Archive of SID

فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
سال پانزدهم شماره ۴۷ فصل تابستان سال ۱۳۸۴

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

ایرج باقی (M.D.)* سیاوش فلاحت‌کار(M.D.)**

چکیده

یک مورد نادر از خون‌ریزی خودبه‌خودی خلف صفاقی، ثانویه به پارگی آنژیومیولیپوم کلیه راست بررسی می‌شود. خانم ۳۴ ساله‌ای 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 آموزشی درمانی پذیرش شد. در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکم، وجود هماتوم خلف صفاقی همراه با توده‌ای 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 سبب‌شناسی انجام گرفت.

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

مقدمه

خون‌ریزی‌خودبه‌خودی خلف‌صفاقی بدون سابقه ضربه و بیماری‌های انعقادی یا بدون سابقه‌ای از مصرف داروهای ضد انعقادی پدیده نادری است. از عواملی که در این موارد باید در نظر داشت، تومورهای کلیوی است.سرطان‌کلیه‌و آنژیومیولیپوم‌ازشایع‌ترین‌نوع تومورها است(۱). آنژیومیولیپوما، تومور خوش‌خیم کلیه است که حدود ۵درصد تومورهای‌کلیه راتشکیل می‌دهد. شیوع آن‌درجمعیت‌عمومی‌ژاپن ۰/۲- ۰/۱ درصد گزارش شده است.

بسیاری از مبتلایان به آنژیومیولیپوما بدون علامت هستند.خون‌ریزی خلف صفاقی کشنده‌ترین تظاهر بالینی این تومور است که با درد شدید پهلو و شکم، توده قابل لمس‌وشوک‌ناشی‌ازکاهش‌حجم خون(در ۳۰-۲۰درصد موارد)مشخص می‌شود(۲).روش تشخیصی انتخابی، سسی‌تی‌اسکن شکم(۳) و درمان آن در موارد اورژانس، آنژیوآمبولیزاسیون‌انتخابی‌یاجراحی‌است(۲).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۴ ساله‌ای بود که با درد ناگهانی شکم و پهلوی راست، ضعف و بی‌حالی شدید در مرکز آموزشی- درمانی پذیرش شد. معاینه اولیه بیمار، درد و حساسیت منتشر شکم نسبت به لمس همراه با برجستگی قابل توجه نیمه راست شکم و نگه داشتن همان ناحیه(guarding)، کاهش فشار خون، رنگ‌پریدگی و بی‌قراری را نشان می‌داد..

*متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان
** متخصص ارولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان
✉ رشت: بیمارستان پورسینا- بخش جراحی

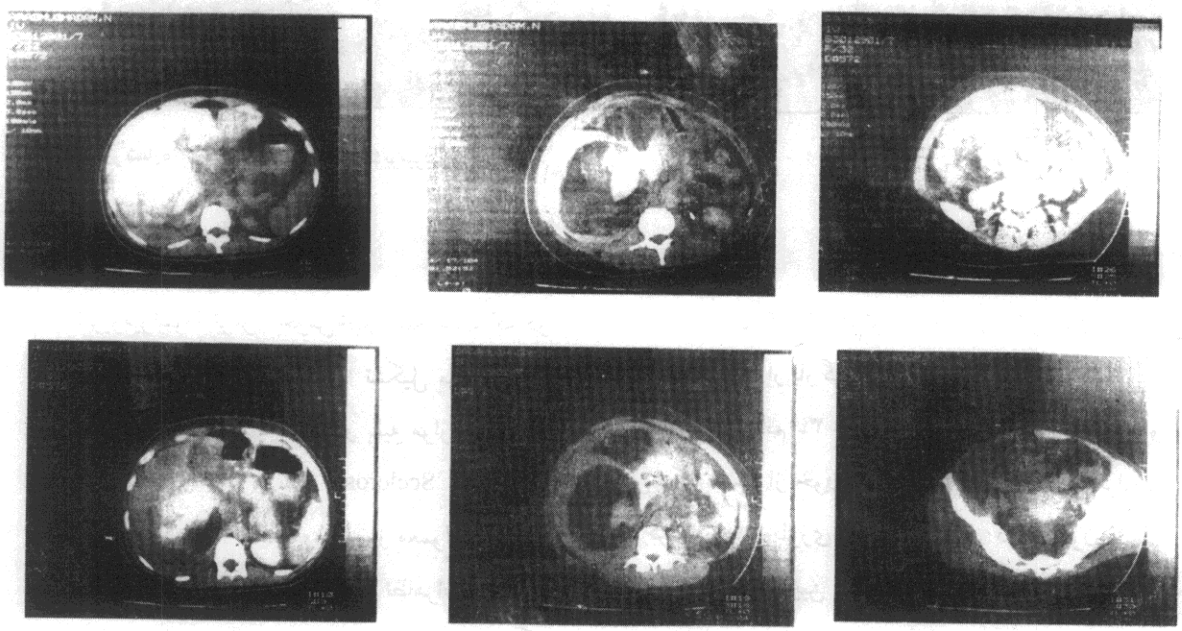
تاریخ دریافت :۸۳/٤/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۸۳/٦/۲۲ تاریخ تصویب : ۸۳/۸/۱۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

