

معرفی یک مورد پانکراتیت حاد هموراژیک در پسر بچه ۱۶ ماهه

دکتر مسعود ناظم*، دکتر محمدرضا عسگرزاده**، دکتر امیر میرمحمدصادقی*، دکتر سیاوش صحت***

چکیده:

پانکراتیت حاد هموراژیک در میان کودکان ناشایع است و معمولاً علت آن تروما، عفونت‌ها و داروها می‌باشد. تقریباً تمام موارد گزارش شده آن بالای سن ۴ سالگی بوده‌اند. در اینجا ما به معرفی یک پسر ۱۶ ماهه می‌پردازیم که مبتلا به پانکراتیت حاد هموراژیک شده بود و در بررسی‌های انجام شده اتیولوژی خاصی برای پانکراتیت وی (نظیر تروما، عفونت‌ها و داروها و ...) پیدا نشد.

واژه‌های کلیدی: پانکراتیت، هموراژیک

زمینه و هدف

پس از حدود ۳ ساعت از شروع دل درد، درد وی مداوم و با چندین مرتبه استفراغ حاوی مواد خورده شده همراه شد. دل درد وی جنرالیزه و مبهم بود و به نقطه‌ای خاص از شکم اشاره نداشت و مانع از خوابیدن بیمار در طول شب شده بود. بیمار یک مرتبه ۴ روز قبل و یک مرتبه ۲ روز قبل دچار دل درد خفیف و مبهم شده بود که خودبخود فروکش نموده و سبب اختلال اشتها و تغذیه و تغییر اجابت مزاج وی نشده بود. بیمار حاصل NVD بوده و فول ترم متولد شده بوده است. سابقه بیماری هماتولوژیک، تشنج یا بیماری دیگری را نداشت. سابقه مصرف داروی خاصی را ذکر نمی‌نمود به جز یک ماه پیش از مراجعه که به علت سرماخوردگی دیفن‌هیدرامین مصرف نموده بود. سابقه‌ای از تروما نداشت. سابقه خانوادگی هیپرلیپیدمی و یا بیماری خاص دیگری را ذکر نمی‌کرد.

پانکراتیت حاد هموراژیک در کودکان ناشایع است. این بیماری به صورت بی‌اشتهایی، اسهال، دل درد، زردی و کما ظاهر می‌کند. علل پانکراتیت به دو دسته انسدادی و غیر انسدادی تقسیم‌بندی می‌شوند. تقریباً نیمی از موردهای گزارش شده با علت نامعلوم هستند. علل شایع بعدی شامل تروما، عفونت و داروها می‌باشند.

شرح حال بیمار

پسر ۱۶ ماهه‌ای فرزند اول خانواده در دی ماه ۱۳۸۴ با شکایت دل درد و بی‌قراری به بیمارستان الزهراء اصفهان مراجعه نمود. دل درد بیمار ابتدا شروع تدریجی داشته و کولیکی بوده است به طوریکه به صورت متناوب ۳-۴ دقیقه دچار بی‌قراری می‌شده و پاهای خود را در شکمش جمع می‌کرده و سپس آرامتر می‌شده است.

* نویسنده پاسخگو: دکتر مسعود ناظم

تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۲۴۴۹۹

Email: N_nazem@med.mui.ac.ir

* استادیار گروه جراحی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء، بخش جراحی اطفال

** دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء، بخش جراحی عمومی

*** استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۱۲/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۰۶/۲۲

تحمل نمود. پس از کم شدن ترشح درن‌ها، درن‌ها خارج شدند و بیمار ۱۵ روز پس از عمل جراحی با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

پانکراتیت حاد هموراژیک در اطفال ناشایع است. این بیماران معمولاً با عدم تحمل غذا، استفراغ، اسهال، دل درد، زردی و کوما مراجعه می‌کنند.

