

*Grażyna Barańkiewicz, *Jaromir Mijał, *Jacek Karoń, Zdzisław Rybski,
Jacek Juszczyk*

SAMOISTNE PĘKNIĘCIE ŚLEDZIONY W PRZEBIEGU MONONUKLEOZY ZAKAŻNEJ

Klinika Chorób Zakaźnych
Akademii Medycznej im. *K. Marcinkowskiego* w Poznaniu
Kierownik: Prof. dr hab. *J. Juszczyk*
* I Katedra Chirurgii i Klinika Chirurgii Ogólnej
Akademii Medycznej im. *K. Marcinkowskiego* w Poznaniu
Kierownik: Prof. dr hab. *J. Sowiec*

Opisano przypadek rzadkiego powikłania spotykanego w mononukleozie zakaźnej, jakim jest pęknięcie śledziony z powstaniem krwiaków podtorebkowych tego narządu. Przedstawiono przebieg kliniczny choroby oraz dyskusję na temat postępowania leczniczego w takich przypadkach.

WSTĘP

Zakażenie wirusem *Epsteina-Barr*, wywołującym mononukleozę zakaźną, jest najczęściej bezobjawowe. Wystąpienie objawów choroby zależy od nasilenia odpowiedzi immunologicznej. Odpowiedź ta prowadzi do zahamowania procesu limfoproliferacyjnego i wygaśnięcia choroby. Na typowy zespół mononukleozy składają się: gorączka, powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie gardła, powiększenie wątroby i śledziony, związane z naciekami złożonymi z atypowych limfocytów oraz rozrostem utkania chłonnego w tych narządach. W większości przypadków choroba jest procesem samoograniczającym się, ze śmiertelnością szacowaną na poziomie poniżej 0,1% (2).

Najczęstszym powikłaniem spotykanym w mononukleozie zakaźnej jest bakteryjne zapalenie migdałków podniebiennych. Inne powikłania są rzadkie; zalicza się do nich: skazę krwotoczną, niedokrwistość hemolityczną, agranulocytozę. Bardzo rzadkim powikłaniem (1/3000 przypadków) jest pęknięcie śledziony. Jest to najgroźniejsze powikłanie choroby, najczęstsza, a w zasadzie jedyna przyczyna śmierci w przebiegu choroby. Do pęknięcia śledziony dochodzi zwykle w drugim lub trzecim tygodniu choroby, kiedy to śledziona jest maksymalnie powiększona z jednoczesnym spadkiem mechanicznej wytrzymałości torebki narządu, osłabieniem jego struktury bełeczkowej i zwiększoną kruchością naczyń (6, 14). Śledziona pęka samoistnie lub na skutek niewielkiego urazu brzucha, który często bywa przez chorych zapomniany jako nieistotny.

Do chwili obecnej opisano ponad sto przypadków pęknięcia śledziony w przebiegu mononukleozy zakaźnej, z tego jeden w piśmiennictwie polskim (7). Doniesienia dotyczą w przeważającej większości przypadków całkowitego pęknięcia śledziony będącego przyczyną wstrząsu krwotocznego o różnym stopniu nasilenia objawów klinicznych. Stale rozwijające się możliwości diagnostyczne i terapeutyczne są przyczyną polemik na temat rozpoznawania i postępowania w takich sytuacjach.

Autorzy mają nadzieję, że opisany poniżej przypadek podtorebkowego pęknięcia śledziony będzie przyczynkiem do dalszych dyskusji na ten temat.

