

Case Report Article

A Case Report of an Abdominal Pain: Spontaneous Splenic Hematoma with Unknown Etiology

Ali Shafiee¹, Seyyed Jalal Eshaghhosseini^{2*}

¹Nekoei-Hedayati
Therapeutic Educational
Center, Qom University of
Medical Sciences, Qom,
Iran.

²Shahid Beheshti
Therapeutic Educational
Center, Qom University of
Medical Sciences, Qom,
Iran.

***Corresponding Author:**
Seyyed Jalal
Eshaghhosseini; Shahid
Beheshti Therapeutic
Educational Center, Qom
University of Medical
Sciences, Qom, Iran.

Email:
jalaleshaghoseini@gmail.com
Received: 15 Sep, 2018
Accepted: 4 Oct, 2018

Abstract

Background and Objectives: Splenic hematoma is one of the common complications following abdominal blunt trauma, but non-traumatic splenic hematomas are not common and occurs in some cases, such as hematologic disorders and/or infections. Idiopathic splenic hematoma that occurs spontaneously without an underlying disease, is a rare occurrence, which its diagnosis needs strong clinical suspicion.

Case report: The patient was a young man who referred to the emergency department with sustained lower abdominal pain during the past day. The pain aggravated by bending and was worsened by lying down. The patient reported no specific concomitant symptoms. His past medical history and drug history were negative. Chest x-ray and laboratory tests did not show any abnormal finding. In the upright radiograph of the abdomen, the shadow of the spleen seemed larger than the normal size. Abdominal sonography showed extensive subcutaneous hematoma of the spleen, which was confirmed by CT scan. The patient was under observation in the intensive care unit for 48 hours, that due to the pain intensification of the candidate, the splenectomy was performed. Pathologic study of splenic tissue was normal and he discharged within one week with satisfactory general health condition.

Keywords: Spleen; Spleen-injuries; Splenectomy.

گزارش یک مورد بیماری با درد شکم: هماتوم خودبه خود طحال با علت نامشخص

علی شفیعی^۱ ID، سید جلال اسحاق حسینی^۲ ID*

چکیده

زمینه و هدف: هماتوم طحال، یکی از عوارض شایع در پی ترومای بلانت شکم می باشد، ولی هماتوم های غیر تروماتیک طحال شیوع پایینی داشته و معمولاً در مواردی همچون اختلالات خونی و یا عفونت ها رخ می دهند. هماتوم ایدیوپاتیک طحال که به صورت خودبه خود و بدون وجود بیماری زمینه ای روی می دهد، اتفاق نادری است که تشخیص آن نیاز به ظن بالینی قوی دارد.

معرفی مورد: بیمار آقای جوانی است که با شکایت درد پایدار در نیمه فوقانی شکم از روز قبل، به اورژانس مراجعه کرده بود. درد بیمار با خم شدن، کاهش و با دراز کشیدن تشدید می شد و بیمار علائم همراه خاصی را ذکر نکرد. سابقه پزشکی قبلی و سابقه دارویی بیمار منفی بود. گرافی قفسه سینه و بررسی های آزمایشگاهی، یافته غیرطبیعی نشان نداد. در گرافی ایستاده شکم نیز سایه طحال بزرگتر از حد نرمال مشاهده شد. سونوگرافی شکم نشان دهنده هماتوم وسیع ساب کپسولار طحال بود که با انجام CT مورد تأیید قرار گرفت. بیمار به مدت ۴۸ ساعت در ICU تحت مراقبت قرار داشت که به دلیل تشدید درد، کاندید عمل اسپلنکتومی شد. بررسی پاتولوژیک بافت طحال نرمال بود و بیمار طی یک هفته با حال عمومی خوب، ترخیص گردید.

کلید واژه ها: طحال؛ طحال - آسیب ها؛ اسپلنکتومی.

^۱مرکز آموزشی درمانی نکونی -
هدایتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم،
ایران.

