

DOI: <https://doi.org/10.34921/amj.2025.2.025>

SPLENEKTOMİYADAN SONRA MƏDƏ XƏRÇƏNGİNƏ GÖRƏ İCRA EDİLƏN QASTREKTOMİYA ZAMANI MƏDƏ-DALAQ BAĞINDA YERLƏŞƏN ƏLAVƏ DALAĞIN QORUNUB SAXLANMASI (KLİNİK MÜŞAHİDƏ)

R.B.Bayramov, S.E.Hüseynova, Z.A.Məhərrəmov, F.R.Bayramlı
Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Xülasə. Məqalədə mədə xərçəngi ilə müraciət etmiş və anamnezində 17 il əvvəl qəza nəticəsində dalağın cırılmasına görə splenektomiya aparılmış xəstədə qastrektomiya zamanı mədə-dalaq bağında yerləşən hipertrofiyaya uğramış əlavə dalağın uğurla saxlanması ilə nəticələnən klinik hadisə təsvir edilir.

Mədənin kardial hissəsinin xərçəngi diaqnozuna görə hospitalizasiya edilmiş və anamnezində dalağın cırılmasına görə splenektomiya edildiyi göstərilən 57 yaşlı kişi xəstədə KT zamanı 50×45 mm ölçüdə hipertrofiyaya uğramış əlavə dalaq aşkar edilmişdir (splenektomiyadan 3 ay sonra aparılmış ultrasəs müayinə-sində əlavə dalaq 20×15 mm ölçüdə təsvir edilmişdir). Laparotomiya zamanı sol hemidiapraqma altında intensiv bitişmələr aşkar edilmiş və bitişmələrin arasında mədə-dalaq bağının içərisində əlavə dalaq kimi qiymətləndirilən şişəbənzər törəmə müşahidə edilmişdir. Xəstəyə D2 limfodisseksiya ilə qastrektomiya icra edilmiş və qan təchizatı nəzərə alınmaqla, əlavə dalaq qorunub saxlanılmışdır.

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmasız keçmişdir. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə və 3 ay sonra qorunub saxlanmış dalağın dopplerografiyası zamanı toxuma strukturunun və qan təchizatının səciyyəvi olduğu müşahidə edilmişdir.

Müəlliflərin fikrincə, mədə xərçəngi və anamnezində splenektomiya olmuş xəstələrdə mədə-dalaq bağında əlavə dalağın olduğu hallarda onun qan təchizatının qorunub saxlanması məqsədəuyğundur və texniki olaraq mümkündür.

Açar sözlər: əlavə dalaq, dalağın cırılması, mədə xərçəngi, qastrektomiya

Ключевые слова: добавочная селезенка, разрыв селезенки, рак желудка, гастрэктомия

Key words: accessory spleen, splenic rupture, stomach cancer, gastrectomy

СОХРАНЕНИЕ ДОБАВОЧНОЙ СЕЛЕЗЕНКИ В ЖЕЛУДОЧНО-СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ СВЯЗКЕ ПРИ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОГО СО СПЛЕНЭКТОМИЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Р.Б.Байрамов, С.Э.Гусейнова, З.А.Магеррамов, Ф.Р.Байрамлы
Кафедра Онкологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Представлен клинический случай успешного сохранения гипертрофированной добавочной селезенки, находящейся в желудочно-селезеночной связке, при гастрэктомии у больного раком желудка с давней спленэктомией в анамнезе, по поводу разрыва селезенки при автокатастрофе.

Пациенту 57 лет с диагнозом «рак кардиального отдела желудка», у которого в анамнезе перенесённая 17 лет назад спленэктомия по поводу разрыва селезенки при автокатастрофе, и с гипертрофированной добавочной селезенкой размером 50×45 мм согласно КТ (она была размером 20×15 мм при спленэктомии) была спланирована гастрэктомия. При лапаротомии под левой гемидиафрагмой был выявлен интенсивный спаечный процесс, где в желудочно-селезеночной связке пальпировалось опухолевидное образование диаметром примерно 5.0, которое было признано добавочной селезенкой. Была выполнена гастрэктомия с D2 расширенной лимфодиссекцией и добавочная селезенка была сохранена, учитывая ее кровоснабжение.

