

## Ανεύρυσμα σπληνικής αρτηρίας: περιγραφή ενός περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Α. Παπανάγνου, Α. Ψύλλας, Α. Νικολάου, Ν. Χαρίση, Μ. Χριστοφορίδης

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

*Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας είναι σχετικά σπάνιο και συνήθως ασυμπτωματικό, συνιστάται δε να γίνεται ψηφιακή αγγειογραφία για επιβεβαίωση της διάγνωσης και το σχεδιασμό του χειρουργείου. Η χειρουργική αφαίρεση του ανευρύσματος είναι η μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπισή του.*

*Όροι ευρετηρίου:* ανεύρυσμα σπληνικής αρτηρίας, συστηματική ινοδυσπλασία, ανευρυσματεκτομή, εμβολισμός, επικεκαλυμμένο stent.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

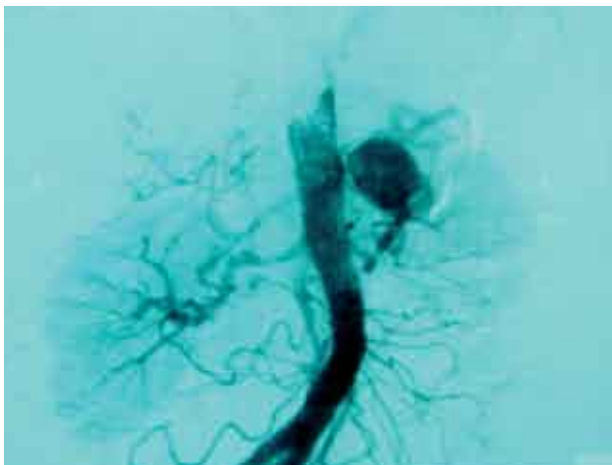
Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας αποτελεί το 60% του συνόλου των σπληνικών ανευρυσμάτων, όντας η τρίτη πιο συχνή εντόπιση της ανευρυσματικής νόσου στην κοιλιά, μετά την κοιλιακή αορτή και τις λαγόνιες αρτηρίες. Απαντάται 4 φορές πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, λόγω επιδράσεως ορμονικών παραγόντων.

Τρεις προϋπάρχουσες καταστάσεις κυρίως συσχετίζονται με τη δημιουργία αυτών των ανευρυσμάτων:

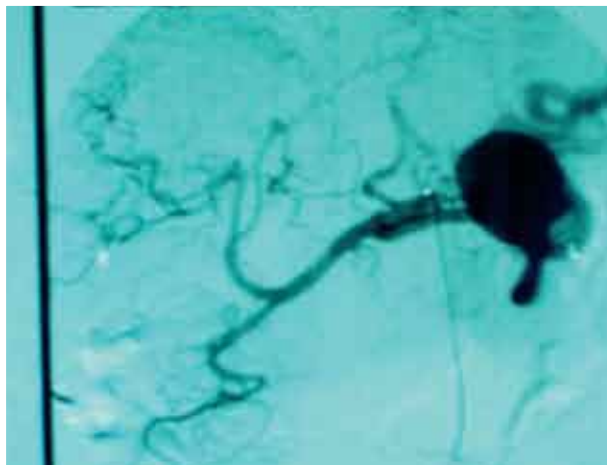
- α) συστηματική ινοδυσπλασία
- β) πυλαία υπέρταση με σπληνομεγαλία
- γ) πολλαπλές εγκυμοσύνες.

Άλλα αίτια αναφέρονται: η αρτηριοσκλήρυνση, οι φλεγμονώδεις παθήσεις (π.χ. χρόνια παγκρεατίτιδα), το διηθητικό και τυφλό τραύμα, καθώς και μυκωτικές βλάβες (π.χ. υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα).

Συνήθως είναι ασυμπτωματικά, αν όμως προκαλέσουν συμπτώματα, αυτά εκδηλώνονται με τη μορφή άλγους στο αριστερό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο με επιγαστρική δυσφορία (γαστρικός φόρτος). Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η ρήξη του ανευρύσματος.



