

گزارش یک مورد پارگی طحال بدون سابقه ضربه در خانم باردار در بیمارستان شهید اکبرآبادی

چکیده

پارگی طحال در صورتی که سابقه ضربه وجود نداشته باشد شایع نیست ولی از لحاظ کلینیکی حایز اهمیت است. اگر این پارگی به موقع تشخیص داده نشود و درمان صورت نگیرد، با نتایج وخیمی همراه است. شکل بالینی پارگی طحال با درد در قسمت فوقانی چپ شکم شروع می‌شود موجب تندرینس و حتی عضلات شکم (Muscle guarding) می‌گردد و به شوک هموراژیک می‌انجامد. در صورت عدم وجود تارخچه تروما، تشخیص‌های افتراقی دیگری شامل اولسرپپتیک پرفورده شده، آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد، آمبولی ریه، حاملگی خارج از رحم، آپاندیسیت و دیورتیکولیت حاد مطرح است. در این مقاله موردی از پارگی طحال در خانم باردار گزارش می‌شود که بیمار با شوک هموراژیک مراجعه کرد و سابقه هیچ گونه تروما و ضربه به طحال نداشته است. درمان به موقع موجب نجات جان مادر گردید.

دکتر محسن فکرت I

*دکتر فریده کی‌پور II

کلیدواژه‌ها: ۱- پارگی طحال ۲- بدون ضربه ۳- حاملگی

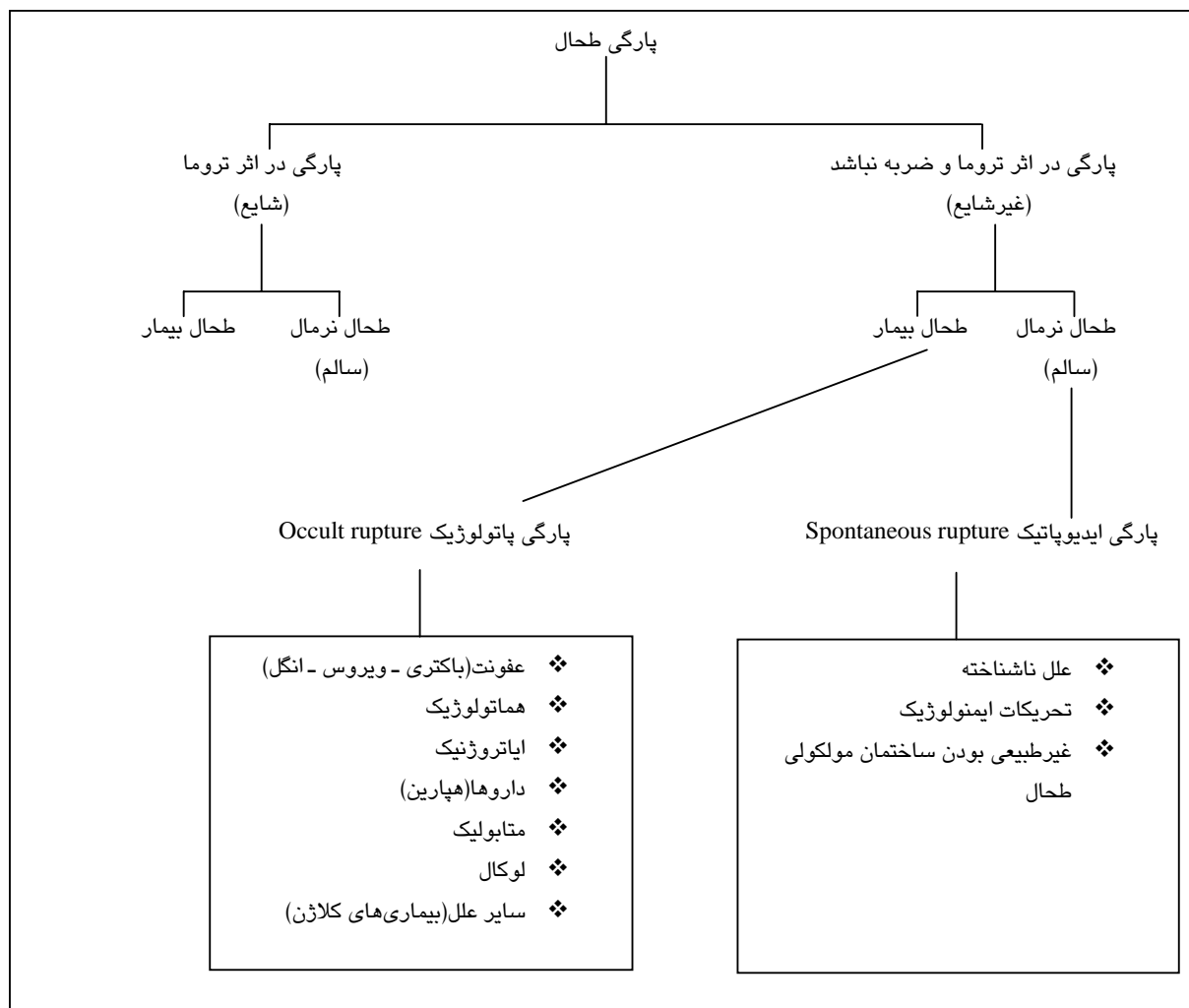
تاریخ دریافت: ۸۳/۴/۹، تاریخ پذیرش: ۸۴/۱/۲۷

