

## الطحال

### أ.د: محسن بلال

يزن الطحال عند البالغ صحيح الجسم بين 75 إلى 100 غرام , ويتناقص وزنه نوعاً ما بتقدم العمر , ويتوضع الطحال في الربع العلوي الأيسر من البطن , يتجاور علوياً مع السطح الداخلي لقبة الحجاب اليسرى وتتحمى أمامياً وحشياً وخلفياً بالجزء السفلي للقفص الصدري .

يتم تأمين وضع الطحال في مكانه بواسطة عدد من الأربطة المعلقة: الطحالي الحجابي والطحالي الكلوي والطحالي الكولوني والطحالي المعدي , ويحتوي الرباط الطحالي المعدي بشكل طبيعي الأوعية المعدية القصيرة , بينما تكون بقية الأربطة عديمة الأوعية إلا عند المرضى المصابين بفرط توتر وريد الباب حيث تصبح الأوردة التفاضرية واضحة .

يدخل الدم الشرياني إلى الطحال عبر الشريان الطحالي وهو فرع الجزع الزلاقي ويترشح الدم الوريدي عبر الوريد الطحالي الذي يتصل مع الوريد المساريقي العلوي ليشكلا معاً وريد الباب .

لقد سجل وجود طحالات إضافية من 14 إلى 30 % من المرضى , مع نسبة مرتفعة لحدوثها عند المرضى اللذين يخضعون لجراحة على الطحال لأجل آفات دموية , وتتلقى هذه الطحالات الإضافية ترويتها الدموية من الشريان الطحالي , وأماكن وجودها هي:

1. سررة الطحال
2. الرباط الطحالي المعدي
3. الرباط الطحالي الكولوني
4. الرباط المعدي الكولوني
5. الثرب الكبير

يحيط بالطحال محفظة تقيس 1 إلى 2 ملم في سماكتها مع حواجز تغلف لب الطحال , أما اللب فيقسم تقليدياً إلى ثلاث مناطق هي من الداخل إلى الخارج : بيضاء , هامشية , حمراء , وتتوضع المنطقة الهامشية في محيط المنطقة البيضاء (أي تحيط بها) وهي تحتوي على الشرايين الانتهائية التي تنشأ من الشريان المركزي ومن الشرايين (على شكل الفرشاة Penicillary )

تحتوي المنطقة الهامشية على خلايا لمفاوية وبالعات كبيرة وبعض الكريات الحمراء التي تهرب من الشرايين الانتهائية , وتحتوي هذه المنطقة على الجيوب الهامشية والتي تصفي المواد من اللب الأبيض , تدخل الغلوبولينات المناعية المصنعة موضعياً إلى هذه الجيوب وتعتبر إلى الدوران المحيطي , يتوضع اللب الأحمر (المنطقة الحمراء) في الناحية المحيطة من المنطقة الهامشية , ويتألف اللب الأحمر من الحبال والجيوب التي تحتوي عناصر خلوية من الدم العابر للطحال .

يتوزع الدم القادم للطحال عبر الشريان الطحالي إلى فروع شريانية تُدعى الشرايين الحاجزية Trabecular arteries والتي تترك الحواجز وتدخل إلى اللب الأبيض كشرابين مركزية .

يساهم الطحال من الشهر الخامس إلى الثامن في الحياة الجنينية بشكل فعّال في إنتاج الكريات الحمراء والبيضاء التي تدخل الدوران , ولا تستمر هذه الوظيفة في الكهل.

يمكن أن يقوم الطحال بتصفية الكريات الحمراء والشاذة والمعمّرة (الهزيمة) والكريات المحببة الشاذة , والصفائح الطبيعية والشاذة , وحطام الخلايا , حيث أن الطحال مهياً بوضوح للتمييز بينهما وبين المكونات الخلوية الطبيعية , وفي الكهل الطبيعي يعتبر الطحال المكان الأكثر أهمية للمصادرة الانتقائية للكريات الحمراء , وخلال فترة حياتها التي تستمر لـ 120 يوماً تقضي الكريات الحمراء يومين على الأقل ضمن الطحال , يُعزى عمل الطحال الذي يؤدي إلى انقاص مرضي في العناصر الخلوية الدموية الجائلة في الدوران إلى آليتين محتملتين:

