

گزارش یک مورد خونریزی آدرنال راست

شیرین هنرمند^۱؛ حشمت اله سلیمانی^{۲*}؛ انورالیاسی^۲

چکیده

زمینه: خونریزی آدرنال یک حالت بسیار ناشایع است که معمولاً هنگام اتوپسی تشخیص داده می‌شود. این ضایعه یکی از عوارض بسیار نادر تروما در بزرگسالان با آسیب وسیع احشاء شکمی می‌باشد. خونریزی آدرنال در همراهی با سپتیمی سمی مننگوکوک و انعقاد داخلی عروقی منتشر (سندرم واترهاوس - فردریکسن) دیده می‌شود. افت فشارخون، تومورها، عوارض حاملگی، استرس جراحی و درمان ضدانعقادی هم از علل دیگر خونریزی آدرنال هستند.

گزارش مورد: مورد حاضر، پسر ورزشکار ۱۹ ساله‌ای بود که به علت درد شکمی در ناحیه فوقانی و راست شکم از ۳ روز قبل و کاهش اشتها به همراه تهوع، استفراغ و سابقه ترومای خفیف شکمی به اورژانس مراجعه کرده بود. پس از معاینه و اقدامات تشخیصی شامل سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکمی، بیمار با تشخیص هماتوم آدرنال راست تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت. توده هموراژیک آدرنال برداشته شده و آدرنالکتومی یک‌طرفه انجام شد. گزارش پاتولوژی مؤید خونریزی و نکروز وسیع آدرنال بود.

نتیجه‌گیری: ترومای خفیف به شکم می‌تواند سبب خونریزی آدرنال راست به صورت ایزوله، بی‌سر و صدا و تأخیری شود که به دلیل موقعیت آناتومیک خاص و غلظت زیاد کاتکل آمین‌ها می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: خونریزی آدرنال، توده آدرنال، آدرنال

«دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۴ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۲»

۱. دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۲. گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، سرخه لیژه، بیمارستان امام رضا (ع)، بخش جراحی، تلفن: ۰۸۳۱-۴۲۷۶۳۰۳

Email: a.elyasi@kums.ac.ir

مقدمه

منتشر (سندرم واترهاوس فردریکسن(۱)) دیده می‌شود. در بزرگسالان طبق معیار کلینیک مایو (Mayo)، خونریزی خودبه‌خودی آدرنال اغلب به صورت درد حاد شکمی در غیاب تروما و درمان ضد انعقادی قبلی رخ می‌دهد (۱) و (۲). در بسیاری از بیمارانی که دچار خونریزی آدرنال هستند درد شکم در وسط شکم با انتشار به پهلو رخ می‌دهد و شواهد نارسایی آدرنال ندارند (۳ و ۴).

در ترومای سمت راست شکم با وجود این‌که آدرنال در عمق قرار دارد ممکن است در موارد نادر فقط آدرنال راست دچار خونریزی شود و سایر ارگان‌های در مسیر آسیب سالم بمانند که این خود به خاطر آناتومی خاص و آزاد شدن کاتکول آمین‌ها در عروق آن ناحیه می‌باشد.

خونریزی آدرنال، تظاهر ناشایعی از تروما در بزرگسالان است و اغلب هنگامی که آسیب شدید و وسیع احشاء شکمی ایجاد شده باشد رخ می‌دهد. چرا که این غده در عمق شکم قرار گرفته و توسط بافت‌های نرم اطراف به خوبی محافظت می‌شود. بروز خونریزی آدرنال در بچه‌ها بیشتر از بزرگسالان است. خونریزی آدرنال در نوزادان و شیرخواران به صورت توده ناگهانی شکم، استفراغ، کم‌خونی، زردی و تورم اسکروتوم نمایان می‌شود. در بزرگسالان تروما، استرس جراحی و درمان ضد انعقادی از جمله علل آن می‌باشد. همچنین در همراهی با سپتیمی سمی مننگوکوک و انعقاد داخل عروقی

