Archive of SID

مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
سال نهم،شماره دوم، تابستان ۱۳۸۰، ص ۷۶

مقـــاله بـــازآمـــــوزی

بر اساس تصویب دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۱/۵ امتیاز بازآموزی به پزشکان عمومی تعلق می گیرد.

مروری بر اسپلنومگالی

*
دکتر مهشید هراتیان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

نظر به اینکه پزشکان بخصوص پزشکان عمومی بصورت مکرر با بیمارانی که طحال آنان بزرگ می باشد برخورد دارند.لـذا در این مقاله، مروری مختصر درباره بررسی اسپلنومگالی انجام شده است . طحال طبیعی، وزنی تا حداکثر ۲۰۰ گرم دارد و قابل لمـس نمی باشـد.اعمـالی کـه بـه طحـال نـسبت داده مـی شـود شـامل فیلتراسیون سلولهای غیر طبیعی از جریان خون، فونکسیون ایمنـی ، عمل خونسازی و ذخیره ای می باشد.طحال بزرگ یـا اسـپلنومگالی وقتی اطلاق می گردد که طحال قابل لمس باشد.علل مختلفی برای آن درنظر گرفته شده است که از علل شایع اسـپلنومگالی التهـابی اســت و نیــز از علــل دیگــر مــی تــوان اســپلنومگالی هیپرپلاستیک،احتقانی، انفیلتراتیو را نام برد. تشخیص طحال بـزرگ با معاینه و سپس با انجـام آزمایـشات و را ههـای تشخیـصی پـارا کلینیک دیگر می باشد.

واژه های کلیدی: اسپلنومگالی- طحال

تعریف اسپلنومگالی

اسپلنومگالی به قابل لمس بودن طحـال کـه در معاینـه طی مانورهای خاص(جهت لمس طحال) بـه آن میرسـیم اطـلاق می گردد. طحال وقتی قابل لمس می شود که سـه برابـر انـدازه طبیعـــی بـــزرگ شـــده باشـــد.دق(Percussion)در تـــشخیص اسپلنومگالی کمتر مفید می باشد.بنابراین بـرای تـشخیص بزرگـی طحال معاینه(لمس و دق) به تنهایی کفایت نمـی کنـدو روشـهای پاراکلینیک مثل سونوگرافی نیز به کمک می آید.

ساختمان و عمل طحال

در انسان سالم وزن طحال بین ۲۰۰-۱۲۰ گرم میباشدو قابل لمـس نیست. لذا وقتی طحال لمس می شود که اندازهٔ آن سه برابر اندازه طبیعی شده باشد.طحالی که بـزرگ مـی شـود بـه داخـل و پـایین یعنی به حفره ایلیاک راست گسترش مـی یابـد و در مـواردی کـه اندازه آن خیلی بزرگ شود می تواند وارد لگن شـده و حتـی در رکتوم قابل لمس باشـد.شـریان طحـال از سـلیاک جـدا شـده ودر ناف طحال به پنج تا شش شاخه تقسیم می شود که این شـاخه هـا از طریق ترابکول وارد طحال شده و تقسیم می شود.در حـین ایـن تقسیمات هیچ ارتباطی با هم پیدا نمی کنند و دلیل انفارکتوس در این عضو به دنبال انسداد شریانی است.بالاخره به صـورت شـریان مرکزی به پولپ سفید می رسد.شاخه های انتهائی آنهـا بـه منطقـه

* استادیار گروه بیماریهای داخلی

www.SID.ir

Archive of SID

حاشیه ای وارد شده و خون وارد سینوس های پولپ قرمز شده و بعد از آن وارد ورید طحالی می شود[1].

