

معرفی يك مورد سندرم شیهان

دکتر فرهنگ زارع * دکتر ایرج اسعدی * دکتر سعید ثابتی * دکتر داریوش سیاوشی *

مورد اول

خانم م - الف ۲۸ ساله P: 1 - G: 1 بعلت آمنوره ۱۲ ساله همراه با درد پای چپ و ناحیه کشاله ران به درمانگاه مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم مراجعه کرده در بیمارستان بستری میگردد .

بیمار اظهار میدارد که ۱۲ سال پیش و بعد از اولین و تنها زایمانش ، دچار خونریزی شدید می شود که متعاقب آن رگل ماهیانه بیمار متوقف میگردد و اکنون علاوه بر بند آمدن کامل قاعدگی دچار لاغری پیشرونده همراه با از بین رفتن تدریجی موهای ناحیه زیر بغل و ناحیه تناسلی نیز شده است . همچنین پستانهای بیمار آتروفیه شده و میل جنسی نیز کاهش یافته است . در امتحان عمومی بیمار زن نسبتاً رنگ پریده و لاغر با روحیه خوب که بظاهر از هیچ ناراحتی حادی رنج نمیرد .

از نظر امتحان فیزیکی بیمار در امتحان سروگردن نکته غیرعادی وجود ندارد . حرکات کره چشم و رفلکس به نور ، ته چشم و دید هر دو چشم طبیعی است . از نظر گوش و گلو و بینی نکته غیرطبیعی مشاهده نشد و تیروئید بیمار طبیعی است . قلب و ریه طبیعی ، فشار خون $\frac{95}{60}$ نبض ۸۰ در دقیقه ، تعداد تنفس ۱۶ در دقیقه در امتحان شکم و لمس احشاء نکته غیرطبیعی وجود ندارد ، کبد و طحال بزرگ نیست . در امتحان اندامها جز لاغری نکته مرضی به چشم نمیخورد . از نظر عضلانی يك هیپورفلکسی و هیپوتونی کلی وجود دارد .

در امتحان دستگاه تناسلی : ولوواژن طبیعی ولی موهای ناحیه تناسلی بمقدار زیاد از بین رفته است مخاط ولوواژن آتروفیه و نسبتاً کم رنگ است . بن بست های اطراف گردن رحم تقریباً از بین رفته و هیچگونه اثری از اروزیون یا زخم یا تومور بجز آتروفی کلی در گردن رحم مشاهده نشد . در معاینه دودستی اندازه رحم کوچکتر

سندرم شیهان شایع ترین علت کمبود ترشح غده هیپوفیز در نزد زن بالغ است . منظور از این کمبود که بنام هیپوپیتوئیتریسم نامیده میشود کم شدن ترشح يك یا چند تا از عوامل مترشحه غده هیپوفیز است . این کمبود ممکن است بصورت خفیف یا شدید تظاهر نماید . در این موارد عمل گنادوتروپیک غده قبل از سایر اعمال آن دچار کمبود شده و بنابراین هیپوگنادیسم اولین تظاهر کم شدن ترشح غده هیپوفیز میباشد . بعد از گنادوترپین ها به ترتیب عوامل تروپیک تیروئید و غده فوق کلیوی دچار اختلال میگردد . در موارد خفیف هیپوپیتوئیتریسم فقط یکی از عوامل تروپیک ممکن است از بین برود .

در زن بالغ همانطوری که اشاره شد شایع ترین علت هیپوپیتوئیتریسم نکره بعد از زایمان غده هیپوفیز میباشد که بنام سندرم شیهان شناخته شده است . در حالات مشخص و واضح سندرم شیهان عوارض هیپوپیتوئیتریسم و کمبود هورمونهای تروپیک در زمان کوتاهی بوجود آمده و منجر به حالتی میشود که به آسانی قابل تشخیص خواهد بود ولی در موارد غیر واضح و کمبودهای نسبی هورمونهای مترشحه هیپوفیز تشخیص این سندرم مشکل و بایستی در این موارد از تمام کمکهای لابراتواری موجود استفاده نمود . برای تشخیص زودرس و بموقع لازم است هر بیماری که متعاقب زایمان حتی خونریزی متوسطی همراه با شوک زودگذر داشته باشد برای مدت طولانی حتی چند سال تحت نظر بوده و در صورت پیدایش کوچکترین علامت آزمایشات لازم تشخیصی انجام گیرد .

