

Ενδιαφέρουσες
Περιπτώσεις

Υπερηχογραφική διάγνωση και παρακολούθηση πυελικού σπλήνα στην εγκυμοσύνη»

Γ. Στρατουδάκης¹
Κ. Ζιούτος¹
Ε. Βομβολάκη¹
Γ. Φραγκιαδάκης²
Ι. Κόκκινος²
Ν. Κατσούγκρης²
Ε. Μπομπολάκης²
Γ. Δασκαλάκης¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με πυελικό σπλήνα που η διάγνωση και η παρακολούθηση έγινε στην εγκυμοσύνη. Γυναίκα 23 ετών εξετάζεται επειγόντως λόγω αμηνόρροιας 7 εβδομάδων και άλγους στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Στην κλινική εξέταση υπήρχε μήτρα αυξημένων διαστάσεων και παρουσία συμπαγούς μάζας μαλακής σύστασης στην περιοχή του άλγους. Στη διακολπική υπερηχογραφία βρέθηκε ενδομήτριος σάκος κύησης με θετική καρδιακή λειτουργία, που αντιστοιχούσε στην εβδομάδα αμηνόρροιας και ομοιογενές επίμηκες μόρφωμα 123x89mm και πάχους 53mm στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και σε άμεση επαφή με τη μήτρα. Με τη βοήθεια της διακοιλιακής υπερηχογραφίας τέθηκε η διάγνωση του έκτοπου πυελικού σπλήνα. Η ασθενής δεν παρουσίασε κάποια σοβαρή επιπλοκή και με τη βοήθεια της Doppler υπερηχογραφίας για τον αποκλεισμό θρόμβωσης, ρήξης ή συστροφής, γέννησε στις 38 εβδομάδες με φυσιολογικό τοκετό. Δύο μήνες μετά τον τοκετό, η ασθενής προσήλθε με οξύ άλγος αριστερού λαγονίου βόθρου, διεγνώσθη συστροφή σπληνός και υποβλήθηκε σε σπληνεκτομή.

Όροι ευρητηρίου: Εγκυμοσύνη, πυελικός σπλήνας, πυελική μάζα, Doppler υπερηχογραφία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο έκτοπος πυελικός σπλήνας είναι σπάνιος, αλλά μπορεί να διαγνωσθεί εύκολα με απεικονιστικές μεθόδους, κυρίως υπερηχογράφημα, στη μη έγκυο γυναίκα και παράλληλα να αποκλεισθεί η περίπτωση επικουρικού σπλήνα, που συχνά ανακαλύπτεται σε χειρουργικές επεμβάσεις¹. Στην εγκυμοσύνη, λόγω της φυσιολογικής εξέλιξής της, μπορεί να αλλάξει η θέση ενός έκτοπου σπλήνα και να οδηγήσει σε επιπλοκές, όπως φαινόμενα πίεσης και συστροφής².

Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας με έκτοπο πυελικό σπλήνα που η διάγνωση έγινε την 7η εβδομάδα κύησης, η παρακολούθησή της μέχρι τον τοκετό και η τελική έκβαση του πυελικού σπλήνα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 23 ετών παραπέμπεται επειγόντως για εξέταση λόγω αμηνόρροιας 7 εβδομάδων, άλγους στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και οσφυαλγίας. Οι εξετάσεις αίματος και ούρων που έγιναν ήταν φυσιολογικές, το τεστ κύησης θετικό και δεν ανέφερε άλλα συμπτώματα από το ουρο-

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΓΝΝ Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

²Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΝ Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

Αλληλογραφία:

Γεώργιος Στρατουδάκης

ΤΘ 4-374, Ατσιπόπουλο, 74100,

Ρέθυμνο Κρήτης

E-mail: stratotheo@hotmail.com

Κατατέθηκε: 20/2/09

Εγκρίθηκε: 10/7/09



Εικόνα 1. (Α) Έκτοπος σπλήνας με εγκύμονα μήτρα και ισχιακή προβολή εμβρύου. (Β) Πνευλικός σπλήνας πίσω από τη μήτρα μετά το φυσιολογικό τοκετό.

