

BLUŽNIES EKTOPIJA

**KĘSTUTIS TRAINAVIČIUS, EGIDIJUS JATKAUSKAS, AIDAS IVANAUSKAS,
ANTANAS MEŠKA**

*Vaikų ligoninė, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas,
Vaikų chirurgijos centras*

Raktažodžiai: *vaikų blužnies ektopija, diagnostika, šiuolaikinis gydymas.*

Santrauka

Blužnies ektopija-ypač reta vystymosi anomalija. Liga dažniausiai diagnozuojama atsiradus komplikacijų: traumai, užsisukimui, infarktui. Svarbiausias diagnostikos metodas – echoskopija, - matomas homogeniškas hipoechogeniškas darinys pilvo apačioje ar dubenyje ir ištuštėjusi kairiosios pašonės sritis. Splenopeksija – ideali operacija. Mes pateikiame tris vaikų blužnies ektopijos atvejus. Visiems trims vaikams diagnozė buvo patvirtinta echoskopu. Vienam vaikui blužnis buvo pašalinta, dviem - atlikta splenopeksija.

IVADAS

Blužnies ektopija-įgimta vystymosi anomalija, kai blužnis nėra normalioje padėtyje, o dėl ilgos kraujagyslinės kojytės ji klaidžioja po visą pilvo ertmę. Blužnies ektopija dažniausiai diagnozuojama vaikams ir moterims nuo 20 iki 40 metų [1]. Iki 1 metų amžiaus berniukų ir mergaičių santykis – 2,5:1, nuo 2 iki 10 metų berniukai ir mergaitės serga vienodai dažnai [2, 3]. Mokslinėje literatūroje anglų kalba dažniausiai naudojamas terminas klajojanti blužnis (*wandering spleen*). Pasiūlyti ir kiti rečiau sutinkami terminai: besibastanti blužnis (*drifting spleen*), plūduriuojanti blužnis (*floating spleen*), dubeninė blužnis (*pelvic spleen*), splenoptozė (*splenic ptosis*), blužnies ektopija (*ectopic spleen*), dislokuota blužnis (*dislocated spleen*) [4].

Darbo tikslas – parodyti retos blužnies anomalijos - blužnies ektopijos - klinikinį atvejų, aptarti jų diagnostiką ir šiuolaikinio gydymo metodus.

PIRMAS KLINIKINIS ATVEJIS

14 metų mergaitė paguldyta į vaikų chirurgijos skyrių dėl pilvo skausmų, įtariant ūminį apendicitą. Ūminio apendicito diagnozė buvo ekskliuduota. Iš anamnezės sužinota, kad mergaitė dažnai skundėsi pilvo skausmais. Apatinėje pilvo dalyje buvo užčiuoptas standus, nepaslankus darinys. Tiriant echoskopu kairėje po diafragma blužnies nebuvo, ji rasta dubenyje. Atlikta laparotomija, blužnis buvo įstrigusi

mažajame dubenyje. Blužnies įprastinėje vietoje prapjauta pilvaplėvė, už jos padaryta ertmė ir į šią ertmę patalpinta blužnis, saugant kraujagyslinę kojytę nuo užspaudimo ir užsisukimo. Po operacijos tiriant echoskopu buvo registruojama blužnies kraujotaka. Pooperacinė eiga sklandi, 6-tą parą išrašyta į namus.

