

گزارش یک مورد شکم حاد ناشی از خونریزی خلف صفاقی، ثانویه به پارگی آنژیومیولیپوم کلیه

سیاوش فلاحت کار (M.D.)**

ایرج باقی *(M.D.)

چکیده

یک مورد نادر از خونریزی خودبه خودی خلف صفاقی، ثانویه به پارگی آنژیومیولیپوم کلیه راست بررسی می شود. خانم ۳۶ ساله ای با درد ناگهانی شکم بهویژه در نیمه راست، شوک ناشی از کاهش حجم خون (Hypovolemic)، وجود توده بزرگ در نیمه راست شکم همراه با حساسیت نسبت به لمس (Tenderness) و نگه داشتن موضع (guarding) در مرکز آموخته درمانی پذیرش شد. در سونوگرافی و سی تی اسکن شکم، وجود هماutom خلف صفاقی همراه با توده ای در کناره کلیه راست گزارش شد. پس از اقدامات احیاء، بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفته و کلیه راست خارج گردید. خارج نمودن کلیه با توجه به شوک ناشی از خونریزی بیمار در هنگام پذیرش، وسعت خونریزی خلف صفاقی و در دسترس نبودن سبب شناسی انجام گرفت.

واژه های کلیدی: آنژیومیولیپوم، خونریزی خلف صفاقی، تومور خوش خیم کلیه، شکم حاد

مقدمه

لمس و شوک ناشی از کاهش حجم خون (در ۲۰-۳۰ درصد موارد) مشخص می شود^(۱). روش تشخیصی انتخابی، سی تی اسکن شکم^(۲) و درمان آن در موارد اورژانس، آنژیوآمبولیزاسیون انتخابی یا جراحی است^(۲).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله ای بود که با درد ناگهانی شکم و پهلوی راست، ضعف و بی حالی شدید در مرکز آموخته - درمانی پذیرش شد. معاینه اولیه بیمار، درد و حساسیت منشر شکم نسبت به لمس همراه با برجستگی قابل توجه نیمه راست شکم و نگه داشتن همان ناحیه (guarding)، کاهش فشار خون، رنگ پریدگی و بی قراری را نشان می داد..

خونریزی خودبه خودی خلف صفاقی بدون سابقه ضربه و بیماری های انعقادی یا بدون سابقه ای از مصرف داروهای ضد انعقادی پدیده نادری است. از عواملی که در این موارد باید در نظر داشت، تومورهای کلیوی است. سلطان کلیه و آنژیومیولیپوم از شایع ترین نوع تومورها است^(۱). آنژیومیولیپوم، تومور خوش خیم کلیه است که حدود ۵ درصد تومورهای کلیه را تشکیل می دهد. شیوع آن در جمعیت عمومی ژاپن ۰/۱-۰/۰ درصد گزارش شده است.

بسیاری از مبتلیان به آنژیومیولیپوم بدون علامت هستند. خونریزی خلف صفاقی کشنده ترین تظاهر بالینی این تومور است که با درد شدید پهلو و شکم، توده قابل

