

مقاله اصلی

گزارش یک مورد پرفورایون وسیع در ایلتوم ناشی از بیماری

هنوخ شوئن لاین در یک بزرگسال با فقدان بیماری قبلی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۲۰- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۴

خلاصه

مقدمه

بیماری هنوخ شوئن لاین نوعی التهاب منجر به انسداد عروق کوچک است که غالباً در کودکان مشاهده می‌شود. شروع این بیماری در سنین بزرگسالی، ناشایع و با سندروم بالینی شدیدتر و پیامدهای بدتری همراه است. ما یک مورد پرفوراسیون وسیع در ایلتوم رادر آقای ۴۰ ساله مورد واسکولیت و تحت درمان با کورتیکواستروئید که با درد شکم منتشر همراه با تندرns و ریاند در معاینه، کاندید جراحی شده است را معرفی می‌کنیم. پورپورای هنوخ شوئن لاین (HSP)، نوعی التهاب منجر به انسداد عروق کوچک (۱) با عوارض پوستی و سیستمیک است (۲). این بیماری شایع‌ترین واسکولیت در سنین کمتر از ۱۰ سال، با شیوع بیشتر در پسران است. بیماری با یک واسکولیت لکوسیتوکلستیک که عروق کوچک را درگیر کرده، همراه با شواهدی از کمپلکس‌های ایمنیون شامل Iga مشخص می‌شود (۳). بر خلاف سایر واسکولیت‌های سیستمیک، این بیماری معمولاً خود محدود شونده بوده، با چهار علامت بالینی از جمله درگیری کلیه، درد شکمی، آرتریت یا درد مفصلی و پورپورای قابل لمس بدون اختلال انعقادی یا افت تعداد پلاکت تشخیص داده می‌شود (۴).

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

کلمات کلیدی: هنوخ شوئن لاین، واسکولیت، ایلتوم

علیرضا رضایانه^۱

علیرضا قنبری^{۲*}

^۱ استادیار گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ رزیدنت جراحی، بیمارستان امام رضاع، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: Ghanbaria971@mums.ac.ir

معرفی بیمار

بیمار آقای است ۴۰ ساله با فقدان سابقه بیماری جدی قبلی، که اولین بار حدوداً چهار هفته قبل با شکایت درد شکم، خونریزی رکتال، ضایعات پوستی و ضعف اندام با ارجحیت اندام تحتانی که بنا به اظهار خود بیمار از هشت روز قبل از مراجعه ایجاد شده به درمانگاه پوست مراجعه کرده است. بیمار به علت ضعف و سستی (weakness) بستری گردیده و برای بیمار بررسی فاکتورهای التهابی (ESR=25، کمپلمان (نرمال))، C3، (کمی افزایش یافته)، هپاتیت‌های ویروسی (منفی)، فاکتورهای ایمونولوژیک (RF، AntiDSDNA، ANA، ANCA، همگی منفی)، عکسبرداری از قفسه سینه (نرمال)، IgA سرم (نرمال) و بیوپسی پوست (small vessels neutrophilic vasculitis / LCV) انجام شد و تشخیص نهایی واسکولیت IgA (هنوخ شونن لاین) برای بیمار گذاشته شد. در طول مدت بستری، به دلیل وجود خونریزی رکتال، برای بیمار مشورت گوارشی درخواست گردید و کولونوسکوپی برای بیمار انجام گرفت، که در کولونوسکوپی پچ‌های اریتماتو و ادم موکوسال در ناحیه رکتوم و کولون و سکوم (ایلئوم ترمینال تا طول ده سانتیمتر نرمال بود) رویت گردید. بررسی پاتولوژیک کولون، کولیت خفیف تا متوسط گزارش شده بود. بیمار تحت درمان دارویی با آنتی بیوتیک‌های وریدی و پردنیزولون وریدی قرار گرفت و پس از برطرف شدن علائم بالینی و تجویز پردنیزولون خوراکی با دوز ۱۵ میلی گرم روزانه، با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص شد. دو هفته بعد، بیمار با شکایت تشدید درد شکم و خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان مراجعه کرد و بستری گردید. بررسی نتیجه تصویربرداری از قسمت فوقانی دستگاه گوارش نرمال بود و پارگی مالوری ویس رد گردید. در

طول مدت بستری بیمار در بخش روماتولوژی، برای بیمار CT با کنتراست انجام شد که ایسکمی فوکال در روده باریک مطرح شد. ارگانومگالی و لنف آدنوپاتی وجود نداشت. بیمار به مدت سه روز پالس کورتون با دوز یک گرم روزانه دریافت کرد. در طول مدت بستری علائم بالینی بهبود یافت و لکوسیتوز برطرف شد. بعد از سه روز بیمار با حال عمومی خوب، فقدان درد شکم و با تحمل خوراکی، با تجویز خوراکی پردنیزولون با دوز ۴ میلی گرم سه بار در روز و قرص خوراکی ویتامین D و پنتاپرازول خوراکی مرخص گردید.