مقدمه

تا سال ۱۸۸۰، ۹ مورد دیگر نیز انتشار یافت که تشخیص آن‌ها در ضمن اتوپسی مشخص شده بود.^(۱) برداشتن طحال (اسپلنکتومی) اولین بار توسط Savor در سال ۱۸۹۸ انجام شده است. از آن پس ۱۵۰ مورد دیگر از این بیماری در مقالات سراسر دنیا گزارش شده است.^(۱) Medline search در ۳۴ سال اخیر ۱۶ مورد را گزارش نموده است.^(۱) نمودار شماره ۱ علل پارگی طحال (پارگی پاتولوژیک - پارگی ایدیوپاتیک) را نشان می‌دهد.

طحال عضو شکننده و خون‌ریزی دهنده‌ای است.^(۱) اگر طحال بیمار بزرگ باشد، حتی یک ترومای ریز نیز موجب خون‌ریزی وسیع می‌گردد.^(۱-۳) بسیاری از پزشکان معتقدند پارگی خودبه‌خود طحال بیمار به نام پارگی پاتولوژیک و پارگی خودبه‌خود طحال سالم، پارگی ایدیوپاتیک محسوب می‌گردد. دقیقاً نمی‌توان شیوع این بیماری را مشخص کرد.^(۱) پارگی پاتولوژیک طحال در حین حاملگی اولین بار در سال ۱۸۰۳ به وسیله Saxtorph گزارش شد.

I) استادیار و متخصص بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.
II) استادیار و متخصص بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران. (*مؤلف مسؤل)

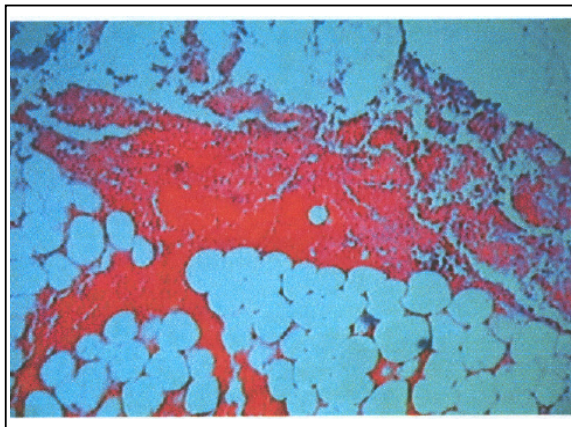


نمودار شماره ۱- پارگی طحال (پارگی پاتولوژیک - پارگی ایدیوپاتیک)

