

PRACA KAZUISTYCZNA

Małgorzata Dymkowska¹, Agnieszka Kisała¹, Stanisław Rzucidło², Dariusz Burek¹

Rzadki przypadek pękniętego tętniaka tętnicy śledzionowej w 24-tygodniowej ciąży

¹Z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Miejskiego w Rzeszowie

²Z Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

W pracy przedstawiono przypadek 33-letniej pacjentki w 24-tygodniowej ciąży, u której wystąpiło samoistne pęknięcie tętniaka tętnicy śledzionowej. Opisano objawy kliniczne i proces diagnostyczno-terapeutyczny. Szybka interwencja chirurgiczna pozwoliła ustabilizować stan pacjentki i uratować jej życie, natomiast konsekwencją wstrząsu krwotocznego u matki było wewnątrzmaciczne obumarcie płodu.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, zespół zmęczenia, rozpoznanie, leczenie

Rare case of splenic artery aneurysm in 24 weeks pregnancy

The paper presents the case of a 33 year old, 24-week pregnant patient who experienced idiopathic rupture of the spleen artery aneurysm. Clinical symptoms and the diagnostic – therapeutic process have been described. A quick surgical intervention made it possible to stabilize the condition of the patient and to save her life. However, the hemorrhagic shock experienced by the mother caused intrauterine fetus necrosis

Key words: *spleen artery aneurysm, hemorrhagic shock, intrauterine fetus necrosis, CTG diagram, laparotomy, retroperitoneal hematoma*

WSTĘP

W pracy przedstawiono rzadki przypadek współistnienia 24-tygodniowej ciąży i pękniętego tętniaka tętnicy śledzionowej.

Do grup ryzyka występowania tętniaka tętnicy śledzionowej zaliczamy: wieloródki, osoby z nadciśnieniem wrotnym i kobiety w 6. dekadzie życia.

U kobiet tętniaki tętnicy śledzionowej występują cztery razy częściej. 25% tętniaków tętnicy śledzionowej pęka u kobiet w okresie ciąży.

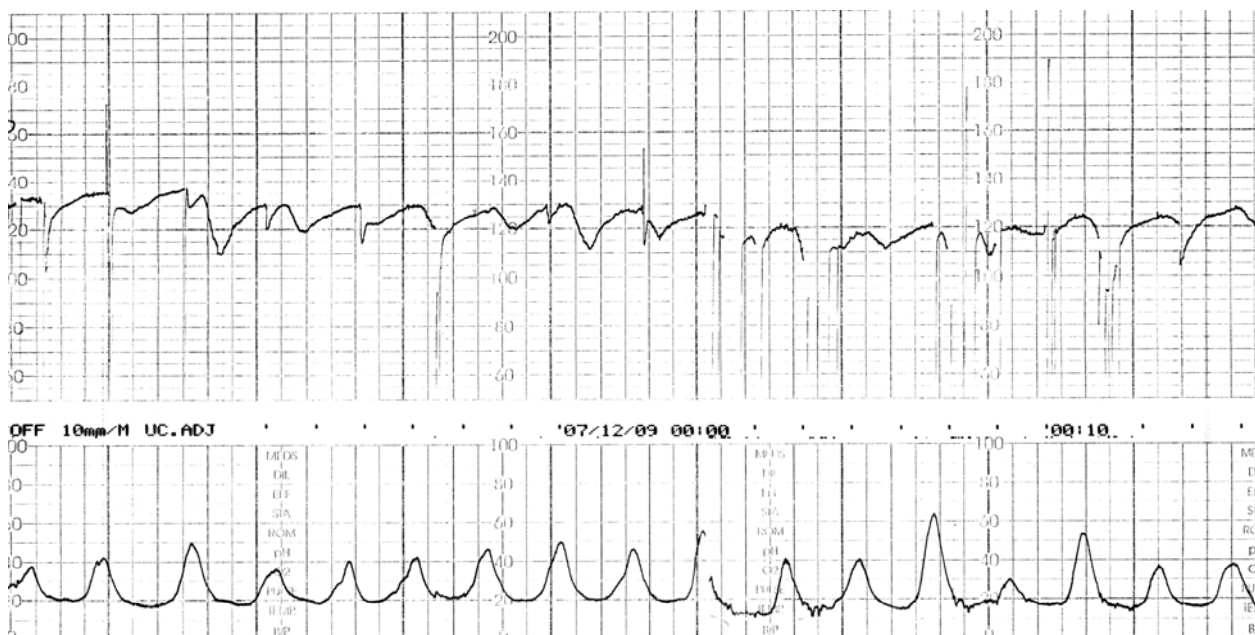
W trakcie ciąży mają wpływ czynniki, które znacznie zwiększają ryzyko pęknięcia tętniaka. Są to: zwiększony rzut serca, większa objętość krążącej krwi, ucisk ciężarnej macicy na naczynia w jamie brzusznej oraz zmiany hormonalne. Te fizjologiczne w czasie ciąży zmiany powodują: wzrost ciśnienia w tętnicy śledzionowej i zwiększoną podatność naczynia na rozciąganie. W związku z tym wieloródki, szczególnie w trze-