فونکسیون های طحال کاملا مشخص نمی باشد اما اعمالی که به آن نسبت می دهند شامل: **۱-culling:** فیلتراسیون سلولهای غیر طبیعی و ذرات داخل و خارج سلولی از جریان خون بخصوص در مورد گلبولهای قرمز(مثل Target cell)۲-**pitting:** برداشتن انکلوزیون های RBC بدون انهدام سلول(هضم توسط فاگوسیتهای اطراف سینوزوئیدی) مثل Howell jolley bodies و نیز انگل های مالاریا،بارتونلا و پیروپلاسما. **۳-فونکسیون ایمنی :** تولید آنتی بادی بخصوص IgM و اپسونیزاسیون و تولید کمپلمان.قدرت طحال بخصوص در پاک کردن باکتریهای کپسولدار مشخص است.به دلیل تماس طولانی ماکروفاژهای طحالی با پاتوژن ها ممکن است به بیمارانیکه کمبود کمپلمان یا آنتی بادی دارند کمک کند. **٤-خونسازی :** در زندگی داخل رحمی تا ماه پنج و شش،طحال این وظیفه را دارد اما در انسان بالغ تنها در حالات جبرانی دیده می شود.سلولهای لنفوسیت-پلاسماسل در طحال ساخته می شود اما نوتروفیل ها صرفا منشا مغز استخوان دارند. **۵-Pooling (عمل ذخیره ای) :** طحال طبیعی حدود ۳۰درصد پلاکت را در خود ذخیره می کند که در اسپلنومگالی تا حد ۹۰ درصد می رسد.در مورد گلبول قرمز در انسان طبیعی ،طحال این خاصیت را ندارد. ٦-ذخیره آهن و بعضی پروتئینها مثل فاکتور VIII [1و2].

جدول ۱: تقسیم بندی اسپلنومگالی (٤و۳و۲)

٤	*II.اسپلنومگالی احتقانی*	***III.اسپلنومگالی هیپرپلاستیک***	*IV.اسپلنومگالی انفیلتراتیو*	***۷.کیست ها و نئوپلاسم ها***
A .حاد و تحت حاد ۱. عفونت های مختلف(تیفوئید، سپتی سمی وغیره) ۲ . آبسه های طحالی ۳ . منونوکلئوز عفونی ٤. آندوکاردیت تحت حاد **B .مزمن** ۱. توبرکلوز ۲. سیفلیس، مخصوصا نوع مادرزادی ۳. سندرم فلتی؛ آرتریت روماتوئید ٤. مالاریا ۵. لشمانیوز ٦. تریپانوزومیاز ۷. اسپلنومگالی های آمازونی، بنگالی وآمریکایی؛ هیستوپلاسموز ۸. شیستوزومیاز ۹. اکینوکوکوس ۱۰. سارکوئید بوئک **۱۱. بیماری بریلیوم**	A .سیروز کبد B .ترومبوز، تنگی و تغییر شکل کاورنوی وریدپورت C .ترومبوز یا دیگر شکل های انسداد ورید طحا ل D. علل ناشناخته و کمتر شایع اسپلنومگالی احتقانی E. نارسایی قلبی (گاهی)	A .انواع مختلف آنمی همولیتیک B .آنمی های مزمن ۱. آنمی بدخیم و ماکروسیتیک دیگر ۲. تا لاسمی،هموگلوبینوپاتی ها و آنمی سلول داسی شکل ۳. آنمی همولیتیک نوزادان ٤.آنمی میلوفیتزیک، میلواسکلروز، میلوز مگاکاریوسیتیک آلوکمیک وغیره SLE.۵ C .پورپورای ترومبوسیتوپنیک D .پلی سیتمی ورا E . نوتروپنی طحا لی اولیه F .هیپرپلازی لنفاتیک خوش خیم - بیماری گریوز G .اسپلنومگالی سیتوپاتوژنیک و تروپیکال	*A* .بیماری گوشه B .بیماری نیمن پیک C .آمیلوئیدوز D .لیپمی دیابتیک E .گارگوئیلیسم	A .کیست های حقیقی(اپیتلیا لی، آندوتلیال، یا انگلی) B .کیست های کاذب (هموراژیک ، سروزی، التهابی، دژنراتیو) C .هامارتوم D .لوسمی E .بیماری هوچکین F . لنفوم غیر هوچکینی G .هیستیوسیتوزX H .نئوپلاسم های متاستاتیک

www.SID.ir

Archive of SID

تعریف ها:

۱- عفونت های حاد (سپتی سمی ، ویروسی): طحال با تولید آنتی بادی بزرگ می شود و بدلیل هیپرپلازی لنفوسیت- پلاسموسیت در هر دو کانون پولپ سفید و قرمز دیده می شود و در این موارد بزرگی طحال سریع و دردناک است[۶و۵و۴].

۲-منونوکلئوز عفونی : عامل آن ویروس EBV است.علائم بعد از دوره کمون ۸-٤ هفته ای شامل بدی حال عمومی ، تب ، لرز ، فارنژیت ، لنفادنوپاتی دو طرفه گردن و بزرگی کبد است. نیمی از بیماران اسپلنومگالی خواهند داشت که حد اکثر آن در هفته ۲ و ۳ بیماری است و پارگی خودبخودی در همان هفته ۲ و ۳ دیده می شود[۵و٤].

