● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ۳ (پی‌درپی۱۵)، صفحه ٦۳ الی ٦۷، تابستان ۱۳۸۱

گزارش یک مورد نوزاد مبتلا به زردی شدید بعلت خونریزی دو طرفه غده فوق کلیه

دکتر یداله زاهدپاشا[۱*]، دکتر موسی احمدپور[۲]، دکتر مهناز فولادی نژاد[۳]

۱- دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- فلوشیب نوزادان

سابقه و هدف: خونریزی غده فوق کلیه اغلب در نوزادان با جثه درشت و هیپوکسی جنینی دیده می‌شود. شیوع آن ۱/۹ – ۱/۷ در هزار موالید با علائم توده شکمی، زردی، هیپوتانسیون می‌باشد. هدف از گزارش این مورد، زردی شدید، همراه با خونریزی دوطرفه غده فوق کلیه که ندرتاً اتفاق می‌افتد، می‌باشد.

گزارش مورد: نوزاد مذکر با وزن ۳۹۰۰ گرم و با سن داخل رحمی ۳۸-۳٦ هفته که وزن آن بیشتر از سن داخل رحمی (صدک ۹۰) می‌باشد از طریق زایمان طبیعی متولد و مبتلا به زردی شدید و خونریزی دوطرفه غده فوق کلیه بوده که جهت درمان زردی ٦ مرتبه تعویض خون گردید. سایر آزمایشات طبیعی بوده است.

نتیجه‌گیری : در زردی‌های شدید نوزادان با علت نامشخص، خونریزی غده فوق کلیه باید مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *نوزاد، خونریزی، غده فوق کلیه، زردی.*

مقدمه

خونریزی غده فوق کلیه اغلب در نوزادان با جثه درشت، ضربه ناشی از زایمان مشکل، آسفیکسی پری‌ناتال، هیپوکسی جنینی، سپتی‌سمی و اختلال انعقادی دیده می‌شود(۱). غده فوق کلیه نوزادان مساعد به خونریزی تروماتیک می‌باشد(۲). شیوع آن در یک مطالعه بوسیله نکروپسی ۱/۷ در هزار موالید و در بررسی‌های دیگر ۱/۹ و ۵/۵ در هزار گزارش گردید(۴ و۳). تظاهرات آن بصورت توده شکم، زردی، هیپوتانسیون، کبودی، تورم اسکروتوم، آنمی، کالسیفیکاسیون و بدون علامت می‌باشد(۵و۴). مواردی از خونریزی داخل رحم غده فوق کلیه نیز گزارش شد(۶). تشخیص افتراقی آن همراه با یافته‌های بالینی، آزمایشگاهی و رادیولوژیک که شامل توده‌های فوق کلیه می‌باشد در یک مطالعه بافت‌شناسی نروبلاستوما، توده‌های نکروتیک، کیست‌های برونکوژنیک و سکستراسیون نیز در تشخیص‌های افتراقی گزارش گردید(۸ و۷). سونوگرافی یک روش انتخابی برای بررسی خونریزی غده فوق کلیه است(۹)، اما سونوگرافی و IVP یک روش تأیید کننده تشخیص‌های افتراقی ضایعات خلف پریتوان می‌باشد(۶). خونریزی غده فوق کلیه اغلب یک فرآیند خودبخود محدود شونده است و درمان طبی در اغلب موارد باعث بهبودی می‌گردد (۶و۳) و از اقدام جراحی غیرضروری باید اجتناب نمود (۴)، اما در کنترل خونریزی شدید یا آبسه و یا رد بدخیمی از روش جراحی استفاده میگردد(۱۰و۷). اگرچه زردی بعنوان یک علامت در نوزادان مبتلا به خونریزی غده فوق کلیه گزارش گردید ولی تاکنون زردی شدید که برای درمان آن نیاز به ۶ مرتبه تعویض خون در نوزاد باشد گزارش نگردید، در اینجا نوزادی مبتلا ابه خونریزی دوطرفه غده فوق کلیه همراه با زردی خیلی شدید (Profound) که یک مورد نادر در تشخیص افتراقی زردی‌های شدید نوزادی است، همراه با مروری بر مقالات معرفی میگردد.