1. تدمير طحالي فائق (متزايد) للعناصر الخلوية
2. إنتاج طحالي لاضداد تؤدي لتدمير الخلايا ضمن الجريان الدموي , إن زيادة الفعالية في الوظيفة الطحالية تؤدي إلى ازالة عاجلة لكافة العناصر الخلوية الدموية الجائلة في الدوران مما يؤدي لفقر دم , ونقص في الكريات البيضاء , ونقص في الصفائح إما لكل عنصر لوحده أو بشكل متشارك بين جميع العناصر (فرط الطحالية) hypersplenism

تعيش الصفائح الدموية ضمن الظروف الطبيعية حوالي 10 أيام في الدوران ويتم حجز ثلث الصفائح الكلية المتجمعة في الطحال , ولكن لم يتم تحديد دور الطحال في الازالة النهائية للصفائح الطبيعية بدقة وعند وجود ضخامة طحالية يتم حجز جزء أكبر من الصفائح في الطحال (حتى 80 % بدلاً من الثلث) , ويؤدي هذا الحجز بالمشاركة مع التحطم السريع للصفائح في الطحال إلى حدوث نقص في الصفائح الدموية thrombocytopenia وتحدث الزيادة في حجز وتحطم الصفائح الأساسي idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) كنتيجة لتغير مناعي في الصفائح , أما في فرغرية نقص الصفائح الخثري thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) فيقوم الطحال بحجز الصفائح بسبب انتهاك اللعوم الوعائية بالكولاجين ما تحت البطاني المتزايد.

يؤدي استئصال الطحال إلى زيادة الصفائح والتي تصل بمرور الوقت إلى مستويات أعلى من 1000000 (مليون) ملم<sup>3</sup> , وتكون كثرة الصفائح عقب استئصال الطحال عابرة لكنها قد تكون دائمة , ويمكن ملاحظة هذا بشكل خاص في الحالات الانحلالية الدموية الخلفية والتي لا تستجيب بشكل جيد لاستئصال الطحال , وفي هذه الظروف يمكن أن يؤدي استمرار انحلال الدم بغياب آلية الإزالة الطحالية (بسبب استئصال الطحال) إلى كثرة صفائح مستمرة وشديدة وإلى خثار ضمن الأوردة.

✓ فاقات الدم الانحلالية:

تتألف فاقات الدم الانحلالية من مجموعة واسعة من الاضطرابات يحدث فيها اتلاف زائد لكريات الدم الحمراء الناضجة وتعزى فاقات الدم الخلفية إلى شدوات داخلية في الكريات الحمراء بينما تتعلق فاقات الدم المكتسبة بعامل خارج الجسم الخلوي (مكتسب) يعمل على الخلايا الطبيعية داخلياً , وفي كلا النوعين من الاضطرابات يمكن اثبات وجود نقص في فترة بقاء الكريات

الحمراء وذلك بقياس اختفاء الكريات الحمر الموسومة بـ ( Cr 51 ) ويمكن تقييم دور الطحال بتحديد الأخذ (القص) النسبي الذي يقوم به الطحال لهذه الكريات بالمقارنة مع الكبد.

✓ داء الكريات المكورة الوراثي:

ينتقل داء الكريات المكورة الوراثي hereditary spherocytosis كصفة وراثية قاهرة تنتقل على الصبغي الجسدي , وهو الداء الأكثر شيوعاً من بين فاقت الدم الانحلالية العائلية المرضية توجد عادة كثرة الكريات البيضاوية الاهليلجية في الدم ovalocytosis و stomatocytosis كصفات غير مؤذية , ولكن في بعض الأحيان ترتفع نسبة هذه الأشكال لتبلغ 50 إلى 90 % من مجمل الكريات الحمراء , وبالتالي تصبح التظاهرات السريرية لهذه الحالات غير قابلة للتمييز عن التظاهرات السريرية لداء الكريات المكورة الوراثي , ينجم الشذوذ الجوهري في داء الكريات المكورة الوراثي عن نقص (أو سوء) في غشاء خلايا الدم الحمراء مما يؤدي بالخلية إلى أن تصبح أصغر من الطبيعي , وسميكة بشكل غير طبيعي , ومكورة تقريباً , وتبدي هذه الخلايا أيضاً زيادة في هشاشيتها الحلوية أي يحصل الانحلال عند تراكيز أعلى من الطبيعي لكلوريد الصوديوم , إن دور الطحال في هذا الداء متعلق بعدم قدرة الخلايا المكورة على المرور عبر لب الطحال , والخلايا التي تتجو من الطحال تصبح أكثر قابلية للقص والتحلل وذلك في كل عبور ناجح لها عبر الطحال إلى أن تهلك جميعها يمكن أن تعزى الأمراض النوعية للأذية الخلوية إلى نقص في توفر (ATP) الخاص بالكريات الحمراء في بيئة الطحال بالمشاركة مع الغشاء الخلوي الذي ثبت في الدراسات المخبرية أنه يصبح أكثر حساسية للنقص في مستويات الـ (ATP)