Послеоперационный период прошел без особенностей. В непосредственном послеоперационном периоде и спустя 3 месяца была проведена доплерография сохраненной и гипертрофированной добавочной селезенки.

По мнению авторов, у больных раком желудка и с спленэктомией в анамнезе, при наличии добавочной селезенки в желудочно-селезеночной связке, целесообразно и можно сохранить ее без нарушения ее кровообращения.

Добавочная селезенка представляет собой врожденный эктопический очаг здоровой селезеночной ткани и является результатом несовершенности слияния селезеночных масс при эмбриональном развитии [1], что наблюдается довольно часто (у около 16-19% людей) [2, 3]. Добавочная селезенка в 60-85% случаев бывает одиночной, в остальных случаях – больше одной, порой число достигает до четырех [2, 4, 5]. В более чем три четверти случаев добавочная селезенка находится медиальнее селезенки – рядом с хвостом поджелудочной железы ближе к воротам селезенки, в большом сальнике, по большой кривизне желудка, в остальных случаях – в брыжейке тонкого или толстого кишечника, в дугласовом пространстве, рядом с левым яичником или левым яичком; очень редко обнаруживается в забрюшинном пространстве [6] или в паренхиме поджелудочной железы [7], еще реже в правой стороне брюшной полости [8]. Размер добавочной селезенки редко превышает 4,0 см. и средний размер составляет приблизительно 1,5 см. После спленэктомии добавочная селезенка становится гипертрофированной [2].

Было описано и проанализировано сохранения гипертрофированной добавочной селезенки в желудочно-селезеночной связке при гастрэктомии у больного раком желудка, у которого 17 лет назад была проведена спленэктомия по поводу разрыва селезенки при автокатастрофе.

Произведена обработка клинического материала в виде данных из историй болезни, результатов КТ и УЗИ исследования, и данных внутриоперационной эксплорации.

Клиническое наблюдение. Больной в возрасте 57 лет обратился в Онкологическую Клинику Азербайджанского Медицинского университета с жалобами на дискомфорт в эпигастральной области. У больного в анамнезе спленэктомия, проведенная 17 лет назад по поводу разрыва селезенки при автокатастрофе. Больному была проведена эзофагогастроскопия и был выявлен язвенный дефект размером 10 мм в кардиальной части желудка, напоминающий рак. Патогистологическое исследование биоптатов подтвердило высокодифференцированную аденокарциному. При КТ не были наблю-

дены патологическое утолщение стенки желудка, патологически увеличенные регионарные лимфоузлы и очаговые поражения в печени. Наряду с этим при КТ было обнаружено отсутствие селезенки и образование в желудочно-селезеночной связке с плотностью селезеночной ткани размером 50×45 мм, что было оценено как добавочная селезенка (Рис. 1). При анализе данных выписного эпикриза стало известно, что при спленэктомии была обнаружена добавочная селезенка, размером 20 × 15 мм.

Больному была спланирована гастрэктомия и при лапаротомии опухоль была признана резектабельной и под левой гемидиафрагмой был выявлен интенсивный спаечный процесс, где пальпировалось опухолевидное образование размером 6,0 × 5,0 см, которое было признано добавочной селезенкой. При мобилизации желудка по большой кривизне было принято решение сохранить добавочную селезенку, для чего линия мобилизации была проведена между большой кривизной и добавочной селезенкой. Учитывая, что кровоснабжение добавочной селезенки с покрывающим большим сальником осуществляется, в основном, от сосудистой дуги со стороны большой кривизны желудка и при мобилизации желудка пересекаются соответствующие сосуды, покрывающая добавочную селезенку часть большого сальника не была рассечена со стороны левой трети поперечно-ободочной кишки, с намерением сохранить соответствующие сосуды в ней. Было учтено также