OPIS PRZYPADKU

Chory *D.S.*, 17-letni uczeń, został przyjęty w dniu 24.02.96 r. na oddział internistyczny z powodu bólów brzucha, umiejscowionych szczególnie pod lewym łukiem żebrowym. Przez 6 dni przed hospitalizacją był leczony przez lekarza rejonowego z powodu bólów w okolicy szyi, temp. ciała do 38,4°C, powiększenia węzłów szyjnych szyi (Hiconcil, Calcium). W badaniach dodatkowych stwierdzono podwyższoną liczbę leukocytów – 18,0 G/l z limfocytozą 66%, podwyższoną aktywność aminotransferaz *AspAT* 13 Ij., *AspAT* 72j. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej uwidoczono powiększone węzły chłonne prawej wnęki powodujące jej policykliczny zarys, powiększone węzły chłonne przytchawicze po stronie prawej oraz pojedyncze lewej wnęki. Pozostałe pola płucne bez zagęszczeń o prawidłowym rysunku naczyń i naczyń włosowatych. W USG jamy brzusznej stwierdzono powiększenie śledziony o wymiarach 16 × 7,9 cm, pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian. Chory był dwukrotnie konsultowany chirurgicznie: 25.02. stwierdzono brzuch z zaznaczoną obroną mięśniową, bez wyraźnych objawów otrzewnowych, prawidłową perystaltykę; w dniu następnym stwierdzono brak objawów otrzewnowych, prawidłową perystaltykę, bolesność lewego podżebrza. Wykonano test lateksowy na obecność przeciwciał heterofilnych, po uzyskaniu wyniku dodatniego chorego przekazano w dniu 28.02.96 r. do Kliniki Chorób Zakaźnych w Poznaniu.

Stan chorego przy przyjęciu do Kliniki dobry. W wywiadzie przed ośmioma laty tonsillektomia z powodu nawracających angin. W badaniu przedmiotowym stwierdzono drobnoplamistą wysypkę na skórze tułowia, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych i pachowych. W jamie ustnej zaczerwienie błony śluzowej łuków podniebiennych oraz dość obfite nacieki ropne na resztkach pomigdałkowych. W badaniu osłuchowym klatki piersiowej odchyień nie stwierdzono. W badaniu jamy brzusznej stwierdzono tkliwą, powiększoną na 2 cm wątrobę. Przy ocenie śledziony stwierdzono bolesność palpacyjną narządu oraz jego powiększenie na ok. 3 cm poniżej lewego łuku żebrowego. W badaniach dodatkowych stwierdzono przyspieszenie OB – 50/h, podwyższoną liczbę leukocytów – 11,0 G/l z limfocytozą – 88% i obecnością mononuklearów, miernie podwyższoną aktywność transaminazy alaninowej – 89 j., dodatni odczyn lateksowy MZ z surowicy rozcieńczonej 1 : 20. Z wymazu z gardła wyhodowano *Streptococcus viridans* (+ + +), *Candida* (+ +), *Neisseria* (+ +).

W dniu przyjęcia do szpitala temperatura ciała wynosiła 37,2°C, w następnej dobie uległa normalizacji. Choremu zalecono leżenie i unikanie jakiegokolwiek wysiłku fizycznego. Ograniczono także częstość badania lekarskiego okolicy lewego podżebrza. Dolegliwości bólowe w lewym podżebrzu ustąpiły w drugiej dobie pobytu na

ograniczenia procesu limfoproliferacyjnego. Jednak niebezpieczeństwo wystąpienia rzadko pojawiającego się samoistnego pęknięcia śledziony, jest możliwe w każdym przypadku choroby. Ryzyko tego powikłania nakazuje więc ostrożność zarówno w postępowaniu diagnostycznym jak i terapeutycznym.

Opisany przez nas przypadek spełnia powszechnie uznawane kryteria samoistnego pęknięcia śledziony jako powikłania mononukleozy zakaźnej; na podstawie objawów klinicznych, badań laboratoryjnych i testów serologicznych postawiono pewne rozpoznanie mononukleozy zakaźnej; w badaniu podmiotowym nie było danych o urazie brzucha i dolnej części lewej połowy klatki piersiowej w okresie ostatnich sześciu tygodni; wykluczono współistnienie jakiegokolwiek choroby układowej przebiegającej z zajęciem śledziony (14).