ποιητικό ή το γαστρεντερικό σύστημα. Στην κλινική εξέταση, η μήτρα ήταν αυξημένων διαστάσεων και παρεκτοπισμένη προς τα δεξιά από την παρουσία συμπαγούς μάζας μαλακής σύστασης, που βρισκόταν λιγότερο στην περιοχή της πυέλου και περισσότερο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, με ήπια ευαισθησία στην πίεση. Στην υπερηχογραφική εξέταση, διακοιλιακή και διακοιλιακή, επιβεβαιώθηκε η παρεκτόπιση της μήτρας προς τα δεξιά, η παρουσία ενδομητρίου κύησης, με θετική καρδιακή λειτουργία και κεφαλοραίο μήκος 11mm, που αντιστοιχούσε σε 7⁺² εβδομάδες κύησης. Παράλληλα, αναδείχθηκε η παρουσία ομοιογενούς επιμήκους μορφώματος 123x89mm και πάχους 53mm προς τον αριστερό λαγόνιο βόθρο και σε άμεση επαφή με τη μήτρα. Η περιοχή του σπλήνα στο αριστερό υποχόνδριο ήταν κενή. Με τη βοήθεια της έγχρωμης και παλμικής Doppler υπερηχογραφίας φάνηκε η πλούσια αγγείωση του μορφώματος και η ομοιόμορφη κατανομή των έγχρωμων σημάτων, καθώς και η σύγκλιση των αγγείων σε μία πύλη στο οπίσθιο και κατώτερο τμήμα του μορφώματος, όλα χαρακτηριστικά ενός πνευλικού σπλήνα.

Η εξέταση της ασθενούς επαναλήφθηκε μετά την υποχώρηση της συμπτωματολογίας, χωρίς να παρατηρηθεί αξιόλογη μεταβολή στην υπερηχογραφική εικόνα. Αποφασίστηκε η παρακολούθηση της κύησης δύο φορές μηνιαίως, λόγω της έκτοπης θέσης του σπλήνα. Η ασθενής παρουσίασε άλλα τρία επεισόδια άλγους αριστερού λαγονίου βόθρου και αριστερού υποχονδρίου. Η αντιμετώπιση και στα τρία επεισόδια ήταν συντηρητική, αφού με τη βοήθεια της Doppler υπερηχογραφίας μπορούσαμε να αποκλείσουμε τις περιπτώσεις ρήξης ή συστορφής του σπλήνα (Εικόνα 1Α). Στην 38η

εβδομάδα κύησης, η ασθενής γέννησε με φυσιολογικό τοκετό ένα νεογνό ζων, αρτιμελές, βάρους 3050gr. Τέσσερις ημέρες μετά την επέμβαση επιβεβαιώθηκε με υπερηχογραφική εξέταση ότι ο σπλήνας ήταν πάλι στην πύελο (Εικόνα 1Β). Η λοχεία ήταν φυσιολογική. Δύο μήνες μετά τον τοκετό, η ασθενής προσήλθε με οξύ άλγος αριστερού λαγονίου βόθρου, διεγνώσθη από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο πιθανή συστοροφή του έκτοπου σπλήνα και υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, ο σπλήνας εξετάστηκε ευχερώς λόγω της θέσης του και επιβεβαιώθηκε η απουσία κάποιου ισχυρού συνδέσμου, η συστοροφή του οργάνου και η θρόμβωση των σπληνικών αγγείων που εξέρχονταν από την πύλη του σπλήνα με κατεύθυνση προς το αριστερό υποχόνδριο. Υποβλήθηκε σε σπληνεκτομή, επιπλεκτομή και αφαίρεση των θρομβωμένων αγγείων. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στα τέλη της τέταρτης εβδομάδας, καθώς το ραχιαίο μεσογάστριο του επιπλοϊκού θυλάκου αρχίζει την επεκτατική ανάπτυξη του, μέσα στην περιοχή που βρίσκεται κοντά στο σωματικό τοίχωμα σχηματίζεται μια μεσεγγυματική πύκνωση, που διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της πέμπτης εβδομάδας και σχηματίζει ένα αγγειοβριθές λεμφικό όργανο, το σπλήνα³. Το ραχιαίο μεσογάστριο είναι επίσης υπεύθυνο για το σχηματισμό του περιτοναίου, του μείζονος επιπλόου και πολλών περιτοναϊκών πτυχών⁴. Οι σημαντικότεροι σύνδεσμοι στήριξης στη φυσιολογική θέση του σπλήνα είναι ο σπληνογαστρικός, ο φρενοκολικός, ο σπληνονεφρικός, ο σπληνοκολικός, ο σπληνοφρενικός, ο παγκρεατικο-