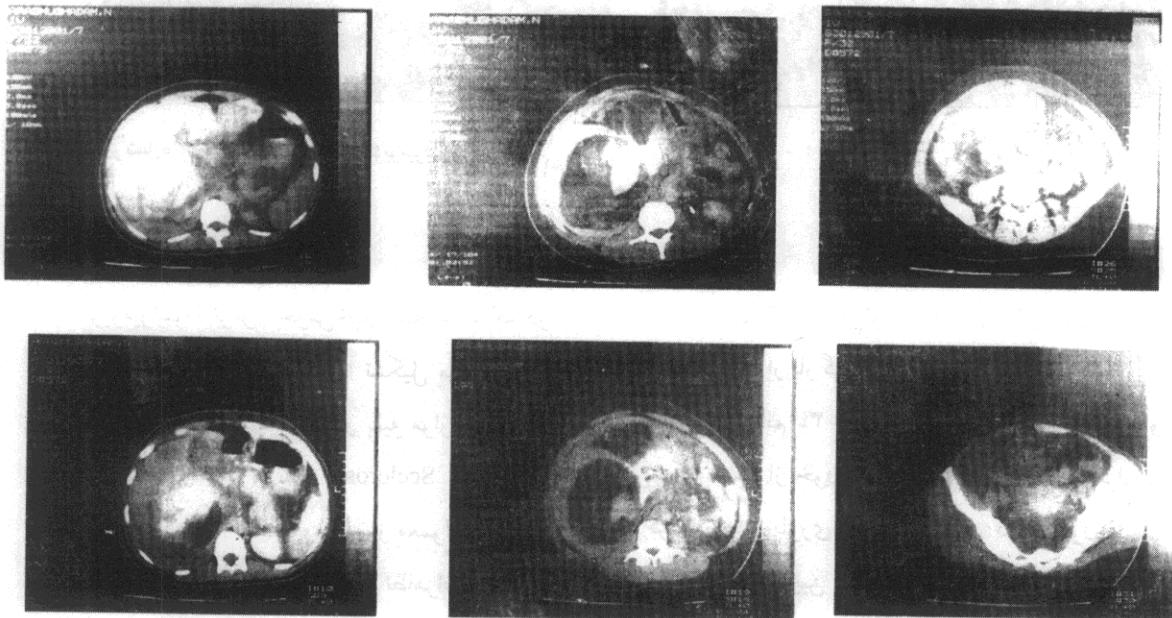
* متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** متخصص ارتوزی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ تصویب: ۱۳/۰۷/۱۳ تاریخ دریافت: ۰۹/۰۴/۸۳ تاریخ ارجاع چهت اصلاحات: ۲۲/۰۷/۸۳

غیریکتواخت همراه با کانونهای خونریزی دهنده و نیز تراکم چربی را در کناره کلیه راست گزارش کرد که این توده از زیر کبد تا عمق لگن امتداد داشت. در فضای موریسون و داخل لگن هم مایع رویت شد. در سی‌تی اسکن هماتوم خلف صفاقی وسیع ناشی از تومور کلیه و با احتمال آنژیومیولیپوما مطرح شد، تصویر شماره ۱.

فشار خون اولیه بیمار ۶۰/۴۰ بوده و بیمار سابقه‌ای از صدمه اخیر یا مصرف داروهای ضد انعقادی را نمی‌داد. ادرار بیمار نیز خونی نبود. جهت رساندن فشار خون بیمار در حد قابل قبول و کنترل شوک ناشی از کاهش حجم خون، مقادیر قابل توجهی سرم کریستالوئید، ۴ واحد خون و ۱۲۰۰ سی‌سی محلول‌های کلولیدی تجویز شد. در سونوگرافی اولیه وجود هماتوم وسیع خلف صفاقی گزارش شد. سی‌تی اسکن شکم، نوده بزرگ