گزارش مورد

نوزاد پسری با سن داخل رحمی ۳۸-۳۶ هفته، وزن تولد ۳۹۰۰ گرم که بیشتر از سن داخل رحمی(صدک ۹۰) می‌باشد، دور سر ۳۶

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.11.1]

سانتیمتر، قد ۵۲ سانتی‌متر، از مادری ۳۶ ساله، زایمان سوم و از طریق زایمان طبیعی متولد شد. مادر نوزاد سابقه بیماری خاصی مانند دیابت، فشار خون، بیماری عفونی و مصرف دارو را ذکر نمی‌نماید. در بررسی آزمایشات دوران بارداری مادر تست تحمل گلوکز(GTT) یک ماه قبل از زایمان در ۳ نوبت ۱، ۲ و ۳ ساعت پس از خوردن گلوکز مختل، ولی قند خون ناشتا طبیعی بوده که به اقدام خاصی نیاز نداشته است.

نوزاد از بدو تولد بعلت تاکی پنه بعد از انجام آزمایش‌های لازم تحت درمان با سرم قندی۱۰٪، اکسیژن از طریق هود، آمپی‌سیلین و آمیکاسین قرار گرفت. ۳۳ ساعت پس از تولد جهت ارائه درمان به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیمارستان کودکان امیرکلا منتقل شد. در اولین معاینه پس از ورود به این بیمارستان بیمار مبتلا به دیسترس تنفسی، تاکی پنه (تنفس۸۰ در دقیقه) و سمع قلب طبیعی بود، فشار خون با روش فلاشینگ ۶۰ میلیمتر جیوه و توده‌ای با قطر ۴×۳ سانتیمتر در پهلوها لمس می‌شد.

در اولین آزمایش، هموگلوبین ۱۱/۵گرم درصد میلیمتر، هماتوکریت ۳۷درصد، پلاکت ۱۴۴۰۰، قند خون ۴۰ میلیگرم درصد، بیلیروبین غیرمستقیم ۱۷/۵ و مستقیم ۰/۷ میلیگرم درصد، گروه خون مادر O و RH منفی، نوزاد B و RH منفی، G6PD و شمارش رتیکولوسیت، لام محیطی ازنظر اسفروسیت، تست کومبس مستقیم وغیرمستقیم طبیعی و در آزمایش ادرار ۱۶-۱۵ عدد گلبول قرمز وخون (میکروهماچوری) گزارش شد.

علاوه بر اقدامات فوق‌الذکر فتوتراپی نیز شروع گردید ولی علیرغم درمان با فتوتراپی دوبل و Intensive بیلیروبین سیر فزاینده پیدا کرد. که در سن ۳ روزگی بعلت افزایش بیلیروبین از سطح ۲۰ میلیگرم درصد تعویض خون با دو برابر حجم انجام گردید. نوزاد تا سن ۸ روز بطور متناوب جهت درمان زردی شدید شش مرتبه تعویض خون گردید. تاکی پنه پس از چند ساعت بهبود یافته و عکس ریتین مؤید تاکی پنه گذرای نوزادی بوده است. در روز هفتم میزان بیلیروبین مستقیم افزایش یافت (بیلیروبین غیرمستقیم ۲۸ و مستقیم ۱/۲) و در روز هشتم بیلیروبین غیرمستقیم ۲۵ و مستقیم ۵/۵ میلیگرم درصد گزارش شد.

برای درمان کلستاز ناشی از سندرم صفراوی غلیظ شده بدلیل زردی شدید فنوباربیتال با دوز ۵ میلیگرم به ازای هرکیلوگرم وزن بدن شروع شد و بتدریج در سن ۱۶ روزگی میزان بیلیروبین غیرمستقیم۷/۵ و مستقیم ۱ میلیگرم درصد رسید که فنوباربیتال قطع‌گردید.