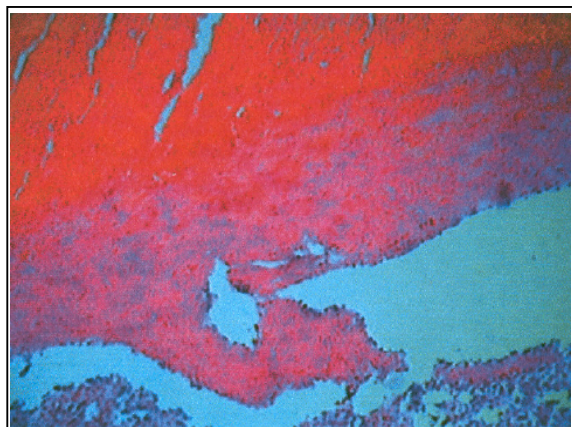
معرفی بیمار

در تاریخچه بیمار، سابقه بیماری مهم و یا عمل جراحی دیده نمی‌شد. در بدو ورود به بیمارستان، بیمار بسیار رنگ پریده به نظر می‌رسید. تاکیکارد بود و درجه حرارت وی، $36/8^{\circ}$ گزارش شد. فوراً سعی در تثبیت (Stable کردن) وضعیت همودینامیک بیمار شد. جهت بیمار خون کامل تازه و پلاسماهای تازه منجمد (Fresh Frozen plasma) درخواست شد. در معاینه، درد و تندرنس شکم وجود داشت. اندازه رحم ۳۰-۳۲ هفته حاملگی و ضربان قلب جنین شنیده نشد. در سونوگرافی پرتابل که هم زمان انجام شد، خون در داخل شکم مادر وجود داشت. فوراً با توجه به علائم شکم

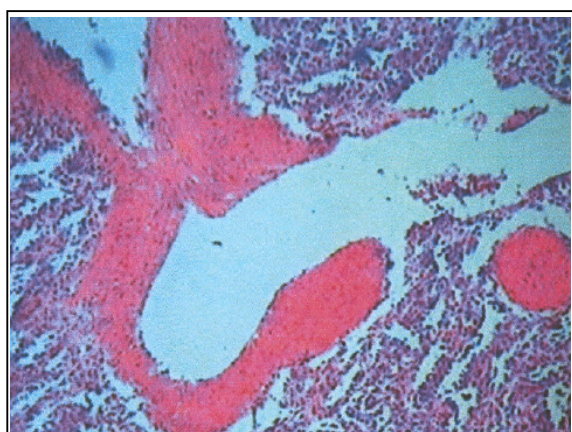
خانم ۳۰ ساله حاملگی دوم و سابقه یک تولد زنده (PIG2)، در سن حاملگی ۳۱ هفته در حالت شوک هموراژیک با $BP = \frac{40mmHg}{PULSE}$ ، نبض فیلی فرم ۱۷۰ در دقیقه به بیمارستان شهید اکبرآبادی ارجاع داده شد. وی چند ساعت قبل از مراجعه به بیمارستان به طور ناگهانی دچار درد هیپوکندر چپ شده که همراه با حالت تهوع بوده است. سپس درد شدت یافته به شانه انتشار پیدا کرده بود. بیمار سابقه هیچ گونه ضربه و تروما نداشته است. در حال حاضر خونریزی واژینال و آبریزش وجود نداشت و



تصویر شماره ۱- خونریزی در ناف طحال



تصویر شماره ۲- خونریزی در پارانشیم طحال



تصویر شماره ۳- خونریزی داخل طحال

حاد (Acute Abdomen)، وجود خون در شکم مادر و حالت شوک و کلاپسوس، اندیکاسیون لاپاراتومی گذاشته شد. بیمار فوراً به اتاق عمل انتقال یافت. برش (انسزیون) mid line (طولی) بر روی پوست شکم داده شد. حدود ۳ لیتر خون و لخته در حفره (کاویت) شکم وجود داشت که ساکشن گردید. منشاء خونریزی، دستگاه ژنیتال نبود، بلکه خونریزی از ناحیه Left upper Quadrant جریان داشت و پارگی طحال دیده می‌شد که با همکاری جراح عمومی، طحال برداری (اسپلنکتومی) صورت گرفت. هم زمان با لاپاراتومی، بیمار سزارین شد و نوزاد دختر IUFD به وزن ۱۹۰۰ گرم خارج شد. بیمار در حین عمل و در ICU، ۱۳ واحد خون کامل تازه و ۷ واحد پلاسمای تازه منجمد (Fresh Frozen plasma) دریافت کرد.