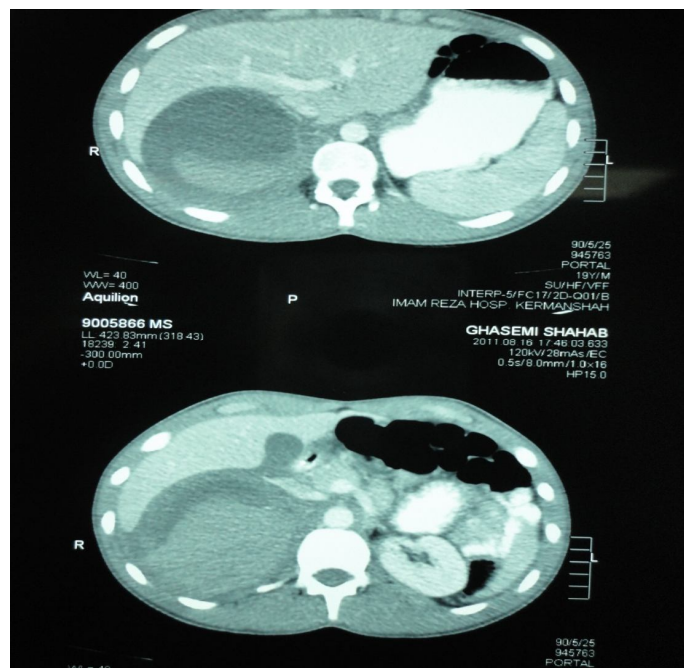
گزارش مورد

بیمار مرد جوان ورزشکار ۱۹ ساله‌ای بود که به علت درد شکم در ناحیه فوقانی و راست و کاهش اشتها همراه با تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه کرده بود. علائم از ۳ روز پیش شروع شده بود. درد شکم ابتدا خفیف و مداوم بوده و سپس به تدریج شدت پیدا کرده بود، درد گاه‌گاه به شانه راست نیز تیر می‌کشید. بیمار سابقه ترومای خفیف شکمی داشت. اما سابقه بیماری عفونی شدید گزارش نشد. بیمار سابقه مصرف دارو، سیگار، الکل و اویوم نداشت. به جز شکستگی پا در ۳ سال قبل، سابقه عمل جراحی نداشت. در معاینات عمومی، بیمار بی‌حال و رنگ‌پریده به نظر می‌رسید. علائم حیاتی پایدار بود. در معاینه سر و گردن و اندام‌ها نکته خاصی یافت نشد و معاینه قلب و ریه‌ها نرمال بود. در معاینه شکم، دیستانسیون مشاهده نشد، اما بیمار در لمس ناحیه فوقانی و راست حساسیت داشت. آزمایشات به عمل آمده به شرح ذیل بود.