علل پانکراتیت در اطفال به دو دسته انسدادی و غیر انسدادی تقسیم می‌شوند. نیمی از موارد گزارش شده ایدیوپاتیک اند. علل شایع بعدی تروما، عفونت‌ها و داروها می‌باشند. ۵٪ اطفال ESRD مبتلا با پانکراتیت می‌شوند و بروز پانکراتیت در اطفالی که کورتیکواستروئید مصرف می‌کنند تا سه برابر افزایش می‌یابد. هیپرتیروئیدیسم و هیپرکلسمی جزء علل پانکراتیت‌اند. همچنین پانکراس به عنوان مکانی برای لوکالیزه شدن عفونت‌های ویرال در افراد ایمنوساپرس می‌باشد.

امروزه پانکراتیت ناشی از اوریون در اطفال ناشایع است ولی هیپرآمیلازمی نشانه پانکراتیت همزمان در این افراد نمی‌باشد. علل دیگر پانکراتیت شامل منونوکلئوز عفونی، پورفیری و کولیت اولسرو می‌باشند.

علل انسدادی در اطفال نسبت به بزرگسالان کمتر شایع‌اند که شامل انسداد مجرای پانکراس با آسکاریس، آنومالی‌های مادرزادی (تنگی مجرای پانکراس، پانکراس دیویزیوم، کیست کلدوک، کلدو کولیتیاژیس) و تومورها می‌باشند.^۱

موارد گزارش شده پانکراتیت هموراژیک اطفال محدود می‌باشند. تقریباً تمام موارد گزارش شده بالای سن ۴ سالگی بوده‌اند.^{۲-۷} ما در این گزارش یک پسر ۱۶ ماهه را گزارش کرده‌ایم که به بررسی علل ذکر شده فوق در این بیمار می‌پردازیم:

شرح حال دقیقی از تروما گرفته شد که والدین بیمار هیچ سابقه مشکوکی را ذکر نمی‌کردند.

در پانکراتیت ناشی از تروما اکثراً ناحیه‌ای از پانکراس که بر روی ستون فقرات قرار گرفته است آسیب می‌بیند و معمولاً همراه آسیب احشای مجاور آن می‌باشد. همچنین در مواردی که دم پانکراس آسیب می‌بیند معمولاً آسیب عضو مجاور آن یعنی طحال دیده می‌شود. در بیمار ذکر شده بیشترین شدت هموراژی واضحاً در دم پانکراس بود که هیچ گونه اثری از تروما

در معاینات انجام شده، در یوزیشن سوپاین آرام دراز کشیده بود. مختصری بدحال و دهیدره به نظر می‌رسید.

علائم حیاتی بدو مراجعه: BP=10.5/7, PR=85, T=37.1. معاینه شکم: دیستانسیون خفیف داشت، تغییر رنگ و غیر قرینگی نداشت، صداها ی روده هیپواکتیو بود، ارگانومگالی نداشت، نرم بود، تندرns جنرالیزه، گاردینگ خفیف داشت ولی ریپاند تندرns نداشت.

یافته‌های آزمایشگاهی بدو ورود به شرح زیر بود:

WBC=13400, Neut =73%, BUN=15, Na=133, BS=164, Hb=14.2, Cr=0.5, K=4.7, LDH=521, Pht=227000, Ca=7.5

Amylase=1879, SGOT=137, ALK-P=371, ABG: PH=7.28, PCO2=31, HCO3=14, Urinary Amylase=52.

سونوگرافی شکم و لگن بجز مایع آزاد فراوان درون شکم و لگن نکته پاتولوژیک دیگری را عنوان نکرد.

با توجه به افزایش تندرns و گاردینگ لاپاراتومی تحت بیهوشی عمومی انجام شد برش عرضی قسمت فوقانی و راست شکم داده شده، درون شکم حدود ۳۰۰ سی سی مایع سروزی با ته رنگ قرمز بدون بو و شفاف وجود داشت (از آن نمونه برداری شد). نقاط ساپونیفیکاسیون بر روی امتوم دیده می‌شد. لسرامنتوم باز شد که پانکراس نمایان شده پانکراس در تمام طولش هموراژیک به رنگ قرمز روشن بود که حداکثر میزان آن در دم آن بود ولی نقاط نکروز نداشت، نقاط ساپونیفیکاسیون نیز بر روی پانکراس مشهود بود. کیسه صفرا نرمال بود. شواهدی به نفع وجود تروما بر روی احشای داخل شکمی مثل طحال، کبد و روده‌ها دیده نمی‌شد. آنومالی پانکراس نیز دیده نمی‌شد.

