

# Dziecko z asplenią w praktyce lekarza pierwszego kontaktu

## Asplenic child in a family phisician's practice

Marta Mierzejewska<sup>1</sup>,  
Ninela Irga<sup>1</sup>,  
Elżbieta Drożyńska<sup>1</sup>,  
Piotr Czauderna<sup>2</sup>,  
Mariusz Sroka<sup>2</sup>,  
Katarzyna Żak-Jasińska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Jarosz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Pediatrii, Hematologii,  
Onkologii i Endokrynologii  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii i Urologii  
Dzieci i Młodzieży  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

### STRESZCZENIE

Przedstawiono rolę lekarza pierwszego kontaktu jako niezwykle istotnego ogniwa w realizacji programu kompleksowej opieki nad dzieckiem z asplenią. Opisano postępowanie, które obejmuje realizację profilaktyki przeciwniekcyjnej w postaci szczepień ochronnych oraz długotrwałej antybiotykoterapii, postępowanie w nadpłytkowości po splenektomii oraz szeroko rozumianą edukację pacjenta i jego rodziny. W pracy zamieszczono przykłady pięciu sytuacji klinicznych, z jakimi może spotkać się lekarz pierwszego kontaktu mający pod swoją opieką dziecko bez śledziony: stosowanie profilaktyki antybiotykowej, leczenie posocznicy, postępowanie w przypadku pogryzienia przez psa i w przypadku nadpłytkowości po splenektomii.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 5, 415–421

słowa kluczowe: asplenia, splenektomia, profilaktyka, edukacja, szczepienia, nadpłytkowość

### ABSTRACT

An article shows a major role of a family physician in an asplenic patients' care. The family doctor should be a part of a team taking care of patients without a spleen. The approach to comprehensive care for asplenic children containing anti-infectious prophylaxis: vaccination, long-term antibiotics and patient and family education is suggested. We report five clinical issues: antibiotic prophylaxis, sepsis, bite-incident by a dog and thrombocytaemia after splenectomy.

Family Medicine Forum 2009, vol. 3, nr 5, 415–421

key words: asplenia, splenectomy, prophylaxis, education, vaccination, thrombocytosis

Śledziona pełni w organizmie ludzkim istotną rolę, będąc częścią układu immunologicznego. Zaburzenie funkcji tego narządu jest przyczyną dysfunkcji w pierwotnej i wtórnej odpowiedzi immuno-

logicznej. Śledziona stanowi w ustroju człowieka pierwszą linię obrony przed drobnoustrojami, które są zabijane w mechanizmie odpowiedzi komórkowej — pochłaniane przez makrofagi, a następnie fagocytowane

### Adres do korespondencji:

lek. Marta Mierzejewska  
Klinika Pediatrii, Hematologii,  
Onkologii i Endokrynologii GUMed  
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk  
tel.: (058) 349–28–80  
faks: (058) 349–28–63  
e-mail: hemonkp@amg.gda.pl



**Asplenia jest terminem określającym wrodzony lub nabyty brak śledziony bądź ustanie jej funkcji**

z udziałem składników dopełniacza o działaniu opsonizującym [1]. Śledziona produkuje większość składników układu komplementu [2].

Asplenia jest terminem określającym wrodzony lub nabyty brak śledziony bądź ustanie jej funkcji, na przykład na skutek lokalnej radioterapii. W asplenie funkcjonalnej (hiposplenii) śledziona istnieje w ciele człowieka w anatomicznym tego słowa znaczeniu, ale dochodzi do utraty jej funkcji. Taka sytuacja ma miejsce w niektórych chorobach hematologicznych, do których należą: niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, choroby limfoproliferacyjne (np. chłoniaki), schorzenia o podłożu autoimmunologicznym (toczeń układowy, zespół Sjögrena, choroba Gravesa) lub też inne przewlekłe choroby: jelit (celiakia, wrzodziejące zapalenie jelita grubego) czy nerek. Zaburzenia metaboliczne, przewlekła steroidoterapia, stosowanie całkowitego żywienia pozajelitowego oraz przeszczepienie komórek krwiotwórczych mogą również stać się powodem rozwoju czynnościowej aspleniei [3, 4].

Od dawna znane są konsekwencje usunięcia śledziony. Pierwsza planowa splenektomia u pacjenta ze sferocytozą wrodzoną została przeprowadzona w 1910 roku przez Sutherlanda i Brugharda [5], a już w 1929 roku O'Donnel przedstawił pierwszy opis zakażenia u pacjenta po usunięciu śledziony [4].

Ryzyko wystąpienia zakażeń zagrażających życiu u tych chorych sprawia, że obecnie decyzja o splenektomii jest głęboko przemyślana i podejmowana tylko w określonych stanach chorobowych, kiedy inne metody leczenia zawiodą. O momencie usunięcia śledziony decyduje też wiek chorego — za graniczny uważa się 5. rok życia, bowiem największe ryzyko zgonu po splenektomii udokumentowane jest w grupie dzieci, które nie ukończyły jeszcze 2 lat [6–8].

Do przewlekłych chorób układu krwiotwórczego, które mogą stać się wskazaniem do splenektomii u chorego, należą: wrodzo-

ne stany hemolityczne (sferocytoza wrodzona), przewlekła małopłytkowość steroidooporna, niedokrwistość autoimmunohemolityczna oraz hipersplenizm — niezależnie od przyczyny pierwotnej, a także w wybranych przypadkach przygotowanie chorych do planowej transplantacji komórek krwiotwórczych. Najczęstszą przyczyną splenektomii ze wskazań chirurgicznych jest pęknięcie śledziony, zarówno na skutek urazu, jak i samoistne. Śledzionę usuwa się też w przypadku stwierdzenia w niej guzów, torbieli lub anomalii naczyń śledzionowych, a także potrzeby zapewnienia dostępu chirurgicznego do górnej okolicy jamy brzusznej oraz w splenomegalii powodującej znaczny ucisk na sąsiednie narządy z towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi.

Głównym problemem u pacjentów po splenektomii jest wzmożone ryzyko powikłań infekcyjnych. Częstość wystąpienia zagrażających życiu zakażeń (OPSI, *overwhelming postsplenectomy infection*) po usunięciu śledziony wynosi 0,23–0,42% rocznie, a łącznie — około 5% w ciągu życia chorego [9]. W prawie 30% przypadków do zakażenia dochodzi w ciągu pierwszego roku od usunięcia śledziony — połowę zakażeń obserwuje się w okresie pierwszych dwóch lat po dokonaniu zabiegu [3]. Mimo że częstość zakażeń jest najwyższa w pierwszych latach po splenektomii, ryzyko poważnych epizodów infekcyjnych utrzymuje się nawet do 20 lat po zabiegu [3]. Stopień ryzyka wystąpienia zagrażających życiu zakażeń u pacjentów asplenicznych różnicuje się w zależności od przyczyn braku śledziony. Jest ono najwyższe po splenektomii z powodu talasemii i choroby Hodgkina, pośrednie po zabiegu usunięcia organu w przebiegu sferocytozy wrodzonej i samoistnej przewlekłej małopłytkowości. Najrzadziej do OPSI dochodzi u tych z asplenią pourazową [4]. Śmiertelność z powodu OPSI u pacjentów po splenektomii urazowej i wtórnej do hemoglobinopatii jest odpowiednio 50- i 350-krotnie

wyższa w stosunku do zdrowych osób [8]. Należy pamiętać, że poważne zakażenia u pacjentów bez śledziona są rzadkim zjawiskiem, ale każde opóźnienie w podjęciu odpowiedniej terapii przeciwniektymicznej może spowodować zgon takiego chorego.

Najważniejszymi patogenami odpowiedzialnymi za ciężkie zakażenia u pacjentów z asplenią, którzy klinicznie demonstrują obraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy o przebiegu piorunującym, są bakterie otoczkowe: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* typu B, *Neisseria meningitidis*. Rzadziej przyczyną infekcji mogą być zakażenia wywołane innymi paciorkowcami, gronkowcem złocistym, *Escherichia coli* czy innymi bakteriami G(-), takimi jak: *Salmonella spp.*, *Klebsiella spp.* czy *Pseudomonas aeruginosa* [10]. Na uwagę zasługuje także zwiększone ryzyko zakażenia wywołanego przez bakterię *Capnocytophaga canimorsus*, do którego może dojść po ugryzieniu przez psa lub kota [11]. Szacuje się, że około 35% przypadków posocznicy wywołanej przez wspomnianą bakterię współwystępuje z asplenią [4]. Do antybiotyków obejmujących spektrum swojego działania przeciwbakteryjnego gatunki *Capnocytophaga* należą: penicyliny, chinolony, klindamycyna oraz erytromycyna. W rutynowej profilaktyce po ugryzieniu przez psa stosuje się amoksycylinę z kwasem klawulanowym [11].

Lekarz opiekujący się dzieckiem bez śledziona powinien znać zasady kompleksowej opieki nad pacjentem z asplenią. W opiece tej powinno się uwzględnić następujące elementy: szeroko pojętą edukację oraz profilaktykę przeciwniektymiczną. Należy zdawać sobie sprawę, że każde, nawet banalne zakażenie, może stanowić dla takiego dziecka zagrożenie życia. Z tego powodu w przypadku każdej infekcji, zwłaszcza przebiegającej z gorączką, należy niezwłocznie włączyć antybiotykoterapię obejmującą spektrum swojego działania bakterie otoczkowe (np. penicyliny półsyntetyczne). Brak poprawy kli-

nicznej po włączeniu antybiotyku jest bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji pacjenta. Wdrożenie antybiotykoterapii jest również bezwzględnie konieczne po ugryzieniu przez psa lub kota.

W określonych przypadkach klinicznych, szczególnie u dzieci poniżej 5. roku życia i przez 2 pierwsze lata po splenektomii, podejmuje się decyzję o wdrożeniu profilaktycznej długotrwałej antybiotykoterapii. Niektórzy autorzy zalecają kontynuowanie profilaktyki u dzieci przez pięć lat od zabiegu, a nawet utrzymanie jej do ukończenia przez pacjenta 21. roku życia [4, 6]. W profilaktyce zakażeń znajdują zastosowanie takie antybiotyki, jak penicylina lub amoksycyлина, ale także preparaty o poszerzonym spektrum — amoksycyлина z kwasem klawulanowym, trimetoprim — sulfametoksazol czy cefuroksym [12].

Kolejnym ogniwem w systemie opieki nad dziećmi z asplenią jest immunoprofilaktyka w postaci szczepień ochronnych. Należy pamiętać, że w tej grupie chorych nie ma przeciwwskazań do szczepień według obowiązującego kalendarza, zarówno żywymi, atenuowanymi, jak i inaktywowanymi szczepionkami. Ponadto dzieci bez śledziona powinny otrzymać dodatkowe szczepienia przeciwko bakteriom otoczkowym: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* typu B i *Neisseria meningitidis* oraz corocznie, w sezonie jesiennym, przeciwko grypie, w celu ograniczenia częstości występowania wtórnych nadkażeń bakteryjnych występujących po infekcji wirusowej [3]. W przypadku planowanej splenektomii immunizację należy wdrożyć przynajmniej 2 tygodnie przed zabiegiem w celu uzyskania zadowalającej odpowiedzi immunologicznej. W przypadku operacji usunięcia śledziona wykonywanych w sposób nagły, z przyczyn życiowych, uodpornienie powinno być wdrożone tak szybko, jak to możliwe, najpóźniej przed wypisaniem pacjenta z oddziału chirurgicznego [4].



**Ryzyko wystąpienia zakażeń zagrażających życiu u tych chorych sprawia, że obecnie decyzja o splenektomii jest głęboko przemyślana i podejmowana tylko w określonych stanach chorobowych, kiedy inne metody leczenia zawiodą**



**W przypadku planowanej splenektomii immunizację należy wdrożyć przynajmniej 2 tygodnie przed zabiegiem w celu uzyskania zadowalającej odpowiedzi immunologicznej**

Problemem hematologicznym stwierdzonym u pacjentów po usunięciu śledziony jest nadpłytkowość, którą obserwuje się już w pierwszych kontrolnych badaniach morfologii krwi obwodowej wykonywanych rutynowo tydzień po zabiegu. Ma ona zazwyczaj charakter przemijający i nie wymaga postępowania terapeutycznego [13]. Niemniej jednak u części pacjentów liczba płytek krwi przekracza  $1000 \times 10^9/l$ . Przy tak znacznej nadpłytkowości należy rozważyć włączenie leków antyagregacyjnych (np. kwasu acetylosalicylowego lub klopidogrelu) [14]. U niektórych pacjentów liczba płytek przekraczająca górne granice normy utrzymuje się nawet do kilku lat po splenektomii.

Należy propagować wiedzę na temat zagrożeń wynikających z braku śledziony zarówno wśród pacjentów, jak i ich rodzin. Każde dziecko bez śledziony oraz jego rodzice powinni otrzymać przystępne informacje o korzyściach płynących z wdrożenia szczepień ochronnych czy długotrwałej antybiotykoterapii oraz o ryzyku wystąpienia infekcji bakteryjnych o ciężkim przebiegu.

W większości przypadków ciężar poinformowania pacjentów o zagrożeniach wynikających z braku śledziony spoczywa na lekarzach poradni specjalistycznych — hematologicznej i immunologicznej oraz personelu lekarskim oddziałów chirurgicznych. Szczególnie istotne są informacje i wdrożenie odpowiedniej profilaktyki w przypadku dzieci, u których do usunięcia śledziony doszło w trybie nagłym z powodu urazu tego narządu. Jeśli po opieką lekarza rodzinnego znajduje się pacjent po splenektomii pourazowej nieobjęty opieką specjalisty, należy niezwłocznie skontaktować się z odpowiednim ośrodkiem i w porozumieniu z nim wdrożyć właściwe postępowanie chroniące dziecko przed zagrażającymi życiu powikłaniami infekcyjnymi.

Nadzór specjalistów z dziedziny hematologii, immunologii i chirurgii nad prawidłowo-

ścią postępowania w okresie okołoperacyjnym — splenektomii wraz z edukacją pacjentów nie zwalnia lekarza rodzinnego od odpowiedzialności za weryfikację tych działań i utrwalenie wiedzy dzieci i ich opiekunów na temat aspleniei. Wielokrotnie to lekarz pierwszego kontaktu kontynuuje działania profilaktyczne, realizuje szczepienia i rewakynację przeciw bakteriom otoczkowym, jak również nadzoruje stosowanie długotrwałej antybiotykoterapii, ustala dawki leków oraz decyduje o podaży leków antyagregacyjnych w przypadku nadpłytkowości po splenektomii.

W Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii GUMed został opracowany schemat opieki nad dziećmi bez śledziony zawierający program edukacji pacjentów i ich rodziców. Został on stworzony na podstawie ankiety oceniającej stan wiedzy dzieci z asplenią i ich opiekunów na temat istoty schorzenia.

Poniżej zaprezentowano 5 przykładowych sytuacji z praktyki klinicznej autorów pracy, które potwierdzają, jak istotną rolę w opiece nad pacjentem bez śledziony pełni lekarz rodzinny.

### PRZYPADEK 1

Dwunastoletnia pacjentka po zabiegu usunięcia śledziony w kwietniu 2005 roku z powodu sferocytozy wrodzonej została przyjęta do kliniki 10 miesięcy po zabiegu w celu kolejnej planowej kontroli. Matka dziewczynki zgłosiła wówczas występowanie nawracających zakażeń dróg oddechowych u dziewczynki; kilkakrotnie przebyła ona anginę. W badaniu przedmiotowym uwidocznił się znacznie powiększone migdałki podniebienne oraz limfadenopatię szyjną. Po konsultacji laryngologicznej stwierdzono przerost migdałka gardłowego oraz przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych. Dziecko zostało zakwalifikowane do zabiegu tonsilektomii oraz adenotomii. Do czasu wykonania zabiegu laryngologicznego włączono



**Jeśli po opieką lekarza rodzinnego znajduje się pacjent po splenektomii pourazowej nieobjęty opieką specjalisty, należy niezwłocznie skontaktować się z odpowiednim ośrodkiem**

w ramach profilaktycznej antybiotykoterapii amoksycylinę, którą odstawiono po usunięciu migdałków. W czasie 2,5-letniej obserwacji dziecka w Poradni Immunologicznej nie stwierdzono zakażeń układu oddechowego wymagających zastosowania antybiotyku.

## **PRZYPADK 2**

Czterotygodniowe niemowlę płci żeńskiej z asplenią wrodzoną oraz wrodzoną złożoną wadą serca, wstępnie zakwalifikowane do operacyjnej korekcji wady, zostało skierowane do Poradni Immunologicznej dla Dzieci przez kardiologa. Wdrożono u dziecka rozszerzony kalendarz szczepień z uwzględnieniem szczepionek zalecanych u pacjentów z asplenią oraz długotrwałą profilaktyczną antybiotykoterapię z zastosowaniem amoksycyliny. W czasie półtorarocznej obserwacji dziecka w Poradni Immunologicznej nie obserwowano infekcji o ciężkim przebiegu klinicznym.

## **KOMENTARZE DO PRZYPADKÓW 1 I 2**

Profilaktyczna antybiotykoterapia po splenektomii stosowana jest tylko w wybranych sytuacjach klinicznych. Decyzję o wdrożeniu takiego sposobu postępowania lekarz podejmuje na podstawie danych klinicznych, ze szczególnym uwzględnieniem: wieku pacjenta, czasu od usunięcia śledziony, częstości oraz stopnia nasilenia infekcji.

W pierwszym przypadku decyzja podjęta była występowaniem częstych incydentów zakażeń z wysoką gorączką w przebiegu przewlekłego stanu zapalnego migdałków podniebiennych. Antybiotykoterapię stosowano do czasu tonsillektomii będącej przyczyną nawracających infekcji.

W drugim przypadku wzięto pod uwagę młody wiek pacjentki, możliwość występowania częstych infekcji dróg oddechowych w przebiegu wady serca oraz zwiększone ryzyko uogólnionego zakażenia w okresie oko-

łoperacyjnym w przypadku planowanej interwencji kardiochirurgicznej.

Podczas stosowania długotrwałej antybiotykoterapii niezbędna jest dobra współpraca lekarza immunologa z lekarzem pierwszego kontaktu, który opiekuje się dzieckiem w miejscu zamieszkania. O ewentualnej modyfikacji dawki w zależności od masy ciała i zastosowaniu innego rodzaju antybiotyku w przypadku złej tolerancji leku powinien decydować lekarz rodzinny.

## **PRZYPADK 3**

Czteroletni chłopiec po usunięciu śledziony przed 6 tygodniami z powodu małopłytkowości przewlekłej został przyjęty do kliniki po pogryzieniu przez psa. Pacjent otrzymywał w tym okresie amoksycylinę z powodu infekcji układu oddechowego. U chłopca stwierdzono rany kłusane głowy, ramienia i okolicy podłopatkowej prawej niewymagające zaopatrzenia chirurgicznego. Rany zdezynfekowano, założono jałowy opatrunek oraz utrzymano antybiotykoterapię włączoną przed tygodniem na kolejne 7 dni. Matka została poinstruowana o konieczności kontrolnej wizyty u pediatry po tygodniu oraz natychmiastowego kontaktu z lekarzem rodzinnym w przypadku jakichkolwiek niepokojących objawów, zwłaszcza gorączki.

## **KOMENTARZ DO PRZYPADKU 3**

Za niezwykle cenną należy uznać czujność matki, która zgłosiła się do lekarza mimo braku poważnych obrażeń wynikających z pogryzienia przez zwierzę. Decyzja ta wynikała z jej wiedzy na temat ryzyka wystąpienia uogólnionego zakażenia wywołanego przez *Capnocytophaga canimorsus*, nawet w przypadku ran powierzchownych. Informacje te zostały jej przekazane przez lekarza Przyklinicznej Poradni Immunologicznej, który w ośrodku autorów niniejszej prasy odpowiada za edukację pacjentów zakwalifikowanych do splenektomii i ich rodziców.



**Podczas stosowania długotrwałej antybiotykoterapii niezbędna jest dobra współpraca lekarza immunologa z lekarzem pierwszego kontaktu, który opiekuje się dzieckiem w miejscu zamieszkania**



**Pacjenci bez śledziona  
muszą otrzymać  
antybiotykoterapię  
w pierwszej dobie  
gorączki  
źle reagującej na leki  
przeciwgorączkowe, przy  
podejrzeniu infekcji  
o etiologii bakteryjnej**

#### **PRZYPADEK 4**

Siedmioletni chłopiec był operowany z powodu zmiany w lewej przestrzeni zaotrzewnowej. W czasie zabiegu usunięcia części trzustki budzącej niepokój onkologiczny uszkodzone zostały nietypowo przebiegające naczynia śledzionowe, co spowodowało konieczność splenektomii. Wykluczono rozrost nowotworowy. Po zabiegu pacjent został skierowany pod opiekę Poradni Immunologicznej dla Dzieci, w której zalecono szczepienia przeciwko bakteriom otoczkowym oraz profilaktyczną antybiotykoterapię (amoksycylinę) przez 6 miesięcy od zabiegu. Po 11 miesiącach od usunięcia śledziona chłopiec zgłosił się do Pediatrycznego Oddziału Dziennego GUMed z powodu złego samopoczucia oraz utrzymującej się od 4 dni gorączki do 40°C. Pacjent na zlecenie lekarza pierwszego kontaktu otrzymywał od 4 dni amoksycylinę z kwasem klawulanowym. Zgłosił się do szpitala z powodu braku poprawy klinicznej oraz utrzymującej się gorączki pomimo włączonej antybiotykoterapii. Przy przyjęciu stan ogólny chłopca był średni. Pacjent uporczywie gorączkował. W badaniu przedmiotowym zwracały uwagę powiększone węzły chłonne szyjne, pachowe oraz pachwinowe, a także znacznie powiększone migdałki podniebienne. W badaniach laboratoryjnych w morfologii krwi obwodowej stwierdzono znaczną leukocytozę (WBC 24,58 G/l) z rozmazem granulocytarnym i obecnymi ciałkami Howell-Jolly'ego oraz nadpłytkowością (liczba płytek krwi 744,2 G/l). Stężenie białka C-reaktywnego wynosiło 145,9 mg/l (przy normie laboratoryjnej do 5). Z podejrzeniem posocznicy pacjent został przekazany na Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Kliniki Pediatrii GUMed.

#### **KOMENTARZ DO PRZYPADKU 4**

U opisanego pacjenta ciężka uogólniona infekcja wystąpiła w niespełna rok od usunięcia śledziona. Powinno to utwierdzić le-

karzy opiekujących się pacjentami z asplenią w konieczności szczególnej czujności pediatrycznej w stosunku do pacjentów w okresie pierwszych 2 lat od usunięcia śledziona; bowiem w tym czasie ryzyko wystąpienia posocznicy jest najwyższe.

Pacjenci bez śledziona muszą otrzymać antybiotykoterapię w pierwszej dobie gorączki źle reagującej na leki przeciwgorączkowe, przy podejrzeniu infekcji o etiologii bakteryjnej. Jeśli stan ogólny pacjenta pogarsza się mimo stosowania doustnych antybiotyków działających również na bakterie otoczkowe (np. penicyliny półsyntetyczne), należy chorego niezwłocznie skierować do szpitala.

Istotny jest również fakt, że pacjent, któremu usunięto śledzionę w trybie pilnym, bez uprzedniego przygotowania otrzymał wyczerpujące informacje o ryzyku wystąpienia poważnych, zagrażających życiu infekcji oraz o konieczności opieki Poradni Immunologicznej dla Dzieci, gdzie wdrożone zostaną odpowiednie działania profilaktyczne.

#### **PRZYPADEK 5**

Jedenastoletnia pacjentka po splenektomii z powodu sferocytozy wrodzonej przed 3 tygodniami zgłosiła się na Pediatryczny Oddział Dzienny w celu rutynowej kontroli po zabiegu. Badanie pediatryczne dziecka nie wykazało odchylenia od normy. W badaniu morfologii krwi obwodowej stwierdzono nadpłytkowość (liczba płytek 1517 G/l). Przed zabiegiem liczba płytek była w granicach normy (353 G/l). Pacjentce zalecono wykonanie badania morfologii krwi obwodowej w miejscu zamieszkania i włączenie kwasu acetylosalicylowego w razie utrzymywania się tak znacznej nadpłytkowości. W badaniu kontrolnym liczba płytek obniżyła się do 751 G/l, ale podwyższone wartości liczby płytek utrzymywały się również w badaniach wykonywanych kolejno w 6, 12 i 18 miesięcy od usunięcia śledziona.

