

گزارش موردی سندرم شیهان همراه با پان سیتوپنی

علی حسین صمدی*^۱، منوچهر ایران پرور^۲، اکبر مختارپور^۳، فاطمه سیفی اصل^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۲

چکیده

سندرم شیهان به کم‌کاری هیپوفیز پس از زایمان به علت نکروز هیپوفیز گفته می‌شود که در جریان هیپوتانسیون شدید یا شوک ثانوی به خونریزی شدید پس از زایمان اتفاق می‌افتد. اختلالات خونی مثل آنمی نرموکروم می‌تواند با سندرم شیهان همراهی داشته باشد، اما پان سیتوپنی به‌ندرت دیده می‌شود. بیمار خانم ۳۰ ساله با شکایت ضعف و بی‌حالی، آمنوره و تست‌های کارکرد هیپوفیز مختل بود که در آزمایشات، پان سیتوپنی گزارش شده بود. همیشه باید پزشکان به فکر نارسایی هیپوفیز به‌عنوان علت پان سیتوپنی باشند. سندرم شیهان به‌عنوان یک علت قابل‌درمان پان سیتوپنی مطرح می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: سندرم شیهان، پان سیتوپنی، هیپوفیز

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره ششم، ص ۳۸۳-۳۸۱، شهریور ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: اردبیل، جام جم، روبروی قدس ۴، پلاک ۱۵۳، تلفن: ۰۴۵-۳۳۵۲۲۲۴۷

Email: dr.ah.samadi@gmial.com

مقدمه

آمنوره و آنمی شده است که تحت درمان دارویی و تزریق خون قرار گرفته است. بیمار همیشه از ضعف جنرالیزه و خستگی و بی‌حالی شاکی بوده است. در معاینات بالینی، معاینه پستان نرمال بوده، ولی آرئول پستان دپیگمانته بود. موی ناحیه زیر بغل و پوبیس وجود نداشت.

در بیوپسی مغز استخوان، هیپوسلولر بوده و تعداد سلول‌های خون‌ساز کمتر از ۲۰ درصد گزارش شده و تعداد مگاکاریوسیت‌ها به‌شدت کاهش یافته بوده و نمونه بیوپسی پر از چربی گزارش گردید. برای رد کردن نارسایی اولیه هیپوفیز، برای بیمار تست‌های کارکرد هیپوفیز درخواست شد که مختل گزارش گردید (LH: mlu/ml ۱/۴ Free TSH; ۳/۸FSH; ۳/۳PRL: μg/l; ۱/۸T₄: μlu/ml و کورتیزول ۸ صبح: ۵/۸۱μg/dl).

برای بیمار MRI هیپوفیز انجام شد که زین ترکی خالی را نشان داد. با توجه به آزمایشات، برای بیمار سندرم شیهان به همراه پان سیتوپنی مطرح گردید و بیمار تحت درمان با ۱۰۰ میکروگرم قرص لوتیروکسین، قرص پردنیزولون با دوز ۷،۵ میلی‌گرم، قرص استروژن کونژوگه ۰/۶۲۵ و قرص مدروکسی پروژسترون ۱۰ میلی‌گرم قرار

سندرم شیهان به کم‌کاری هیپوفیز پس از زایمان به علت نکروز هیپوفیز گفته می‌شود که در جریان هیپوتانسیون شدید یا شوک ثانوی به خونریزی شدید پس از زایمان اتفاق می‌افتد. اختلالات خونی مثل آنمی نرموکروم می‌تواند با سندرم شیهان، همراهی داشته باشد. اما پان سیتوپنی به‌ندرت دیده می‌شود.

معرفی مورد و یافته‌ها

بیمار خانم ۳۰ ساله با شکایت ضعف و بی‌حالی به همراه تهوع و استفراغ از چند روز پیش به درمانگاه غدد بیمارستان امام خمینی اردبیل مراجعه کرده بود. در بدو ورود بیمار رنگ‌پریده بوده، برای بیمار فشارخون پایین (۹۰/۶۵) اندازه‌گیری شد. در آزمایشات اولیه، هیپوناترمی (سدیم: ۱۲۸ میلی‌مول/لیتر) و پان سیتوپنی گزارش گردید (پلاکت: ۱۱۵۰۰۰/میکرو لیتر; WBC: ۳۶۰۰/میکرو لیتر; Hb: ۱۰،۳; MCV gr/dl: ۸۲; MCH fl: ۲۸ pg).