**Εικόνα 1.** Αγγειογραφική απεικόνιση του ανευρύσματος (έγχυση στην αορτή).



**Εικόνα 2.** Αγγειογραφική απεικόνιση του ανευρύσματος (εκλεκτική έγχυση).

Περιγράφεται κατωτέρω η αντιμετώπιση ενός τέτοιου χαρακτηριστικού περιστατικού και γίνεται μια αναφορά στα ισχύοντα βιβλιογραφικά δεδομένα.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα ασθενής 67 ετών λόγω δυσπεπτικών ενοχλημάτων υποβάλλεται από τον προσωπικό της ιατρό (παθολόγο) σε υπερηχογραφικό έλεγχο άνω/κάτω κοιλίας όπου και διαπιστώνεται η ύπαρξη ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας. Στις 12/12/05 η ασθενής προσήλθε στην Αγγειοχειρουργική Κλινική για περαιτέρω έλεγχο και πιθανή αντιμετώπιση. Από το ιστορικό της ασθενούς αναφέρονται: αρτηριακή υπέρταση (υπό αγωγή), δυσπεπτικά ενοχλήματα (χρήση αντιόξινων σκευασμάτων), κατάθλιψη (υπό αγωγή) και κάπνισμα (1 πακέτο/ημέρα).

Αφού υπεβλήθη σε αγγειογραφικό έλεγχο, επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του ανευρύσματος της σπληνικής αρτηρίας, εδραζομένου στο αρχικό τριτημόριο αυτής. Η αρτηρία παρουσίαζε σημαντικό βαθμό ελίκωση.

Στις 14/12/05 η ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο όπου, υπό γενική αναισθησία, υποβάλλεται σε μέση υπερομφάλιο τομή κοιλιακής προσπέλασης. Διανοίγεται το έλασσον επίπλου και ανευρίσκεται το ανεύρυσμα, παρασκευάζεται δε αυτό και η σπληνική αρτηρία, κεντρικά και περιφερικά.

Ακολουθεί κεντρική και περιφερική απολίνωση του ανευρύσματος και τέλος ανευρυσματεκτομή. Η υφή του σπληνός στη συνέχεια ελέγχεται χωρίς να παρουσιάζει κάτι ιδιαίτερο, ένδειξη ότι η ροή δια των βραχέων γαστρικών αρτηριών είναι ικανοποιητική.

Ακολουθεί επιμελής έκπλυση του χειρουργικού πεδίου, αιμόσταση και σύγκλειση του τραύματος κατά στρώματα. Η ανάνηψη της ασθενούς υπήρξε ευχερής. Η μετεχειρητική πορεία ήταν ομαλή και στις 18/12/05 η ασθενής εξέρχεται χωρίς κανένα πρόβλημα και λαβύσα οδηγίες.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πρώτη αναφορά ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας έγινε από τον Beaussier σε νεκροψία το 1770. Μια σειρά από νεκροψίες ρουτίνας αναφέρουν συχνότητα του ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας από 0,01-0,2%. Στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Γενεύης, σε 16.081 νεκροψίες που πραγματοποιήθηκαν το χρονικό διάστημα 1977-1992, ταυτοποιήθηκαν 5 ανευρύσματα σπληνικής αρτηρίας (συχνότητα 0,031%) από τα οποία τα 4 ήταν ασυμπτωματικά και το 1 είχε ραγεί, όντας και η αιτία θανάτου του ασθενούς. Σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών έχει αναφερθεί ποσοστό εμφάνισης έως και 10,4% (νεκροτομική μελέτη).

Η παθογένεια που εμπλέκεται στην ανάπτυξη και τη ρήξη του περιλαμβάνει: την αρτηριακή ινοδυσπλασία, την πυλαία συμφόρηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, την πολυτοκία (>3 παιδιά), την πυλαία υπέρταση με σπληνομεγαλία (μπορεί να προκαλέσει αύξηση της αιματικής σπληνικής ροής με παράλληλη αύξηση των οιστρογόνων συνδυαζόμενα με την κίρρωση), την συστηματική υπέρταση, το τραύμα, φλεγμονώδεις παθήσεις (π.χ. παγκρεατίτιδα), ενώ η ύπαρξη αθηρωμάτωσης έχει αποδειχθεί σε πάρα πολλές περιπτώσεις (99% περίπου) των ανευρυσμάτων που εξετάστηκαν ιστοπαθολογικά.



**Εικόνα 3.** Το ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας εντός του χειρουργικού πεδίου.



**Εικόνα 4.** Χειρουργικό παρασκεύασμα του εκταμένου ανευρύσματος.

Παρόλα αυτά η αθηρωμάτωση θεωρείται ένα επιγενόμενο φαινόμενο.

Σε περίπτωση ρήξης έχουμε αιμορραγία στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα με άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (double rupture phenomenon), συλλογή στη δεξιά παρακοιλιακή αύλακα διαμέσου του τρήματος του Winslow, ενώ ο ασθενής ευρίσκεται σε κατάσταση shock μετά από 6-96 ώρες.