اینک ذیلا شرح حال دو بیماری را که هر دو با علائم ظاهری و کلینیکی سندرم شیهان به مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم مراجعه کرده اند همراه با نتایج آزمایشات انجام شده و بالاخره تشخیص نهائی هر یک گزارش میگردد :

* بخش زنان وزایمان مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم .

بাহمکاری دکتر هوشنگ نصر سرپرست سابق انستیتو تحقیقاتی تولیدمثل وعضو گروه داخلی - مرکز پزشکی لقمان الدوله .

کیلوگرم نسبت به هنگام پذیرش در بیمارستان افزایش یافته بود. فشار خون $\frac{110}{70}$ حال بیمار رضایت بخش و خوب بود. ۵ روز قبل از این مراجعه برای اولین بار متعاقب شروع هورمون تراپی دوره‌ای Cyclic therapy رگل شده است که در معاینه هنوز به مقدار کم ادامه داشت. دستورات داروئی قبلی برای بیمار تکرار گردید ضمناً بیمار از چند روز قبل دچار تبخال اطراف لب شده بود که جهت درمان مقتضی به درمانگاه پوست بیمارستان فرستاده شد. دومین مراجعه پیگیری بیمار به درمانگاه در تاریخ ۳۰/۵/۳۰ انجام گرفت هرپس بیمار کاملاً بهبود یافته بود، حال عمومی بیمار خوب، وزن بیمار ۴۵ کیلوگرم فشار خون $\frac{110}{80}$ دستورات داروئی تکرار گردید.

مورد دوم

خانم ف - ع ۳۰ ساله 3-G : 3-p بعثت ضعف

شدید، آمنوره، لاغری مفرط درد ناحیه بالای پوییس، عدم توانائی در ادرار کردن در مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم بستری گردید.

بنا به اظهار بیمار آخرین زایمانش که سه سال قبل در بیمارستان انجام گرفته زایمان مشکلی بوده و ده روز بعد از زایمان دچار خونریزی شدید میگردد که ترانسفوزیون ۶ شیشه خون را ایجاب میکند. بیمار همچنین اظهار میدارد که بعد از زایمان قاعدگی اش منظم بوده تا ۸ ماه قبل از بستری شدن که دچار آمنوره میگردد در این مدت اشتهايش را از دست داده و کم کم لاغر میشود (۱۵ کیلوگرم). ناراحتی ادراری بیمار بصورت عدم توانائی تخلیه کامل مثانه بتدریج شروع شده واز یکماه ونیم قبل شدید میشود بطوری که بیمار مجبور میشود با استفاده از عضلات شکم و زور زدن بکمک فشار با دست مثانه خود را تخلیه کند.

از پانزده روز قبل دچار پیوری شده که چرك بیشتر در ابتدای شروع ادرار است. از دو روز قبل دچار هماتوری گردیده که چندبار تکرار شده است ولی در حال حاضر هماتوری ندارد همچنین بیمار از شب ادراری شکایت دارد.

در امتحان عمومی بیماری است ضعیف، لاغر با چشم‌های گود افتاده پستانهای کوچک، عضلات آتروفیه دوهای زیر بغل و پوییس کمتر از طبیعی است و در امتحان سروگردن نکته غیرطبیعی وجود ندارد. تیروئید بیمار طبیعی است در امتحان سینه پستانها آتروفیه شده، قلب و ریه طبیعی فشار خون $\frac{110}{80}$ نبض ۹۰ در دقیقه تنفس ۱۸ در دقیقه.