cim trymestrze ciąży, są narażone na ryzyko pęknięcia tętniaka.

OPIS PRZYPADKU

33-letnia pacjentka, w 24-tygodniowej ciąży, po jednym poronieniu, została przyjęta do Oddziału Patologii Ciąży z powodu silnych bólów nadbrzusza oraz objawów lewostronnej kolki nerkowej. W wywiadzie błąd dietetyczny i wymioty. Przy przyjęciu parametry życiowe: RR – 90/50 mmHg, tętno – 89ud/min, pacjentka biała, znacznie osłabiona, z drżeniem mięśniowym. Na Izbie Przyjęć nastąpiło omdlenie.

W Oddziale Patologii Ciąży poproszono o konsultację chirurgiczną. Badanie chirurgiczne: bolesność w nadbrzuszu lewym, dodatni objaw Goldflama po stronie lewej, brzuch miękki, bez objawów otrzewnowych i oporów patologicznych. Podano płyny, leki przeciwbólowe i rozkurczowe, pobrano krew i mocz do badania.



RYC. 1. Zdjęcie zapisu KTG

W badaniu położniczym: macica o podwyższonym napięciu podstawowym, część pochwowa uformowana, ujście zewnętrzne zamknięte. W trakcie badania USG płodu stwierdzono okresową bradykardię do 80ud/min, z podstawową częstością serca do 130ud/min. Z tego powodu podłączono zapis KTG, w którym wystąpiły liczne deceleracje typu zmiennego z oscylacją milczącą (zapis preagonalny).

W badaniach laboratoryjnych: Hb – 9,3 g/dl (trzy godziny wcześniej 11,1 g/dl), L – 30 000 tys/ul, PLT – 253 tys/ul, białko we krwi – 5 g/dl, AspAT – 20 IU/l, AlAT – 19 UI/l, mocznik – 19 mg/dl, kwas moczowy – 2,5 mg/dl, amylaza w surowicy – 43 UI/l, amylaza w moczu – 409 IU/l, elektrolity, CRP i układ krzepnięcia w normie.

Wobec narastających objawów niedotlenienia płodu i wstrząsu krwotocznego u matki, podejrzewając przedwczesne odklejenia łożyska zdecydowano o ukończeniu ciąży cięciem cesarskim.

W trakcie laparotomii stwierdzono dużą ilość krwi w jamie brzusznej nieznanego pochodzenia, w związku z czym poproszono o konsultację śródoperacyjną chirurga. Cięcie cesarskie wykonano bez powikłań, nie potwierdzono odklejenia łożyska, wydobyto płód bez oznak życia, wagi 750g, zaobserwowano całkowity brak krwi w pępowinie i łożysku – rozpoznano zgon wewnątrzmaciczny płodu.

Następnie zidentyfikowano przyczynę masywnego krwawienia – pęknięty tętniak tętnicy śledzionowej, który zaopatrzono wycinając zmie-

nioną workowato ścianę tętnicy i zeszyto naczynie, oszczędzając śledzionę. W trakcie laparotomii stwierdzono również duży krwiak zaotrzewnowy po stronie lewej, który prawdopodobnie dawał objawy kolki nerkowej w chwili przyjęcia na oddział.