إن الملامح السريرية لهذا الداء هي: فقر الدم , وجود الخلايا الشبكية في الدم المحيطي , يرقان , ضخامة طحال , ومن غير المعتاد أن تكون الفاقة الدموية شديدة جداً , ويوازي اليرقان في شدته بالعادة درجة الفاقة الدموية الموجودة , يمكن أن تحدث زيادات مفاجئة ونوبية من فقر الدم واليرقان , وقد سجلت أيضاً نوبات قاتلة في حالات نادرة , وسجلت أيضاً حالات من الحصيات المرارية ذات النوع المصطبغ في 30 إلى 60 % من المرضى ولكنها نادرة عند الأطفال تحت العاشرة من العمر , وتعتبر قرحات الساق من التظاهرات النوعية غير الشائعة بوضع التشخيص بشكل عام اعتماداً على تحاليل اللطاخة الدموية المحيطية , والتي تثبت أن أكثر من 60 % من خلايا الدم الحمراء تمتلك شكلاً كروياً بقطر متوسط أقل من القطر الطبيعي وسماكة أكبر من القطر الطبيعي , إن زيادة الهشاشة الحلوية للخلايا الدموية الحمراء تعطي تأكيداً تشخيصياً للحالة ولكن من النادر أن يجرى هذا الاختبار (اختبار الهشاشة) , يعتبر استئصال الطحال الوسيلة العلاجية الوحيدة لتدبير هذا الداء (داء الكريات المكورة الوراثي – كثرة الكريات البيضاوية – الاهليلجية أيضاً) , ينصح بشكل عام تأجيل الجراحة إلى السنة الرابعة من الحياة , لكن قرحات الساق المعقدة المترافقة مع هذا الداء قد تجبرنا على إجراء استئصال مبكر للطحال وذلك لأن هذه القرحات لا تشفى إلا عقب استئصال الطحال كطريقة لتصحيح فقر الدم وتجنب انحلاله , هي نتائج جيدة بشكل مضطر وعلى الرغم من بقاء الشذوذ الغشائي الأصلي موجوداً وعدم تغيير الشكل الكروي للخلايا وعدم اختلاف الزيادة في الهشاشة الحلوية لكن يتوقف الانحلال بشكل فعلي عقب استئصال الطحال , وتحقق الكريات الحمراء فترة حياة طبيعية

ويختفي اليرقان (في حال كان موجوداً في السابق) , من المناسب إجراء تصوير للمرارة إما بإعطاء المادة عن طريق الفم أو باستخدام التصوير بالأشعة فوق الصوت قبل استئصال الطحال ويجب دائماً فحص المرارة في وقت الجراحة عند استئصال الطحال ففي حال وجود حصيات فيها فمن الواجب اتئصالها أثناء الجراحة.

✓ التلاسيما:

تنتقل التلاسيما (فقر الدم للبحر الأبيض المتوسط) كصفة وراثية قاهرة وتنشأ بشكل مبني من عوز في تركيب الهيموغلوبين , يساهم تشكل الرواسب داخل الخلية (أجسام هايتر (Heinz bodies) في اتلاف الكريات الحمراء غير الناضجة , يُصنف الداء بالأنماط: ألفا , بيتا , غاما , وذلك حسب العوز النوعي في معدل تركيب السلسلة البيتيديّة , يتظاهر بشكل عام بأعراض وعلامات تشير إلى فقر دم خفيف ويرقان مزمن خفيف وضخامة طحالية متوسطة الشدة , يتم وضع تشخيص التلاسيما الكبرى اعتماداً على اللطاخة الدموية المحيطية والتي تُظهر وجود فقر دم ناقص الصباغ صغير الخلايا مع خلايا حمراء تالفة (مدمرة) بشكل ملحوظ من أشكال وأحجام مختلفة , وتوجد بشكل ثابت خلايا حمراء منوأة أو ما يسمى بالخلايا الهدفية target cells , ويرتفع تعداد الخلايا الشبكية وكذلك عدد الكريات البيضاء , إن المظهر المميز للداء هو استمرار وجود الخضاب الجنيني (Hb-F) .

