٪) وجود داشت. پس از آن علائم و نشانه‌های شایع به ترتیب عبارت بودند از تب (۷۵٪)، لرز (۵۸٪)، تندرین شکم (۵۰٪)، کاهش اشتها (۵۰٪)، تهوع و استفراغ (۴۲٪) و اسپلنومگالی (۳۳٪). سایر علائم و نشانه‌ها که شیوع پائینی داشتند عبارت بودند از بی‌حالی (۲۵٪)، درد قفسه سینه (۲۵٪)، اسهال (۲۵٪)، بیبوست (۲۵٪)، علائم ادراری (۱۶٪) و سردرد (۱۶٪). تعریق، هیپاتومگالی، سرفه، کابوس، خلط خونی و تنگی نفس نیز هر کدام تنها در یک مورد (۸٪) از بیماران وجود داشت.

آبسه طحال اختلال آزمایشگاهی مشخصه‌ای ندارد، اما شمارش لکوسیت بسیار بالا با پیش‌آگهی ضعیف همراه است.^۹

طبیعت غیر اختصاصی علائم و نشانه‌های آبسه‌های طحال مطالعات تصویربرداری را سنگ بنای تشخیص قرار داده است. در گرافی قفسه سینه ممکن است بالا رفتن همی دیافراگم (بیش از ۳۰٪) یا افیوژن پلور (بیش از ۲۰٪) دیده شود.^{۹،۸} یافته‌های گرافی ساده شکم کاملاً غیراختصاصی هستند و می‌توانند شامل دانسیته غیرطبیعی بافت نرم یا تجمع گاز در ربع فوقانی چپ باشد.^۸ قابل اعتمادترین روش تشخیص سونوگرافی و سی‌تی اسکن شکم می‌باشد.^{۸،۹} سی‌تی اسکن حساسیت ۹۶٪ دارد و از ارزش تشخیصی بیشتری نسبت به سونوگرافی با حساسیت ۷۶٪ برخوردار است.^{۱۰} در تحقیق Lienas-Gracia و همکارانش سونوگرافی حساسیت ۶۹/۲۳٪ نشان داد.^۶ سونوگرافی به علت در دسترس بودن، امکان جابجایی، هزینه کم و سادگی درناژ پوستی به کمک آن ممکن است در بعضی موارد انتخاب اول باشد.^{۱۱،۱۰} اما سی‌تی اسکن توانایی بیشتری برای لوکالیزه کردن ضایعات به کوچکی چند میلیمتر دارد.^{۱۱} البته هیچ کدام از این دو روش برای تشخیص آبسه طحالی کاملاً اختصاصی نیستند و تشخیص‌های افتراقی عبارتند از: انفارکتوس طحال، کیست، تومور، هماتوم و توده‌های لنفاوی.^{۱۰}

آگهی خوبی همراه است.^۹ امید به زندگی با درمان از طریق درناژ پوستی ۶۸٪ و با اسپلنکتومی ۸۵٪ می‌باشد.^{۱۰}

در بررسی ما با توجه به منفی بودن کشت خون، بیماران تحت درمان آنتی‌بیوتیکی تجربی با رژیم‌های سفتریاکسون، مترونیدازول و وانکومايسين یا ایمی پنم و وانکومايسين قرار گرفتند. در ۲ بیمار (۱۶٪) اندازه آبه با دریافت آنتی‌بیوتیک کاهش پیدا کرد و در نهایت ۱۰ بیمار تحت اسپلنکتومی قرار گرفتند. مرگ و میر تنها در یک مورد (۸٪) مشاهده شد.

بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که مشاهده علائم غیر اختصاصی شامل تب و درد شکم در بیماران دچار نقص ایمنی و انجام سی‌تی‌اسکن می‌تواند مانع از تأخیر در درمان آبه‌های طحالی شود.