Trudno dokładnie określić termin powstania pierwszego krwiaka śledziony. W badaniu wykonanym w siódmym dniu choroby nie stwierdzono jego obecności. Dynamika pojawienia się drugiego krwiaka wydaje się sugerować, że pierwszy wystąpił prawdopodobnie w niedługim czasie przed kontrolnym badaniem USG, wykonanym w końcu trzeciego tygodnia choroby. Większość doniesień w piśmiennictwie podaje podobny termin występowania pęknięcia śledziony (6, 14). Jako czynniki bezpośrednio powodujące pęknięcie wymienia się nagły wzrost ciśnienia w układzie żyły wrotnej, do którego dochodzi w sytuacjach wywołujących skutki czynnościowe podobne do tych, jakie pojawiają się podczas próby *Valsalvy*, ponieważ gwałtownie wzmagają one zastój krwi i znacznie utrudniają jej odpływ z osłabionej procesem chorobowym śledziony, a także gwałtowny ucisk na powiększoną śledzionę wywołany przez nagły skurcz przepony czy mięśni ściany brzucha. Uważamy, że taki mechanizm miał miejsce w opisanym przez nas przypadku. Poglądy postulujące ograniczenie do niezbędnego minimum częstości badania palpacyjnego i ultrasonograficznego przy powiększonej śledzionie w mononukleozie zakaźnej wydają się być uzasadnione, choć z drugiej strony prawdopodobieństwo spowodowania pęknięcia śledziony podczas prawidłowo i delikatnie przeprowadzonego badania jest minimalne. Nie można aktualnie określić, kiedy patologiczne zmiany anatomiczne w obrębie śledziony cofną się do tego stopnia, że groźba wystąpienia pęknięcia przestanie być istotna. Wykazano, że narząd ten jest bardzo wrażliwy na najmniejsze nawet urazy jeszcze przez wiele tygodni po ustąpieniu objawów mononukleozy i normalizacji wyników badań laboratoryjnych (1, 11, 14).

Przydatność ultrasonografii w diagnostyce pęknięcia śledziony jest powszechnie uznana (5, 6). Metoda ta pozwala na szybkie, dokładne i nieinwazyjne zbadanie tego narządu. Jest jednocześnie bardzo czuła przy wykrywaniu wolnego płynu w jamie brzusznej, co pozwala na szybkie rozpoznanie dokonanego pęknięcia śledziony. Przypadek przez nas opisywany pokazuje, że może być użyteczna w rozpoznawaniu podtorebkowego pęknięcia śledziony, kiedy to objawy kliniczne są minimalne lub nie ma ich wcale. Badanie to umożliwia wykrycie krwiaka śledziony, określenie jego wielkości i obserwację progresji procesu chorobowego, co ma szczególne znaczenie dla podejmowania decyzji terapeutycznych.

Mniej niż w 1% przypadków zejściem podtorebkowego pęknięcia śledziony jest powstanie torbieli. Natomiast w około 5–10% przypadków dochodzi do tak zwanego dwuczaskowego pęknięcia śledziony. Skrzeplina i krwinki czerwone znajdujące się w krwiaku ulegają rozpuszczeniu, przez co jego zawartość staje się płynna. Zwiększa się osmolalność zawartości krwiaka, co powoduje ściągnięcie dodatkowego płynu

z otoczenia; powiększająca się tą drogą objętość krwiaka może powodować dalsze rozerwanie mięszu śledziony i jej torebki, która także ulega zmianom wstecznym (9). Może to stać się przyczyną gwałtownego, zagrażającego życiu krwotoku, który może pojawić się nawet po kilkunastu tygodniach od powstania krwiaka śledziony (3, 8, 10). Stwierdzone ultrasonograficznie powiększanie się krwiaka oraz obawa przed wystąpieniem dwuczасowego pęknięcia chorobowo zmienionej śledziony u naszego chorego skłoniło nas do wykonania splenektomii.

Ostatnio w piśmiennictwie coraz częściej pojawiają się doniesienia zalecające postępowanie zachowawcze z ewakuacją krwi z jamy otrzewnej drogą nakłucia przeprowadzonego pod kontrolą ultrasonograficzną. Jest ono opisywane tylko w przypadkach całkowitego pęknięcia śledziony i całkowicie hemodynamicznie wydolnego stanu krążenia chorego (5, 12, 13). W przypadku całkowitego pęknięcia śledziony wynaczyniona krew wypływa do jamy otrzewnowej. Gdy tylko krwawienie nie jest zbyt gwałtowne, ma szanse zatrzymać się, dając możliwość dalszego leczenia zachowawczego. Nie powstaje wtedy krwiak śledziony i nie może zaistnieć mechanizm osmotycznego zwiększania jego objętości z zagrażającym dalszym rozrywaniem narządu, co może być przyczyną gwałtownego krwotoku. Z tego powodu przy całkowitym pęknięciu śledziony jest możliwe dalsze postępowanie zachowawcze (pod warunkiem ustania krwawienia oraz wydolnego stanu krążenia chorego). Naszym zdaniem, w przedstawionym przez nas przypadku, pozostawienie powiększającego swoją objętość krwiaka w chorobowo zmienionej śledzionie łączyłoby się ze zbyt wielkim ryzykiem narażenia chorego na gwałtowny, zwykle zagrażający życiu krwotok, który mógłby wystąpić nawet kilka tygodni po opuszczeniu przez niego szpitala. To skłoniło nas do wykonania u naszego chorego splenektomii, pomimo pełnej świadomości odległych konsekwencji zdrowotnych tego zabiegu.