تشكل ضخامة الطحال الملحوظة وكذلك الاحتشاءات الطحالية المتكررة العرضية استنباباً لاستئصال الطحال , ويبلغ معدل الاختلاطات عقي استئصال الطحال في مرضى التلاسيما : 43 % وهذا أكبر بكثير من معدل الاخ تلاطات التالية لاستئصال الطحال لأسباب أخرى حيث يبلغ 3 % فقط , وعلى أية حال فإن إجراء استئصال الطحال في الحالات التي يكون فيها مستنباباً يفوق بفوائده معدل الخطورة.

✓ داء الخلايا المنجلية:

إن فقر دم الخلايا المنجلية هو فقر دم انحلالي وراثي يشاهد بشكل مهيم عند الأعراق السود ويتميز بوجود كريات حمراء ذات شكل منجلي و هلالتي , ونجد في هذا المرض الخطابي الوراثي أن الخضاب الطبيعي Hb-s , ونجد عادة ارتفاعاً خفيفاً للخضاب الجنيني Hb-f , ويحدث أيضاً تشارك مع وجود الخضاب Hb-s مع أنواع أخرى من الخضاب كنتيجة لصفة وراثية غير طبيعية منقولة من كلا الوالدين

✓ فرقرية نقص الصفيحات الأساسي:

إن فرقرية نقص الصفيحات الأساسي (الأساسي بمعنى مجهول السبب idiopathic) , والذي يسمى أحياناً فرقرية نقص الصفيحات المناعي , هو داء مكتسب يحدث بتدمير الصفيحات المتعرضة للـ IgG المتعلق بالعوامل المضادة للصفيحات الجائلة في الدوران , والطحال هو مصدر هذه العوامل , وهو أيضاً المكان الأساسي لنقص الصفيحات المتحسسة (أي التي تعرضت لهذه العوامل المضادة) , يجب الاحتفاظ بهذا التعبير : نقص الصفيحات الأساسي أو مجهول السبب (ITP) idio thrombocytopenic purpura للاضطراب الدموي المميز: بتعداد غير

طبيعي للصفائح بوجود نقي عظم يحتوي على عدد طبيعي أو زائد من الخلايا النقية العرطلة بغياب أي مرض جهازى أو تناول أدوية قادرة على إحداث نقص في الصفائح , إن نسبة الإناث المصابات بهذا المرض بالمقارنة مع الذكور هي 3 إلى 1 , إن التظاهر السريري الأكثر شيوعاً لهذا الداء هو النمشات petechiae أو الكدمات ecchymoses أو كليهما معاً , تحدث الـ ITP في بعض المرضى الذين لديهم ايجابية HIV أو المصابين بالإيدز , تترافق هذه العلامات عند معظم المرضى بواحد أو أكثر من هذه الأعراض التي تشمل التالي : وفق الترتيب التنازلي (حسب تواتر حدوثها): لثة نازفة , نزف معبلي , نزف هضمي , بيلة دموية , تأخذ التظاهرات السريرية عند بعض المرضى شوطاً دورياً تقريباً مع حدوث تفاقم للأعراض في وقت الطمث , يتراوح معدل حدوث النزف في الجهاز العصبي المركزي بين 1 إلى 2 % ويحدث عادة في المراحل المبكرة من الداء , من النادر أن يكون الطحال مجسوساً , حيث أن الضخامة الطحالية لو وجدت يجب أن تبعث الشك في احتمال وجود داء آخر (غير نقص الصفائح الأساسي) هو الذي يسبب نقص الصفائح الموجود عند المريض.

إن للـ ITP إنذاراً ممتازاً عند الأطفال تحت السادسة عشر من العمر , وإن ما يقرب من 80% من هؤلاء المرضى سوف يشفون بشكل تام ودائم بالمعالجة النوعية.

✓ فرقية نقص الصفائح الخثري:

على الرغم من أن فرقية نقص الصفائح الخثري (TTP) thrombotic thrombocytopenic purpura هو داء يصيب الشريينات والشعريات , لكن لا يوجد تبدلات دموية مميزة مرافقة لهذا الداء بحيث يمكن أن يستجيب بشكل جيد لاستئصال الطحال , لم يتم تحديد سبب هذا الداء بشكل دقيق , واقترحت الآليات المناعية لتفسير ذلك إن حوالي 5% من الحالات المسجلة تحدث خلال الحمل , ويجب تمييز فرقية نقص الصفائح الخثري (TTP) الذي يحدث أثناء الحمل عن فرقية نقص الصفائح الأساسي (ITP) الذي قد يتطور في الثلث الأخير من الحمل , وذلك لأن هذه الحالة تتراجع بانتهاء الحمل.