Przebieg pooperacyjny powikłany ciężką anemią (pacjentce w trakcie operacji i w pierwszej dobie po zabiegu przetoczono 5j.KKCz) i krwiakiem okolicy wnęki śledziony o średnicy 75 mm (leczony zachowawczo). Wykonano kontrolne badanie angio-TK aorty brzusznej, w którym zmian o charakterze tętniaków nie stwierdzono.

Pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem stosowania heparyny drobnocząsteczkowej i leków krwiotwórczych.

OPIS ZAGADNIENIA

Tętniak jest nieprawidłowym poszerzeniem światła tętnicy, związanym z osłabieniem jej ściany. Powstaje zwykle w następstwie uszkodzenia ściany tętnicy przez zmiany miażdżycowe (95%) lub zmiany związane z nieprawidłowym kontrolowaniem nadciśnienia tętniczego. Tętniaki może również wywoływać: choroba tkanki łącznej (np. zespół Marfana), defekty genetyczne budowy ściany tętnicy, czynniki infekcyjne, zwyrodnieniowe lub urazy.

Tętniaki najczęściej występują w miejscu rozwidlenia tętnic, gdzie często mają miejsce defekty budowy ściany naczynia.

Rozróżniamy tętniaki: prawdziwe (rozszerzenie spowodowane jest ścięciem wszystkich

warstw ściany naczynia), rzekome i rozwarstwiające. Ze względu na ich kształt tętniaki można podzielić na: wrzecionowate (kiedy naczynie poszerzone jest na całym obwodzie) i workowate (kiedy „uwypuklenie” ściany jest asymetryczne).

Badanie USG umożliwia rozpoznanie tętniaka oraz określenie jego średnicy.

Tętniaki najczęściej umiejscawiają się w aorcie, w jej brzuszny odcinku powyżej lub w obrębie jej rozgałęzienia na tętnice biodrowe wspólne.

Tętniaki tętnic trzewnych rozwijają się skrycie i występują rzadko. Rozpoznaje się je dopiero po ich pęknięciu lub przypadkowo podczas angiografii. Najczęściej są to tętniaki tętnicy śledzionowej i tętnicy wątrobowej. Są zwykle workowate i powstają w następstwie degeneracji błony środkowej naczynia. W 7% przypadków dochodzi do pęknięcia tętniaka.

Tętniak tętnicy śledzionowej występuje z częstością mniejszą niż 1% i ma kliniczne znaczenie, gdy jego średnica jest większa niż 2 cm, wtedy znacznie wzrasta ryzyko jego pęknięcia. Występują one jednak częściej niż podaje literatura. Duży odsetek nie jest w ogóle wykrywany, ze względu na bezobjawowy przebieg (85%). Potwierdzają to badania sekcyjne, w których stwierdza się tętniaki tętnicy śledzionowej u ok. 10% populacji.

Przypadkowe diagnozy stawiane są w trakcie: badań RTG jamy brzusznej (widoczne są skalcyfikowane ogniska w lewym górnym kwadrancie jamy brzusznej), USG jamy brzusznej (zwapnienia w okolicy wnęki śledziony, poszerzenie tętnicy z typowym obrazem torbielowatej struktury) lub angiografii tętnic trzewnych (wykonywanej z innego powodu). W przypadku stwierdzenia takich zmian, należy wdrożyć dalszą diagnostykę różnicową.

Jeżeli mamy do czynienia z tętniakiem objawowym, pacjenci najczęściej zgłaszają dolegliwości bólowe w nadbrzuszu lewym w postaci tępego bólu. W badaniu fizykalnym osłuchowo można usłyszeć szmer w miejscu występowania tętniaka.

Pęknięcie tętniaka manifestuje się silnym bólem. Może być poprzedzone krwawieniem ostrzegawczym, po którym dochodzi do właściwego krwotoku do jamy otrzewnej z objawami wstrząsu hipowolemicznego. Pacjent wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej.