تصویر شماره ۱: سی‌تی اسکن هماتوم خلف صفاقی وسیع ناشی از تومور کلیه

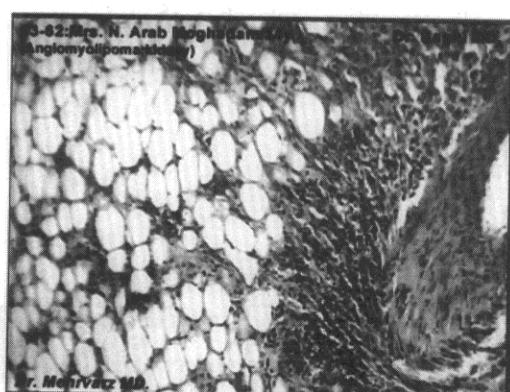
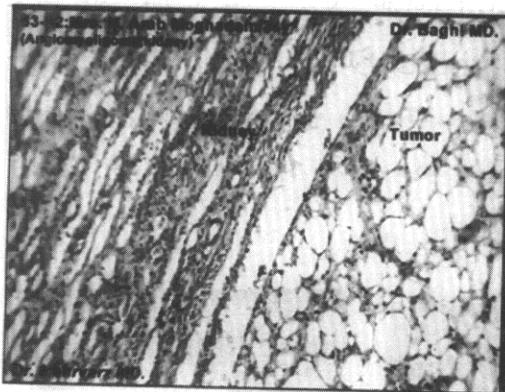
هماتوم خلف صفاقی انجام شد. پس از عمل، بیمار ۴۸ ساعت در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) تحت نظر قرار گرفت و از روز سوم به بخش منتقل و رژیم غذایی برای اوی شروع شد. نهایتاً در روز هفتم بعد از عمل بدون عارضه باحال عمومی خوب از بیمارستان ترجیحی شد.

گزارش آسیب‌شناسی به قرار زیر بود: توده تومور ال منتشکل از سلول‌های چربی بالغ همراه با سلول‌های

در لایه اپاتومی حدود ۵۰۰ تا ۷۵۰ سی‌سی خون، داخل حفره صفاق وجود داشت. هماتوم بسیار وسیع در سرتاسر فضای سمت راست خط وسط، در خلف صفاق دیده شد که شدیداً به سمت قدام برجسته شده بود. اقدامات احیای بیمار در تمام مدت طول عمل نیز با دادن چهار واحد خون و شش واحد پلاسمای منجمد شده تازه ادامه داشته. کلیه راست بیمار برداشته و تخلیه

اندازه ماکروسکوپی تومور $14 \times 14 \times 12$ سانتی متر بود، تصویر شماره ۲.

عضلات صاف، با تجمع در اطراف عروق خونی هیپرپلاستیک به انضمام هیالینیزاسیون برخی از عروق بزرگتر و بدون علائم بدخیمی در مجاورت بافت کلیه رویت شد که در برخی از مناطق دچار خونریزی بود،



تصویر شماره ۲: نمای میکروسکوپی آنژیومیولیپوما

بحث

تا سال ۲۰۰۳، کمتر از ۵۰ مورد خونریزی خلف صفاقی ناشی از پارگی تومور گزارش شده است^(۵). بیمار خانم ۳۴ ساله‌ای بود که با درد حاد شکم و شوک ناشی از خونریزی وسیع خلف صفاقی مراجعه کرده بود؛ به طوری که برای کنترل فشار خون و نیز اصلاح هموگلوبین اولیه بیمار که ۴ گرم در ۱۰۰ سی سی بود، ۱۰ واحد خون، ۱۲ واحد پلاسمای منجمد شده تازه، ۱۰ واحد پلاکت و بیش از ۸۰ لیتر مایع کریستالوئید داخل وریدی تزریق شد. گرچه خونریزی‌های آنژیومیولیپوما غالباً محدود به خلف صفاق بوده ولی موارد نادری از خونریزی داخل صفاق هم گزارش شده است^(۵). بیمار علاوه بر خونریزی آزاد داخل لگن و شکم داشت که به نظر می‌رسد ناشی از نشت خون از خلف صفاق به داخل حفره شکمی باشد. آنژیومیولیپوما معمولاً در خانم‌های

آنژیومیولیپوما تومور خوش خیم کلیه است که در حدود ۵ درصد تومورهای کلیه را تشکیل می‌دهد. درصد موارد به صورت تک‌گیر و بقیه موارد همراه با بیماری توپروس اسکلروزیس Tuberous Scelerosis دیده می‌شود که در حالت دوم تومور معمولاً دو طرفه است^(۲). از نظر بالینی آنژیومیولیپوما تظاهرات مختلفی دارد. اغلب به طور اتفاقی در بیمارانی که به دلایل دیگر تحت سونوگرافی یا سی‌تی اسکن شکم قرار می‌گیرند، کشف می‌شود. گاه به صورت توده بزرگ در ناحیه پهلو و با علائم ناراضی موضعی و علائم گوارشی به علت فشار روی دثونوم و معده مثل تهوع و استفراغ خود را نشان داده و گاه با علائم کلیوی مثل درد پهلو وجود خون در ادرار و حتی نارسایی کلیه نمایان می‌شود و نهایتاً ممکن است به صورت درد ناگهانی شکم و پهلو یا کاهش فشار خون به دنبال خونریزی شدید داخل تومور یا پارگی تومور تظاهر پیدا کند^(۳).