اولین آزمایش‌های بیمار: $HB=7/6$ gr/dl
 $WBC=12700$ mm^3/ml ، $RBC=2740/1000$ mm^3/ml
 $PT=17$ sec، $PTT=44$ sec
 $BUN=10$ mg/dl، $کراتینین=1$ mg/dl، $هماتوکریت=22/7$ %
 $پتاسیم=4/4$ meq/L، $سدیم=130$ meq/L

بیمار بعد از ۶ روز با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد در حالی که آخرین آزمایش CBC نشان دهنده: $HB=10/6$ gr/dl، $WBC=8700$ mm^3/ml ، $RBC=4/200/1000$ mm^3/ml ، $ESR=10$ ، $پلاکت=509000$ ، $23/9$ % هماتوکریت و آزمایش‌های بعدی کبدی نرمال بود. MONO TEST و آزمایش‌های HIV و ANA و LE cell منفی بودند. $RF=3/4$ u/ml و $Wright$ Agglutination = $\frac{1}{40}$ و $Widal$ Agglutination منفی بود. اسمیر خون محیطی از لحاظ مالاریا منفی بود.

در بررسی آسیب‌شناسی طحال، در ماکروسکوپی بافت طحال به ابعاد $11 \times 9 \times 5$ cm به وزن ۳۵۰ گرم و Laceration به اندازه 2×2 cm دیده شد و در میکروسکوپی focally Hemorrhagic area گزارش شد. تصویر شماره ۱ حاکی از وجود خونریزی در ناف طحال می‌باشد، تصویر شماره ۲ و ۳ وجود خونریزی در پارانشیم طحال در نمای میکروسکوپی بافت طحال این بیمار را نشان می‌دهد.

بحث

پارگی خودبه‌خود در حاملگی عارضه نادری است و بیشتر در سه ماهه سوم و دوره Puerperium اتفاق می‌افتد.^(۱-۳) اورژانس‌های طحال در حین حاملگی، با درد شدید ناگهانی در هیپوکندر چپ یا اپی‌گاستر مشخص می‌شود و به سرعت به شوک هموراژیک منجر می‌گردد.^(۱-۳) طحال ۵٪ از برون ده قلب را دریافت می‌کند، پارگی آن موجب خونریزی داخل شکمی شده و بسیاری از بیماران با کاهش حجم (هیپوولمی) و تاکیکاردی مراجعه می‌کنند.^(۱-۳) بیمار معمولاً دچار درد در قسمت فوقانی شکم می‌شود و در ۱/۳ موارد، درد در ناحیه Upper Quadrant مشخص می‌شود که به شانه انتشار می‌یابد (kehr's sign) و سبب تحریک دیافراگم می‌گردد.

در ۱/۲ موارد اگر بیمار در وضعیت Trenzelen burge قرار گیرد، درد در شانه چپ احساس می‌شود.^(۳) پارگی طحال در حاملگی به علت شرایط Hyper volaemic state، بزرگی طحال، کاهش حجم فضای پریتون در نتیجه بزرگی رحم و انقباض عضلانی رخ می‌دهد. بسیاری از دانشمندان معتقدند وضعیت بد (Mal position) مادرزادی طحال مانند کوتاه بودن پدیкул طحال، به عنوان فاکتور مساعد کننده پارگی طحال در نتیجه تحریک دیافراگم بر اثر سرفه یا عطسه عمل می‌نماید. حاملگی با پارگی طحال با میزان مرگ و میر بالای جنین همراه است و در بیشتر از ۷۰٪ موارد، مرگ مادر گزارش شده است.^(۱، ۳، ۴) بهترین درمان پارگی طحال برداشتن آن است.^(۳-۵) بیماران که مورد طحال‌برداری قرار می‌گیرند، باید به طور پروفیلاکسی، Pneumococcus vaccine و Vaccine against Haemophilus Influenzae دریافت کنند.^(۵)