σπληνικός και ο παγκρεατοκολικός. Η χαλαρότητα ή επιμήκυνση ενός ή περισσότερων από τους παραπάνω συνδέσμους μπορεί να ευθύνεται για την έκτοπη θέση του σπλήνα στην περιοχή της κάτω κοιλίας ή και στην πύελο^{3,4}. Η συχνότητα ανεύρεσης έκτοπου σπλήνα είναι δεκαπέντε φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και ειδικά στις γυναίκες ηλικίας 20-40 ετών, πιθανόν λόγω της εγκυμοσύνης, που θα οδηγήσει σε χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων⁵. Άλλες αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε έκτοπο σπλήνα είναι συγγενείς ανωμαλίες στην ανάπτυξη των στηρικτικών συνδέσμων και η σπληνομεγαλία³. Η κλινική συμπτωματολογία του έκτοπου σπλήνα ποικίλει από ήπιο ως έντονο κοιλιακό άλγος (60%) ή πλήρη απουσία (40%)⁵. Στις περιπτώσεις που υπάρχει κοιλιακό άλγος, μπορεί να είναι χρόνιο και διαλείπον από τη συστολή και την επαναφορά ή οξύ από τη συστολή, την απόφραξη των σπληνικών αγγείων και τα έμφρακτα³. Η διάγνωση του έκτοπου σπλήνα γίνεται συνήθως με την υπερηχογραφική εξέταση και με τη βοήθεια της Doppler κυματομορφής μπορούμε να εκτιμήσουμε την αιματική ροή στα αγγεία του οργάνου, ενώ σπανιότερα η αξονική και η μαγνητική τομογραφία μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να βοηθήσουν στη διάγνωση⁶. Ανωμαλίες στις εργαστηριακές εξετάσεις, όπως λευκοκυττάρωση, θρομβοπενία και αναιμία, μπορεί να συνυπάρχουν, αλλά δεν είναι διαγνωστικές έκτοπου σπλήνα⁵.

Οι επιπλοκές του έκτοπου σπλήνα περιλαμβάνουν συστολή, έμφρακτα, σπληνομεγαλία, τραυματισμούς και παγκρεατίτιδα, ενώ στην αντιμετώπιση έχουμε πρώτα την παρακολούθηση, σπληνορραφία και σπληνεκτομή⁷. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση του περιστατικού μας, φαίνεται ότι η παρουσία έκτοπου σπλήνα δε συνοδεύεται απαραίτητα από σοβαρές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης και ότι η λειτουργία του έκτοπου οργάνου συνεχίζει κανονικά, παρά την ανώμαλη θέση του. Πράγματι, η ασθενής υπέφερε κυρίως από πυελικό άλγος, αίσθημα βάρους και δυσουρικά ενοχλήματα, ενώ επιπλοκές που περιμέναμε, όπως συστολή και φαινόμενα πίεσης, δεν παρατηρήθηκαν στην εγκυμοσύνη.

Η βοήθεια της Doppler υπερηχογραφίας ήταν καθοριστική στον αποκλεισμό κυρίως αγγειακών επιπλοκών του έκτοπου σπλήνα, οδηγώντας στο αίσιο τέλος μιας τελειόμηνης κύησης, αλλά και στην επιβεβαίωση της συστολής του οργάνου δύο μήνες μετά τον τοκετό.

Summary

Stratoudakis G, Zioutos K, Bombolaki E, Fragkiadakis G,

Kokkinos I, Katsougris N, Mpompoulakis E, Daskalakis G. Ultrasound diagnosis and monitoring of a pelvic spleen in pregnancy.

Helen Obstet Gynecol 21(4):348-350, 2009

We describe the case of a patient with a pelvic spleen diagnosed and monitored during pregnancy. A 23-year-old woman was referred at 7 weeks of gestation because of an acute pain in the left iliac cavity which had spread to her lower back. Clinical examination revealed a pregnant uterus and a poorly defined pelvic mass. Pelvic ultrasound demonstrated a gestational sac containing a viable embryo whose size was consistent with the period of amenorrhea and a homogeneous and elongate mass measuring 123x89mm with a maximum thickness of 53mm was observed in the left iliac cavity above the uterus. The splenic area in the left hypochondrium was found to be empty and the diagnosis of an ectopic spleen was made. Doppler was repeated at monthly intervals and did not show any variation and at the end she gave birth naturally at 38 weeks. Two months later the same patient had a splenectomy cause to torsion of the pelvic spleen.

Key words: *Pregnancy, pelvic spleen, pelvic mass, Doppler ultrasound*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dalpe C, Cunningham M. Wandering spleen as an asymptomatic pelvic mass. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 101(5 Pt 2):1102-4.
2. Allen KB, Gay BB, Skandalakis JE. Wandering spleen: Anatomic and radiologic considerations. *South Med J* 1992; 85:976-84.
3. Lewis GA, Byrne MP. Wandering spleen. *Am Surg* 1981; 47:275-7.
4. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. *South Med J* 1997; 90:439-43.
5. Popovic M, Knezevic S, Colovic R, Petrovici M, Antunovic P, Diordejevic Z. Ectopic spleen - 2 case reports. *Acta Chir Jugosl* 1995; 42:59-62.
6. Aquino NM, Morten RC, Singh H. Wandering spleen presenting as an adnexal mass. *J Natl Med Assoc* 1989; 81:331-4.
7. Cohen MS, Soper NF, Underwood RA, Quasebarth M, Brunt LM. Laparoscopic splenopexy for wandering (pelvic) spleen. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8:286-90.