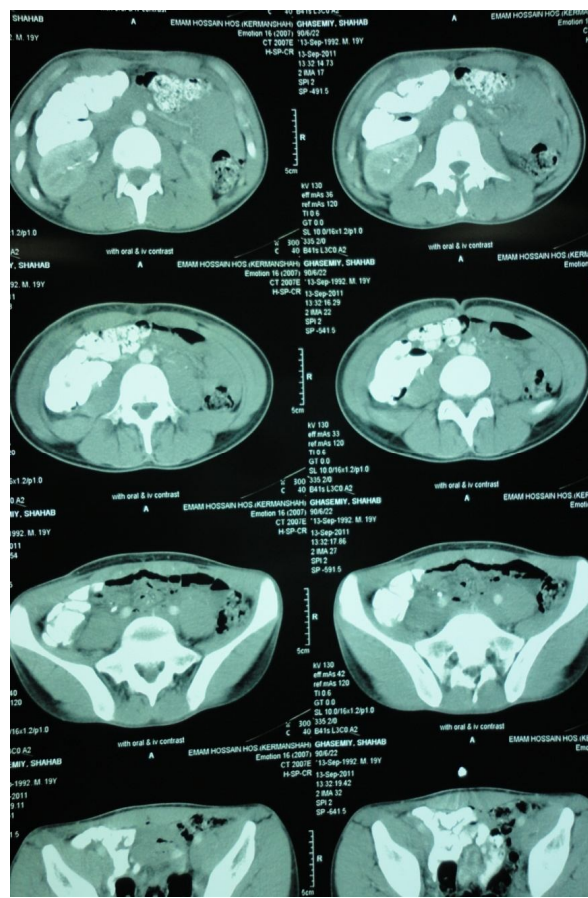
Na=141, PLT= 141×103, WBC= 9.7×103

HCT= 28.1, Hb= 9.3, Cr= 1, Urea= 41, K= 4.2

سایر تست‌ها شامل تست‌های انعقادی و تست‌های عملکرد کبدی نرمال و در محدوده طبیعی بودند. در سونوگرافی شکم بیمار، توده‌ای اکوژن به ابعاد ۹۰×۱۱۵ در ناحیه آدرنال راست مشاهده شد. در سی‌تی‌اسکن شکمی (تصویر ۱) توده‌ای به ابعاد ۹۰×۱۸۰×۱۱۰ میلی‌متر در ناحیه آدرنال راست مشاهده شد که سبب جابه‌جایی کلیه راست به سمت پایین و قدام نیز شده بود. با توجه به موارد فوق و وضعیت بالینی، بیمار با تشخیص شکم حاد تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت و در حین جراحی، توده هموراژیک ۲۰×۳۰ سانتی‌متر در آدرنال راست که به پریتون چسبیده و اومتوم را نیز فرا گرفته بود همراه غده آدرنال برداشته شد. پس از ارسال نمونه به پاتولوژی و پیگیری گزارش، وجود خونریزی و نکروز وسیع در بافت غده آدرنال اثبات شد. حال عمومی بیمار پس از عمل جراحی خوب و رضایت‌بخش بود و پس از یک هفته بستری در بخش با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص گردید. دو هفته بعد بیمار جهت پی‌گیری، دوباره سی‌تی‌اسکن شکم شد که توده کاملاً ناپدید شده و اثری از آن نبود (تصویر ۲).



تصویر ۱- سی‌تی‌اسکن بیمار که توده با دانسیته پایین در آدرنال راست در آن مشهود است (قبل از عمل)



تصویر ۲- سی تی اسکن بیمار پس از ۲ هفته از عمل جراحی

بحث

مطالعات زیادی در مورد بررسی شیوع هماتوم آدرنال در زمینه تروما صورت گرفته که میزان بروز آن را ۴/۹۵-۰/۰۳ درصد نشان داده است. در این میان ترومای شکمی سبب ۳-۲ درصد موارد خونریزی آدرنال می‌شود. ترومای آدرنال می‌تواند سبب خونریزی حاد و یا خونریزی بی‌سروصدا و تأخیری غده شود. خونریزی آدرنال در ۹۵ درصد موارد یکطرفه است و بروز آن در سمت راست به‌خاطر موقعیت آناتومیک خاص غده شایع‌تر است زیرا در سمت راست، فشار وارده به ورید اجوف تحتانی به‌علت این‌که سیستم وریدی آدرنال راست کوتاه‌تر و در ارتباط مستقیم بیشتری با این ورید است به‌راحتی به آدرنال منتقل شده و سبب افزایش فشار وریدی غده و در نتیجه خونریزی آن خواهد شد. موارد خونریزی آدرنال در همراهی با تروما، استرس فیزیکی