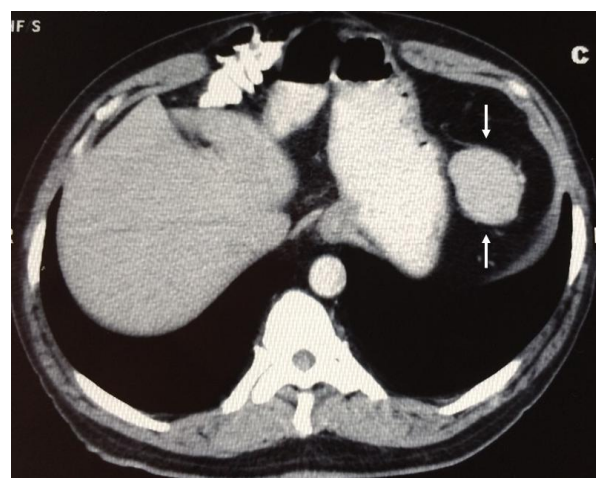


Рис. 1. КТ картина добавочной селезенки (стрелки) с анамнезом спленэктомии.

то, что в кровоснабжении добавочной селезенки могут участвовать так же мелкие сосуды, находящиеся в фиброзной ткани спаек, прилипающих к нижней поверхности левой гемидиафрагмы и париетальной брюшине переднебоковой стенки брюшной полости. Была выполнена гастрэктомия по Roux-en-Y с D2 расширенной лимфодиссекцией. Патогистологическое исследование резектата подтвердило высокодифференцированную аденокарциному в стадии T1bN0.

Результаты. В течение хирургической операции не были замечены признаки нарушения кровообращения части большого сальника, покрывающей сохраненную добавочную селезенку. Послеоперационное течение без особенностей. Больной был выписан на 14-е сутки. В непосредственном послеоперационном периоде и спустя 3 месяца после операции, наряду с другими рутинными исследованиями при контрольном обследовании, были проведены ультразвунография (Рис. 2) и доплерография добавочной селезенки и была наблюдаена нормальная селезеночная структура и отсутствие нарушения кровообращения. Спустя 62 месяца после операции больной жив, без рецидива и метастаза рака желудка.

Обсуждение. Лица после спленэктомии испытывают серьезные проблемы при борьбе против некоторых микроорганизмов в течение своей жизни [9], так как селезенка представляет собой самую большую массу

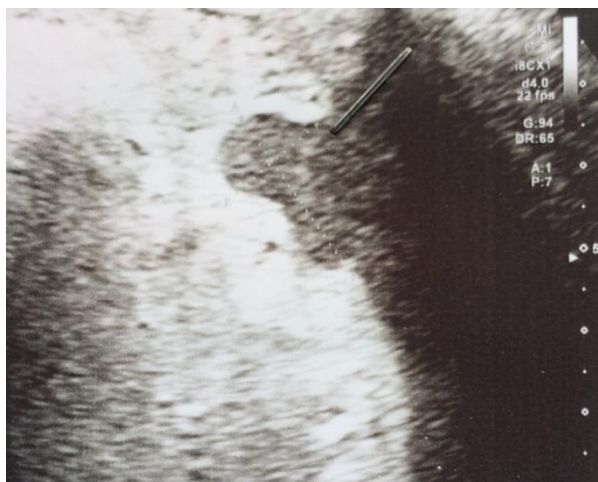


Рис. 2. Ультразвунографическая картина добавочной селезенки с нормальной селезеночной структурой (стрелки) спустя 3 месяца после гастрэктомии

