

گزارش یک مورد هماتوم خلف صفاقی ناشی از پارگی خود بخود آنژیومیولیوم

بسیار بزرگ (Giant) کلیوی

دکتر جواد سلیمی* - دکتر ایرج باقی** - دکتر علی احمدی***

*دانشیار گروه جراحی عروق، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

***دانشیار گروه آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۱۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۲

چکیده

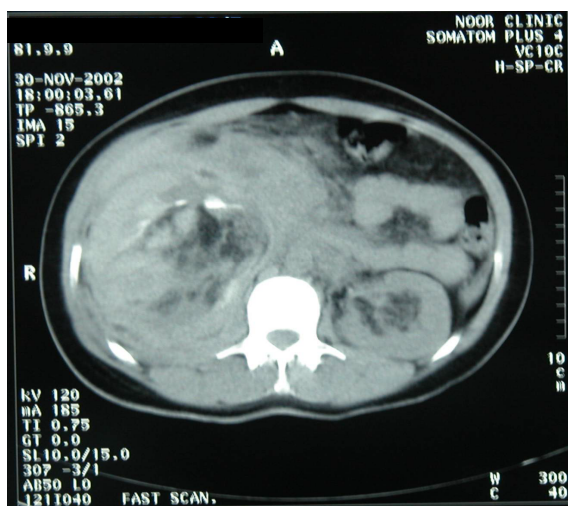
مقدمه: آنژیومیولیوم کلیه، همارتومی است که اغلب در زنان میانسال به صورت تک‌گیر یا همراه با توپروس اسکروز دیده می‌شود. اغلب بدون علامت با لینی است، اما گاهی ممکن است با خونریزی و هماتوم وسیع خلف صفاقی تظاهر کند. معرفی مورد: در این مقاله زن ۳۰ ساله‌ای معرفی می‌شود که با درد پهلو و RLQ همراه با هیپوتانسیون مراجعه کرده بود. در CT اسکن شکم، هماتوم وسیع خلف صفاقی همراه با آنژیومیولیوم خیلی بزرگ (ژانت) گزارش شد. در لاپاراتومی توده بسیار بزرگی چسبیده به کلیه راست و هماتوم اطراف آن دیده شد که پس از نفرکتومی راست بررسی آسیب شناسی هم وجود آنژیومیولیوم را تأیید کرد.

کلید واژه‌ها: آنژیومیولیوم / خونریزی / کلیه برداری

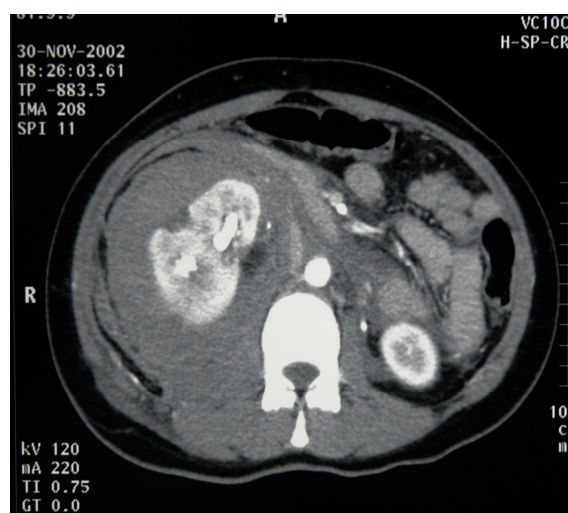
مقدمه

اختصاصی CT Scan, CT Angiography آن است. معرفی بیمار: زن ۳۰ ساله‌ای بدون سابقه بیماری قبلی و تروما با درد شدید پهلو راست و ناحیه ربع تحتانی راست شکم (RLQ) در بیمارستان بستری شد. بیمار از ۶ روز قبل به طور ناگهانی دچار درد، تهوع و استفراغ شده بود. در هنگام پذیرش علائم حیاتی بیمار به این صورت بود: تعداد نبض = ۹۰/دقیقه، تعداد تنفس = ۱۶/دقیقه، فشار خون = ۱۰۰/۸۰ میلی‌متر جیوه، درجه حرارت = ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد، در معاینه فیزیکی، حال عمومی خوب بود و در معاینه سر و گردن و ریه نکته غیر طبیعی وجود نداشت. در سمع قلب سوفل هولوسیستولیک گرید II در آپکس قلب شنیده می‌شد. در سمع شکم صداهای روده شنیده نمی‌شد و بزرگی احشا (ارگانومگالی) یا توده در