✓ فرط الطحالية الثانوية:

يمكن أن يحدث نقص الخلايا الشامل Pancytopenia , ونقص الصفائح , ونقص الكريات البيض أو فقر دم وذلك سواء وجدت ضخامة طحالية أو احتقان طحالي , إن الضخامة الطحالية مع احتقان المسافات الوعائية تترافق مع فرط توتر وريد الباب مما يؤدي إلى تحطيم متزايد ضمن الطحال للخلايا الجائلة في الدوران , لكن من غير الشائع أبداً أن يعاني مريض فرط توتر وريد الباب من التظاهرات السريرية المعروفة لنقص الصفائح (أي لا يحدث عندهم نمشات ولا نزوف متواصلة) وحيث أنه لا توجد علاقة بين درجة فقر الدم ونقص الكريات البيضاء ونقص الصفائح من جهة وبين فترة البقاء طويلة الأمد لمريض التشمع من جهة أخرى , ولذا فإن فرط الطحالية بحد ذاتها لا تعتبر استطباً للقيام باستئصال الطحال في مريض فرط توتر وريد الباب ولقد أجري في بعض هؤلاء المرضى تصميم embolization الدوران الشرياني الطحالي وذلك عبر الجلد عبر الشريان الفخدي (ارسال صمات للشريا الطحالي بالدخول من الجلد عبر الشريان الفخدي) , وعلى الرغم من أنه تمت السيطرة على فرط الوظيفة الطحالية بهذه

الطريقة لكن احتشاء الطحال المؤلم والتهاب الطحال الخمجي اللذين يتطوران عقب هذا الإجراء يجعلان هذه المقاربة محدودة القيمة ، إن الحالة الجراحية الأكثر شيوعاً تلك التي تلي إصابة المريض بدوالي مريئية نازفة حيث يترافق مع نقص ملحوظ في الصفائح بشكل ثانوي.

✓ الكيسات والأورام:

كيسات الطحال غير شائعة ، وتعزى الكيسات الطفيلية للإصابة بالمشوكات echinococcal (الكيسات المائية) ، أما الكيسات غير الطفيلية فتصنف إلى : كيسات جلدانية dermoid (نظيرة الجلد) ، وكيسات بشروانية epidermoid وكيسات ظهارية epithelial ، وكيسات كاذبة pseudocysts ، وهي تحدث عقب تمزق خفي في الطحال بسبب الرضوض ، إن أفضل ما تعالج به الكيسات الطفيلية العرضية في الطحال هو استئصال الطحال ، أما الكيسات الكبيرة العرضية غير الطفيلية فيمكن إزالة جزء عن طريق التنظير ، أما الكيسات الكاذبة غير العرضية فلا تحتاج للجراحة ولكن يجب مراقبتها عن طريق الفحص بالأمواج فوق الصوت وذلك للتحقق من عدم توسعها بشكل كبير.

إن الأورام الخبيثة البدئية في الطحال هي أورام غرنية Sarcomatous ومن النادر حدوث لمفوما لاهو دجكن بدئية في الطحال وهي تمتلك إنذار ممتاز عقب استئصال الطحال ، ولقد دحضت الدراسات المجراة على فتح الجثث autopsy الفكرة القائلة أن الانتقالات الورمية إلى الطحال نادرة الحدوث ولكن من النادر أن يكشف الفتح الجراحي لضخامة طحالية غير مشخصة السبب عن انتقالات غير مشتبهة في غياب انتقالات معممة معروفة ، ولكن قد يؤدي إنشاء تشخيص لخباثة دموية.

✓ الخراجات:

تعتبر الخراجات الطحالية سبباً غي شائع للأخماج البطبية تحدث الخراجات الطحالية البدئية بشكل أكثر شيوعاً من الناحية المدارية (المحيطية) حيث تكون متعلقة في كثير من الأحيان بحدوث الاحتشاء الطحالي عند مرضى فقر الدم منجلي الخلايا ، لقد سجلت حالات خراجات طحالية قبيحية مع زيادة في تواتر حدوثها في المدمنين على المخدرات عن طريق الوريد ، وتشمل التظاهرات السريرية كلاً مما يلي : حرارة ، عرواءات ، ضخامة طحالية ، مضض في الربع العلوي الأيسر من البطن ، يمكن وضع التشخيص بالأمواج فوق الصوت أو التصوير المقطعي المحوسب CT