лимфоидной ткани в организме [10]. У 5-10% больных, перенесших спленэктомию, в непосредственном и отдаленном послеоперационном периодах с высокой частотой развивается синдром непреодолимой инфекции после спленэктомии (OPSI – overwhelming postsplenectomy infection syndrome). Синдром OPSI может наблюдаться в течение 24 дней – 65 лет после спленэктомии и приводит к смерти в 50% случаев [9, 11]. OPSI может развиваться в любом возрасте, но дети, особенно в возрасте до 2 лет, имеют наивысший риск. По данным, спленэктомия, проведенная по поводу гематологических расстройств, включая талассемию, наследственный сфероцитоз, аутоиммунный гемолиз, иммунную тромбоцитопеническую пурпуру, лимфому, создает более высокий риск, чем проведенная в результате травмы [12]. Патогенетически причиной синдрома OPSI является уменьшение объема ретикулоэндотелиальной ткани из-за удаления селезенки, в результате чего ослабляется бактериальное очищение крови. В внеселезеночной циркуляции полисахаридные антигены не имеют иммуногенное свойство, в отличие от белковых антигенов, благодаря чему бактерии с полисахаридной оболочкой уклоняются от иммунного ответа и, следовательно, от фагоцитоза [12]. Клетки Купфера в печени “очищают” хорошо опсонированные бактерии, а инкапсулированные микроорганизмы не поддаются связыванию с антителами и, в основном, удаляются селезенкой. Без селезенки немедленная продукция антител против только что обнаруженных антигенов нарушается, в результате чего бактерии размножаются быстрее. Сепсис у аспленических лиц может развиваться на любой микроорганизм – на бактерии, вирусы, грибки, простейшие (протозоа), но чаще всего он ассоциируется с инкапсулированными микроорганизмами [13]. Инкапсулированные микроорганизмы типа *Streptococcus pneumoniae* составляют 70-90% всего бактериального спектра соответствующего инфекционного состояния [9, 14]. *Haemophilus influenzae* серотипа В (Hib), *Neisseria meningitidis* и *Streptococcus pyogenes* составляют основную часть остальных причин [15]. Как правило, риск особенно велик в

течение первого года после спленэктомии. Таким образом, у людей без селезенки инвазивное стрептококковое заболевание в 12-25 раз выше в сравнении с общим населением [16].

В последние годы вакцинация является неотделимой частью в профилактике инфекций от соответствующих микроорганизмов у лиц после спленэктомии. Несмотря на это, мнения об эффективности вакцинации в предупреждении инфекций, вызываемых *Streptococcus pneumoniae*, продолжают оставаться противоречивыми [9]. Наряду с этим, согласно результатам исследований, проведенных в последние годы в Европе, спленэктомия является негативным фактором, самостоятельно влияющим на частоту послеоперационных осложнений и смерти после гастрэктомии. Кроме этого, некоторые исследователи утверждают, что

спленэктомия ухудшает отдаленные результаты гастрэктомии, проведенной по поводу рака желудка [17]. Таким образом, сохранение селезенки или добавочной селезенки у больных после спленэктомии является важной задачей при выполнении гастрэктомии для снижения риска послеоперационных и отдаленных инфекционных осложнений, и улучшения отдаленных результатов гастрэктомии, проведенной по поводу рака желудка.