www.SID.ir

Archive of SID

فشار خون اولیه بیمار ۶۰/۴۰ بوده وبیمار 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، ٤ واحد خون و ۱۲۰۰ سی‌سی محلول‌های کلوئیدی تجویز شد. درسونوگرافی اولیه وجود هماتوم وسیع خلف صفاقی گزارش شد. سی‌تی‌اسکن شکم، توده بزرگ غیریکنواخت 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 سی‌تی‌اسکن هماتوم خلف صفاقی وسیع ناشی از تومور کلیه و با احتمال آنژیومیولیپوما مطرح شد،تصویر شماره۱.



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

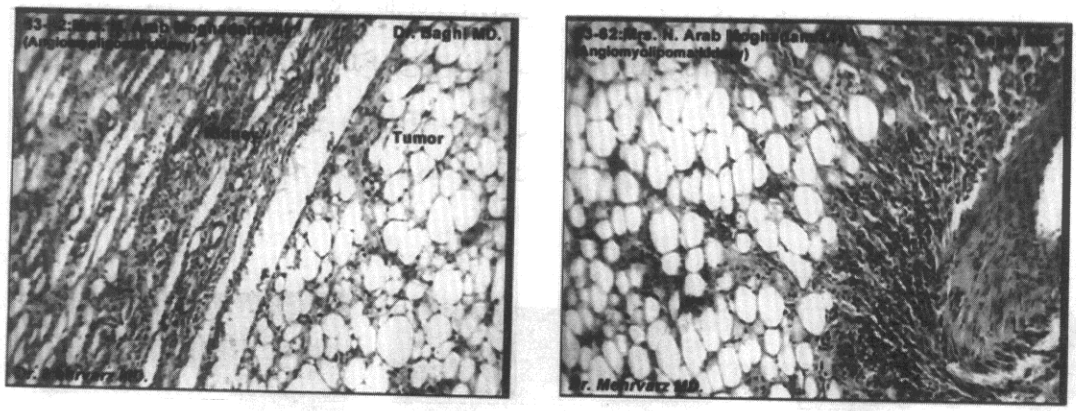
در لاپاراتومی حدود ۵۰۰ تا۷۵۰ سی‌سی خون، داخل حفره صفاق وجود داشت. هماتوم بسیار وسیع در سرتاسر فضای سمت راست خط وسط، در خلف صفاق دیده شد که شدیدا به سمت قدام برجسته شده بود. اقدامات احیای بیمار در تمام مدت طول عمل نیز با دادن چهار واحد خون و شش واحد پلاسمای منجمد شده تازه ادامه داشته. کلیه راست بیمار برداشته و تخلیه هماتوم خلف صفاقی انجام شد. پس از عمل، بیمار ٤٨ ساعت در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) تحت نظر قرار گرفت و از روز سوم به بخش منتقل و رژیم غذایی برای‌وی‌شروع شد.نهایتا در روز هفتم بعد از عمل بدون عارضه باحال عمومی‌خوب ازبیمارستان‌ترخیص شد.

گزارش‌آسیب‌شناسی به قرار زیر بود: توده تومورال متشکل از سلول‌های چربی بالغ همراه با سلول‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]
www.SID.ir

Archive of SID

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، اندازه ماکروسکوپی تومور ۱۲×۱٤×۱٤ سانتی‌متر بود، تصویر شماره ۲.