بیمار ارجاع شده به بیمارستان شهید اکبرآبادی؛ خانم حامله IUF31 w تاکیکارد، نبض فیلی فرم، افت فشار خون، رنگ پریده بود که درد منتشر شکمی داشت. در معاینه بالینی، شکم حاد و در سونوگرافی خونریزی داخل شکمی تأیید شد. بیمار در اسرع وقت با توجه به آماده کردن خون و فرآورده‌های آن، مورد لاپاراتومی قرار گرفت. منشاء

خونریزی طحال بود که با توجه به پارگی طحال، طحال‌برداری صورت گرفت و مادر نجات یافت. عوامل متعددی موجب پارگی بدون ترومای طحال می‌شوند: ۱- علل عفونی ۲- بیماری‌های خونی و متابولیک ۳- اختلالات پاتوفیزیولوژیک و شرایط ایاتروژنیک همراه با پارگی طحال. منونوکلئوز عفونی؛ یکی دیگر از علل پارگی بدون ترومای طحال می‌باشد. پارگی طحال در ۱/۸ تا ۰/۵ درصد بیماران مبتلا به منونوکلئوز عفونی اتفاق می‌افتد و اغلب در هفته دوم تا چهارم از شروع بیماری رخ می‌دهد.^(۳-۵)

بیمار مبتلا به منونوکلئوز عفونی با بزرگی طحال، باید به دقت تحت نظر گرفته شود. بررسی سونوگرافیک در هفته سوم یا چهارم بیماری باید انجام شود. طحال حتی بعد از بهبودی کلینیکی و سرولوژیک و هماتولوژی، مستعد پارگی باقی می‌ماند. لذا کلیه فعالیت‌های شخص بعد از دو الی سه ماه باید از سر گرفته شود. پارگی پاتولوژیک طحال شایع‌ترین علت مرگ در بیماران منونوکلئوز عفونی است.^(۳-۶) لوسمی و لنفوم از علل دیگر پارگی طحال می‌باشند. پارگی پاتولوژیک یک طحال در لوسمی حاد بیشتر از سایر سرطان‌های خون اتفاق می‌افتد. کسانی که اسپلنومگالی چشم‌گیر دارند یا شیمی‌درمانی می‌شوند، در معرض پارگی طحال قرار دارند. وجود Mantle cell lymphoma با اسپلنومگالی شدید، ریسک بیشتری برای پارگی طحال دارد.^(۱-۳، ۵، ۷)

مکانیسم پارگی طحال در لوسمی و لنفوم به این ترتیب است که وجود انفیلتراسیون سلول‌های لوسمی در طحال، به خصوص گرفتاری کپسول طحال، پاره شدن کپسول و اختلال در انعقاد خون موجب پارگی طحال می‌گردد. مالاریا نیز یکی دیگر از علل پارگی طحال در مناطق مالاریاخیز است. بیشتر پارگی طحال در مرحله حاد عفونت رخ می‌دهد. عدم وجود ایمنی، فاکتور مساعد کننده مهمی است. پارگی طحال در مالاریا ویواکس شایع‌تر از فالسی پاروم اتفاق می‌افتد. افزایش تدریجی اندازه طحال کمتر احتمال پارگی دارد و بالعکس بزرگ شدن سریع طحال با

9- Barrier JH, Bani Sadr F, Gaillard F, Raffi F. Spontaneous rupture of the spleen revealing primary human immunodeficiency virus infection. Clin Infect dis; 1997. 25: 336-7.

10- Baradaran S, Mischinger HJ, Bacher H, Werkgartner G, Karpf E, Linck FG. Spontaneous splenic rupture during portal triad clamping. Langenbecks Arch Chir; 1995. 380: 266-8.