Заключение. У лиц после спленэктомии существующая добавочная селезенка гипертрофируется со временем и может выполнять функцию нормальной селезенки. У больных раком желудка и с спленэктомией в анамнезе при наличии добавочной селезенки в желудочно-селезеночной связке, целесообразно и можно ее сохранить без нарушения ее кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Arra A., Ramdass M.J., Mohammed A. et al. Giant accessory right-sided suprarenal spleen in thalassaemia // *Case Rep Pathol*, 2013; 2013: 269543. <https://doi.org/10.1155/2013/269543>
2. Rashid S.A. Accessory spleen: prevalence and multidetector CT appearance. *Malays J Med Sci*, 2014; 21(4): 18-23 //
3. Dogan U. N, Uysal I.I., Demirci S. et al. Accessory spleens at autopsy // *Clin Anat*, 2011; 24: 757-62. <https://doi.org/10.1002/ca.21146>
4. Radu C.C., Mutiu G., Pop O. Accessory spleen // *Romanian J Morphol Embryol*, 2014; 55: 1243-6.
5. Kawamoto S., Johnson P.T., Hall H. et al. Intrapancreatic accessory spleen: CT appearance and differential diagnosis // *Abdom Imaging*, 2012; 37: 812-27. <https://doi.org/10.1007/s00261-011-9830-x>
6. Palumbo V., Mannino M., Teodoro M. et al. An extremely rare case of an oversized accessory spleen: case report and review of the literature // *BMC Surgery*, 2019; 19: 45. <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0510-z>
7. Sothilingama N., Leedahlb T., Kriegler S. et al. Intrapancreatic accessory spleen: a case report and review of the literature // *Intl J Surg Case Rep*, 2011; 2: 128-30.
8. Xu S.Y., Sun K., Xie H.Y. et al. Accessory spleen located in the right parietal peritoneum: the first case report // *Medicine (Baltimore)*, 2017; 96: e7957. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000007957>
9. Waghorn D.J. Overwhelming infection in asplenic patients: current best practice preventive measures are not being followed // *J Clin Pathol*, 2001; 54: 214-8. <https://doi.org/10.1136/jcp.54.3.214>
10. Hansen K., Singer D.B. Asplenic-hyposplenic overwhelming sepsis: postsplenectomy sepsis revisited // *Pediatr Dev Pathol*, 2001; 4: 105-21. <https://doi.org/10.1007/s100240010145>
11. Benoist S. Median and long-term complications of splenectomy // *Ann Chir*, 2000; 125: 317-24.
12. Shatz D.V. Vaccination considerations in the asplenic patient // *Expert Rev Vaccines*, 2005; 4: 27-34. <https://doi.org/10.1586/14760584.4.1.2>
13. Okabayashi T., Hanazaki K. Overwhelming postsplenectomy infection syndrome in adults - A clinically preventable disease // *World J Gastroenterol*, 2008; 14 (2): 176-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.14.176>
14. Jirillo E., Mastronardi M.L., Atamura M. et al. The immunocompromised host: immune alterations in splenectomized patients and clinical implications // *Curr Pharm Des*, 2003; 9: 1918-23. <https://doi.org/10.2174/1381612033454306>
15. Sheikha A.K., Salih Z.T., Kasnazan K.H. et al. Prevention of overwhelming postsplenectomy infection in thalassemia patients by partial rather than total splenectomy // *J Can Chir*, 2007; 50 (5): 382-6.
16. Mourtzoukou E.G., Pappas G., Peppas G. and Falagas M.E. Vaccination of asplenic or hyposplenic adults // *Br J Surg*, 2008; 95: 273-80. <https://doi.org/10.1002/bjs.6106>
17. Roukos D.H. Extended (D2) lymph node dissection for gastric cancer: do patients benefit? // *Ann Surg Oncol*, 2000; 7: 253-5. <https://doi.org/10.1007/s10434-000-0253-0>

PRESERVATION OF THE ACCESSORY SPLEEN LOCATED IN THE GASTROSPLENIC LIGAMENT DURING TOTAL GASTRECTOMY IN A PATIENT WITH GASTRIC CARCINOMA AND A HISTORY OF SPLENECTOMY (CASE REPORT)

R.B.Bayramov, S.E.Huseynova, Z.A.Maharramov, F.R.Bayramli
Department of Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Summary. The article describes a case report of the successful preservation of an accessory spleen that underwent hypertrophy during total gastrectomy and was located in the greater omentum, in a patient with adenocarcinoma of the gastric cardia and a history of splenectomy 17 years earlier due to splenic rupture from an accident.

A 57-year-old male patient with a diagnosis of adenocarcinoma of the gastric cardia and with a history of splenectomy due to splenic rupture in the car accident, total gastrectomy was planned. The patient has had an accessory spleen underwent hypertrophy in the greater omentum that was visualized on CT of the size of 50 mm × 45 mm (it was 20 × 15 mm on splenectomy). On laparotomy, a soft tumor-like structure of 6.0 cm x 5.0 cm was palpated under the left hemidiaphragm within the gastrosplenic ligament attached to the parietal peritoneum by intensive adhesions. The tumor-like structure was considered to be an accessory spleen become hypertrophic. Total gastrectomy with D2 extended lymph node dissection was performed and the accessory spleen was preserved taking into consideration its blood supply.

Postoperative period was without peculiarities. In the short-term postoperative period and 3 months later Doppler ultrasonography of the accessory spleen was conducted and a characteristic spleen structure and normal blood flow was observed.

According to authors' opinion, in patients with gastric cancer and with the history of splenectomy, preservation of the existing accessory spleen located in the gastrosplenic ligament is rational and it can be realized without compromising its blood supply.

Müəlliflə əlaqə üçün:

Ramiz Bəxtiyar oğlu Bayramov, Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası

E-mail: ramizbayramov@gmail.com

Təqdim edilmişdir: 05.02.2025

Qəbul edilmişdir: 14.04.2025