شدید، درمان ضد انعقادی، سپتی‌سمی، افت فشارخون، عوارض بارداری و تومورها می‌باشد. میزان خونریزی آدرنال در بچه‌ها ۷ برابر بیشتر از بزرگسالان است و تظاهرات آن در نوزادان و شیرخواران به‌صورت توده اتفاقی شکم، استفراغ، آنمی، ایکتر و تورم اسکروتال است (۱). محققان کلینیک مایو در طی ۲۵ سال تحقیق و بررسی ۱۴۱ بیمار مبتلا به خونریزی آدرنال که بالای ۱۵ سال سن داشتند خونریزی آدرنال را به ۷ گروه طبقه‌بندی کردند: توده اتفاقی آدرنال (۲۸ مورد)، خونریزی خودبه‌خودی آدرنال (۱۶ مورد)، خونریزی آدرنال همراه با آنتی‌فسفولیپید و ترومبوسایتوپنی ناشی از هپارین (۲۰ مورد)، خونریزی آدرنال بعد از اعمال جراحی (۱۴ مورد)، خونریزی آدرنال همراه با درمان ضد انعقادی (۳ مورد)، خونریزی آدرنال همراه تروما (۴ مورد) و خونریزی آدرنال همراه با استرس شدید یا سپتی‌سمی

هنگام بستری بیماران اندازه‌گیری سریال هماتوکریست و کنترل بیمار از نظر افت فشارخون لازم و ضروری است. در هنگام بستری باید نارسایی آدرنال را با وجود نادر بودن آن مدنظر قرار داد (۵ و ۶). درمان خونریزی آدرنال در زمینه تروما بستگی به آسیب اعضای دیگر، علائم حیاتی بیمار و وسعت آسیب غده آدرنال دارد. در بیمارانی که از لحاظ علائم حیاتی پایدار بوده و خونریزی محدود غده دارند و نیز آسیب ارگان‌های دیگر را ندارند درمان حمایتی توصیه می‌شود. درمان دیگر آنژیوگرافی همراه با آمبولیزاسیون برای کنترل خونریزی فعال در بیمار پایدار از لحاظ علائم حیاتی و فاقد هماتوم بزرگ می‌باشد. جراحی غده در صورتی که علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار ناپایدار بوده و خونریزی وسیع غده رخ داده باشد انجام خواهد گرفت و تصمیم‌گیری در مورد حفظ و یا برداشتن غده بستگی به وسعت خونریزی آدرنال دارد. پس از عمل جراحی سی‌تی‌اسکن کنترل انجام شده و دیگر نیازی به جایگزینی هورمون‌های کورتیکوئیدی نمی‌باشد، البته در صورتی که آسیب دوطرفه نبوده و خطر نارسایی آدرنال وجود نداشته باشد. دانستن تظاهرات بالینی و تصویربرداری خونریزی آدرنال برای تشخیص درست و درمان مناسب آن به‌ویژه در بخش اورژانس بسیار مهم است (۹-۱۱).

بهرتر است قبل از عمل، شرح‌حال دقیقی از تروماها حتی موارد خفیف گرفته شود. در مورد بیمار حاضر به‌دلیل شدت کم ضربه از ذکر آن صرف‌نظر کرده بود. پس از بررسی از نظر آسیب سایر ارگان‌های شایع‌تر باید به فکر مسایل دیگر جراحی نیز بود و پس از رد آن‌ها در موارد خونریزی خفیف و یک‌طرفه آدرنال می‌توان بدون جراحی، بیمار را تحت نظر گرفت.

(۵۶ مورد). طبق معیار آن‌ها خونریزی خودبه‌خودی آدرنال به‌صورت خونریزی حاد و همراه با درد شکمی حاد در غیاب تروما یا درمان ضد انعقادی قبلی مشخص می‌گردد (۱ و ۲). با توجه به این‌که خونرسانی غده آدرنال از ۶۰-۵۰ شاخه کوچک شریانی که از ۳ شریان فوق‌کلیوی منشعب از شریان فرنیک تحتانی، شریان کلیوی و آئورت منشأ می‌گیرند می‌باشد این غده بسیار مستعد خونریزی است. خونریزی آدرنال معمولاً در مدولا رخ می‌دهد. مدولا محل تولید کاتکل آمین‌ها می‌باشد که سبب تجمع پلاکتی و انقباض عروقی می‌شوند. در طی استرس، غلظت زیاد کاتکل آمین‌ها در ورید آدرنال ظاهر می‌شود که سبب انقباض این ورید و در نتیجه افزایش فشار وریدی می‌شود که این افزایش فشار وریدی می‌تواند منجر به خونریزی غده شود. مکانیسم آسیب آدرنال در زمینه تروما هنگامی است که غده بین ستون فقرات و کبد تحت فشار قرار گیرد و شایع‌ترین عضوی که همراه آن آسیب می‌بیند کبد است.