تصویر شماره ۲: نمای میکروسکوپی آنژیومیولیپوما

بحث

آنژیومیولیپوما تومور خوش‌خیم کلیه است که در حدود ۵درصد تومورهای کلیه را تشکیل می‌دهد. ۸۰ درصد موارد به‌صورت تک‌گیر و بقیه موارد همراه با بیماری توبروس اسکلروزیس Tuberous Scelerosis دیده می‌شود که در حالت دوم تومور معمولا دو طرفه است(۲). از نظر بالینی آنژیومیولیپوما تظاهرات مختلفی دارد. اغلب به‌طور اتفاقی در بیمارانی که به‌دلایل دیگر تحت سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن شکم قرار می‌گیرند، کشف می شود. گاه به‌صورت توده بزرگ در ناحیه پهلو و با علائم ناراضی موضعی و علائم گوارشی به علت فشار روی دئودنوم و معده مثل تهوع و استفراغ خود را نشان داده و گاه با علائم کلیوی مثل درد پهلو و وجود خون در ادرار و حتی نارسایی کلیه نمایان می‌شود و نهایتا ممکن است به‌صورت درد ناگهانی شکم و پهلو یا کاهش فشار خون به دنبال خون‌ریزی شدید داخل تومور یا پارگی تومور تظاهر پیدا کند(۳).

تا سال ۲۰۰۳، کم‌تر از ۵۰ مورد خونریزی خلف صفاقی ناشی از پارگی تومورگزارش شده است(۵).

بیمار خانم ۳٤ ساله‌ای بود که با درد حاد شکم و شوک ناشی از خون‌ریزی وسیع خلف صفاقی مراجعه کرده بود؛ به‌طوری‌که برای کنترل فشار خون و نیز اصلاح هموگلوبین اولیه بیمار که ٤ گرم در ۱۰۰ سی‌سی بود، ۱۰ واحد خون، ۱۲ واحد پلاسمای منجمد شده تازه، ۱۰ واحد پلاکت و بیش از ۸تا۹ لیتر مایع کریستالوئید داخل وریدی تزریق شد. گرچه خون‌ریزی‌های آنژیومیولیپوما غالبا محدود به خلف صفاق بوده ولی موارد نادری از خون‌ریزی داخل صفاق هم گزارش شده است(۵). بیمار علاوه بر خون‌ریزی وسیع خلف صفاقی حدود ۵۰۰تا ۷۵۰ سی‌سی خون آزاد داخل لگن و شکم داشت که به‌نظر می‌رسد ناشی از (Transudation) نشت خون از خلف صفاق به‌داخل حفرهٔ شکمی باشد. آنژیومیولیپوما معمولا در خانم‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

www.SID.ir

Archive of SID

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

روش انتخابی تشخیصی در خون‌ریزی و هماتوم خلف صفاقی، سی‌تی‌اسکن 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، سی‌تی‌اسکن ضمن گزارش هماتوم خلف صفاقی وسیع، وجود توده بزرگ غیریکنواخت با تراکم چربی در مجاورت کلیه با احتمال آنژیومیولیپوما را نیز عنوان کرده بود.

درمان انتخابی آنژیومیولیپوما مورد اختلاف است، اما برای ضایعات بدون علامت و کوچک‌تر از ٤ سانتی‌متر، پی‌گیری شش ماهه تا یک سال و برای ضایعات علامت‌دار و بزرگ‌تر از ٤ سانتی‌متر، آمبولیزاسیون یا جراحی محافظه‌کارانه با حفظ نسج کلیه توصیه می‌شود(۳ و ٤). 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(٦).در این بیمار نیز با توجه به وسعت خون‌ریزی و کاهش فشار خون در تمام مدت قبل و حین عمل ونیزعدم دسترسی به آسیب‌شناسی، ناگزیر کلیه‌برداشته شد وبعدازعمل‌نیزعارضه‌ای‌مشاهده نگردید.

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 intraabdminal hemorrhage. ***British journal of radiology***. 70 (1997) 1188-1190
6. Galanis. I, Kaburoudis 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

www.SID.ir