ANTRAS KLINIKINIS ATVEJIS

2 metų berniukas buvo paguldytas į vaikų chirurgijos skyrių po 11 valandų nuo pilvo skausmų pradžios ir daugkartinio vėmimo tulžimi. Tuoj po gimimo vaikas buvo operuotas dėl kairiosios įgimtos diafragmos išvaržos ir bendro žarnų pasaito. Dešinėje šoninėje pilvo srityje užčiuoptas standus kiek skausmingas darinys. Tiriant echoskopu dešinėje pilvo pusėje buvo matomas 80 mm diametro parenchiminės struktūros darinys, panašus į blužnį. Buvo registruojama kraujotaka darinyje. Blužnies kairėje po diafragma nerasta. Apžvalginėje pilvo rentgenogramoje horizontalių oro-skysčio paviršių nebuvo. Diagnozuota blužnies ektopija ir užsisukimas. Operuojant rastas bendras žarnų pasaitas. Blužnis buvo dešinėje šoninėje pilvo pusėje, 720° užsisukusi apie savo kraujagyslių kojytę, ji buvo melsvai juodos spalvos. Blužnis atsukta, grąžinta į įprastinę padėtį ir fiksuota prie raiščių šilku. Po operacijos susidarė hematoma operacinės žaizdos srityje. Trečią parą po operacijos atlikta kompiuterinė tomografija, blužnis rasta kairėje pusėje po diafragma, kaupė kontrastinę medžiagą. 6-tą parą po operacijos, esant gerai būklei, berniukas išrašytas į namus.

TREČIAS KLINIKINIS ATVEJIS

16 metų ligonė paguldyta į mūsų ligoninės vaikų chirurgijos skyrių dėl stiprių pilvo skausmų. Iš anamnezės sužinota, kad mergaitei prieš 5 metus buvo diagnozuota blužnies ektopija. Buvo patarta operuoti, tačiau tėvai atsisakė. Prieš kelias dienas pradėjo skūstis nestipriais pilvo skausmais, prieš dvi dienas skausmai labai sustiprėjo, nepraejo nei dieną, nei naktį. Atsiųsta iš krašto ligoninės. Tiriant objektyviai užčiuoptas skausmingas darinys pilvo apatinėje dalyje. Tiriant echoskopu kairėje po diafragma blužnies nebuvo, ji rasta dubenyje. Atlikta diagnostinė laparoskopija, blužnis buvo dubenyje, ji labai didelė tamsiai rožinės spalvos ir buvo užsisukusi kelis kartus apie savo kraujagyslių

kojytę. Atlikta laparotomija, blužnis pašalinta. Pooperacinė eiga normali. 5-ą parą išrašyta į namus.

Blužnies ektopijos etiologija nėra visai žinoma. Blužnies užuomazga atsiranda embriono dorzaliniam pirminės žarnos pasaite. Iš užpakalinės pilvaplėvės formuojasi blužnį pritvirtinantys raiščiai. Jei šių raiščių nebūna ar jie esti per ilgi, blužnis tampa klajojančia [5]. Nurodomos ir įgytos šios ligos priežastys: splenomegalija (maliarija, Hodgkino limfoma), Prune-belly sindromas, hormonų pokyčiai nėštumo metu, blužnies raiščių pažeidimas operuojant. Ši blužnies anomalija ypač reta vaikams ir dažnai būna esant Beckwith-Wiedemann sindromui, Goše ligai, diafragmos išvaržai ir relaksacijai, skrandžio užsisukimui, osteopetrozei, epidermoidinei blužnies cistai ir kt. [6-9].

1989 metais K.B. Allen literatūroje anglų k. rado 35 aprašytus atvejus apie vaikų iki 10 metų blužnies ektopijos atvejus, 18 atvejų blužnis buvo užsisukusi, tik 8-iems vaikams ši anomalija buvo diagnozuota iki operacijos [6]. A.J.Eraklis nurodo, kad iš 1413 splenektomijų tik keturiems ligoniams buvo blužnies ektopija [10].

Ligos eiga būna įvairi. Esant ūminiam blužnies užsisukimui, atsiranda pilvo skausmai, pykinimas, vėmimas, karščiavimas. Šie simptomai būdingi daugeliui vaikų ūminių chirurginių pilvo ertmės organų ligų, todėl dažniausiai ligą tenka skirti nuo ūminio apendicito ir kiaušidės užsisukimo. Dėl intermituojančio blužnies užsisukimo būna lėtiniai pilvo skausmai, kurie praeina, kai blužnis atsiska savaiame. Ligai būdinga ir besimptomė eiga. Nesant ligai būdingų simptomų ir dėl jos retumo, priešoperacinė diagnostika yra sunki [11].