^۲مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی،
دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

سید جلال اسحاق حسینی؛^۲ مرکز
آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه
علوم پزشکی قم، قم، ایران.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Shafiee A, Eshaghhosseini SJ. A case report of an abdominal pain:
Spontaneous splenic hematoma with unknown etiology.
Qom Univ Med Sci J 2018;12(9):75-81.

آدرس پست الکترونیکی:
jalaleshaghoseini@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۱۲

مقدمه

طحال یکی از اعضای سیستم رتیکولاندوتلیال با خون‌رسانی بسیار غنی است که به‌طور شایعی در تروماهای بلانت شکم آسیب می‌بیند. این عارضه در صورت عدم مداخله درمانی به‌موقع (چه حمایتی و چه مداخله جراحی)، بسیار خطرناک و بالقوه کشنده است (۱، ۲). هماتوم طحال، به‌طور عمده به دو دسته: تروماتیک و غیرتروماتیک تقسیم می‌شود. هماتوم‌های غیرتروماتیک ممکن است پاتولوژیک بوده و یا بدون علت زمینه‌ای به‌صورت خودبه‌خود ایجاد شوند. هماتوم خودبه‌خود طحال، شیوع پایینی دارد و میزان آن در مطالعات پیشین؛ از جمله مطالعه Pandiaraja و همکاران (۳) و Bhaskar و همکاران (۴)، بین ۰/۵-۱/۰٪ گزارش شده است. به دلیل شیوع بسیار پایین، این عارضه ممکن است مورد غفلت قرار گرفته و مداخله دیر هنگام، عواقب جدی را برای بیمار به همراه داشته باشد. هدف از معرفی این مورد، آشنایی با تابلوی بالینی و شرح حال بیمار جوانی است که با شکایت درد شکم به اورژانس مراجعه کرد و در پیگیری‌های بعدی با تشخیص هماتوم خودبه‌خودی طحال تحت درمان قرار گرفت.

شرح مورد

بیمار آقای جوان ۳۰ ساله‌ای است که به دلیل درد شدید در ناحیه فوقانی شکم به اورژانس مراجعه کرده بود. بیمار ذکر کرد صبح

روز قبل، هنگام پیاده‌روی در طبیعت، درد آغاز و به‌صورت پایدار ادامه داشته است. بیشترین شدت درد در ربع فوقانی چپ شکم بود و به جایی تیر نمی‌کشید. درد در حالت نشسته، کاهش و با دراز کشیدن تشدید می‌شد. بیمار شکایتی از تهوع و استفراغ، همچنین استفراغ خونی نداشت و اصرار داشت که علائم به دلیل گرفتگی عضلانی است. طی ۲۴ ساعت گذشته یک‌مرتبه دیگر نیز به اورژانس مراجعه کرده و به‌صورت سرپایی و حمایتی درمان شده بود. سابقه‌ای از ضربه به شکم ذکر نکرد.

در سوابق بیماری‌های گذشته، مورد خاصی عنوان نشد و سابقه دارویی، نکته مثبتی نداشت.

علائم حیاتی بیمار هنگام مراجعه به اورژانس به شرح زیر بود:

فشار خون: ۱۱۰/۶۰ میلی‌متر جیوه؛

ضربان نبض: ۸۹ بار در دقیقه؛

تعداد تنفس: ۱۸ بار در دقیقه؛

دمای بدن (از طریق دهان): ۳۷/۶ درجه سانتیگراد.

در معاینه فیزیکی تنها نکته قابل توجه، تندرنس منتشر در لمس ناحیه فوقانی شکم بود. شکم نرم و آثاری از اسکار یا کبودی مشاهده نشد.