۳- توبرکلوز:سل اولیه طحال معمولا نادر است و اغلب درگیری طحال بدنبال سل ژنرالیزه دیده می شود. در رادیوگرافی کلسیفیکاسیون در طحال ممکن است دیده شود و ارزش تشخیصی دارد.علائم مثل آسیت ،ایکتر و هماتمز است. گاهی بدنبال اسپلنکتومی علائم برطرف می شود[۵و٤].

٤- سندرم فلتی به مجموعه اسپلنومگالی و لکوپنی وآرتریت روماتوئید مزمن گفته می شود .در سندرم فلتی بدنبال اسپلنکتومی همیشه اختلالات برطرف نمی گردد[۶و٤].

۵- مالاریا: در مناطق حاره ای بخصوص در موارد اسپلنومگالی باید به آن توجه کرد.لکوپنی و ترومبوسیتوپنی در این بیماران دیده می شود. آنمی در آن به علت سکستراسیون گلبولهای قرمز در طحال بزرگ است. معمولا اسپلنکتومی توصیه نمی گردد ، بدلیل اینکه خود طحال با عمل pitting انگل های مالاریا را خارج می کند[۵و٤].

٦- لیشمانیوزیس: بیماری با تب نامنظم ، اسپلنومگالی ، آنمی، لکوپنی و لنفادنوپاتی مشخص می شود.تشخیص با دیدن لیشمانیادونووانی در پونکسیون مغز استخوان است[۵و٤].

۷- اسپلنومگالی احتقانی : قبلا به آن بیماری بانتی گفته می شد.در این موارد معمولا اسپلنومگالی همراه هیپراسپلنیسم و سیروز و افزایش فشار پورت مشخص می گردد. هپاتومگالی در موارد اولیه و بعد از آن اسپلنومگالی همراه آنمی ،پورپورا ، و اپیستاکسی به علت ناشی از هیپراسپلنیسم در این بیماری مشاهده می گردد. در موارد پیشرفته علائم نارسائی کبدی و انسداد ورید پورت مشخص است. ترومبوز وریدهای کبدی نیز می تواند سبب اسپلنومگالی احتقانی شود که به آن سندرم بودکیاری گفته می شود[۶و٤].

۸- اسپلنومگالی هیپرپلاستیک: در موارد مختلف آنمی های همولیتیک دیده می شود.یکی از این موارد اسفروسیتوز ارثی است که بیماری به صورت اتوزومال غالب است. اختلال در غشاء گلبول قرمزسبب برداشته شدن RBCغیر طبیعی توسط طحال می شود .علائم عمده شامل آنمی ، اسپلنومگالی و یرقان است. افزایش سنگهای صفراوی حتی در دوران کودکی و خونسازی خارج مغز استخوان دراین موارد دیده می شود. درمان آن اسپلنکتومی است. اسپلنومگالی همراه تالاسمی ماژور و انترمدیت نیز دیده می شود . در تالاسمی ماژور حتی می تواند اسپلنومگالی ماسیو دیده شود(٦و٤و۳و۲).

اسپلنومگالی در آنمی فقر آهن در ۱۵-۱۰ درصد موارد و در آنمی مگالوبلاستیک نیز دیده می شود(٤و۳و۲).

۹- لوسمی حاد: درALL در ۷۰ درصد موارد امتحان اولیه و ۹۰ درصد در اتوپسی و در AMLدر ۳۵ در صد موارد در امتحان اولیه و ۹۰ درصد در اتوپسی اسپلنومگالی وجود دارد. اسپلنومگالی در این موارد همیشه ناشی از انفیلتراسیون سلولهای لوسمیک در طحال نمی باشد و گاهی ساختمان طبیعی طحال همراه اسپلنومگالی در این موارد مشاهده شده است[۸و۷و٤و۲].

۱۰- در بیماریهای ذخیره ای مثل گوشه ، نیمن پیک و گانگلیوزیداز که هر کدام به علت یک نقص آنزیمی است نیز مشاهده می شود. علائم در اکثر موارد بیماریهای ذخیره ای شامل اسپلنومگالی ، آنمی ،هیپراسپلنیسم ، هپاتومگالی و تغییرات استخوان و در نیمن پیک و گانگلیوزیداز تغییرات CNSو عقب افتادگی ذهنی مشاهده می شود(٦و۲).