نکته پاتولوژیک دیگری در شکم یافت نشد. پس از گذاشتن دو عدد درن سامپ درون لسراسک عمل جراحی خاتمه یافت.

آزمایشات پس از عمل جراحی

آنالیز مایع پریتون:

RBC=96000, GL=92, LDH=1100, WBC=35200 (N=70%, Lym=30%), Alb=1.4, Pr=2.8

اسمیر و کشت مایع آسیت نیز منفی بود.

پس از عمل جراحی مختصری اختلالات الکترولیتی و دهیدراتاسیون مشاهده شد که اصلاح شد و بیمار تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفت. روز پنجم پس از عمل جراحی Defecation پیدا کرد و رژیم مایعات برای بیمار شروع شد که

دیده نشد. بیمار سابقه‌ای از آنمی همولیتیک و یا بیماری زمینه‌ای قبلی را نیز نمی‌داد. رشد و نمو بیمار نیز طبیعی بوده است.

نهایتاً علت پانکراتیت بیمار مشخص نگردید. سیر بهبودی سریع بیمار و عدم عود آن در طی مدت پیگیری احتمال علل آناتومیک را کم رنگ می‌کند و بیشتر به نفع علل گذرای پانکراتیت می‌باشد.

بر روی طحال یا ارگان‌های مجاور آن وجود نداشت. بیمار سابقه‌ای از عفونت تنفسی، گوارشی و غیره و همچنین مصرف داروی اخیر را نمی‌داد. فقط یک ماه پیش دچار سرماخوردگی شده بوده است که دیفن‌هیدرامین مصرف کرده بود. البته ارتباط بین بیماری قبلی و مصرف داروی یک ماه پیش و پانکراتیت کنونی وی بعید به نظر می‌رسد. در اکسیلور داخل شکم نیز یافته‌ای دال بر آنومالی مجاری صفراوی و یا پانکراس

Archive of SID

Abstract:

Report of a Case of Acute Hemorrhagic Pancreatitis in a 16 Months Old Child

Nazem M. MD^{}, Asgarzadeh M.R. MD^{**}, Mirmohammad Sadeghi A. MD^{**},
Sehhat S. MD. FACS^{***}*

Acute hemorrhagic pancreatitis is a rare disease in children. Its usual etiologies are trauma, infections and drugs. Nearly all of the reported cases of this disease are older than four years old. Here we present a case of 16 months boy with acute hemorrhagic pancreatitis which we didn't find any etiology for his disease in our investigations.

Key Words: Pancreatitis, Hemorrhagic

** Assistant Professor of Pediatric Surgery, Esfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Esfahan, Iran*

*** Resident of General Surgery, Esfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Esfahan, Iran*

**** Professor of Surgery, Esfahan University of Medical Sciences and Health Services, Esfahan, Iran*

References:

1. James A. O'Neill, Principles of Pediatric Surgery. Mosby: 2003: 654-655.
2. Mileusnic D, Donoghue ER, Lifschultz BD; Sudden death in a child as a result of pancreatitis during valproic acid therapy, *Pediatr Path Mol Med*, 2002, 21(5): 477-84.
3. Ohkusu K, Nakamura A, Horie H, Udagawa A; Fatal Sepsis associated with acute pancreatitis caused by *Moraxella catarrhalis* in a child, *Pediatr Infect Dis J*, 2001, 20 (9); 914-5.
4. Stewart WA, Gordon K, Camfield P; Acute pancreatitis causing death in a child on ketogenic diet, *J chil Neurol*, 2001, 16(9): 633-5.
5. Mader TJ, Taylor JP, Mc Hugh TP; Acute pancreatitis in a five-year-old male, *JSC Med Assoc*, 1989, 85(7): 317-20 .
6. Rsenberg, HK, Ortega W; Hemorrhagic pancreatitis in a young child following valproic acid therapy, *Clin Pediatr*, 1987, 26(2): 98-101.
7. Morgante F, Marino G, Mazzi U, Morgante G; Acute pancreatitis associated with a calculosis of gallbladder in childhood, *Pediatr Med Chir*, 1984, 6(6): 855-7.

Archive of SID