

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E  
*położnictwo*

# 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 niespecyficznych 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 24<sup>th</sup> 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**

Koneczny J, et al.

## 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.

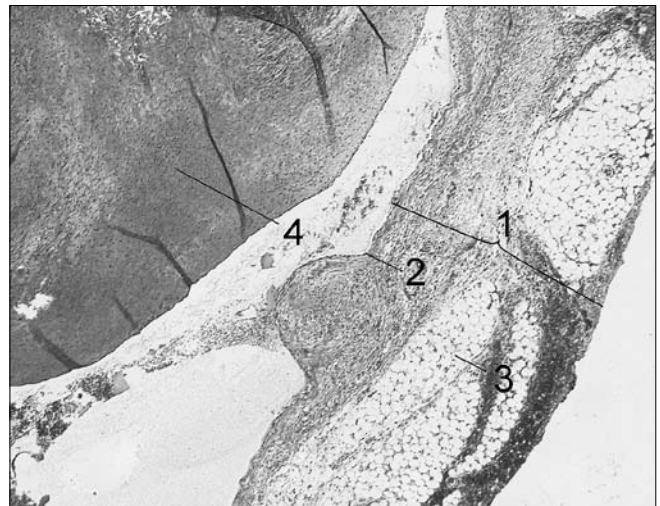
Do Oddziału Patologii ciąży pacjentka trafiła ok. 24 tygodnia ciąży z powodu nagłego bólu brzucha po stronie lewej, jak twierdziła związanego z wysiłkiem fizycznym. Do momentu zgłoszenia się do oddziału pacjentka czuła się dobrze, nie zgłaszała dolegliwości bólowych.

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.

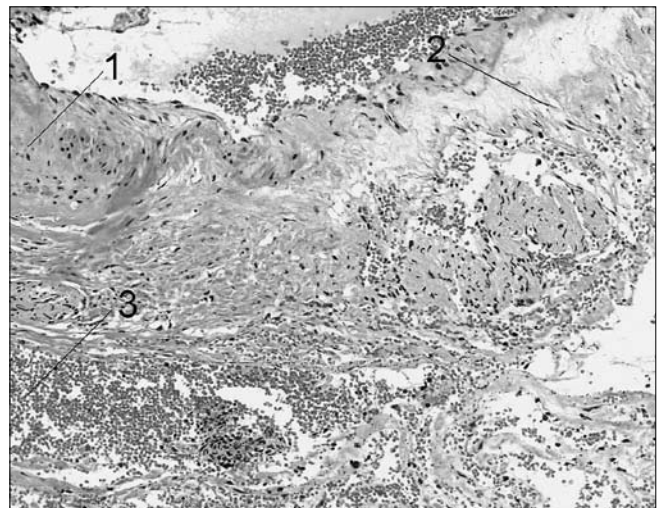
W raporcie histopatologicznym otrzymanym kilka dni później opisano pękający tętniak tętnicy śledzionowej. Okazało się, że ścianę tętniaka stanowiła częściowo tylko przydanka i tkanka tłuszczowa. Tętniak pękł o czym świadczą wylewy krwi w ścianie naczyń i przydancie.

Od czasu operacji dolegliwości bólowe całkowicie ustąpiły.

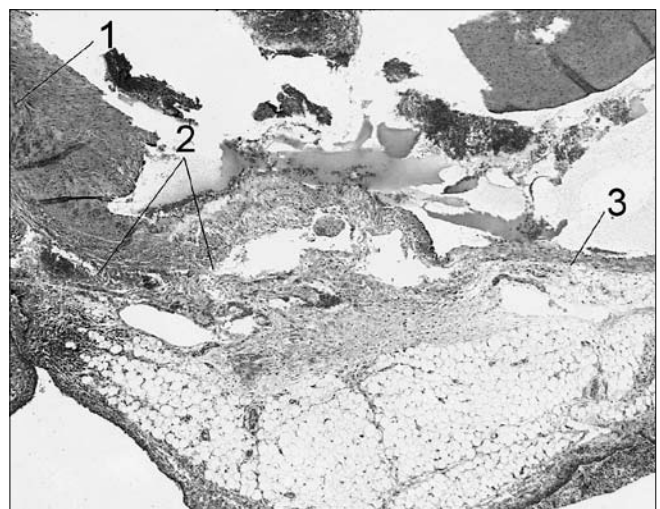
W 40 tygodniu ciąży pacjentka w stanie ogólnym dobrym przybyła do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, bez czynności skurczowej, z powodu odpływania czystego płynu owodniowego. Po kilku godzinach dzięki zastosowaniu stymulacji z wlewu z oksytocyny pacjentka urodziła drogami natury syna wagi 4050g długości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



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



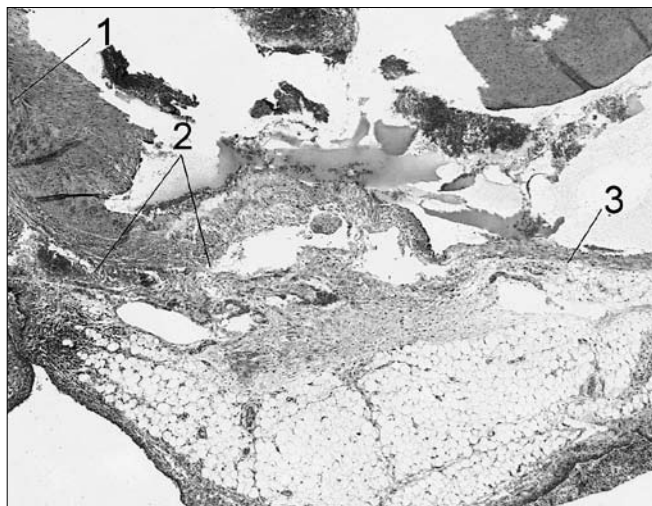
**Rycina 2.** 1 – prawidłowa ściana tętnicy, 2 – ściana tętnicy w miejscu tętniaka. Widoczne znaczne zmniejszenie grubości mięśniówki oraz wylewy krwi w ścianie, 3 – wylewy krwi w przydancie.



**Rycina 3.** 1 – prawidłowa ściana tętnicy, 2 – wylewy krwi w miejscu pęknięcia tętniaka, 3 – ściana tętniaka zredukowana do śródbłonek 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 wiąże 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. Hillemans 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. Hillemans 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



**UM** | **UNIWERSYTET  
MEDYCZNY  
W ŁODZI**

KLINIKA GINEKOLOGII  
OPERACYJNEJ I ENDOSKOPOWEJ  
ICZMP W ŁODZI

SEKCJA GINEKOLOGII OPERACYJNEJ  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
GINEKOLOGICZNEGO

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

FUNDACJA NA RZECZ ROZWOJU  
ŁÓDZKIEJ GINEKOLOGII

Mają 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](mailto:klinika@laparoskopia.org.pl)