دو هفته بعد، بیمار که تحت درمان با کورتیکواستروئید بود با تب و درد شکمی منتشر به درمانگاه روماتولوژی مراجعه کرد. بیمار در بخش روماتولوژی بستری گردید. برای بیمار درخواست CT آنژیوگرافی آئورت شکمی و آزمایش خون داده شد. در عکسبرداری انجام گرفته پنوموپریتونئو مختصر در اطراف کبد، افزایش ضخامت جدار در لوب‌های روده باریک با ارجحیت در ژژونوم، اتساع در کادر معده و دئودنوم، وجود مایع آزاد در شکم و لگن و کانون‌های قابل مشاهده از ریه، پلورال افیوژن دو طرفه همراه کلاپس کانسالیدیشن ریه زیرین مشهود بود. در بررسی پاراکلینیک، افزایش فاکتورهای التهابی (CRP=41/3، ESR1h=21) و کاهش سطح هموگلوبین (Hb=6/6) وجود داشت. بیمار با توجه به درد منتشر شکم که در معاینه تندرینس و ریاند داشت کاندید جراحی شد. در جراحی، داخل شکم ترشحات فراوان گوارشی، چسبندگی و افزایش ضخامت لوب‌های روده باریک وجود داشت. در بررسی در ۶۰ سانتی متری دریچه ایلئوسکال، یک پروراسیون وسیع در ایلئوم وجود داشت. سرتاسر لوب‌های روده باریک و کولون، ترشحات فیبرینی وجود داشت. پشت کبد و طحال و لگن و پاراکولیک

را داشت. درد شکمی همراه با تهوع، استفراغ یا خونریزی گوارشی در ۵۱٪ تا ۷۴٪ بیماران دیده می‌شود. درد شکمی در این بیماران معمولاً لوکالیزه و در اطراف ناف است که با خوردن بدتر می‌شود (۸). بیمار ما مبتلا به درد شکمی منتشر و خونریزی گوارشی بود. تظاهرات گوارشی بیماری هنوخ شوئن لاین در کودکان بیشتر توصیف می‌شوند و گزارشات اشاره بر این دارند که بالغین به ندرت نیاز به مداخله جراحی دارند (۷). بیمار ما نیازمند مداخله جراحی شد.

اگر چه کورتیکواستروئید به عنوان یک عامل خطر برای سوراخ شدگی و خونریزی گوارشی شناخته شده است، اما تجویز کورتیکواستروئید در طول دوره فاز حاد بیماری هنوخ شوئن لاین به بهبود درد شدید شکمی و آرتراالژی کمک می‌کند. در بیمار ما درمان با کورتیکواستروئید چهار هفته قبل از بروز پرفوراسیون آغاز گردید. این احتمال وجود دارد که درمان با کورتیکواستروئید در بروز سوراخ شدگی نقش داشته باشد اما بعید به نظر می‌رسد که نقش اصلی را در بروز پرفوراسیون داشته باشد. به نظر می‌رسد که بخشی از آن قابل انتساب به روند واسکولیت بیماری باشد. این گزارش اهمیت مد نظر قرار دادن واسکولیت‌های ایسکمیک همانند هنوخ شوئن لاین را در بالغینی که با درد شکمی حاد و علائم و نشانه‌های پیشگویی کننده مراجعه می‌کنند نشان می‌دهد، زیرا ممکن است روندی از این بیماری باشد. بنابراین مداخله جراحی زود هنگام به منظور کاهش مرگ و میر و عوارض توصیه می‌شود.

راست و چپ نیز آلوده به ترشحات گوارشی و فیبری بود. بنابراین شستشوی وسیع حفره شکم همراه با حذف فیبرین‌های روی لوب‌های روده انجام گرفت. دو قسمت از روده باریک دسروزه شده و ترمیم گردید. قسمتی از انتوم نیز که آلوده به ترشحات گوارشی بود حذف شد و سپس قسمت پرفوره حذف و آناستوموز end to end با نخ سیلک ۰-۳ و با سوچوره‌های intrupped و در دو لایه زده شد، دیفکت مورو ترمیم گردید. پس از پایان جراحی و پایداری علائم حیاتی بیمار تحویل ریکاوری داده شد.