۱۱- اسپلنومگالی در بیماریهای آندوکرین نیز مشاهده می شود. در

www.SID.ir

Archive of SID

۵۰ درصد موارد بیماران تیروتوکسیکوزیس و ۳۰ درصد موارد هاشیماتو، اسپلنومگالی مشاهده می شود. اسپلنومگالی در آکرومگالی ناشی از بیماری ثانوی مثل سیروز کبد یا بیماری گوشه است [۳و۲]

۱۲- اسپلنومگالی در ۲۵ درصد بیماران هموفیلی مشاهده شده است[٤و۲].

۱۳-طبق یک بررسی از سال ۱۹۱۳تا۱۹۹۵برروی ٤٤۹بیمار شایعترین علل اسپلنومگالی درارتباط با علل هماتولوژیک (لنفوم)، کبدی (بیماری مزمن کبدی)،بیماریهای عفونی(ایدز و آندوکاردیت)،احتقانی(CHF)،اولیه(ترومبوز وریدطحالی)و موارد دیگر است[۱۱و۱۰و۹].

۱٤-بیمارانی با RA، SLE، PANدرریسک پارگی خودبخودی طحال هستند.اسپلنومگالی درRAبدون عارضه و سندرم فلتی که در ریسک آبسه طحالی هستند مشاهده می شود[۱۲].

۱۵-مجموعه ای از هپاتومگالی و اسپلنومگالی و یافته های سونوگرافی طبیعی کبد احتمال سندرم اسپلنومگالی تروپیکال(TSS)را با حساسیت ۸٦درصد و اختصاصی بودن ۸۳درصدمطرح می کند.خطر آن از بیوپسی کبد نیز کمتر می باشد[۱۳].

هیپراسپلنیسم:

با چهار معیار مشخص می شود: ۱- آنمی ، لکوپنی(مخصوصا نوتروپنی) و ترومبوسیتوپنی ۲- هیپرپلازی مغز استخوان ۳- اسپلنومگالی ٤- تصحیح اختلالات فوق بدنبال اسپلنکتومی(٦و٤و۲).

علل اسپلنومگالی ماسیو:

اسپلنومگالی ماسیو زمانی گفته می شود که طحال به یک یا هر دو ربع تحتانی شکم رسیده باشد(بیشتر از ۸ سانتی متر زیر لبه دنده ای لمس شود) یا وزن آن بیشتر از ۱۰۰۰گرم باشد ودر موارد خاصی مشاهده می شود که این موارد شامل CML،ترومبوسیتوپنی اولیه ،پلی سیتمی ورا (در مراحل انتهایی) ،لنفوم ،هوچکین ،Hairy cell leukemia، گوشه ،تالاسمی ماژور، کالاآزار،به صورت حاد در کریز های طحالی مالاریا و Sicklemiaدیده می شود[۸و۷و٤و۲].

بیماریهای همراه با اسپلنومگالی ماسیو(٤)

لوسمی میلوژن مزمن
لنفوم
لوسمی سلول مویی(H.C.L)
میلوفیبروز همراه با متاپلازی میلوئید
پلی سیتمی ورا
بیماری گوشه
لوسمی لنفوسیتیک مزمن
سارکوئیدوز
آنمی همولیتیک اتو ایمیون
همانژیوماتوز طحالی منتشر

تشخیص اسپلنومگالی

تشخیص اسپلنومگالی ابتدا توسط معاینه دقیق و شرح حال بیمار داده می شود. معاینه طحال بزرگ سه خصوصیت عمده داردکه این خصوصیات آن را از دیگر توده های ربع فوقانی چپ شکم متمایز می کند. طحال بزرگ به طرف ناف می آید، دست زیر لبه دنده می رود و به علت ناف آن در لمس شکل لوبیایی دارد[۱٤].گرفتن شرح حال از بیمار ما را به طرف هر کدام از اتیولوژی های گفته شده هدایت می کند.وجود تب و بیماری حاد احتمال اسپلنومگالی التهابی را مطرح می کند.وجود علائم افزایش فشار پورت ما را به طرف اسپلنومگالی احتقانی هدایت می کند و به همین تر تیب معاینات در تشخیص علت اسپلنومگالی کاملا مفید و لازم است.