در امتحان شکم نرم، کبد و طحال بزرگ نیست. در قسمت هیپوگاستر تومور دردناک و نامنظمی قابل لمس بود

از طبیعی رتروورسه با تحرك طبیعی در ضمائم رحم نکته غیرطبیعی لمس نشد. امتحان لگنی دردناک نبود. با توجه به سابقه و طرز شروع بیماری و امتحانات فوق بیمار با تشخیص کلینیکی سندرم شیهان بستری شد و آزمایشات لازم جهت تائید تشخیص بشرح زیر انجام گردید:

هموگلوبین $11/2$ گرم درصد، هماتوکریت ۳۲ درصد، تعداد گلبولهای سفید خون ۶۵۰۰ با فرمول طبیعی از نظر وجود قند و آلومین منفی، اولین سدیمانتاسیون بیمار در موقع پذیرش ۱۲۰ میلیمتر و ده روز بعد ۴۸ میلیمتر در ساعت اول، قند خون ۷۹ میلیگرم در صد میلی لیتر خون، اوره خون ۳۲ میلیگرم درصد، اسیداوریک $8/7$ میلیگرم درصد، کلسترول ۱۹۵ میلیگرم درصد، سدیم خون ۱۳۳ میلی‌اکی‌والان در لیتر، پتاسیم $4/1$ میلی‌اکی‌والان در لیتر، عیار آنتی استرپتولیزین ۲۵۰ واحد تاد، میزان T_4 $1/4$ میکروگرم در 100 میلی‌لیتر خون.

در رادیوگرافی جمجمه از روبرو و نیمرخ تغییرات استخوانی و ساختمانی دیده نمیشود و اندازه زین ترکی طبیعی است. در معاینه چشم امتحان ته چشم و میدان بینائی طبیعی است.

در امتحان رادیوگرافی لگن مفاصل ساکروایلیاک و کوکسوفورال دو طرف تغییرات پاتولوژیک دیده نمیشود. در رادیوگرافی قلب و ریتین قلب بزرگ نیست و وضعیت دیافراگم طبیعی و سینوسهای جنبی آزادند. اندازه‌گیری هورمونهای LH & FSH بعد از تزریق 100 میلی‌گرم (LH Releasing Factor) LRH نتایج زیر را نشان داده است:

LH	زمان بر حسب دقیقه	FSH
۱	۰	۱
$1/8$	۳۰	۱
۱	۶۰	۱
$7/95$	۹۰	$5/9$
$11/6$	۱۲۰	$7/9$

با توجه به نتایج فوق چون میزان FSH, LH بعد از تزریق LRF بکندی بالا رفته، نشان میدهد که غده هیپوفیز به دلیلی صدمه خورده است که مؤید تشخیص سندرم شیهان میباشد. با تشخیص سندرم شیهان بیمار تحت درمان‌های هورمونی قرار گرفت و با بهبودی نسبی مرخص گردید تا بطور سرپائی در درمانگاه تحت پی‌گیری قرار گیرد.

این بیمار در تاریخ ۱۲/۵/۳۰ دو هفته پس از خروج از بیمارستان جهت پیگیری به درمانگاه مراجعه نمود. در امتحان بیمار، وزن ۴۵ کیلوگرم که مقدار دو

ضایعه دیگر موجود نیست. امتحان ته چشم و میدان بینائی طبیعی است. در امتحان سیستوسکوپی ظرفیت مثانه حدود ۴۰۰ سانتیمتر مکعب، مخاط مثانه بشدت قرمز و ملتهب محل ورود حالبها به مثانه طبیعی، نشانه‌ای از تومور در مثانه دیده نشد. امتحان تعیین میزان FSH, LH خون پس از تزریق ۱۰۰ میلی LRF بترتیب زیر گزارش گردید:

LH	زمان بر حسب دقیقه	FSH
۳/۳	*	۷/۲
۱۴/۹	۳۰	۱۲/۵
۲۶/۲	۶۰	۱۴
۳۸/۲	۹۰	۱۶
۴۱/۵	۱۲۰	۱۶/۴

که این نحوه جواب هیپوفیز به تزریق LRF در حدود طبیعی است و نشان میدهد که ضایعه‌ای وجود ندارد. بیمار با تشخیص نهائی دیابت با همکاری بخش داخلی تحت درمان قرار گرفت و با کنترل طبیعی شدن قند خون حال عمومی بیمار روبه بهبودی گذاشت. عفونت ادراری بیمار بوسیله آنتی‌بیوتیک‌های اختصاصی و پس از کشت و تعیین حساسیت درمان و با بهبودی از بیمارستان مرخص گردید.