بحث

بیماری هنوخ شوئن لاین می‌تواند در هر سنی رخ دهد با این حال این بیماری معمولاً یک بیماری دوران کودکی است. بخش اعظم بیماران کمتر از ده سال سن دارند و داده‌های اپیدمیولوژیکی کمی وابسته به سنین جوانی و بزرگسالی است (۵). بیمار ما در زمان تشخیص بیماری ۴۰ ساله بود. در مواردی که بیماری هنوخ شوئن لاین در سنین بزرگسالی بروز می‌کند، بیماری شدید بوده و می‌تواند با مشکلات جدی‌تر مرتبط با درگیری دستگاه گوارشی همراه باشد (۶). در بیمار ما نیز درگیری گوارشی به صورت یک پرفوراسیون وسیع در ایلئوم در ۶۰ سانتی متری در یچه ایلئوسکال رخ داده بود. ۵۷٪ تا ۶۹٪ بیماران با تشخیص هنوخ شوئن لاین، از ابتدا پورپورای قابل لمس دارند در حالی که صد در صد بیماران مبتلا در سیر بیماری دچار پورپورا می‌شوند (۷). بیمار ما در موقع بستری علائم پوستی هنوخ شوئن لاین

References

1. Moradinejad M, Ziaee V, Marashi SM, Nasri Nasrabadi Z. Evaluation of clinical signs in follow up of patients with Henoch Schoenpour's purpura. *Med J Mashhad*. 2014;57(7):829-34.
2. Ahadi A, Mirsarahimi M, Roshani M. A case report of Henoch Schweinline patient with *Entamoeba histolytica*. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2009;9(2):107-10.
3. Oshikata C, Tsurikisawa N, Takigawa M, Omori T, Sugano S, Tsuburai T, et al. An adult patient with Henoch-Schönlein purpura and non-occlusive mesenteric ischemia. *BMC Res Notes*. 2013;6(26):1-6.
4. Kawasaki Y, Ono A, Ohara S, Suzuki Y, Suyama K, Suzuki J, et al. Henoch-Schonlein purpura nephritis in childhood: prognostic factors and treatment. *Fukushima J med sci*. 2013;59(1):15-26.
5. Locke TE, Stewart D, Patal K, Takou A. Small bowel ischaemia and perforation as a complication of Henoch-Schonlein purpura in a previously healthy adult. *J Surg Case Reports*. 2012;4(9):1-4.
6. Oshikata C, Tsurikisawa N, Takigawa M, Omori T, Sugano S, Tsuburai T, et al. An adult patient with Henoch-Schonlein purpura and non-occlusive mesenteric ischemia. *BMC Res Notes*. 2013;6(26):1-6.
7. Saulbury FT. Henoch-Schonlein purpu in Children: Report of 100 Patients and Review of the Literature. *Medicine (Baltimore)*. 1999;78(6):395-409.
8. Trapan Is, Micheli A, Francesca G, Resti M, Chiappini E, Falcini F, et al. Henoch Schonlein Purpura in Childhood: Epidemiological and Clinical Analysis of 150 Cases Over a 5-year Period and Review of Literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2005;35:143-53.

Original Article

Extensive Perforation of Ileum In a Adult with Henoch Schweinline Purpura

Received: 09/06/2020 - Accepted: 05/08/2022

Alireza Rezapanah¹
Alireza Ghanbari^{2*}

¹ Assistant Professor of General Surgery,
Surgical oncology research center faculty
of medicine, Mashhad University of
Medical Sciences,

² Resident of general surgery Imamreza
Hospital Mashhad university of medical
sciences

Email: Ghanbaria971@mums.ac.ir

Abstract

Introduction: Henoch Schoenline (HSP) purpura is a type of inflammation that results in blockage of small blood vessels (1) with skin and systemic complications (2). It is the most common vasculitis in children under the age of 10, with the highest prevalence in boys. The disease is characterized by a leukocytoclastic vasculitis involving small vessels, along with evidence of immune complexes including Iga (3). Unlike other systemic vasculitis, the disease is usually self-limiting, with four clinical symptoms including kidney involvement, abdominal pain, arthritis or joint pain, and palpable perforation without coagulation disorder or a decrease in platelet count. It leads to blockage of small blood vessels, which is often seen in children. The onset of the disease in adulthood is uncommon and is associated with more severe clinical syndrome and worse outcomes. We present a case of extensive perforation in the ileum in a 40-year-old man with vasculitis and treated with corticosteroids who have been operated on with a diffuse abdominal pain with a tendon and rebound on examination.

Key words: Henoch Schoenline, Vasculitis, Ileum

Acknowledgement: There is no conflict of interest.