

Splenosis omkring genitalia interna kan være en senkomplikation til milttraume

Tina Bergmann & Solveig Brixen Larsen

KASUISTIK

Gynækologisk-obstetrisk
Afdeling, Hillerød
Hospital

Splenosis er autotransplantation af vitalt miltvæv til andre dele af kroppen, der typisk opstår efter traumatisk miltruptur. Den hyppigste lokalisation er i abdomen og pelvis, men splenosis kan også findes intratorakalt, subkutant, intrahepatisk og intrakranielt [1]. Tilstanden er oftest asymptomatisk og opdages derfor typisk ved en tilfældighed.

SYGEHISTORIE

En 40-årig kvinde fik pga. hypermenorrhoea foretaget total abdominal hysterektomi. Patienten havde som otteårig miltruptur efter et traume og blev opereret herfor. I forbindelse med hysterektomien fandt man talrige bløde, svampede, blålige og velafgrænsede tumorlignende processer, primært i fossa Douglasi. Den største målte 5 × 4 cm. Et par af processerne blev fjernet til mikroskopi. Ved frysemikroskopi fandt man intet malignt, men man kunne ikke afgøre præcist, hvilket væv der var tale om. Ved intra-abdominal palpation fandt man ikke yderligere forandringer.

Postoperativt blev der udført computertomografi af abdomen med kontrast. Denne viste tre runde og homogene processer på henholdsvis 42, 27 og 16 mm på miltens plads. Herudover sås en tumor på 50 × 25 mm ved højre ovarie og talrige mindre nodulære forandringer intraperitonealt. Ved første vurdering havde man mistanke om peritoneal karcinomatose. Endelig

histologi viste, at de fjernede processer var almindeligt miltvæv.

Patienten blev fulgt et år, og man kunne ved vaginal ultralydskanning konstatere, at processen på 5 × 4 cm ved højre ovarie ikke voksede, og patienten havde ingen symptomer. **Figur 1** viser et ultralydbillede af bønneformet homogent væv, der måler 48,5 mm, som repræsenterer splenosis nær højre ovarie.

DISKUSSION

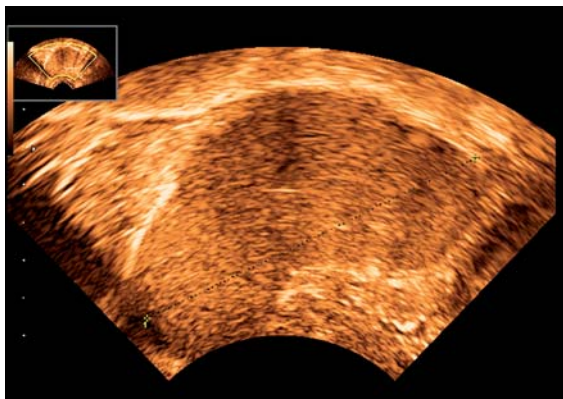
Ektopisk miltvæv findes i to former – bimilte og splenosis. En bimilt er medfødt, og der findes normalt ikke flere end seks bimilte hos den enkelte patient. Bimilte er karakteriseret ved bevaret miltstruktur i form af kapsel, hilus og parenkym, og blodforsyningen kommer fra en gren af arteria lienalis [2].

Splenosis er autotransplantation af vitalt miltvæv til andre dele af kroppen, som opstår efter traumatisk miltruptur eller operativ fjernelse af milten. Splenosis findes hyppigst i abdomen og pelvis, men er også beskrevet intratorakalt, subkutant, intrahepatisk og intrakranielt. Man kan typisk finde omkring 100 milt-noduli hos den enkelte patient, men op til 400 er beskrevet [1]. Histologisk fremstår miltvævet med ændret struktur, herunder dårligt defineret kapsel og manglende trabekulær struktur. Blodforsyningen kommer fra lokale arterier i det område, hvori splenosisvævet har implanteret sig [3].

Incidensen af splenosis er ukendt, da det ofte opdages tilfældigt, men man har estimeret, at det forekommer hos op til 65% af de patienter, der har fået foretaget posttraumatisk splenektomi [1]. Tilstanden er oftest asymptomatisk, men kan i pelvis dog medføre underlivssmerter, dysmenorrhoea og dyspareunia [3]. Da forandringer kan være svære at skelne fra maligne forandringer ved f.eks. computertomografi, kommer patienterne typisk igennem et længere udredningsprogram, før den korrekte diagnose stilles. Med miltskintigrafi med denaturerede erythrocytter kan man påvise miltvæv, og dette kan bruges i udredningen [4]. Desuden kan blodudstrykning vise fravær af Howell-Jolly-legemer og siderocyter, som man ellers normalt ville forvente at finde hos en patient, der er splenektomeret [2]. Splenosisvævet menes derfor at have miltfunktion.

FIGUR 1

Ultralydbillede af bønneformet homogent væv, der måler 48,5 mm, som repræsenterer splenosis nær højre ovarie.