خلاصه

دو مورد بیمار با علائم ظاهری و کلینیکی سندرم شیهان در این بیمارستان تحت بررسی و مطالعه قرار گرفتند. در مورد اول تشخیص سندرم شیهان با آزمایشات لابراتواری تأیید و بیمار تحت درمان جانشینی هورمونی قرار گرفت که حال بیمار خوب است. در مورد دوم با وجود علائم کلینیکی آزمایشات اختصاصی سندرم شیهان را تأیید نکرد و علائم بیماری ناشی از یک دیابت پیشرفته شناخته شد که بیمار تحت درمان طبی اختصاصی قرار گرفت و با بهبودی مرخص گردید.

که حد فوقانی این تومور در حدود ناف مشخص میشد که بعد از گذاشتن سوند ادراری ۳ لیتر ادرار خون‌آلود تخلیه و تومور ذکر شده در بالا بکلی محو گردید. در معاینه ژنیتال، دستگاه تناسلی خارجی نسبتاً آتروفیه، مخاط ولوواژن رنگ پریده، در معاینه با اسپکولوم، گردن رحم تمیز با پوشش طبیعی در معاینه لگنی که بسیار دردناک بود جسم رحم به اندازه طبیعی با قوام و تحریک طبیعی کمی تمایل بطرف چپ. در امتحان ضمائم رحم طرف چپ آزاد ولی در طرف راست آدنکس رحم نسبتاً ضخیم و دردناک بود.

باتوجه به علائم فوق و سابقه بیماری تشخیص سندرم شیهان باضافه یک عفونت مثانه داده شد و برای تشخیص قطعی آزمایشات زیر انجام گردید:

هموگلوبین ۱۵ گرم درصد، هماتوکریت ۴۵ درصد تعداد گلبولهای سفید ۱۰۰۰۰+، مقدار قند خون ناشتا ۳۰۰ میلی‌گرم درصد، اوره خون ۱۶ میلی‌گرم درصد، میزان ۱۷ کتواستروئید ادرار ۲۴ ساعته ۸/۹ میلی‌گرم، میزان T_4 ۳/۸ میکروگرم درصد در آزمایش ادرار میزان قند خون ۱۶ گرم و آل‌بومین ۱۷۵ میلی‌گرم، مقدار کراتینین خون ۱۷۰ میلی‌گرم در لیتر، میزان کراتینین ادرار ۲۴ ساعته ۲۷۵ میلی‌گرم. نتیجه کشت ادرار شمارش کولونی بیش از صد هزار نشان داده است و عامل میکروبی نسبت به آمپی سیلین حساس شناخته شد.

سدیم خون ۱۵۰ میلی‌اکی والان، پتاسیم ۴/۶ میلی‌اکی والان، در رادیوگرافی قلب و ریه نکته غیر طبیعی دیده نشد. در امتحان پیلوگرافی داخل وریدی (IVP) کالیسهای دوطرف مختصر اتساع نشان داده شده و پس از اتمام اوزوگرافی و ادرار کردن مقدار زیادی رتانسیون وجود داشت.

رادیوگرافی ساده شکم طبیعی، در رادیوگرافی جمجمه زین ترکی طبیعی، رادیوگرافی معده و اثنی عشر طبیعی، در رادیوگرافی کولون جز مختصری دولیکوکولون

SUMMARY

Two cases of post-partum amenorrhea with other clinical signs of Sheehan syndrom was studied at the Loghmandoleh Medical Center, National University of Iran.

Clinical diagnosis was confirmed by appropriate laboratory work — up in the first case and the patient was placed on the conventional end organ hormon substitutional therapy (Thyroid - Gonad - Adrenal) and was discharged in good condition. She has been seen twice at our follow — up clinic since her discharge

from the hospital in satisfactory condition.

In the second case despite presenting clinical signs of Sheehan syndrom pituitary response pattern to hypithalamic releasing factors (L.R.F.) was show to be within normal limits and so did not confirm the clinical diagnosis.

Clinical manifestation in the second case was thought to be due to an advanced and uncontrolled diabetes mellitus which was placed under appropriate treatment and left the hospital in good condition.