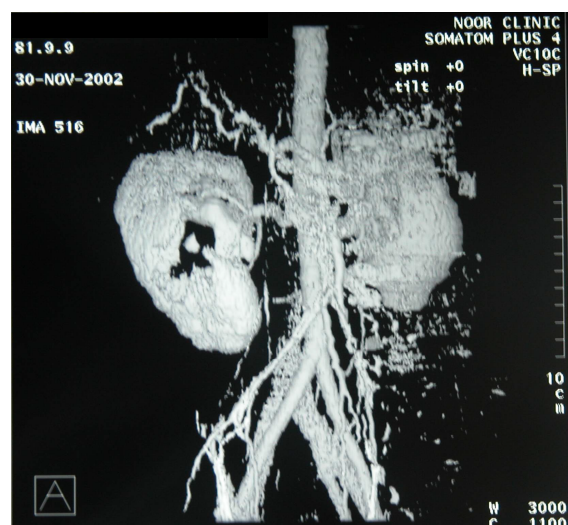
آنژیومیولیوم نوعی همارتوم است که اغلب در زنان میانسال دیده می‌شود که ممکن است به صورت تک‌گیر (Sporadic) یا همراه با توپروس اسکروز دیده شود. بیشتر بیماران بدون علامت بالینی هستند و به طور اتفاقی در سونوگرافی یا CT اسکن شکم تشخیص داده می‌شوند (۱). تومور، مدت‌ها بدون ایجاد علامت به رشد خود ادامه می‌دهد تا این که سرانجام با علائمی چون توده‌ای در پهلو (Flank) یا خونریزی حاد خلف صفاقی خود را نشان می‌دهد (۱ و ۲). بروز هماتوم وسیع خلف صفاقی ناشی از پارگی آنژیومیولیوم بزرگ (giant) کلیه نادر است به طوری که تا سال ۲۰۰۳ کمتر از ۵۰ مورد آن گزارش شده بود (۳). هدف این مقاله گزارش یک مورد از این بیماری و ارائه تصاویر



تصویر ۱: مقطع اگزیزال تومور و هماتوم اطراف آن



تصویر ۲: مقطع اگزیزال از تومور با enhancement عروقی



تصویر ۳: نمای بازسازی شده از تومور آنژیومیولیپوم در همان بیمار

شکم وجود نداشت. در لمس پهلو راست و ناحیه RLQ حساسیت وجود داشت. معاینه رکتوم با انگشت طبیعی بود. نتیجه آزمایش‌ها به این صورت بود:

شمارش گلبول‌های سفید = ۸۶۰۰ در میلی متر مکعب، تعداد پلاکت = ۲۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب، هموگلوبین = ۱۰ گرم در دسی لیتر، کراتینین = ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر، PT = ۱۳ ثانیه، PTT = ۲۷ ثانیه، در ادرار بیمار نیز هم‌چوری میکروسکوپی (۳۰-۳۵) گلبول قرمز در هر میدان میکروسکوپی) گزارش شد. بیمار با تشخیص شکم حاد جراحی با احتمال آپاندیسیت حاد بستری شد. اما پس از بستری حال عمومی وی به سرعت رو به وخامت گذاشت و دچار کاهش فشار خون، تاکی کاردی و عرق ریزش شد. با احیا و انتقال خون، همودینامیک بیمار به حالت طبیعی بازگشت.