درمان آبه‌های طحالی عبارت است از آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و درناژ از راه پوست، اسپلنکتومی لاپاروسکوپی یا باز و یا درناژ باز.^۴ با تشخیص آبه طحالی آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف باید شروع شود و بر اساس جواب کشت تغییرات لازم اعمال می‌شود و درمان به مدت ۱۴ روز ادامه می‌یابد. اسپلنکتومی جراحی انتخابی است، اما درناژ پوستی در مواردی که بیمار تحمل اسپلنکتومی ندارد، در نظر گرفته می‌شود. درناژ پوستی تنها در بیماران با آبه‌های منفرد موفق است.^۲ کنتراندیکاسیون‌های درناژ پوستی عبارتند از: آبه‌های مولتی‌لکولار، وجود محتوای سفت، پارگی آبه و خونریزی.^{۱۰}

میزان مورتالیتی در صورت عدم درمان نزدیک به ۱۰۰٪ می‌باشد،^۸ اما تشخیص زود هنگام و درمان قاطع با پیش

Abstract:

**Review of Patients with Splenic Abscess who were Admitted
to Loghman Hospital from 1998 to 2013**

Tassallibakhsh M. MD^{*}, *Haji Nasrollah E. MD*^{**}, *Yeganeh R. MD*^{***}, *Peivandi H. MD*^{***}
Khoshkar A. MD^{****}, *Mirhashemi S.H. MD*^{*****}, *Souri M. MD*^{*****}

(Received: 17 Aug 2014 Accepted: 22 Nov 2014)

Introduction & Objective: Splenic abscess is an uncommon disease. Because of the increase in immunocompromised cases it is thought that its prevalence is growing up. Due to its nonspecific presentations, the diagnosis of splenic abscess can be difficult and in case of fever, chill, LUQ pain and leukocytosis, specially in immunocompromised patients, it must be considered.

Materials & Methods: During a 16-years period, 12 patients with splenic abscess, who were admitted to Loghman hospital, were analyzed epidemiologically and their clinical and paraclinical findings were studied.

Results: The most common clinical finding was abdominal pain that was present in all patients and the most common paraclinical finding was leukocytosis and anemia. The most common underlying factor for splenic abscess was immunodeficiency (IV drug addiction).

Conclusions: Considering nonspecific signs and symptoms, including fever and abdominal, pain in immunocompromised patients and applying appropriate imaging studies like CT scan can lead to on-time diagnosis and treatment.

Key Words: Spleen, Abscess, Immunodeficiency

^{*} *Resident of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hospital, Tehran, Iran*

^{**} *Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hospital, Tehran, Iran*

^{***} *Associate Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hospital, Tehran, Iran*

^{****} *General Surgeon, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hospital, Tehran, Iran*

^{*****} *Assistant Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Van Nunspeet, Laura, Eric Hans Eddes, and Mirre E. de Noo. "Uncommon cause of pneumoperitoneum." *World journal of gastrointestinal surgery*, 2013; 5: 329.
2. Brunicaudi, F. Charles, et al. "Schwartz's Principles of Surgery." 2010: 1255.
3. Bauman, Zachary, and John Lim. "Pneumoperitoneum as a result of a ruptured splenic abscess." *Journal of Surgical Case Reports*, 2013; 12: rjt 111.
4. Zinner Michael J., et al. "Maingot's abdominal operations." 2013: 1247-1248.
5. Green, Bryan T. "Splenic abscess: report of six cases and review of the literature." *The American Surgeon*, 2001; 1: 80-85.
6. Llenas-García, Jara, et al. "Splenic abscess: a review of 22 cases in a single institution." *European Journal of Internal Medicine*, 2009; 5: 537-539.
7. Chun CH, Raff MJ, Contreras L, Varghese R, Waterman N, Daffner R, et al. Splenic abscess. *Medicine* 1980; 59: 50-65.
8. Losanoff, Julian E., and M. D. Basson. "Splenic abscess." *Emedicine*, 2007; 1-8.
9. Margaret, C. F., et al. "Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice." 2012: 1555-1556.
10. Chiang, I., Tzeng-Jih Lin, and Mee-Sun Tsai. "Splenic abscesses: review of 29 cases." *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 2003; 10: 510-514.
11. Alonso-Cohen MA, Galera MJ, Ruiz M, La Calle JP Jr. Splenic abscess. *World J Surg* 1990; 154: 27-34.
12. Chou YH, Hsu CC, Tiu CM, Chang T. Splenic abscess: Sonographic diagnosis and percutaneous drainage. *Gastrointest Radiol*, 1992; 17: 262-6.