Liga dažniausiai diagnozuojama atsiradus komplikacijų: traumai, užsisukimui, infarktui, infekcijai, subkapsulinei hematomai, obstukcinei uropatijai, skrandžio užsisukimui, plonosios žarnos obstrukcijai, vidinei inkarceracijai [12].

Svarbiausias diagnostikos metodas – echoskopija - matomas homogeniškas hipoechogeniškas darinys pilvo apačioje ar dubenyje ir ištuštėjusi kairiosios pašonės sritis. Ultragarso doplerometrija parodo kraujotakos būklę blužnies kraujagyslėse [13]. Kai kurie autoriai nurodo kompiuterinės tomografijos, magnetinio branduolinio rezonanso, angiografijos, scintigrafijos diagnostinę vertę [5,13].

Tradicinis klajojančios blužnies gydymo būdas buvo splenektomija. Tačiau dėl galimo postspenektominio sepsio, pastaraisiais metais pasiūlyta įvairių splenopeksijos metodų. J.A. Bar- Maor ir Y.Sweed tvirtina blužnį prie diafragmos [14], G.Stringel ir kt. blužnį fiksuoja prie jos kraujagyslinės kojytės [7], C.A. Maxwell-Armstrong ir kt. fiksicijai naudoja didžiąją taukinę [15], F.Caracciolo ir kt., K.Peitgen ir kt. atlieka gaubtinės žarnos blužninio

linkio transpoziciją ir fiksuoja blužnį panaudodamas skrandinį storosios žarnos raištį [16, 17], K.B. Allen ir G. Andrews pritvirtina blužnį deksono maišelyje [6], tuo tarpu J.H.Seashore ir S. McIntosh [18], F. van der Staak ir C. Festen [19], ir R. Steinberg ir kt. [20] blužnį patalpina už užpakalinės pilvaplėvės lapelio. R. Hirose ir kt. siūlo operuoti laparoskopu ir deksono ar vikrilio raiščiu fiksuoti ar patalpinti į maišelį ir fiksuoti [21]. K. Schaarschmidt mano, kad fiziologiškiausia operacija vaikams yra laparoskopinė blužnies fiksicija už pilvaplėvės, padarant ertmę blužniai balionu [22]. C. Esposito ir kt. nurodo, kad net ir esant splenomegalijai, galima atlikti blužnies rezekciją ir patalpinti ją retroperitoniškai už pilvaplėvės [23].