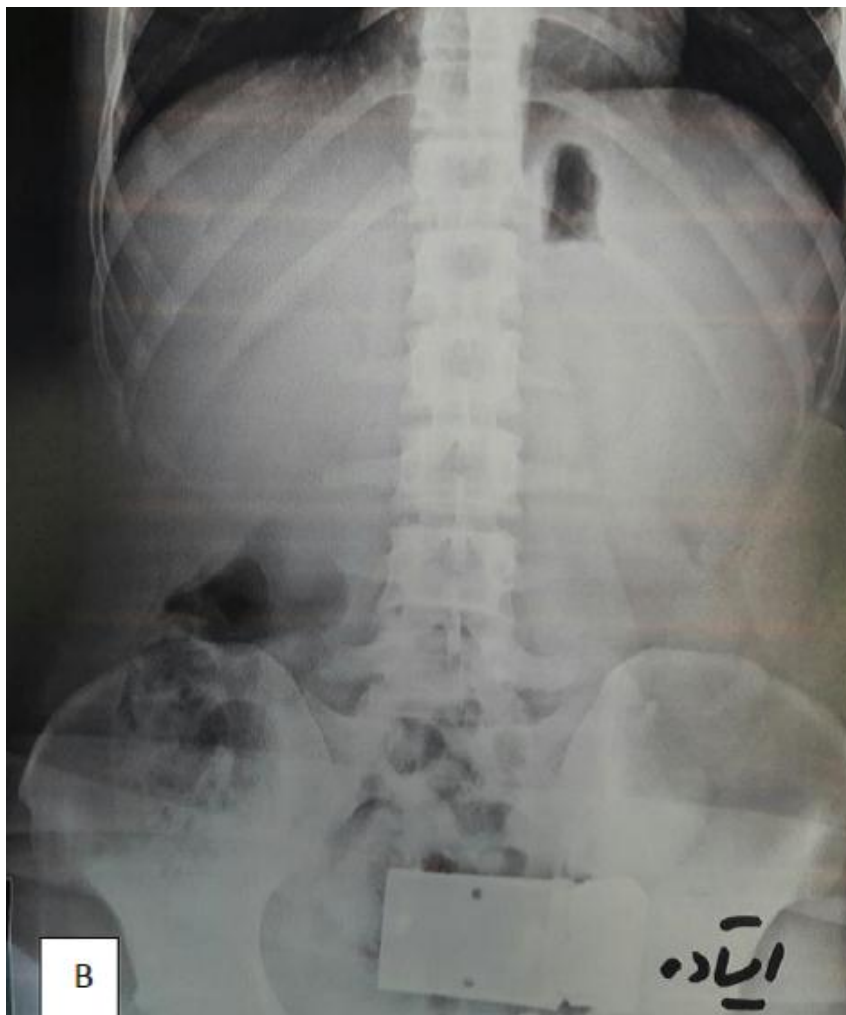
بیمار با تشخیص‌های احتمالی زخم پپتیک عارضه‌دار و یا پانکراتیت جهت بررسی بیشتر در اورژانس بستری و تحت نظر قرار گرفت. نتیجه آزمایش‌ها درخواستی در جدول به‌طور خلاصه نشان داده شده است.