نوزاد ۵ روز پس از تولد مبتلا به هیپوکالسمی (۶/۵ میلیگرم درصد) گردید که با تزریق کلسیم گلوکونات ۱۰٪ وریدی و سپس ازطریق خوراکی بهبود یافت. با توجه به تعویض خون‌های مکرر آنتی‌بیوتیک‌های اولیه (آمپی‌سیلین وآمیکاسین) قطع و سفوتاکسیم و وانکومایسین برای درمان جایگزین گردید. در روز ۴ تولد تغذیه با شیر مادر و در ۱۰ روزگی نوزاد مستقیماً از پستان مادر تغذیه گردید. در سن ۹ روزگی با توجه به بهبودی حال عمومی و منفی بودن کلیه کشت‌های خون، سرم وآنتی‌بیوتیک‌ها قطع گردید.

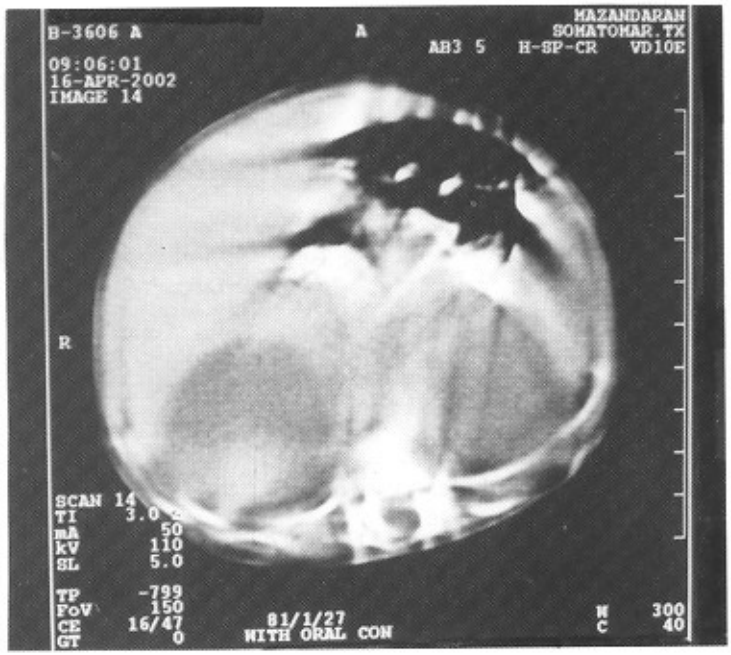
بررسی‌های آزمایشگاهی از نظر سندروم Torch، هپاتیت‌ها، بیماریهای متابولیک، تست‌های کبدی، الکترولیت و وانیل ماندلیک اسید (VMA) ادرار (از نظر نروبلاستوما) همگی طبیعی بودند.

جهت بررسی توده‌های شکمی ۳ روز پس از تولد سونوگرافی پرتابل شکم بعمل آمد که توده‌های Solid به‌اقطار ۷×۴۹ میلیمتر در غده فوق کلیه راست و ۲۸×۴۷ میلیمتر در غده فوق کلیه چپ گزارش شد. در دومین سونوگرافی انجام شده در ۸ روز پس از تولد توده فوق کلیه راست Solid با نواحی مدورکیستیک به قطر ۵۰×۴۲ و طرف چپ‌کیستیک و به قطر ۳۲×۵۲ میلیمتر گزارش گردید.

به علت نداشتن رگ محیطی در ۱۰ روزگی اسکن توموگرافیک کامپیوتری (CT SCAN) بدون ماده حاجب بعمل آمد، که دو توده هیپودنس در غده‌های فوق کلیه که مطرح کننده خونریزی بوده، گزارش شد (شکل۱).