در شرح‌حال بیمار مشخص شد که در دومین زایمان (۴ سال پیش)، خونریزی شدید واژینال داشته است. پس از زایمان دچار

^۱ متخصص داخلی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار، فوق تخصص غدد، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۳ استادیار، متخصص پوست، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

مشخص نمی‌باشد ولی می‌تواند به علت اثرات متابولیک هورمون‌های هیپوفیز قدامی بر خون‌سازی باشد، به‌طوری‌که کمبود هورمون‌های هیپوفیز قدامی می‌تواند باعث آپلازی مغز استخوان شود (۳). درمان با هورمون لوتیروکسین و کورتن باعث بهبود خون‌سازی شده و در بیمار ذکر شده هم بعد از شش هفته، آزمایش هماتولوژیک بیمار بهبود پیدا کرده بود.

پان سیتوپنی (نوتروفیل زیر ۱۵۰۰ در میکرو لیتر، هموگلوبین زیر ۱۰ گرم بر دسی لیتر و پلاکت زیر ۱۰۰۰۰۰ در میکرو لیتر) تظاهر نادر اختلالات هورمونی می‌باشد. در این بیمار علل دیگر پان سیتوپنی از جمله میلو دیسپلازی، آنمی مگالوبلاستیک، لوسمی حاد و علل عفونی و دارویی بررسی شده و کنار گذاشته شد. پزشکان باید همیشه در موارد پان سیتوپنی، نارسایی هیپوفیز را مدنظر داشته و آزمایشات هورمونی درخواست کنند. یک جایگزینی ساده با هورمون‌های تیروئیدی و کورتیزول، باعث بهبود پان سیتوپنی شده و بنابراین هماتولوژیست‌ها باید در زنان دچار پان سیتوپنی، به فکر سندرم شیهان باشند.

گرفت. بعد از شش هفته پیگیری بیمار، آزمایشات خونی بیمار نرمال گردید (Hb: ۱۲/۵ gr/dl; WBC: ۵۶۰۰/میکرو لیتر و پلاکت: ۱۵۶۰۰۰/میکرو لیتر).

بحث و نتیجه‌گیری

تشخیص سندرم شیهان بر اساس شرح‌حال و معاینه فیزیکی و تست‌های هورمونی مطرح می‌شود. اختلالات الکترولیتی در سندرم شیهان، شایع است که شایع‌ترین آن‌ها، هیپوناترمی می‌باشد (۶۹-۳۳ درصد موارد)(۱). علت اصلی هیپوناترمی، کمبود کورتیزول و هیپوتیروئیدی و کاهش حجم مایعات بدن می‌باشد. مشکلات خونی در سندرم شیهان کمتر توجه شده و شایع‌ترین اختلال خونی، آنمی می‌باشد که در نارسایی هیپوفیز دیده می‌شود. آنمی می‌تواند به علت هیپوتیروئیدی، نارسایی آدرنال و کمبود هورمون‌های گنادی ایجاد شود(۲).

در این بیماران، سطوح پایین اریتروپوئین گزارش شده است که از وجود آنمی در سندرم شیهان حمایت می‌کند. باین‌حال پان سیتوپنی در سندرم شیهان، بسیار نادر می‌باشد. علت پان سیتوپنی

References:

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 2015. P. 2257-8.
2. Gokmen Akoz A, Atmaca H, Ustundag Y, Ozdamar SO. An unusual case of pancytopenia associated

with Sheehan's syndrome. Ann Hematol 2007;86(4):307-8.

3. Gokalp D, Tuzcu A, Bahceci M, Arıkan S, Bahceci S, Pasa S. Sheehan's syndrome as a rare cause of anaemia secondary to hypopituitarism. Ann Hematol 2009;88(5):405-10.

SHEEHAN'S SYNDROME WITH PANCYTOPENIA

*Ali Hossein Samadi^{*1}, Manouchehr Iranparvar², Akbar Mokhtarpour³, Fateme Seifi Asl⁴*

Received: 21 Apr, 2017; Accepted: 27 Jun, 2017

Abstract

Background & Aims: Sheehan's syndrome is defined as anterior pituitary dysfunction due to postpartum ischemic necrosis of the pituitary gland after massive bleeding. Hematologic abnormalities such as normochromic anemia have been reported in these patients. However, pancytopenia is rarely observed. Case presentation: We describe the case of a 30-year-old woman with generalized weakness, pallor skin, amenorrhea and abnormal pituitary gland tests. The laboratory tests showed pancytopenia that was completely reserved after adequate hormone replacement.

Conclusion: Clinicians should consider the possibility of hypopituitarism as a cause of pancytopenia. Sheehan's syndrome is a treatable etiology of pancytopenia for women.

Keywords: Sheehan's syndrome, Pancytopenia, dysfunction

Address: Internal Medicine Specialist, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Tel: +989144527101

Email: dr.ah.samadi@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2017; 28(6): 383 ISSN: 1027-3727

¹ Internal Medicine Specialist, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Internal Medicine Department, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

³ Assistant Professor, Dermatology Department, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ General Practitioner, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran