

Tętniak tętnicy śledzionowej u ciężarnej jako stan zagrożenia życia

Splenic artery aneurysms in pregnancy as a life threatening disorder

Koneczny Jarosław, Poziemski Paweł,
Florczak Marek, Nawrocka-Kunecka Agnieszka,

SP ZOZ Mińsk Mazowiecki

Streszczenie:

Obecność tętniaków tętnicy śledzionowej jest rzadkim stanem klinicznym, o niespecyficznym objawach występujących nagle i niespodziewanie, przez co trudnym w diagnozie i leczeniu.

W pracy opisano przypadek pękającego tętniaka tętnicy śledzionowej rozpoznanego u 27-letniej ciężarnej pacjentki w ciąży II, 24 tyg. Omówiono trudności diagnostyczno-lecznicze, niespecyficzne objawy kliniczne towarzyszące tej chorobie.

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na możliwość wystąpienia tego rzadkiego powikłania u pacjentek ciężarnych i konieczności niezwłocznej interwencji chirurgicznej, bez której pacjentka i jej płód obarczone są niemal 100% ryzykiem śmierci.

Słowa kluczowe: **tętnica śledzionowa / tętniak / pęknięcie tętniaka / ciąża /**

Abstract

Splenic artery aneurysms (SAA) is very rare and uncommon condition what makes it difficult in diagnosis and treatment. We report a rare case of 27-year old patient in 24th week of pregnancy with rupture of SAA.

This article reviews the etiology, clinical features, diagnosis of this potentially lethal condition. Although there is prompt treatment, rupture during pregnancy is associated with a very high maternal and fetal mortality rate.

The aim of the report is to draw attention of early diagnosis of this condition to achieve good materno-fetal outcome.

Key words: **splenic artery / aneurysm / rupture / pregnancy /**

Adres do korespondencji:

Jarosław Koneczny,
SP ZOZ
ul. Szpitalna 37
05-300 Mińsk Mazowiecki
Tel. (0-25) 758-30-01 do 05 w.121, fax (0-25) 759-16-66
e-mail: jaroslaw.koneczny@gmail.com

Otrzymano: **30.12.2009**
Zaakceptowano do druku: **03.04.2010**

Wstęp

Opis przypadku

Pacjentka lat 27 CII PII 19 tygodni przyjęta po raz pierwszy do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z powodu niecharakterystycznych bólów nadbrzusza po stronie lewej, promieniujących do lewej kończyny dolnej.

W wywiadzie prawidłowa ciąża zakończona porodem drogami natury w 2002 r. urodziła CŹD 3300/52. Od około 3 lat diagnozowana i leczona z powodu podejrzenia przewlekłego zapalenia wątroby w przebiegu procesu autoimmunologicznego. W grudniu 2007 r. hospitalizowana w Szpitalu Zakaźnym celem diagnostyki w kierunku niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (NASH) – obserwacja negatywna. W wykonanym wówczas USG jamy brzusznej śledziona niepowiększona, bez zmian ogniskowych. Dotychczas bez dolegliwości bólowych.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzano podwyższone wartości transaminaz oraz parametrów gospodarki tłuszczowej. W lipcu 2008 r., tuż przed zajęciem w ciążę, podczas kontroli ambulatoryjnej, w badaniu USG wykryto tętniak tętnicy śledzionowej, we wnęce śledziony, o wielkości 18x16mm. Przepływ w pniu trzewnym i tętnicy śledzionowej prawidłowy. Początkowy odcinek tej tętnicy średnicy 6mm-prawidłowy, nie uwidoczono innych tętniakowatych poszerzeń naczyń trzewnych. Diagnostyki i leczenia nie dokończono, bo pacjentka w międzyczasie zaszła w ciążę.

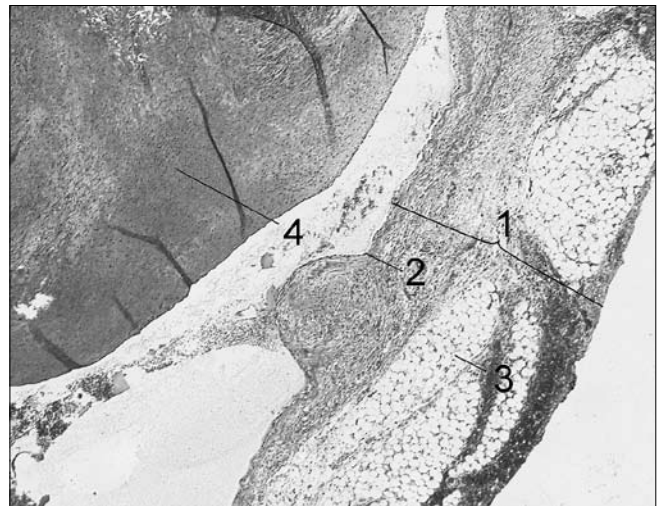
Do Oddziału Patologii ciąży pacjentka trafiła ok. 24 tygodnia ciąży z powodu nagłego bólu brzucha po stronie lewej, jak twierdziła związanego z wysiłkiem fizycznym. Do momentu zgłoszenia się do oddziału pacjentka czuła się dobrze, nie zgłaszała dolegliwości bólowych.

W trakcie pobytu wykonano podstawową diagnostykę, stwierdzając kolkę nerkową lewostronną. Dolegliwości bólowe ustąpiły po zastosowaniu leków rozkurczowych. W trakcie hospitalizacji wykonano szereg badań diagnostycznych stwierdzając w USG jamy brzusznej: „we wnęce śledziony naczynie o średnicy 30mm – tętniak bez cech skrzepliny. Przepływ w śledzionie zachowany”. Pozostałe narządy jamy brzusznej dostępne badaniem – prawidłowe. Nie stwierdzono obecności wolnego płynu w jamie brzusznej. Po konsultacji z chirurgiem naczyniowym i ze względu na niecharakterystyczną, ale żywą bolesność w lewym nadbrzuszu podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu operacyjnego w Oddziale Chirurgicznym. Operacja przebiegła bez powikłań. Śledzionę w całości usunięto i wysłano do badania histopatologicznego. Pacjentkę wypisano w trzeciej dobie po operacji, w stanie ogólnym dobrym, z ciążą żywą.

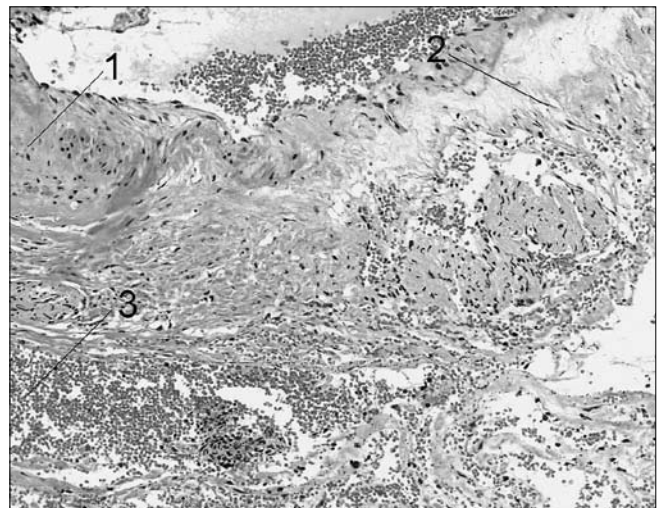
W raporcie histopatologicznym otrzymanym kilka dni później opisano pękający tętniak tętnicy śledzionowej. Okazało się, że ścianę tętniaka stanowiła częściowo tylko przydanka i tkanka tłuszczowa. Tętniak pękł o czym świadczą wylewy krwi w ścianie naczyń i przydancie.

Od czasu operacji dolegliwości bólowe całkowicie ustąpiły.

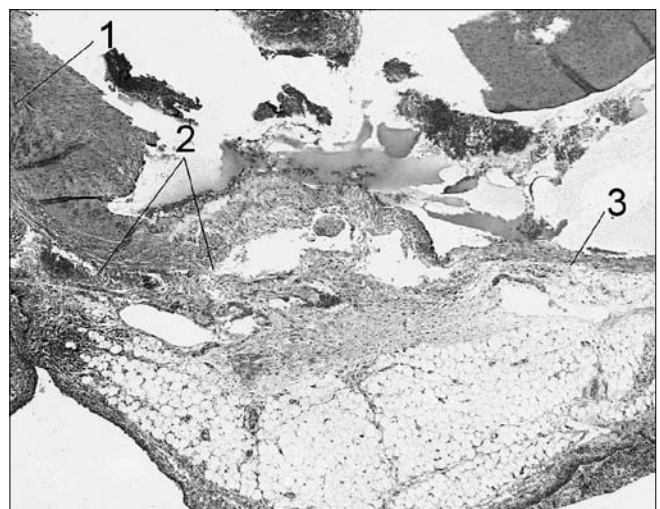
W 40 tygodniu ciąży pacjentka w stanie ogólnym dobrym przybyła do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, bez czynności skurczowej, z powodu odpływania czystego płynu owodniowego. Po kilku godzinach dzięki zastosowaniu stymulacji z wlewu z oksytocyny pacjentka urodziła drogami natury syna wagi 4050g długości 56cm. Przebieg porodu i położenia bez powikłań.



Rycina 1. 1 – Ściana tętniaka (brak mięśniówki tętnicy), 2 – śródbłonek, 3 – przydanka, 4 – prawidłowa ściana tętnicy.

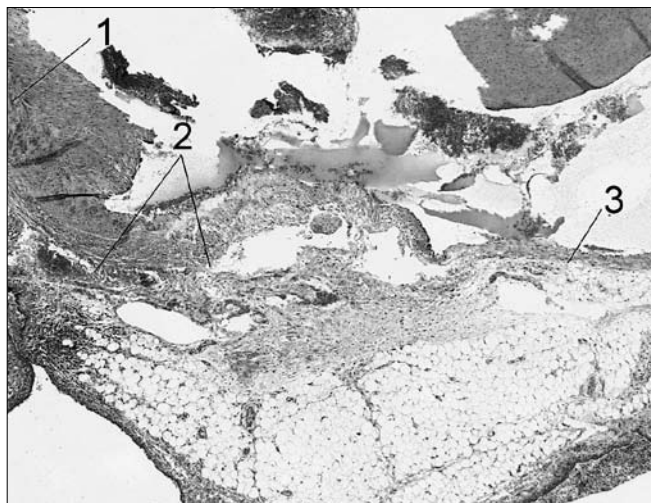


Rycina 2. 1 – prawidłowa ściana tętnicy, 2 – ściana tętnicy w miejscu tętniaka. Widoczne znaczne zmniejszenie grubości mięśniówki oraz wylewy krwi w ścianie, 3 – wylewy krwi w przydancie.



Rycina 3. 1 – prawidłowa ściana tętnicy, 2 – wylewy krwi w miejscu pęknięcia tętniaka, 3 – ściana tętniaka zredukowana do śródbłonki i przydanki.

Tętniak tętnicy śledzionowej u ciężarnej jako stan zagrożenia życia.



Rycina 4. 1 – Światło naczynia, 2 – śródbłonek, 3 – wąski pas tkanki łącznej, 4 – przydanka.

Dyskusja

Tętnica śledzionowa jest największym odgałęzieniem pnia trzewnego fizjologicznie o średnicy 7mm [1]. Tętniak tętnicy śledzionowej jest z kolei drugim co do częstości tętniakiem jamy brzusznej po tętniaku aorty i statystycznie stanowi 60% wszystkich tętniaków tętnic trzewnych [1]. U 50% chorych pierwszym objawem jest jego pęknięcie [2]. Choroba dotyczy czterokrotnie częściej kobiet niż mężczyzn, głównie w szóstej dekadzie życia, zwłaszcza jeśli były kilkakrotnie w ciąży [1, 3]. Ryzyko pęknięcia jest statystycznie niewielkie poza przypadkami u kobiet w ciąży [3]. Dane z piśmiennictwa wskazują, że zdecydowana większość pacjentów u których dochodzi do pęknięcia tętniaka tętnicy śledzionowej to w 78% ciężarne a zdecydowana większość z nich, 69% to kobiety w III trymestrze ciąży [4, 5, 6, 7, 8].

Co więcej choroba ta gdy wystąpi u ciężarnej obarczona jest dużym ryzykiem śmierci i wynosi u matki 75% i płodu 95%. [9, 10, 11] podczas gdy u mężczyzn i pozostałych kobiet śmiertelność nie przekracza 25% [1]. W związku z tak dużym ryzykiem i pomimo rzadkości występowania tego powikłania obecność tętniaka tętnicy śledzionowej u ciężarnej traktowane jest zawsze jako stan zagrożenia życia. W piśmiennictwie angielskim do 1999 r opisano 100 przypadków pęknięcia tętniaków tętnicy śledzionowej w ciąży przy czym tylko w 14 z nich przeżyła zarówno matka jak i płód [12]. Statystyka ta uświadamia nam z jak poważnym schorzeniem i stanem zagrożeniem życia mamy do czynienia. Wzbudza niepokój gdy ciężarna, szczególnie wieloródka, skarży się na bolesność w lewym nadbrzuszu.

Przyczyny występowania tętniaków tętnicy śledzionowej nie są znane. Z pewnością wiążą się z zaburzeniami architektury naczynia krwionośnego. Stwierdza się zmniejszenie ilości włókien elastycznych i komórek mięśni gładkich naczynia [13]. Sprzyja im również nadciśnienie wrotne, dziedziczne wady tkanki łącznej i naczyń, uraz naczynia, stany zapalne, czy degeneracyjne [4, 14, 15]. Występowanie i pęknięcie tętniaków u ciężarnych szczególnie wieloródek tłumaczy się zwiększoną odpowiedzią naczyń na obecność hormonów płciowych: estrogenów i progestagenów, które osłabiają ścianę naczynia. Nie bez znaczenia jest również zwiększony przepływ naczyniowy występujący fizjologicznie

w ciąży, który powoduje przeciążenie naczynia i uszkodzenie jego ściany [13, 15, 16, 17]

Tętniak tętnicy śledzionowej ujawnia się w jeden z trzech sposobów:

- 1) jako przypadkowe znalezisko podczas rutynowych badań obrazowych,
- 2) ból nadbrzusza o różnym nasileniu,
- 3) lub gdy pęknie co objawia się hipowolemią, wstrząsem, stanem zagrożenia życia.

Jedynie 5% pacjentek ma dolegliwości przed pęknięciem tętniaka [18, 19, 20]. Najczęściej jest to niecharakterystyczny ból, ostry, promieniujący do pleców pod łopatką. Mogą towarzyszyć nudności i wymioty. W 25% pęknięcie tętniaka przebiega dwuetapowo. Początkowo krwotok objawia się bólem, nudnościami, wymiotami, hipowolemią. Objawy te często przemijają co jest spowodowane wytworzeniem się skrzepów w okolicy otworu sieciowego tamponującego wypływ krwi. Po około 48h krwawienie powraca, nieleczone powoduje wstrząs hipowolemiczny, a w konsekwencji prowadzi do śmierci [7].

Prawidłowe rozpoznanie tętniaka tętnicy śledzionowej przysparza wiele problemów diagnostycznych. Jego symptomy mogą sugerować inne stany chorobowe: przedwczesne odklejenie łożyska, pęknięcie macicy, pęknięcie wrzodu żołądka, inne tętniaki tętnic trzewnych [10, 18, 21, 22]. Pomimo tych trudności szybka diagnostyka i wdrożenie leczenia chirurgicznego jest jedynym sposobem na wyleczenie i uratowanie pacjentce życia.