اقدامات پاراکلینیک

سونوگرافی ربع فوقانی چپ شکم ، توموگرافی ، اسکن کبد و طحال با تکنسیم ۹۹ و اسپلنوپورتوگراقی راههای تشخیصی پاراکلینیک می باشد که به تشخیص کمک می کند[۱۵].

اندیکاسیون اسپلنکتومی

www.SID.ir

Archive of SID

بسته به شدت هیپراسپلنیسم و سنجیدن عوارض ناشی از ترانسفوزیون های مکرر واسپلنکتومی ،پیشرفت بیماری و سن بیمار، خود محدود بودن بیماری ، و بررسی آلترناتیوها (آیا اسپلنکتومی خطرناکتر است یا کورتیکوتراپی یا ایمنوساپرسیو و ...) اسپلنکتومی توصیه می شود.

اسپلنکتومی در اسفروسیتوز ارثی ، ITP،TTP و در مواردی از هیپراسپلنیسم که همراه سیتوپنی شدید است توصیه می شود[۱۶و۱۷].

وقتی علت اسپلنومگالی مشخص نیست لاپاراتومی و اسپلنکتومی توصیه می شود[۱۸و۱۹].

عوارض اسپلنکتومی

۱-عفونت که به وسیله ارگانیسم های کپسولدار(پنوموکوک و هموفیلوس انفلوانزا و ...)ایجاد می شود.علت آن نقص درمکانیسم اپسونیزاسیون است. اسپلنکتومی زیر ۵ سال توصیه نمی گردد و بعد از اسپلنکتومی، زدن واکسن پنوموکوک و هموفیلوس انفلوانزا توصیه می گردد[۲و۵و۲۰].

۲-دیدن سلولهای غیر طبیعی رده RBCمثل NRBC، Target cellو انکلوزیون های داخل سلولیHowell jolley's bodies.

۳-ترومبوسیتوز که استفاده از آسپیرین بچه توصیه می گردد و گاهی تا چند سال بعد از اسپلنکتومی ممکن است دیده شود.

٤- لکوسیتوز(گذرا در چند ماه اول)[۲و۳].

References:

1.Guyton and hall: ***Textbook of medical physiology***, Saunders,Philadelphia, , 9th ed. 1999, PP:176-180.

2. Lee,G.Forster,J.Lukens, J.etal: ***Wintrob's clinical hematology***, William &Wilkins ,Bultimore, 10th ed, 1998, PP:1969-1987.

3.Beutler,E.Lichtman,M.Coller,B.etal:***Williams hematology***,Mc Graw Hill,New york, 5thed , 1995, PP:54-62.

4.Fauci,A.S.Braunwald,E.etal: ***Harrison's principles of medicine,*** Mc Graw Hill,New york, 1988,12 ed, P:350.

5.Mandell,Douglas and Bennett's: ***Principles and practice of infectious diseases*** ,Churchil livingstone, 2000, 5ed, PP:1599-160&2831-2841.

6.Bennet,J.C.Plume,F: ***Cecil textbook of medicine*** ,W.B.SaundersPhiladelphia, 2000, 20ed, PP:960-962.

7.Conn.Borer.Sayder:***Current diagnosis*** ,Saunders,Philadelphia, 1997, PP:529-531.

8.Stein,J.H: ***Internal medicine*** , Little Brown, 1990, 3ed, PP:1027-30.

9.O'Reily,R.A. ***Splenomegally in 2505*** patients at a large university medical center from 1913-to 1995.1963to 1995:440 patients".West J Med. 1998 Aug, 169(2):88- 97.

10.O'Reily,R.A.***Splenomegaly in 2505*** patients in a large university medical center from 1913 to 1995.1913 to 1962: 2056 patients ". West J Med. 1998 Aug ,169(2):78-87.

11.O'Reily,R.A. ***Splenomegaly at a united states county hospital: diagnosis evaluation of 170 patients***.Am J Med 1996,Oct , Sci.312(4):160-5.

12. Fishman,D.Isenberg,D.A.***Splenic involvement in rheumatic diseases***. Semin Arthritis Rheum, 1997, 27(3) PP:141-55.

13.el-shazly, M.Okello, D.O. Kawooya, M.G. ***Non-invasive diagnosis of tropical splenomegaly syndrome***. Trup Doct, 1995 Jul, 25(3) PP:128-30.

14. Bates,B: ***A guide to physical examination and history taking***, J.B.Lippincott,Philadelphia, 1999, 6th ed, PP:354-56.