Postępowanie w przypadku pęknięcia tętniaka zależy od jego lokalizacji. Jeśli znajduje się daleko od pnia trzewnego, nie dochodzi do wnęki śledziony i nie kontaktuje się z trzustką, zalecane

jest wycięcie tętniaka i podwiązanie naczynia w odcinku proksymalnym i dystalnym. Jeśli tętniak znajduje się w okolicy wnęki śledziony, konieczna jest splenektomia, a nawet dystalna pancreatectomia (jeśli tętniak uciska trzustkę).

Śmiertelność w grupie nieciążarnych wynosi mniej niż 5% (dotyczy to również przypadków elektrywnych operacji usunięcia niepękniętego tętniaka). Śmiertelność rośnie, gdy tętniak pęknie i wynosi ponad 25%. Jeśli tętniak jest mniejszy niż 2 cm zalecana jest obserwacja i kontrola USG co 3 miesiące.

Śmiertelność w grupie ciężarnych, to śmiertelność zarówno matczyzna, jak i płodowa. Wynosi ona u kobiet 75%, natomiast u dziecka 95%. Tak duża śmiertelność jest wynikiem błędu diagnostycznego i zbyt późnej interwencji chirurgicznej. Dlatego jeśli u kobiety w wieku rozrodczym zostanie zdiagnozowany tętniak tętnicy śledzionowej większy niż 2 cm, należy go elektrywnie resektować. Jeśli zostanie rozpoznany tętniak w trakcie ciąży, zalecana jest jego resekcja w II trymestrze ciąży.

WNIOSKI

Tętniak jest bardzo niebezpiecznym schorzeniem. Niesie ze sobą nie tylko zagrożenie pęknięcia i masywnego krwotoku, ale wysoką śmiertelność. Obserwacja tętniaka pozwala odpowiednio zaplanować termin i rodzaj operacji. Jeśli stan ogólny chorego na to pozwala, operacja jest jedynym rozsądnym sposobem leczenia

Ze względu na wysoką śmiertelność związaną z operacyjnym leczeniem pękniętych tętniaków tętnic trzewnych (>25%), u chorych z czynnikami ryzyka i niewyjaśnionymi objawami ze strony jamy brzusznej, należy przeprowadzić badania w kierunku tętniaków tętnic trzewnych.

W przypadku wstrząsu hipowolemicznego u ciężarnej, obecności wolnego płynu w jamie brzusznej oraz nasilonych objawów bólowych nadbrzusza, w diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę możliwość pęknięcia tętniaka tętnicy śledzionowej. Szybkie postawienie właściwej diagnozy ratuje życie matki i dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. *Chirurgia tętnic i żył obwodowych* pod red. W. Noszczyka, PZWL Warszawa 1998 r.
2. Wojtczak A.: *Choroby Wewnętrzne*, PZWL Warszawa 1995 r.
3. Gerd H., *Choroby wewnętrzne*, PZWL Warszawa 2006 r.
4. Sam CE, Rabl M, Jaura EA: *Aneurysm of the splenic artery: rupture in pregnancy*.

5. Eggum R, Skrede O, Lie B: *Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy-a case report.*
6. Shahabi S, Jani J, Masters L, Cobin L, Greindl J: *Spontaneous rupture of a splenic artery aneurysm in pregnancy: report of two cases.*
7. Loke SS, Bullard MJ, Liaw SJ, Liao HC: *Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy-a review and case report.*
8. Gourgiotis S, Alfaras P, Salemis NS: *Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: a case report.*
9. Selo – Ojeme DO, Welch CC: *Review: spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy.*
10. Jane A. Bates: *Splenic artery aneurysm”, Abdominal Ultrasound – How, Why and When Second Edition 2004*
11. John E.: *Surgery for splenic artery aneurysms, Skandalakis – Skandalakis’ Surgical Anatomy 2004*
12. Lawrens W. Way, *Arterial aneurysms, Current Surgical Diagnosis and Treatment 11th Edition 2003.*
13. Michael J. Zinner: *Aneurysms of the splenic artery, Maingot’s Abdominal Operations 11th Edition*
14. Seymour I.: *Schwartz – Principles of Surgery 7th Edition 1999*
15. Wiley W. Souba: *ACS Surgery, Principles and Practice 2006*

Małgorzata Dymkowska
Tel. 601-316-665
dymkaa@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 21 kwietnia 2010
Zaakceptowano do druku: 8 czerwca 2010