Wnioski

Celem przedstawionej pracy jest przypomnienie położnikom -klinikom możliwości wystąpienia rzadkiego stanu klinicznego jakim jest tętniak tętnicy śledzionowej. Choroby śledziony w ciąży lub jej dużych naczyń są niezwykle rzadkie. Częściej dolegliwości dotyczące śledziony związane są z urazem, niż pęknięciem tętniaka tętnicy śledzionowej [23].

U naszej pacjentki diagnoza pękającego tętniaka była ułatwiona dzięki rozpoznaniu wcześniej jego obecności jak i wystąpieniu objawów klinicznych. Dzięki szybkiemu wdrożeniu leczenia udało się uratować życie pacjentce i płodowi.

Przypominamy, że na podstawie dostępnego piśmiennictwa chirurdzy zalecają operowanie tętniaków gdy ich średnica przekracza 2cm, przy czym zaznaczają, że kryterium szerokości tętniaka nie dotyczy kobiet w wieku rozrodczym [1]. Ze względu na wysokie ryzyko pęknięcia w trakcie ciąży zaleca się operowanie wszystkich bezobjawowych tętniaków u kobiet będących w wieku koncepcyjnym i planujących ciążę [14, 17, 24, 25].

Z kolei ciężarne, u których stwierdzono tętniaka zaleca się usunięcie go w drugim trymestrze ciąży [1]. Jak się okazuje jest to jedyna droga ku ograniczeniu śmiertelności pacjentek w tym powikłaniu i jedyny sposób na uratowanie życia ciężarnej i płodu [26].

Piśmiennictwo

1. Szmidt J, Gruca Zb, Krawczyk M, [i wsp.]. Podstawy chirurgii – tom 1-2 – podręcznik dla specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Kraków: *Medycyna Praktyczna*. 2003, 961, 1026.
2. Noszczyk W. Chirurgia. Warszawa: *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*. 2005, t.1-2, 925.
3. Noszczyk W. Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Warszawa: *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*. 2007, t. 1-2, 732.

Koneczny J, et al.

4. Trastek V, Pairlero P, Bernatz P. Splenic artery aneurysms. *World J Surg.* 1985, 9, 378-383.
5. Hillemanns P, Knitza R, Müller-Höcker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol.* 1996, 174, 1665-1666.
6. Barrett J, Van Hooydonk J, Boehm F. Pregnancy-related rupture of arterial aneurysms. *Obstet Gynecol Surv.* 1982,37, 557-566.
7. O'Grady J, Day E, Toole A, [et al.]. Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy. A review and case report. *Obstet Gynecol.* 1977, 50, 627-630.
8. Brockman R. Aneurysm of splenic artery. *Br J Surg.* 1929-1930, 17, 692-693.
9. Shahabi S, Jani J, Masters L, [et al.]. Spontaneous rupture of a splenic artery aneurysm in pregnancy: report of two cases. *Acta Chir Belg.* 2000, 100, 231-233.
10. Caillouette J, Merchant E. Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy. Twelfth reported case with maternal and fetal survival. *Am J Obstet Gynecol.* 1993, 168, 1810-1811. [discussion 1811-3].
11. Hillemanns P, Knitza R, Müller-Höcker J. Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol.* 1996, 174, 1665-1666.
12. Fender G, Haslett E, Leary T, [et al.]. Management of splenic artery aneurysm rupture during trial of scar with epidural analgesia. *Am J Obstet Gynecol.* 1999, 180, 1038-1039.
13. Messina L, Shanley C. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am.* 1997, 77, 425-442.
14. Mattar S, Lumsden A. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am J Surg.* 1995, 169, 580-584.
15. Stanley J, Fry W. Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms. *Surgery.* 1974, 76, 898-909.
16. Hallett J. Splenic artery aneurysms. *Semin Vasc Surg.* 1995, 8, 321-326.
17. Collin J. Visceral arteries. In: Oxford textbook of surgery. Ed. Morris P, Wood C. Oxford: Oxford University Press, 2000.
18. Czekelius P, Deichert L, Gesenhues T, [et al.]. Rupture of an aneurysm of the splenic artery and pregnancy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1991, 38, 229-232.
19. de Vries J, Schattenkerk M, Malt R. Complications of splenic artery aneurysm other than intraperitoneal rupture. *Surgery.* 1982, 91, 200-204.
20. Lie M, Ertresvag K, Skjennald A. Rupture of splenic artery aneurysm into the pancreatic duct. *Acta Chir Scand.* 1990, 156, 411-413.
21. Herbeck M, Horbach T, Putzenlechner C, [et al.]. Ruptured splenic artery aneurysm during pregnancy: a rare case with both maternal and fetal survival. *Am J Obstet Gynecol.* 1999, 181, 763-764.
22. Lovsin B, Ravnkar J, Guzej Z. Splenic artery aneurysm. *Am J Obstet Gynecol.* 2000, 183, 781.
23. Krasnodębski J, Olearczyk-Nycz U. Przypadek opóźnionego pęknięcia śledziony u ciężarnej. *Ginekol Pol.* 1984, 55, 531-533.
24. Lang W, Strobel D, Beinder E, [et al.]. Surgery of a splenic aneurysm during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002, 102, 215-216.
25. Angelakis J, Bair W, Barone J, [et al.]. Splenic artery aneurysm rupture during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 1993, 48, 145-148.
26. De Perrot M, Bühler L, Deléaval J, [et al.]. Management of true aneurysms of the splenic artery. *Am J Surg.* 1998, 175, 466-468.