سونوگرافی روز ۱۱ تولد، ضایعه کیستیک ۱۲×۳۱ طرف راست و ۲۵×۲۲ میلیمتر طرف چپ و ۴۲ روز پس از تولد در طرف راست عارضه با اقطار ۱۴×۲۷ با مراکز عاری از اکو (Echo Free) طرف چپ ۹×۲۴ میلیمتر با ناحیه مرکزی عاری از اکو (Echo Free) گزارش شد. نوزاد ۱۸ روز پس از تولد با حال عمومی خوب مرخص گردید و جهت کنترل هفتگی بصورت سرپائی تحت مراقبت می‌باشد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.11.1]



شکل ۱. اسکن توموگرافی (CT) بدون ماده حاجب با دو توده hypodens در محل غده فوق کلیه

بحث

این نوزاد بعلت تاکی پنه و توده دوطرف پهلوها با جثه نسبتاً درشت (صدک ۹۰) و با توجه به سن داخل رحمی از بدو تولد تحت مراقبت بوده ولی زردی حین درمان با توجه به فتوتراپی، تشدید گردید که با ۶ مرتبه تعویض خون بیلیروبین کاهش یافت. شدت زردی باعث ابتلای نوزاد به سندرم صفراوی غلیظ گردید. در آزمایشات انجام شده هیچ علت دیگری برای زردی پاتولوژیک مشخص نشد. در گزارشات محققان دیگر زردی بعنوان یک علامت در خونریزی غده فوق کلیه ذکر گردید(۱۱و ۵و ۳و ۲).

در یک مطالعه ۱۱ درصد مبتلایان به خونریزی غده فوق کلیه، مبتلا به زردی پاتولوژیک بودند(۴). در یک گزارش نیز نوزاد مبتلا به خونریزی غده فوق کلیه بعلت زردی خیلی شدید (Profound) بستری گردید(۱). با عنایت به وزن و سن داخل رحمی (صدک ۹۰) و تولد نوزاد با زایمان طبیعی اگر چه شرحی از زایمان سخت را بیان ننمودند، به نظر می‌رسد جثه نسبتاً درشت خود عاملی برای خونریزی غده فوق کلیه بوده است، زیرا در آزمایشات و شرح حال نوزاد اختلال انعقادی و خفگی زایمانی نداشته است. اگرچه بطور تئوریک بین گروههای خونی مادر و نوزاد نارسائیABO وجود دارد، اما تست‌های کومبس مستقیم و غیرمستقیم و لام محیطی از نظر اسفروسیت منفی بوده و ناسازگاری گروههای خونی مادر و نوزاد وجود نداشته است. در یک مطالعه که ۳۲۷۳ نوزاد از نظر خونریزی غده فوق کلیه غربالگری گردیده‌اند، ۱۸ نوزاد مبتلا به خونریزی غده فوق کلیه بوده که وزن متوسط آنها ۳۵۳۰ گرم و بیشتر از صدک ۷۵ بوده است و هیچکدام شرحی ازخفگی زایمانی را نداشتند(۴). نوزاد مورد مطالعه مبتلا به خونریزی آدرنال دوطرفه بوده است. در یک تحقیق غربالگری از ۱۶ مورد مبتلا به خونریزی فوق کلیه ۱۳ مورد در طرف راست، ۲ مورد طرف چپ و یک مورد دوطرفه بوده است(۳).

در یک مطالعه دیگر غربالگری از ۱۸ مورد خونریزی غده فوق کلیه، ۱۶ مورد در طرف راست و ۲ مورد در طرف چپ اتفاق افتاده بود(۴). با وجودیکه خونریزی دوطرفه فوق کلیه ندرتاً اتفاق می‌افتد و ممکنست به نارسائی غده فوق کلیه منتهی گردد، اما نوزاد مورد مطالعه تاکنون علائمی از نارسائی غده فوق نداشته است (۱۲و۴). مناسب‌ترین روش تشخیص خونریزی فوق کلیه سونوگرافی می‌باشد (۹و۵و۱). در ایام گذشته سونوگرافی و پیلوگرافی وریدی (IVP) روش مکمل یکدیگر بودند(۱۱و ۶). اما امروزه سونوگرافی و اسکن توموگرافی غده فوق کلیه روش مناسب تشخیص می‌باشند(۱۳و ۱۲).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.11.1]

در این مطالعه از سونوگرافی و اسکن جهت تشخیص استفاده شده است. نوزاد مورد گزارش از طریق درمان علامتی و حفاظتی بدون دخالت جراحی بهبود یافته است. در یک مطالعه نتیجه گرفته شد که خونریزی غده فوق کلیه یک فرآیند خودبخود محدود شونده است که درمان طبی اغلب باعث بهبودی میگردد(۶).