Utrzymywanie się podwyższonej aktywności aminotransferaz miesiąc po zabiegu nie budzi niepokoju i jest przez nas traktowane jako nałożenie się obciążenia toksycznego wątroby środkami stosowanymi przy znieczuleniu ogólnym na niewielkiego stopnia proces zapalny wywołany przez wirusa *Epsteina-Barr*. Rokowanie co do ustąpienia tych zmian jest bardzo dobre.

W podsumowaniu opisu powyższego przypadku należy podkreślić potrzebę zachowania szczególnej ostrożności w przypadkach mononukleozy zakaźnej przebiegających z powiększeniem śledziony, szczególnie wówczas, gdy choroba ma przebieg bólowy. Sugerujemy, żeby w tych przypadkach przeprowadzić badanie ultrasonograficzne w 3-4 tygodniu choroby w celu wykluczenia niemych klinicznie powikłań choroby.

G. Barańkiewicz, J. Mijal, J. Karoń, Z. Rybski, J. Juszczyk

SPONTANEOUS SPLENIC RUPTURE AS A COMPLICATION OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

SUMMARY

Spontaneous splenic rupture as a complication of infectious mononucleosis in 17-years old man was described. Clinical manifestations of infectious mononucleosis were typical without any sign of the splenic rupture. At the end of third week of the disease sonografic investigation revealed

subcapsular hematoma of the spleen without overt rupture. The patient was observed. Five days later in the next sonographic investigation the second hematoma of the spleen appeared. Patient was treated underwent splenectomy and he remain alive and well.

Autors suggest that in cases with subcapsular hematoma of the spleen splenectomy remains the treatment of choice. Mononucleosis patients with significant enlarged spleen should be observed very carefully. Autors propose control sonographic investigation in 3rd or 4th week of the disease in those cases.

PIŚMIENICTWO

1. *Ali J.*: Can. J. Surg., 1993, 36, 1, 49. – 2. *Aung M.K., Goldberg M., Tobin M.S.*: JAMA, 1978, 240, 16. – 3. *Benjamin C.I.*: Surg. Gynecol. Obstet., 1976, 142, 171. – 4. *Gordon M.K., Rietveld J.A., Frizelle F.A.*: Aust. N-Z.J.Surg., 1995, 65 (4), 247. – 5. *Johnson M.A., Cooperberg P.L., Boisvert J.* i wsp.: A.J.R., 1981, 136, 111. – 6. *Konvolinka C.W., Wyatt D.B.*: J. Emerg. Med., 1989, 7 (5), 471. – 7. *Kurnatowska A., Łukaszewski B., Cichocki P.*: Pol. Tyg. Lek., 1977, XXXII, 42, 1639. – 8. *Mc Lean E.R. Jr., Diehl W., Edoga J.K., Widmann W.D.*: J. Pediatr. Surg., 1987, 22 (11), 1034. – 9. *Mc Mahon M.J., Lintott J.D., Mair W.S.J.* i wsp.: Br. i J. Surg., 1977, 64, 641. – 10. *Olsen W.R., Polley T.Z.Jr.*: Arch. Surg., 1977, 112, 422.
11. *Paar W.D., Look M.P., Robertz-Vaupel G.M.*, i wsp.: Z. Gastroenterol., 1995, 33, 13.
- 12. *Pasieka J.L., Preshaw R.M.*: J. Pediatr. Surg., 1992, 27, 529. – 13. *Peters R.M., Gordon L.A.*: Am. J. Med., 1986, 80 (1), 123. – 14. *Rutkow I.M.*: Arch. Surg., 1978, 113, 718. – 15. *Safran D., Bloom G.P.*: Am. Surg., 1990, 56, 601.

Adres: Klinika Chorób Zakaźnych AM
61-003 Poznań, ul. Wincentego 2