KOMUNIKAT

UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁÓDZIKLINIKA GINEKOLOGII
OPERACYJNEJ I ENDOSKOPOWEJ
ICZMP W ŁÓDZISEKCJA GINEKOLOGII OPERACYJNEJ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
GINEKOLOGICZNEGO

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁÓDZI

FUNDACJA NA RZECZ ROZWOJU
ŁÓDZKIEJ GINEKOLOGIIMają zaszczyt zaprosić na:
III Ogólnopolskie Sympozjum**ZAAWANSOWANE TECHNIKI OPERACYJNE
W GINEKOLOGII
- ZABURZENIA STATYKI NARZĄDÓW
MOCZOWO-PŁCIOWYCH U KOBIEC**ŁÓDŹ
24-26 czerwca 2010 r., ICZMP**Tematyka Sympozjum:**

- Przygotowanie pacjentki do operacji uroginekologicznej.
- Operacje pochwowe w zaburzonej statyce narządów moczowo-płciowych.
- Techniki laparoskopowe w zaburzonej statyce narządów moczowo-płciowych.
- Powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne - etiologia, leczenie, zapobieganie.
- „Gorące” problemy w uroginekologii.

W programie Sympozjum warsztaty operacyjne „live surgery”
- transmitowane z sal operacyjnych do sal wykładowych.Wykłady zaproszonych gości, spotkania towarzyskie. Uczestnicy Sympozjum otrzymają
certyfikaty potwierdzające udział oraz punkty edukacyjne za:

- udział w warsztatach operacyjnych – 4 pkt.
- udział w „live surgery” – 6 pkt.
- udział w części naukowej Sympozjum – 10 pkt.

Komitet Organizacyjny:Przewodniczący: Prof. dr hab. med. **Andrzej Malinowski****Zagraniczni wykładowcy i operatorzy:**

R. Botchorishvili – Clermont-Ferrand (Francja)

I. Gladczuk – Odessa (Ukraina)

M. Hefni – Benenden (Wielka Brytania)

J. Kociszewski – Hagen (Niemcy)

A. Popov – Moskwa (Rosja)

S. Smajda – Bruksela (Belgia)

P. von Theobald – Caen (Francja)

Zgłoszenie:Samodzielna Sekcja Kształcenia ICZMP w Łodzi
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289

Teresa Dębowska, tel./fax++4842 271 12 24

www.laparoskopia.org.pl

Adres Organizatora:

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi

93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289

tel./fax. (42) 271 14 75

e-mail: klinika@laparoskopia.org.pl