جدول: نتایج آزمایشگاهی بیمار در بدو بستری در اورژانس

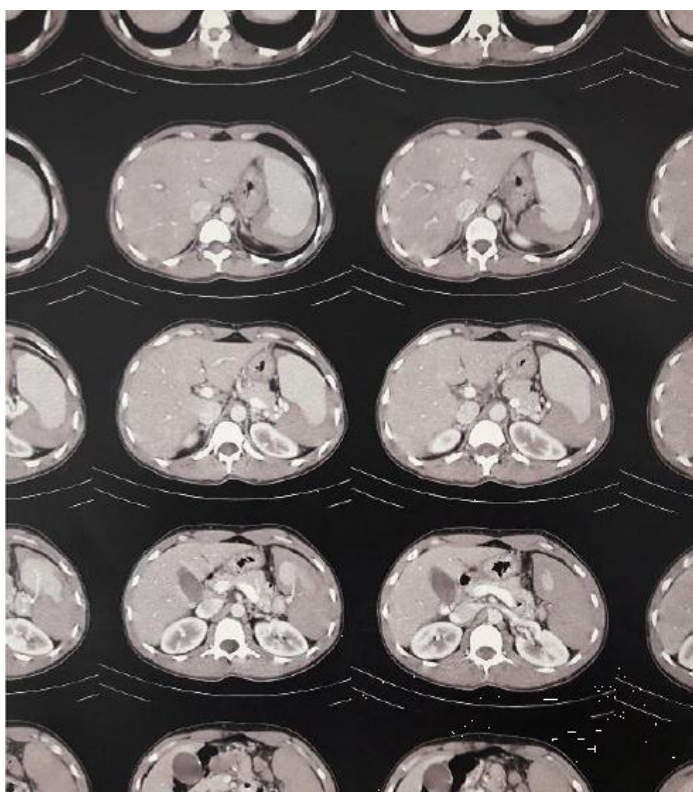
پارامتر آزمایشگاهی	مقدار اندازه‌گیری‌شده	واحدها
هموگلوبین	۱۲	گرم بردسی‌لیتر
گلبول‌های سفید خون	۱۷۰۰۰	در هر میکرولیتر
پلاکت	۲۳۰۰۰	در هر میکرولیتر
اوره	۵۴	میلی‌گرم بردسی‌لیتر
کراتینین	۰/۹	میلی‌گرم بردسی‌لیتر
سدیم	۱۴۳	میلی‌اکی‌والان برلیتر
پتاسیم	۳/۷	میلی‌اکی‌والان برلیتر
زمان پروترومبین	۱۵/۲	ثانیه
زمان نسبی ترومبوپلاستین	۲۸	ثانیه
نسبت یکسان‌شده بین‌المللی	۱/۳۳	---
آسپاراتات آمینو ترانسفراز	۲۹	واحد بین‌المللی برلیتر
آلانین آمینو ترانسفراز	۱۸	واحد بین‌المللی برلیتر
آمیلاز	۴۳	واحد بین‌المللی برلیتر
بیلی‌روبین تام	۴	میلی‌گرم بردسی‌لیتر
بیلی‌روبین مستقیم	۰/۳	میلی‌گرم بردسی‌لیتر

طی ۲۴ ساعت بعدی، درد بیمار به طور قابل توجهی کاهش یافت و در ۲۴ ساعت دوم، درد مجدداً شروع شد، ولی بیمار نشانه‌ای از ناپایداری همودینامیک نداشت. با توجه به عود علائم و بزرگی هماتوم، تصمیم به درمان از طریق جراحی گرفته شد و بیمار تحت اسپلنکتومی قرار گرفت (شکل شماره ۳). بررسی پاتولوژی بافت طحال، یافته‌ای غیرطبیعی نشان نداد. بیمار پس از یک هفته با حال عمومی خوب و بدون عارضه از بیمارستان ترخیص شد و در پیگیری یک ماهه، مشکل خاصی گزارش نشد. باوجود پیگیری‌های متعدد، بیمار تمایلی برای مراجعه و بررسی جهت یافتن بیماری احتمالی زمینه‌ای نداشت.