Literatūra

- Oda J, Tachikawa N, Suda T. A solid mass in pelvic region. *Gastroenterology* 2009;137:9-10.
- Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, et al. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. *Surg Today* 2007;37(3):261-269.
- Danaci M, Belet U, Yalin T, Polat V, et al. Power Doppler sonographic diagnosis of torsion in a wandering spleen. *J Clin Ultrasound* 2000; 28(5):246-248.
- Turhan A, Kapan S, Gonenc M, Dogan M, Aygun E. Wandering spleen: Report of two cases. *International Medical Case Reports Journal* 2010;3 19–22.
- Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. CT findings in congenital anomalies of the spleen. *Br J Radiol* 2001;74:767-772.
- Allen KB, Andrews G. Pediatric wandering spleen—the case for splenopexy: review of 35 reported cases in the literature. *J Pediatr Surg* 1989;24:432-435.
- Stringel G, Soucy P, Mercer S. Torsion of the wandering spleen: splenectomy or splenopexy. *J Pediatr Surg* 1982;17:373-375.
- Baglaj M, Czernik J. Epidermoid cyst in a wandering spleen. *Pediatr Surg Int* 1998; 14: 113-115.
- Teomete U, Secil M, Goktay AY, Igci E, Dicle O. Ectopic spleen and left-sided vena cava in Beckwith-Wiedemann syndrome. *Comput Med Imaging Graph* 2002; 26: 177-180.
- Eraklis AJ, Filler RM. Splenectomy in childhood a review of 1413 cases. *J Pediatr Surg* 1972; 7: 382–388.
- Choh SA., Choh NA., Dar I., Jehangir M., Roomi Yousuf R. Wandering Spleen Presenting as Recurrent Abdominal Pain in a Young Female. *Indian J Pediatr* 2008; 75 (11) : 1181-1182.
- Andley M, Basu S, Chibber P, Ravi B, Kumar A. Internal herniation of wandering spleen: a rare cause of recurrent abdominal pain. *Int Surg* 2000; 85: 322-324.
- Cendrowski K, Sawicki W, Stelmachow J, Wypych K. Ectopic spleen in pelvis minor: a case report. *Ginekol Pol* 1992; 63:312-314.
- Bar-Maor JA, Sweed Y. Treatment of intermittent splenic torsion in polysplenia syndrome and wandering spleen by splenopexy. *Pediatr Surg Int* 1989;4:130-133, 89.
- Maxwell-Armstrong CA, Clarke ED, Tsang TM, et al. The wandering spleen. *Arch Dis Child* 1996;74:247-248.
- Caracciolo F, Bonatti PL, Castrucci G, et al. Wandering spleen: treatment with colonic displacement. *J R Coll Surg Edinb* 1986; 31:242 -244.
- Peitgen K, Majetschak M, Walz MK. Laparoscopic splenopexy by peritoneal and omental pouch construction for intermittent splenic torsion (wandering spleenQ). *Surg Endosc* 2001;15:413 -414.

18. Seashore JH, McIntosh S. Elective splenopexy for wandering spleen. *J Pediatr Surg* 1990;25:270- 272.
19. van der Staak F, Festen C. Splenopexy in a case of wandering spleen. *Z Kinderchir* 1981;32:94 -98.
20. 15. Steinberg R, Karmazyn B, Dlugy E, et al. Clinical presentation of wandering spleen. *J Pediatr Surg* 2002;37:E30.
21. Hirose R, Kitano S, Bando T, et al. Laparoscopic splenopexy for pediatric wandering spleen. *J Pediatr Surg* 1998;1571 - 1573.
22. Schaarschmidt K, Lempe M, Kolberg-Schwerdt A, Schlesinger F, Hayek I, Jaeschke U. The technique of laparoscopic retroperitoneal splenopexy for symptomatic wandering spleen in childhood. *J Pediatr Surg* 2005; 40, 575–577.
23. Esposito C., Settini A., Centonze A., Damiano R., Maglio P., Esposito G. Enlarged wandering spleen treated with hemisplenectomy and fixation of the residual spleen. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: 488–490.

WANDERING SPLEEN

Kęstutis Trainavičius, Egidijus Jatkauskas, Aidas Ivanauskas, Antanas Meška

Summary

Key word: Wandering spleen, children, ultrasound, retroperitoneal pouch, splenopexy.

Congenital malformations of the spleen are rare. Because of the risk of pedicle torsion and splenic ischemia, severe consequences may occur if not diagnosed and treated in time. Once the diagnosis of wandering spleen is made, splenopexy is the treatment of choice. We report 3 cases of wandering spleen presented as abdominal or pelvi-abdominal mass. One patient was suffering from chronic lower abdominal pain with thrombosed splenic pedicle and other two patients had an acute abdomen. Abdominal ultrasound was used to confirm the diagnosis. One patient underwent splenectomy, two – splenopexy. The clinical, diagnostic and treatment modalities are discussed.

Correspondence to: kestutis.trainavicius@yvvl.it

Gauta 2012-10-11