محققین تأکید می‌نمایند که از اقدام جراحی غیرضروری باید خودداری نمود، اما برای کنترل خونریزی شدید از جراحی استفاده میگردد(۱۴و۴و۳). در نهایت نوزاد مبتلا به هماچوری میکروسکوپیک بوده است که می‌تواند ناشی از خونریزی غده فوق کلیه باشد. یک مورد هماچوری ماکروسکوپیک همراه با خونریزی آدرنال طرف راست گزارش گردید(۱۵). با توجه به گزارش مورد در زردی‌های خیلی شدید بخصوص در نوزادان با جثه درشت تر از سن حاملگی در صورتیکه علت واضح زردی مشخص نباشد باید خونریزی پنهان از جمله غده فوق کلیه را در نظر داشت.

****

References

1. Hung FC, Huang CB. Neonatal adrenal hemorrhage. A case report. Changgeng Yi Xue Za Zhi 1991; 14(2):136-40.

2. Smith JA, Middleton RG. Neonatal adrenal hemorrhage. J Urol 1979; 122(5): 674-7.

3. Felc Z. Ultrasound in screeninig for neonatal adrenal hemorrhage. Am J Perinatol 1995; 12(5): 363-6.

4. Lee MC, Lin LH. Ultrasound screeninig for neonatal adrenal hemorrhage.Paediatr Taiwan 2000; 41(6): 327-30.

5. Velaphi SC, Perlman JM. Neonatal adrenal hemorrhage: Clinical and abdominal sonographic findings. Clin Pediatr (phila) 2001; 40(10): 545-8.

6. Donn SM, Pollack LD, Roloff DW. Calcified neonatal adrenal hemorrhage: Diagnostic and therapeutic considerations. Am J Perinatol 1983; 1(1): 36-9.

7. Khuri FJ, Alton DJ, Hardy BE, Cook GT, Churchill BM. Adrenal hemorrhage in neonates: Report of 5 cases and review of the literature. J Urol 1980; 124(5): 684-7

8. Sauvat F, Sarnacki S, Brisse H, et al. Outcome of suprarenal localized masses diagnosed during the perinatal period: a retrospective multicenter study. Cancer 2002; 94(9): 2474-80.

9. Policicchio G, Mazzoleni S, Zennari R, et al. Adrenal hemorrhage in neonates: three cases with different clinical and echographic findings. Pediatr Med Chir 1992; 14(1): 81-3.

10. Goldberg LM, Deeths HJ. Perirenal hemorrhage in newborn. Urology 1976; 7(1): 98-102.

11. Dickerman JD, Tampas JP. Adrenal hemorrhage in the newborn. The phenomenon of "enclosed" hemorrhage as a cause of neonatal jaundice and later adrenal calcifications. Clin Pediatr (Phila) 1977; 16(4): 314-16.

12. Medler EP, Barksdale EM. Adrenal masses in the newborn. Semin Pediatr Surg 2000; 9(3): 156-64.

13.Totan M. Adrenal hemorrhage due to vitamin-K deficiency. Indian J Pediatr 2002; 69(1): 99-100.

14. Miele V, Galluzzo M, Patti G, Mazzoni G, Calisti A, Valenti M. Scrotal hematoma due to neonatal hemorrhage: the value of ultrasonography in avoiding unnecessary surgery. Pediatr Radiol 1997; 27(8): 672-4.

15. Smith JA Jr, Middleton RG. Neonatal adrenal hemorrhage. J Urol 1979; 122(5): 574-7.

آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان کودکان امیرکلا، تلفن: ٤-٣٢٤٢١٥١-٠١١١.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.11.1]