Splenosis kan peroperativt forveksles med endometriose, maligne tumorer, lymfomer, metastaser og hæmangiomer [5]. Ved splenosis vil man finde et varierende antal rødviolette noduli, som kan variere i både størrelse (fra få millimeter til 12 cm) og form. De er typisk let blødende og velafgrænsede. Histologi vil give den endelige diagnose.

Hos en patient, som tidligere har haft miltruptur, er splenosis en vigtig differentialdiagnose ved uafklarede tumorlignende processer, der er fundet ved f.eks. computertomografi, ultralydsundersøgelse eller peroperativt. Miltskintografi kan benyttes til at komme diagnosen nærmere og kan spare patienten for invasive undersøgelser. Behandlingen afhænger af symptomatologien. Splenosisvæv bør kun fjernes,

såfremt patienten har symptomer herfra, da det menes at have miltfunktion.

KORRESPONDANCE: Tina Bergmann, Røvsingsgade 57, 2. tv., 2200 København N.
E-mail: tina_bergmann@hotmail.com

ANTAGET: 20. august 2010

FØRST PÅ NETTET: 13. december 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Fremont RD, Rice TW, Todd W et al. Splenosis: A review. *South Med J* 2007;100:589-93.
2. Celiloglu M, Dogan E, Celiloglu M. Splenosis presenting with adnexal mass: a case report. *Arch Gynecol Obstet* 2004;270:129-30.
3. Zitzer P, Pansky M, Maymon R et al. Pelvic splenosis mimicking endometriosis, causing low abdominal mass and pain. *Human Reproduction* 1998;13:1683-5.
4. Segev Y, Lavie O, Kaufmann Y et al. Pelvic splenosis mimicking an ovarian mass: a non-invasive approach. *IMAJ* 2007;9:819-20.
5. Desai N, Holmström SW, Parsons AK. A painful reminder: The patient had sharp abdominal pain and a complicated medical history. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:405.e1-2

Præpylorisk antral web – en sjælden årsag til pylorusobstruktion

Xiuping Liu¹ & Gert Fonnest²

Antral web er en sjælden misdannelse, der kan forårsage pylorusobstruktion. Tilstanden blev første gang beskrevet hos et spædbarn i 1933 [1]. Vi præsenterer en patient med langvarige recidiverende opkastninger, som var forekommet siden spædbarnsalderen. Radiologiske undersøgelser viste duodenal obstruktion. Endoskopi viste en deformeret pylorus. Et præpylorisk *antral web* blev fundet ved efterfølgende åben ventrikeloperation.

SYGEHISTORIE

Denne sygehistorie omhandler en dreng, der var født på Færøerne efter ukompliceret graviditet i uge 41+1 ved vacuumforløsning, og som havde svær perinatal asfyksi og efterfølgende fik epilepsi. I småbarnsalderen debuterede patienten med fejlsynkning samt recidiverende ikkegaldefarvede opkastninger. Symptomerne blev tolket som gastroøsofageal reflux. Patienten var indlagt flere gange til intravenøst administreret omeprazolbehandling på mistanke om øsofagitis/gastritis. Patienten blev flere gange indlagt til antibiotikabehandling for lungebetændelser. Endoskopien i forbindelse med perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG)-sondeanlæggelse ved etårsalderen viste normal slimhinde i øsofagus og ventriken.

Godt fire år gammel blev patienten på grund af tiltagende opkastninger og mistanke om aspirations-tilfælde indlagt akut på Børneafdelingen, Hvidovre Hospital. Ved objektiv undersøgelse var abdomen fladt, blødt og uden palpable udfyldninger. Der var normale tarmlyde. Gastroskopi viste en velplaceret PEG-sonde i en ventrikel, der i øvrigt blev bedømt til at være normal uden gastritis eller ulcus. Duodenumets første stykke blev endvidere beskrevet som normalt, mens andet stykke ikke blev undersøgt. Konventionel røntgenkontrastundersøgelse af den øvre gastrointestinalkanal viste duodenal obstruktion med svær ventrikelretention samt forsinket kontrastpassage gennem ventriklen til tyndtarmen. På grund af total obstruktion fik patienten ti dage senere udført en computertomografi, der viste forsnævring og vægfortykkelse i det andet stykke af duodenum. Fundet gav mistanke om morbus Crohn, anden form for inflammation eller invagination. Duodenal invagination blev mistænkt ved efterfølgende ultralydsskanning.

På grund af den påviste obstruktion blev barnet overflyttet til Børnekirurgisk Klinik, Rigshospitalet. Gastroskopi viste, at pylorus var læbeformet samt svært passabel og gracil. Ved efterfølgende åben ventrikeloperation fandtes et præpylorisk web, som ob-

KASUISTIK

- 1) Røntgenafdelingen, Hvidovre Hospital, og
- 2) Børnekirurgisk Klinik, Rigshospitalet