11- Jabbour M, Tohme C, Ingea H, Farah P. Spontaneous splenic rupture due to heparin. Report of a case and review of literature. J Med Liban; 1995. 43: 107-9.

احتمال پارگی بیشتر همراه است. میزان مرگ در اثر پارگی طحال در مالاریا، ۸۰ درصد است.^(۸)

پلی آرتریت ندوزا (Polyarteritis nodosa) نوعی واسکولیت است که آنوريسم در عروق طحال ایجاد می‌گردد. پاره شدن چنین آنوريسمی موجب پاره شدن پاتولوژیک طحال می‌شود.^(۹) سیروز، کبد چرب حاملگی (Acute Fatty liver of pregnancy) ترومبوز عروق پورت، سبب پارگی آنوريسم طحال می‌شود.^(۱۰) در افرادی که تحت همودیالیز قرار می‌گیرند و هپارین دریافت می‌کنند، پارگی غیر تروماتیک طحال گزارش شده است، زیرا ادم طحال موجب هماتوم زیر کپسول طحال می‌گردد. در افرادی که تحت درمان با داروهای ترومبولیتیک هستند یا داروهای آنتی کواگولان مصرف می‌کنند، اختلال در مکانیسم هموستاز باعث پارگی طحال در اثر ضربه‌های کوچک می‌گردد.^(۱۱)

منابع

1- D. Debnath, D. Valerio. Atrumatic rupture of the spleen in adult. J. R. coll surg Edinb; 47, February; 2002. :437-445.

2- NA Beischer, EV Mackay. Pbcolditz obstetrics and the new born Third edition, Philadelphia. W.B.Saunders Company ltd; 1997: 153.

3- Schwarts SI, Shires GT, Spelcer F, Daly J, Fischer J, Galloway A. Principles surgery seventh edition. New york. Mcgraw Hill companies; 1999: 1501-1513.

4- Robert K, Creasy MD, Robert Resnik MD. Maternal fetal medicine, 41 edition, Philadelphia, W.B.Saunders company ltd; 1999: 1073.

5- David C, Sabiston JR.M.D. Text book of surgery. Fifteenth edition, philadelphia, W.B.Saunders Company; 1997: 1192-1212.

6- Safran D, Bloom GP. Spontaneous splenic rupture following infectious mononucleosis. Am Surg; 1990. 56: 601-15.

7- Sherwood P, Sommers A, Shirfield M, Majumdar G. Spontaneous splenic rupture in uncomplicated multiple myeloma. Leuk Lymphoma; 1996. 20: 517-9.

8- Zingman Bs, Viner BL. Splenic complications in malaria: case report and review. Clin Infect Dis; 1993. 16: 223-32.

Rupture of the Spleen without any History of Trauma in a Pregnant Woman in Shahid Akbar Abadi Hospital: A Case Report

*M. Fekrat, MD^I *F. Keypour, MD^{II}*

Abstract

Atraumatic rupture of the spleen is an uncommon but important clinical entity. Unfortunately, the diagnosis is often missed due to the absence of any history of trauma. Atraumatic rupture of the spleen has been described in the medical literature as a clinical oddity with grave consequences, if it is unrecognised and untreated. Clinical features of splenic rupture include pain, tenderness and muscle guarding in the left upper quadrant of the abdomen along with features of haemorrhagic shock. In the absence of a trauma history, other clinical diagnoses are made on presentation and perforated peptic ulcer is the most commonly one. Occasionally, patients may have a variety of clinical features, suggesting angina pectoris, myocardial infarction, pulmonary embolism, ectopic pregnancy, acute appendicitis and acute sigmoid diverticulitis. In this case study an atraumatic rupture of the spleen in pregnant woman is reported with haemorrhagic shock. After stabilization, hemodynamic state splenectomy was performed.

Key Words: 1) Splenic Rupture 2) Atraumatic 3) Pregnancy

I) Assistant Professor of Gynecology & Obstetrics. Shahid Akbarabadi Hospital, Molavi Ave. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

*II) Assistant Professor of Gynecology & Obstetrics. Shahid Akbarabadi Hospital, Molavi Ave. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*