15. Sutton,D: ***Textbook of radiology and imaging***,Churchil Livingstone, 1999, 6thed, PP:990-3.

16. Fass,S.M.Hall,T.T.Lefor,A.Maestronl,U.Phillips,E.H. ***Safety of laparoscopic splenectomy in elderly patients with ITP***.Am Surg. 2000 Sep, 66(9):844-7.

17. Trias, M.Targarona, E.M. Espert, J.J.Cerdan, J.Bombuy, E.Vidal, O. ***Impact of hematological diagnosis on early and late outcome after laparoscopic splenectomy: an analysis of 111 cases***. Surg Endosc, 2000 June,14(6), PP: 550-60.

18. Katkhouda, N.Mavor, E. ***Laparoscopic splenectomy***. Surg Clin North Am, 2000 Aug ,80(4): 1285-97.

19.**Szold, A.Kamat, M.Nadu, A.Eldor, A.***Laparoscopic accessory splenectomy for recurrent idiopathic thrombocytopenic purpura and hemolytic anemia***.Surg Endosc, 2000 Aug, 14(8):761-3.**

20.**Brigden, M.L.Patullo, A.Brown,J.** *Pneumococal vaccine administration associated with splenectomy:the need improved education,documentation,and*

www.SID.ir

Archive of SID

Sep, 65(1):25-9.

the use of a practical check list. **Am J Hematol, 2000**

سؤالات بازآموزی مروری بر اسپلنومگالی

۱- مرد ۳۷ ساله ای با علائم Huge splenomegallyو لکوسیتوز ۴۵۰۰۰ و در اسمیر خون محیطی Band cell =۳درصد ، متامیلوسیت=۵ درصد ،میلوبلاست =۱ درصد، PMN=۵۰ درصد و لنفوسیت=۳۱درصد گزارش شده است .کدام یک از تشخیص های زیر محتمل تر است ؟

الف-لوسمی میلوژن مزمن **ب**-لوسمی لنفوبلاستیک مزمن

ج- منونوکلئوز عفونی **د**- هیچ کدام

۲- دختر ۱۵ ساله ای دچار آنمی نرموسیتر با اندکس MCHC بالا گزارش شده است.در معاینه، طحال تا حد ناف به دست می خورد. سابقه سنگ کیسه صفرا را ذکر می کندکه در سونوگرافی مشخص شده است.بیمار تابه حال ترانسفوزیون نداشته است. کدامیک از تشخیص های زیر صحیح است ؟

الف- اسفروسیتوز ارثی

ب- تالاسمی ماژور

ج- آنمی Sickle

د- آنمی فقر آهن

۳-مرد ۵۰ ساله ای با اسپلنومگالی ولکوسیتوز ۵۰۰۰۰ مراجعه می کند در معاینه آدنوپاتی در گردن دارد.در اسمیر خون محیطی لنفوسیتهای بالغ با درصد بالا مشاهده می شود.احتمال کدام تشخیص بیشتر است؟

الف ـ لوسمی سلول مویی(HCL)

ب-لوسمی لنفوبلاستیک مزمن

ج- لوسمی میلوژن مزمن

د-هیچکدام

٤-کدام یک از عوارض اسپلنکتومی نمی باشد ؟

الف- ترومبوسیتوپنی

ب- افزایش ابتلا به میکروبهای کپسولدار

ج- لکوسیتوز

د- دیدن Target cellدر خون محیطی

۵- بیماری با آدنوپاتی گردنی (از حدود یک هفته پیش) ، گلودرد ،اگزودا در حلق ، راش بدنبال مصرف آمپی سیلین و اسپلنومگالی با تشخیص منونوکلئوز عفونی مدتی تحت نظر و سپس مرخص می شود . در هفته سوم بطور ناگهانی دچار افت B P، کاهش سطح هوشیاری و درد شکم بخصوص LUQمی گردد.تشخیص کدام است ؟

الف- ارتباطی با بیماری منونوکلئوز عفونی ندارد.

ب- حساسیت دیررس به آمپی سیلین.

ج- پارگی خودبخودی طحال از عوارض منونوکلئوز عفونی

د-هیچ کدام

٦- درهیپراسپلنیسم کدام مورد غلط است؟

الف- ترومبوسیتوپنی

ب- آنمی

ج- لکوسیتوز

د- هر سه صحیح است.