درمان انتخابی آنژیومیولیپوم مورد اختلاف است، اما برای ضایعات بدون علامت و کوچکتر از ۴ سانتی‌متر، پی‌گیری شش ماهه تا یک سال و برای ضایعات علامت‌دار و بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر، آمبولیزاسیون یا جراحی محافظه کارانه با حفظ نسج کلیه توصیه می‌شود^{(۳) و (۴)}. اما در مواردی که بیمار با شوک ناشی از خون‌ریزی مراجعه کرده باشد، یا بدخیمی کلیه را نتوان رد کرد و یا تومور خیلی بزرگ باشد، برداشتن کلیه توصیه می‌شود^(۶). در این بیمار نیز با توجه به وسعت خون‌ریزی و کاهش فشار خون در تمام مدت قبل و حین عمل و نیز عدم دسترسی به آسیب‌شناسی، ناگزیر کلیه برداشته شد و بعد از عمل نیز عارضه‌ای مشاهده نگردید.

۵۰ تا ۷۰ ساله دیده می‌شود. البته گزارش‌هایی از بیماری در سنین پایین حتی تا ۲۵ سالگی هم وجود دارد. شواهدی از بیماری توپروس اسکلروزیس نیز در این بیمار وجود نداشت.

روش انتخابی تشخیصی در خون‌ریزی و هماتوم خلف صفاقی، سی‌تی اسکن می‌باشد که در بیشتر موارد می‌تواند آسیب‌شناسی زمینه‌ای را نیز مشخص سازد^(۳). در این بیمار نیز گرچه سونوگرافی اولیه وجود هماتوم خلف صفاقی را مطرح کرده بود، سی‌تی اسکن ضمن گزارش هماتوم خلف صفاقی وسیع، وجود توده بزرگ غیریکنواخت با تراکم چربی در مجاورت کلیه با احتمال آنژیومیولیپوم را نیز عنوان کرده بود.

فهرست منابع

1. Jean B. Dekernvon, Arve Belldegrum; Renal tumors. Patrick. C.Walsh, Alen B. Retve, **CAMPBELL'S UROLOGY**. 7th ed Philadelphia: w.b. Saunders Company 2002;
2. Emil- A. Tanago, Jaek W, Mac Anich MD. **Renal paranchimal Neoplasms**. 15th edition. New york: Appleton & Lange Company. 2000,
3. Goran Stimac& Extransive spontaneous perirenal hematoma secondary to Ruptured Angiomyolipoma *Acta clin Croat* 2003; 42:55-58
4. Nelson, Caleb P & Contemporary Diagnosis& Management of Renal Angiomyolipoma. *Journal of Urology*. 2002; 163: 1315-1325
5. Wilfred CG Peh & Spontaneous Renal pseudoaneurism rupture presenting as acute intraabdominal hemorrhage. *British journal of radiology*. 70 (1997) 1188-1190
6. Galanis. I, Kabououdis A, Patsas A. & A rare case of a Giant Renal Angiomyolipoma. *J of European surgery*. 2003; 35(1): 58-60.
7. S.K.H. Yip, W.S. cheng, K.T. Foo. Surgical Management of Sngiomyolipoma; Nephron- Sparing Surgery for Symptomatic Tumor. *Scandinavian Journal of urology & Nephrology*. 2000; 34(1): 32-35.