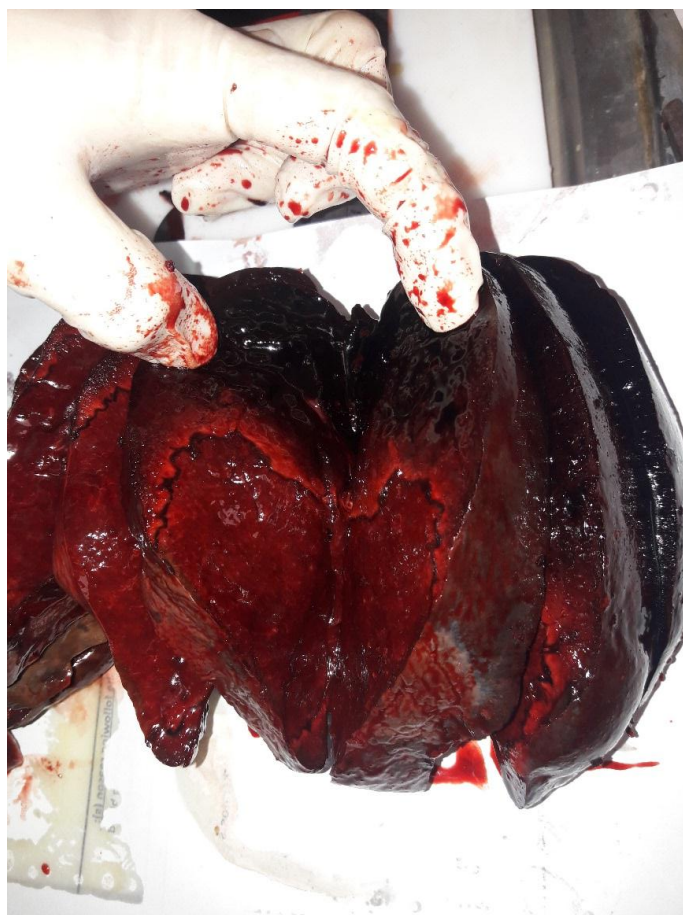
در گرافی ایستاده قفسه سینه، هوای آزاد در زیر دیافراگم مشاهده نشد. در گرافی ایستاده شکم نیز شواهدی دال بر اتساع لوپ‌های روده‌ای و انسداد وجود نداشت و تنها یافته قابل ملاحظه، بزرگی سایه طحال بود (شکل شماره ۱). جهت بررسی بیشتر، بیمار تحت سونوگرافی شکم قرار گرفت که در نتیجه، مایع آزاد در شکم رؤیت نشد و دیامتر طحال، ۱۳ سانتی‌متر تخمین زده شد. گزارش سونوگرافی، مطرح‌کننده احتمال وجود هماتوم ساب‌کپسولار طحال بود. جهت تأیید تشخیص، سی‌تی‌اسکن شکم درخواست گردید. گزارش CT، مؤید وجود هماتوم بزرگ ساب‌کپسولار طحال بود و شواهدی از مایع آزاد در شکم گزارش نشد (شکل شماره ۲). بیمار بلافاصله به ICU منتقل و تحت نظر قرار گرفت.



شکل شماره ۱: گرافی ایستاده شکم، بزرگی سایه طحال را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۲: هماتوم وسیع ساب کپسولار در سی تی اسکن شکم.



شکل شماره ۳: نمای گروس بافت طحال پس از اسپلنکتومی.

بحث

هماتوم طحال، به طور کلی به دو صورت تروماتیک و غیرتروماتیک اتفاق می افتد. هماتوم تروماتیک طحال، اتفاق نادری نبوده و در بسیاری از موارد ترومای بلانت شکم، طحال تنها عضوی است که آسیب می بیند. هماتوم های غیرتروماتیک و خودبه خودی، شیوع پایینی دارند و در مطالعات؛ از جمله مطالعه Lai (۵)، Elvy (۶) و Lianos (۷) بین ۱-۰/۵٪ گزارش شده است. در موارد هماتوم غیرتروماتیک طحال، در صورتی که بررسی های پاتولوژی یافته ای به نفع علت زمینه ای باشد به آن هماتوم پاتولوژیک و در غیر این صورت، هماتوم خودبه خودی اطلاق می گردد. هماتوم پاتولوژیک طحال معمولاً در پی یک عامل زمینه ای ایجاد می شود که از این بین می توان به بدخیمی های اولیه طحال، بدخیمی های خونی؛ از جمله لنفوم غیرهوچکین و لوسمی ها، علل عفونی همچون عفونت با سیتومگالوویروس، ایشیتان - باروویروس، مالاریا، بروسلوز، عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی، تویرکلوزیس، آنفلوآنزا، آسپرژیلوس و تیفوئید، اختلالات انعقادی ناشی از مصرف داروهای ضدانعقاد و ضدپلاکت، همچنین اختلالات انعقادی ناشی از اورمی و آملوئیدوز اشاره کرد (۱، ۲، ۹۸).