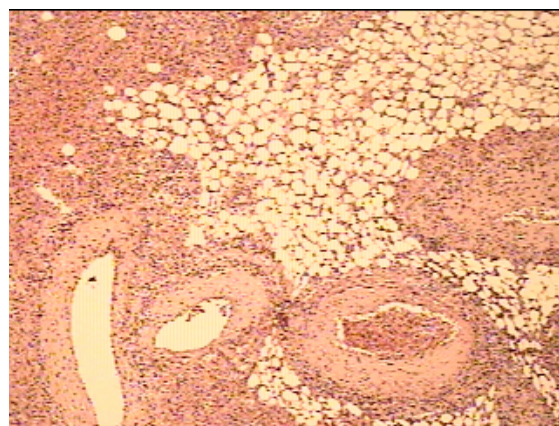
در رادیوگرافی ساده شکم شواهد حاکی از وجود یک توده در پهلو راست مشهود بود. در سونوگرافی وجود هماتوم در خلف صفاق گزارش شد. با انجام CT اسکن شکم نیز وجود هماتوم وسیع (Massive) خلف صفاق و تومور کلیوی خونریزی دهنده نشان داده شد. که در توده مزبور اختلاف تراکم مربوط به چربی، عروق و عضلات به روشنی مشهود بود. همه شواهد CT دلالت بر وجود آنژیومیولیپوم بزرگ (ژانت) خونریزی دهنده کلیه داشت (تصویرهای ۱، ۲ و ۳).

و یا علایم گوارشی به علت فشار روی دوازدهه و معده به صورت تهوع و استفراغ خود را نشان می‌دهد و گاهی نیز با علایم کلیوی مثل درد پهلو، هماچوری و حتی نارسایی کلیه نمایان می‌شود و سرانجام ممکن است به صورت درد ناگهانی شکم و پهلو یا هیپوتانسیون و شوک به دنبال خونروی شدید داخل تومور یا پارگی آن تظاهر کند (۶).

این بیمار، نیز زن ۳۰ساله‌ای بود که با درد ناگهانی شکم و پهلوئی راست مراجعه کرده بود و در سیر بیماری دچار کاهش فشار خون و شوک نیز شد، به طوری که برای احیای وی چهار واحد خون متراکم تزریق شد. به علت داشتن مقادیر قابل توجه بافت چربی، روش برتر برای تشخیص آنژیومیولیوما انجام CT اسکن شکم است که در بیشتر موارد نوع تومور را هم مشخص می‌کند. گرچه برای تشخیص نهایی بررسی آسیب‌شناسی ضروری است (۲، ۴، ۷و۶). به طوری که در این بیمار نیز CT اسکن توانست قبل از جراحی، به طور مشخص وجود آنژیومیولیوما و خونریزی ناشی از آن را گزارش کند. درمان آنژیومیولیوما به اندازه، سیر بالینی و علایم آن بستگی دارد.

برای تومورهای کوچک‌تر از ۴ سانتی‌متر و بدون علامت، پی‌گیری با انجام CT اسکن شکم هر ۶ ماه تا یکسال پیشنهاد می‌شود. ولی در تومورهای علامت‌دار و بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر، آمبولیزاسیون انتخابی یا جراحی محافظه‌کارانه با حفظ نسج کلیه (enucleation تومور یا نفرکتومی پارسیل) توصیه می‌شود (۴، ۷و۶)، اما در موارد خونریزی خیلی شدید یا وجود تومور خیلی بزرگ، حفظ کلیه بسیار دشوار است و نفرکتومی روشی انتخابی محسوب می‌شود. آمبولیزاسیون برای کنترل خونروی در بیمارانی که علائم حیاتی آنها پایدار است توصیه می‌شود (۱۰ و ۱۱).

آپاندیس طبیعی بود. لنفادنوپاتی گزارش نشد. بیمار با برش خط وسط شکمی مورد لاپاراتومی قرار گرفت. و توده، مشتمل بر کلیه راست و آنژیومیولیوم و هماتوم بزرگ همراه آن به طور کامل برداشته شد. قبل و حین عمل جراحی مجموعاً ۴ واحد خون تزریق شد. بررسی آسیب‌شناسی، عروق خونی تغییر شکل یافته همراه با سلول‌های چربی بالغ و فیبرهای عضلات صاف را نشان داد (تصویر ۴)، سرانجام بیمار با حال عمومی خوب و بدون عارضه از بیمارستان مرخص شد.



تصویر ۴: نمای هیستولوژیک تومور

بحث و نتیجه گیری

آنژیومیولیوم توموری نادر و خوش‌خیم متشکل از مقادیر متفاوتی از بافت چربی بالغ، ماهیچه صاف و رگ‌های خونی با دیواره ضخیم است و نوعی هامارتوم محسوب می‌شود که اغلب در زنان میانسال به صورت تک‌گیر (اسپورادیک) یا همراه با توپروس اسکروز دیده می‌شود. نوع همراه با توپروس اسکروز، معمولاً دو طرفه است.