## KOMENTARZ DO PRZYPADKU 5

U pacjentki opisanej powyżej po usunięciu śledziony stwierdzono znaczną nadpłytkowość. Jest to zjawisko często obserwowane we wczesnym okresie po usunięciu śledziony, ale zwykle ustępujące w miarę upływu czasu. Leki antyagregacyjne wskazane są tylko w przypadku utrzymywania się znacznie podwyższonej wartości liczby płytek krwi. U dziewczynki liczba płytek obniżyła się poniżej 1000 G/l, ale i tak nawet 1,5 roku po splenektomii była podwyższona.

Uważa się, że to lekarz pierwszego kontaktu powinien być decydować o podaży le-

ków antyagregacyjnych w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta.

## PODSUMOWANIE

Mimo że pacjenci z asplenią stanowią stosunkowo nieliczną grupę chorych, znajomość problematyki klinicznej związanej z tym schorzeniem jest niezbędna lekarzowi pierwszego kontaktu. Jedynie bowiem ścisła współpraca pomiędzy lekarzami różnych specjalności (immunolog, hematolog, chirurg, lekarz rodzinny) może zapewnić dzieciom z asplenią optymalną opiekę i uchronić je przed zagrożeniami wynikającymi z braku śledziony.

## PIŚMIENNICTWO

1. de Montalembert M., Lenoir G. Antibiotic prevention of pneumococcal infections in asplenic hosts: admission of insufficiency. *Ann. Hematol.* 2004; 83: 18–21.
2. Jakóbisiak M. Morfologia układu limfatycznego. W: Jakóbisiak M. (red.). *Immunologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996; 57–65.
3. Castagnola E., Fioredda F. Prevention of life-threatening infections due to encapsulated bacteria in children with hyposplenia or asplenia: a brief review of current recommendations for practical purposes. *Eur. J. Haematol.* 2003; 71: 319–326.
4. Melles D.C., de Marie S. Prevention of infections in hyposplenic and asplenic patients: an update. *Neth. J. Med.* 2004; 62 (2): 45–52.
5. Basem W.M., Corazza G.R. Hyposplenism: a comprehensive review. Part I: Basic concepts and causes. *Hematology* 2007; 12 (1): 1–13.
6. Price V.E., Dutta S., Blanchette V.S. i wsp. Review. The prevention and treatment of bacterial infections in children with asplenia or hyposplenia: Practice considerations at the Hospital for Sick Children, Toronto. *Pediatr. Blood Cancer* 2006; 46: 597–603.
7. Hansen K., Singer D.B. Asplenic-hyposplenic overwhelming sepsis: posplenectomy sepsis revisited. *Pediatr. Dev. Pathol.* 2001; 4: 105–121.
8. Singer D.B. Postsplenectomy sepsis. *Perspect. Pediatr. Pathol.* 1973; 1: 285–311.
9. Davidson R.N., Wall R.A. Prevention and management of infections in patients without a spleen. *Clin. Microbiol. Infect.* 2001; 7: 657–660.
10. Bernatowska E., Pietrucha B., Skopczyńska H., Pac M., Nowacka K. Obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne we wtórnych niedoborach odporności. *Pediatrics Polska* 1997; LXXII: 7.
11. Deprés-Brummer P., Buijs J., van Engelenburg K.C.A. *Capnocytophaga canimorsus* sepsis presenting as an acute abdomen in an asplenic patient. *Net. J. Med.* 2001; 59: 213–217.
12. Brigden M.L. Detection, education and management of the asplenic or hyposplenic patient. *Am. Family Physician* 2001; 63 (3): 499–506.
13. Zawilska K. Skazy krwotoczne płytkowe. W: Janicki K. (red.). *Hematologia kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992; 521–522.
14. Provan D., Singer Ch., Baglin T., Lilleyman J. *Hematologia kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 279.