Η διάγνωση επιτυγχάνεται με:

- α/α κοιλίας (στο 70% δακτυλιοειδείς ασβεστώσεις στο άνω αριστερό τεταρτημόριο)
- ψηφιακή αγγειογραφία (μας δίνει σημαντικές πληροφορίες όπως την ακριβή θέση του ανευρύσματος καθώς και το σημείο αιμορραγίας σε περίπτωση ρήξης)
- CT ή MRI
- U/S άνω κοιλίας.

Η θεραπεία του ανευρύσματος συνιστάται σε εκτομή ή απολίνωση του ανευρύσματος ή ακόμη και σε εμβολισμό αυτού:

I) Εμβολισμός: σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (η τεχνική δεν ενδείκνυται σε περίπτωση ρήξης και σε αληθή ανευρύσματα).

II) Χειρουργική αντιμετώπιση: η επιλογή της χειρουργικής τεχνικής εξαρτάται από την εντόπιση του ανευρύσματος. Αν το ανεύρυσμα εντοπίζεται στις πύλες του σπληνός, τότε είμαστε υποχρεωμένοι να προχωρήσουμε σε σπληνεκτομή. Αν βρίσκεται στο περιφερικό τριτημόριο της σπληνικής αρτηρίας ή κοντά στο πάγκρεας απαιτείται μαζί με την ανευρυσματεκτομή να γίνει σπληνεκτομή ή ακόμα και περιφερική παγκρεατεκτομή. Αν εντοπίζεται στο μεσαίο τριτημόριο της σπληνικής αρτηρίας, μπορεί να γίνει περιφερική και κεντρική απολίνωση του ανευρύσματος, ενώ αν εντοπίζεται στο κεντρικό τριτημόριο, το ανεύρυσμα μπορεί απλά και μόνο να εκταμεί, χωρίς να απαιτείται τίποτα επιπλέον. Γενικά σπληνεκτομή πρέπει να αποφεύγεται αν είναι δυνατόν.

III) Ενδαγγειακή αντιμετώπιση με επικεκαλυμμένο stent είναι θεωρητικά δυνατή σε κάποια περιστατικά, αν και τεχνικά κρίνεται ιδιαίτερα δύσκολη.

Η χειρουργική θνητότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φθάνει το 25% και μπορεί να φθάσει και το 45% σε αυτόματη ρήξη.

#### ABSTRACT

#### **Aneurysm of the splenic artery: presentation of one case and review of the bibliography**

Papanagnou A, Psyllas A, Nicolaou A, Charisi N, Christoforidis M

Department of Vascular Surgery, «Eurotherapy - Athinaeon» Clinic

***The aneurysm of the splenic artery is the most common between the splachnic aneurysms. It is usually asymptomatic and its most serious complication is rupture. Angiography is useful in order to establish the diagnosis and to plan the operation. Surgical resection is the usual treatment of choice. Endovascular treatment is seldom feasible. We present a case of such an aneurysm that was treated surgically and we review the current bibliographic data.***

**Key words:** aneurysm of splenic artery, systemic fibrodysplasia, aneurysmatectomy, embolization, covered stent.

#### **Διεύθυνση αλληλογραφίας:**

A. Παπανάγνου  
Κλινική «Ευρωθεραπεία-Αθήναιον»  
Αστυδάμαντος 83  
116 34 Παγκράτι

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lee P, Rhee R, Gordon R, Fung J, Webster M. Management of splenic artery aneurysms: the significance of portal and essential hypertension. *J Am Coll Surg* 1999; 189:483-90.
2. Kanazawa S, Inada H, Murakami T, et al. The diagnosis and management of splanchnic artery aneurysms. *J Cardiovasc Surg* 1997; 479-85.
3. De Perrot M, Buhler L, Deleaval J, et al. Management of true aneurysms of the splenic artery. *Am J Surg* 1998; 175:466-8.
4. Trastek V, Pairolero P, Joyce J, et al. Splenic artery aneurysms. *Surgery* 1982; 91:694-9.
5. Stanley J, Fry W. Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms. *Surgery* 1974; 76:898-909.
6. Holdsworth R, Gunn A. Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy: a review. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99:595-7.
7. Mattar S, Lumsden A. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am J Surg* 1995; 169:580-4.
8. McDermott V, Shlansky-Goldberg R, Cope C. Endovascular management of splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1994; 17:179-84.



Λεπτομέρεια από το έργο "*De Humani Corporis Fabrica Libri Septem*" του Andreas Vesalius (1543).