از نظر بالینی، آنژیومیولیوم به صورت‌های مختلف تظاهر می‌کند. کشف آن اغلب به طور اتفاقی و در بیمارانی است که به دلیل دیگری در آنها سونوگرافی یا CT اسکن شکم انجام می‌شود. گاه به صورت توده بزرگ در ناحیه پهلو با علایم احساس ناراحتی موضعی

هیپوتانسیون و شوک مراجعه می‌کنند، به‌ویژه اگر سابقه‌ای از بیماری‌های اختلال انعقادی یا تروما نداشته باشند باید در کنار سایر علل شکم حاد به فکر پارگی تومورهای کلیوی به‌ویژه تومور آنژیومیولیپوم کلیه هم بود.

در این بیمار نیز با توجه به اندازه تومور و ناپایداری علایم حیاتی و مقدار هماتوم و خونروی همراه، نفرکتومی انجام شد. در بیمارانی که با درد پهلوی شکم ناگهانی همراه با

منابع

1. Heidenreich A, Hegele A, Varga Z, Knobloch R V. Nephron Sparing Surgery for Renal Angiomyolipoma. *European Urology* 2002; 41(33): 267-273.
2. Gawenda M, Erasmi H, Lorenzen J, Ernst S. Renal Angiomyolipoma as a Rare Cause of Retroperitoneal Hemorrhage *Chirurg* 1998; 69:98-101.
- 3- باقی، ایرج؛ فلاحتکار، سیاوش: گزارش یک مورد شکم حاد ناشی از خونریزی از خلف صفاقی ثانویه به پارگی آنژیومیولیپوم کلیه. مجله نامه دانشگاه (دانشگاه علوم پزشکی مازندران)، ۱۳۸۴، سال پانزدهم شماره ۴۷، صص: ۱۲۲-۱۱۹.
- 4 Shulman Y, Shulman E. Giant Angiomyolipoma. *Urology* 1999; 53:1225-26.
- 5- Emil A Tanago, Jaek W Mac Anich. *Renal Paranchimal Neoplasms*. 15th edition. New York; Appleton & Longe Co, 2000.
6. Goran Stimac. Extensive Spontaneous Perirenal Hematoma Secondary to Ruptured Angiomyolipoma. *Acta Clin* 2003; 42 55-58.
7. Fazeli -Matin S, Novick AC. Nephron- Sparing Surgery for Renal Angiomyolipoma *Urology* 1996; 52:577-83.
8. Galanis I, Kaburoudis A, patsas A. A Rare Case of a Giant Renal Angiomyolipoma. *European Surgery* 2003; 36(1): 58 60.
9. Furusen A S, Bejerklund Johansen T E, Majak B. Renal Angiomyolipoma as a Cause of Acute Retroperitoneal Hemorrhage. *TidsskrNor laegeforen*, 1997; 117(29): 2415-7.
10. Mourikis D, Chatziioannou A, Antoniou A, Kehagias D, et al. Selective arterial Embolization in the Management of Symptomatic Renal Angiomyolipomas. *Eur J Radiology* 1999; 32: 153-9.
11. Han YM, Kim JK, Roh BS, Song HY, Lee JM, Lee YR, et al. Renal Angiomyolipoma: Selective Arterial Embolization Effectiveness and Changes in Angiomyogenic Componenets in Long- Term Follow - up *Urology* 1998; 55:577.83

A Report of Massive Retroperitoneal Hematoma from Spontaneous Rupture of Giant Renal Angiomyolipoma

Salimi J.(MD), Baghi I.(MD), Ahmadi A.(MD)

Abstract

Introduction: Renal angiomyolipoma is hamartous which was often seen in middle aged women and may be found sporadically or associated with tuberous sclerosis. Most cases are asymptomatic, but occasionally Renal Angiomyolipoma becomes evident as massive retroperitoneal hemorrhage.

Case Report: In this case report a 30-years- old woman is presented with flank pain, RLQ pain and hypotension. Abdominal CT scan showed massive retroperitoneal hemorrhage with a Giant Renal Angiomyolipoma. Patient was operated and was seen a huge mass with massive perirenal hematoma, En-bloc resection of tumor with Rt. nephrectomy was done. Pathological study revealed Renal Angimyolipoma.

Key words: Angiomyolipoma Hemorrhage/ Nephrectomy