هوفل و همکارانش بر این باور هستند که MRI برای تشخیص خونریزی یکطرفه آدرنال مفیدتر از سی‌تی‌اسکن است. همچنین MRI با گادولینیوم برای افتراق تجمع مایع مثل خون و نئوپلاسم مثل فتوکروموسایتوما و یا کارسینوم بسیار مفید است. اما در گزارش‌های جداگانه ثابت شده است که در موارد اورژانسی و ناشی از تروما جهت اخذ تشخیص دقیق و تصمیم درست سی‌تی‌اسکن بسیار مناسب است. در بچه‌ها اولتراسوند برای تشخیص خونریزی آدرنال از سی‌تی‌اسکن مناسب‌تر است. بسیاری از بیمارانی که خونریزی آدرنال دارند شواهدی از نارسایی آدرنال را نشان نمی‌دهند. علائم بسیار اختصاصی آن به‌صورت درد مرکزی شکم با انتشار به فلانک در ۴۵ درصد بیماران تجربه شده است (۳ و ۴).

References

1. Imachi H, Murao K, Yoshimoto T, Sugimoto M, Kakehi Y, Hayashi T, et al. Idiopathic unilateral adrenal hemorrhage in an elderly patient. *Endocrine*. 2010;37(2):249-52.
2. Kobayashi T, Uenoyama S, Miura K, Takehara Y. Idiopathic unilateral adrenal hematoma: report of a case. *Surg Today*. 2004;34(3):279-82.

3. Simon DR, Palese MA. Clinical update on the management of adrenal hemorrhage. *Curr Urol Rep.* 2009;10(1):78-83.
4. Marti JL, Millet J, Sosa JA, Roman SA, Carling T, Udelsman R. Spontaneous adrenal hemorrhage with associated masses: etiology and management in 6 cases and a review of 133 reported cases. *World J Surg.* 2012;36(1):75-82.
5. Abdullah KG, Stitzlein RN, Tallman TA. Isolated adrenal hematoma presenting as acute right upper quadrant pain. *J Emerg Med.* 2012;43(4):e215-7.
6. Marzano LA, Tauchmanova L, Marzano E, Arienzo R, Guarino R, Ciancia G, et al. Large idiopathic unilateral adrenal hematoma in a young woman. *J Endocrinol Invest.* 2007;30(1):52-8.
7. Vella A, Nippoldt TB, Morris JC 3rd. Adrenal hemorrhage: a 25-year experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(2):161-8.
8. Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Takahashi N, Roubidoux MA, Goldman SM, et al. Imaging of nontraumatic hemorrhage of the adrenal gland. *Radiographics.* 1999;19(4):949-63.
9. Lee YS, Jeong JJ, Nam KH, Chung WY, Chang HS, Park CS. Adrenal injury following blunt abdominal trauma. *World J Surg.* 2010;34(8):1971-4.
10. Justus R, Christoph M. Severe unilateral adrenal hemorrhage in blunt abdominal trauma with pelvic fracture. *Eur J Trauma.* 2002;2:28:196-9
11. You JS, Chung SP, Park YS, Chung HS, Lee HS, Yu JS. Isolated adrenal hemorrhage after minor blunt trauma. *Am J Emerg Med.* 2007;25(8):984.e5-6.