مکانیسم ایجاد هماتوم خودبه خود طحال کاملاً شناخته نشده، ولی احتمالاً افزایش در فشار داخل طحالی به دلیل هایپرپلازی اندوتلیال، انسداد عروق و خونریزی از مویرگ ها، زمینه ساز ایجاد هماتوم می باشد.

شایع ترین تظاهر بالینی این بیماران، درد شکم بوده که به طور معمول در ربع فوقانی چپ شکم احساس می شود. سایر تظاهرات بالینی ممکن است اختصاصی نباشند. در معاینه فیزیکی معمولاً سائز طحال افزایش می یابد. در بررسی آزمایشگاهی این بیماران نیز اغلب آنمی مشاهده می شود. سایر یافته های آزمایشگاهی نیز بسته به علل زمینه ای متغیر است.

یافته های رادیولوژیک در مواردی که مظنون به هماتوم طحال باشند، به تأیید تشخیص کمک می کند. تشخیص می تواند با استفاده از سونوگرافی و یا سی تی اسکن انجام گیرد. نکته کلیدی در تعیین پلان درمانی بیماران، وضعیت همودینامیک است. بیمارانی که از نظر همودینامیک، وضعیت پایداری دارند می توانند به صورت محافظه کارانه و در صورت نیاز با تزریق خون، همچنین درمان علت زمینه ای، تحت نظر قرار گیرند. در این موارد، بررسی سریال رادیولوژیک با تکنیک هایی نظیر سونوگرافی به پیگیری و تصمیم گیری های بعدی کمک می کند. در صورتی که وضعیت همودینامیک پایدار نباشد، بیمار کاندید جراحی اسپلنکتومی می شود (۹۸). پیش آگهی بیماران مبتلا به هماتوم طحال، بستگی به وضعیت همودینامیک، همچنین علت زمینه ای دارد.

به طور کلی، با توجه به شیوع بسیار پایین هماتوم غیرتروماتیک طحال و ماهیت بالقوه تهدیدکننده حیات آن، تنها راه نجات بیماران، داشتن ظن بالینی قوی و توجه به تابلوی بالینی بیماری است.

References:

1. Maung AA, Adrian A, Kaplan LJ. Management of splenic injury in the adult trauma patient. Upto Date 2018. Link
2. Schrier SL. Approach to the adult with splenomegaly and other splenic disorders. Upto Date 2018. Link
3. Pandiaraja J. Spontaneous splenic haematoma in a patient on hemodialysis: A case report. Indian J Nephrol 2017;27(6):475-7. PubMed
4. Bhaskar E, Moorthy S. Spontaneous splenic rupture in dengue fever with non-fatal outcome in an adult. J Infect Dev Ctries 2012;13(6):369-72. PubMed
5. Lai P. Infectious mononucleosis: Recognition and management. Hosp Pract 1977;12(8):47-52. PubMed

6. Elvy A, Harbach L, Bhangu A. Atraumatic splenic rupture: A 6-year case series. Eur J Emerg Med 2011;18(2):124-6. PubMed
7. Lianos G, Ignatiadou E, Bali C, Harissis H, Katsios C. Successful nonoperative management of spontaneous splenic hematoma and hemoperitoneum due to cmv infection. Case Rep Gastrointest Med 2012;2012:328474. PMC
8. Rhee SJ, Sheena Y, Imber C. Spontaneous rupture of the spleen: A rare but important differential of an acute abdomen. Am J Emerg Med 2008;26(6):733.e5-e6. PubMed
9. Lowry LE, Goldner JA. Spontaneous splenic rupture associated with apixaban: A case report. J Med Case Rep 2016;10(1):217. PubMed