✓ الرضوض:

آلية الأذية :

يجب أن يكون الاهتمام دوماً في الأذيات الطحالية موجهاً للنزف لأن المريض المرضوض طحالياً قد يستمر في النزف حتى الموت ، وبالرغم من أن العلاج المحافظ قد يكون مناسباً لمرضى كثر فإن المريض قد يحتاج للتدخل الجراحي لإيقاف النزف ، وفي العديد من الدراسات التي أظهرت أن 45% من المرضى احتاجوا لتدخل جراحي إسعافي لحل مشكلة النزف ، وأن 33% من المرضى قد

احتاجوا لتدخل إسعافي و 23% من المرضى الذين عولجوا مبدئياً بشكل محافظ قد احتاجوا لتدخل جراحي لاحق ما مجموعه 56% من الأذيات الطحالية المعزولة .  
يمكن أن يحدث النزف متأخراً ، و ينجم عن تمزق متأخر (النزف بزمنين) .  
تحتاج أذيات الطحال النافذة غالباً لتدبير جراحي بسبب الأذيات المرافقة البطنية و أيضاً أذيات الحجاب المسببة بالسكين أو المقذوف تعتبر من الأسباب الشائعة للتدبير الجراحي ، و لكن و على كل حال فإن الأذيات النافذة للطحال لا تترافق باستئصال الطحال بنسبة أكبر من الأذيات الكليلة حيث يعتمد الأمر على درجة الأذية و برغم ذلك فإن الأذية للأوعية الطحالية تعتبر أشيع الأذيات النافذة .  
✚ لا بد من : ملاحظة علامة Kher كبير ، التي تساعد كثيراً عند وجودها في الدلالة على الأذية الطحالية و التي هي : ألم في أعلى الكتف بسبب الدم الحاصل أسفل الحجاب الأيسر . و هذه العلامة هي نتيجة تخريش الحجاب بالدم المتجمع تحته ، حيث يشترك الحجاب مع ذروة الكتف بالتعصيب من الجذور 3، 4، 5

### الصورة السريرية :

تكون الصورة السريرية للمريض المروض على الطحال و الدرجة المقدرة حسب التصوير ب CT و استطباب التداخل الجراحي تتوافق إلى حد كبير :  
درجة 1: هيماتوم صغير تحت المحفظة غير ممتد ، لا يتجاوز 1 سم عمقاً .  
درجة 2 : تمزق المحفظة ، بين 1 و 3 سم .  
درجة 3: أذية برانشيمية عميقة ، ممتد بحدود 5 سم .  
درجة 4: تموت كمية كبيرة من النسيج الطحالي ، احتشاء 25% من الطحال .  
درجة 5: أذية عبر السرة الطحالية و إزالة التروية الدموية ، جرح يقطع أوعية ا لطحال تماماً أو طحال مهشم .

### التدبير :

العلاج الجراحي المباشر يبقى الأنسب عند 40% من المصابين ، و العلاج المحافظ للمرضى المستقرين دورانياً .  
يعتمد التشخيص على : الحالة السريرية للمريض ، و الفحوص المخبرية (تعداد و هيماتوكريت) ، و الايكو و التصوير الطبقي المحوري ، و الغسيل البريتواني التشخيصي .  
تتبع أذيات الطحال في التقييم و التدبير القواعد العامة لتدبير الرضوض : كتأمين الطريق التنفسي و التنفس و الدوران و لكن الأمر الخاص الذي يجب الانتباه إليه هو الصدمة غير المستجيبة و ضرورة تدبيرها جراحياً ، و لكن بشكل عام هناك بعض الخطوط العريضة لتدبير الأذيات الطحالية :  
1. يجب أن توضع الأذيات داخل البطن المرافقة في الحسبان عند مراجعة صور الطبقي المحوري و بشكل خاص أذيات الأمعاء .  
2. لا بد من البحث عن الأذيات المرافقة أثناء عملية الطحال و بشكل خاص أذيات الحجاب الحاجز الأيسر و البنكرياس .  
3. يجب تحرير ذيل البنكرياس دوماً مع الطحال للكشف الجيد له و لسرة الطحال و تجنب أذيتهما .  
4. بالرغم من أن التدبير المحافظ لأذيات الطحال تبقى استراتيجية جيدة لا بد من التذكر أن النزف من الطحال قد يستمر حتى الموت و أن نسبة كبيرة من المرضى المعالجين بشكل محافظ سيحتاجون تداخلاً جراحياً .