۷-درمان بیماری که با اسفروسیتوز ارثی مراجعه می کند کدام است ؟

الف- اسپلنکتومی **ب**- ترانسفوزیون مکرر

ج- درمان با سولفات فرو **د**- هیچ کدام

۸-خانم ۳۶ ساله ای با ضعف و بی حالی ،ایکتر و خونریزی گوارشی مراجعه می کند.در معاینهٔ بیمار آنژیوم عنکبوتی وآسیت مشخص وجود دارد.اندازه کبد کوچکتر از حد طبیعی و طحال بزرگ می باشد.در آزمایش پان سیتوپنی دارد.کدام تشخیص برای بیمار محتمل است؟

الف -اسپلنومگالی احتقانی **ب**-اسپلنومگالی هیپرپلاستیک

www.SID.ir

Archive of SID

ج–اسپلنومگالی انفیلتراتیو **د**–اسپلنومگالی التهابی

۹–بعد از اسپلنکتومی چه مواردی توصیه می گردد ؟

الف–درمان طولانی مدت با پنی سیلین G به صورت پروفیلاکسی

ب–واکسیناسیون بر ضد پنوموکوک یک بار و هموفیلوس انفلوانزا سالانه

ج–هر دو مورد فوق پیشنهاد می گردد.

د–**هیچ واکسن و درمانی نیاز نیست.**

۱۰–شایع ترین نوع اسپلنومگالی کدام است؟

الف–اسپلنومگالی هیپرپلاستیک **ب**–اسپلنومگالی احتقانی

ج–اسپلنومگالی التهابی **د**–اسپلنومگالی انفیلتراتیو

۱۱–خانم جوانی به طور ناگهانی دچار درد شدید شکم و آسیت ناگهانی می شود.طحال در معاینه بزرگ می باشد.سابقه بیماری قبلی را نمی دهدو تنها دارویی که مصرف می کرده، o.c.p بوده است.محتمل ترین تشخیص کدام است؟

الف–انسداد ورید کبدی

ب– انسداد ورید فوق کبدی(budchiary syn.)

ج–انسداد ورید طحالی

د–پریتونئیت

۱۲–آیا در بیماری که سیروز کبدی دارد اسپلنکتومی را توصیه می کنید؟

الف–**توصیه می شود.**

ب–**توصیه نمی شود**

ج–**لاپاراتومی توصیه می شود.**

د–**بستگی به درمانهای دیگردارد.**

۱۳–بیماری که به مدت ۲۰ سال آرتریت روماتوئید داشته است و تحت درمان باکلروکین،دیکلوفناک و متوتروکسات بوده است دچار اسپلنومگالی و لکوپنی می گردد.علت این عارضه کدام است؟

الف–مصرف داروهای فوق

ب–عارضه آرتریت روماتوئیدمزمن بنام سندرم فلتی.

ج–در اثر عفونت در طحال است.

د–این عارضه از بیماری جدا می باشد و ارتباطی نیز به عوارض دارویی ندارد.

۱٤–هیپراسپلنیسم با چه مواردی مشخص می گردد؟

الف–لکوپنی +اسپلنومگالی +کم کاری مغز استخوان

ب–لکوپنی +ترومبوسیتوپنی

ج–ترومبوسیتوپنی+اسپلنومگالی +هیپرپلازی مغز استخوان

د–هیچکدام

www.SID.ir

Archive of SID

شرایط دریافت گواهی شرکت در بازآموزی

۱ـ پاسخ صحیح به حداقل ۸۰ درصد از سئوالات مربوط.

۲ـ تکمیل فرم ثبت نام بطور کامل و خوانا

ضمناً خواهشمند است پاسخنامه مقاله را به همراه فرم ثبت نام حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۰/۱۰/۳۰ به دفتر مجله ارسال نمائید.

محل مهر نظام پزشکی متقاضی:

پـــــاسـخنـامــه مروری بر اسپلنومگالی

	الف	ب	ج	د		الف	ب	ج	د
۱	☐	☐	☐	☐	۸	☐	☐	☐	☐
۲	☐	☐	☐	☐	۹	☐	☐	☐	☐
۳	☐	☐	☐	☐	۱۰	☐	☐	☐	☐
٤	☐	☐	☐	☐	۱۱	☐	☐	☐	☐
٥	☐	☐	☐	☐	۱۲	☐	☐	☐	☐
٦	☐	☐	☐	☐	۱۳	☐	☐	☐	☐
۷	☐	☐	☐	☐	۱٤	☐	☐	☐	☐

www.SID.ir