

SPONTÁNNÍ RUPTURA OVARIÁLNÍ CYSTY JAKO PŘÍČINA MASIVNÍHO HEMOPERITONEA U DÍVKY S CHRONICKOU FORMOU IMUNNÍ TROMBOCYTOPENICKÉ PURPURY

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Kamila Michálková², doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.¹,
doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.³, MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.³, MUDr. Zbyněk Novák¹, MUDr. Petr Pešák⁴

¹Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN, Olomouc

³1. chirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc

⁴Dětské oddělení Krajské nemocnice T. Bati a.s., Zlín

Imunní trombocytopenická purpura u dětí bývá jen vzácně příčinou život ohrožujících událostí, jakými jsou nitrolební a nitrobřišní krvácení. Autoři prezentují sedmnáctiletou dívku s chronickou formou imunní trombocytopenické purpury, u které spontánní ruptura ovariální cysty vedla k masivnímu intraabdominálnímu krvácení. Po hematologické přípravě mraženou plazmou, vysoko dávkovanými imunoglobuliny a opakovanou transfuzí separovaných destiček byla u pacientky v celkové anestezii provedena laparoskopická revize a koagulace krvácející cysty levého ovaria. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Pediatr. pro Praxi 2008; 9(6): 422–423

Úvod

Imunní trombocytopenická purpura (ITP) je nejčastější příčinou získané formy krvácení u dětí. Toto autoimunitní onemocnění je charakterizováno destrukcí trombocytů, která je zapříčiněna autoprotílátkami. U 80–90 % případů má ITP benigní charakter se spontánní úpravou v průběhu několika týdnů až měsíců. U většiny pacientů se nemoc projevuje minimálními krvácivými projevy na kůži nebo sliznicích. Jen u malého počtu pacientů můžeme zaznamenat intrakraniální krvácení (incidence je asi 0,2–1,0 %) nebo závažné krvácení (asi u 5 % dětí). Závažné krvácení je definované jako perzistující epistaxe, meléna, menoragie nebo gastrointestinální krvácení, které vyžadují hospitalizaci a transfuzi. Po spontánní ruptuře ovariální cysty se v období dospívání u dívek může ITP vzácně projevit i masivním nitrobřišním krvácením, které je považováno za potenciálně fatální komplikaci.

Popis případu

Sedmnáctiletá dívka s chronickou formou ITP byla přijata do dětské nemocnice ve Zlíně pro několikahodinovou anamnézu nauzey a bolesti břicha, kterou lokalizovala do pravé dolní poloviny. V péči hematologické ordinace na Dětské klinice v Olomouci je od deseti let. Její chronická forma ITP byla postupně léčena kortikoidy (prednison, metylprednisolon), vysokodávkovanými imunoglobuliny (IVIG), anti-D globulinem vždy jen s přechodným efektem. Byla jí doporučena splenektomie, kterou ale její matka odmítla. Měla pouze mírné kožní krvácivé projevy a epi-

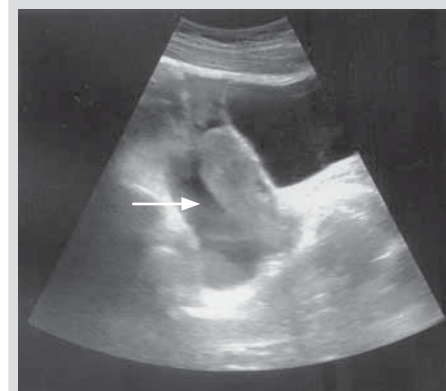
staxe, vážnější krvácení nebylo pozorováno. Menarché má pravidelně od 11 let, poslední menzes byly před 2 týdny.

V den přijetí pozorovala postupné zvětšování objemu břicha, měla pocit nafouklého břicha a bolest se postupně přesunula do celého břicha. Na nativním rentgenovém snímku břicha nebyla prokázána přítomnost náhlé příhody břišní. Na ultrazvuku břicha byl nález volné tekutiny subhepaticky a kolem sleziny a v Douglasově prostoru. Na CT vyšetření břicha byl nález hemoperitonea. V krevním obraze byla těžká trombocytopenie (trombocyty $1 \times 10^9/l$) a mírná anémie (hemoglobin 112 g/l a hematokrit 0,328). Urgentně byla podána transfuze separovaných destiček (1 TU), IVIG (0,8 g/kg/den i.v.) a nitrožilní aplikace vysokých dávek metylprednisolonu (bolusová dávka 1 g/den – celkem 5 dnů). Vzhledem k tomu, že pacientka i přes intenzivní léčbu dále anemizovala (pokles hemoglobinu na 106 g/l), k dalšímu řešení byla přeložena na naši kliniku.

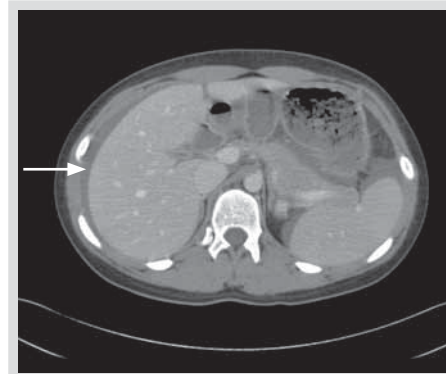
Při přijetí byla bledá, sliznice byly bez petechií, ojedinělé petechie na zádech, dále ojediněle na bérkách a dorzech dolních končetin. Akce srdeční byla pravidelná, tachykardie s pulzem 111/minutu, TK 145/88 mmHg. Břicho bylo mírně meteoristické, při hluboké palpaci citlivé s naznačenou difúzní peritoneální odezvou a naznačeným balotement. Poslechově byla peristaltika slyšitelná, ale oslabená, játra a slezina nebyly zvětšeny. Otoky neměla, hydratace byla přiměřená, periferie byla teplá s dobrým kapilárním návratem. Při ultrasonografickém vyšetření břicha byla kolem jater a sleziny přítomná anechogenní tekutina a v hypogastriu mezi kličkami střevními a v Douglasově prostoru byla mírně hypoechogenní tekutina

tina a v hypogastriu mezi kličkami střevními a v Douglasově prostoru byla mírně hypoechogenní tekutina

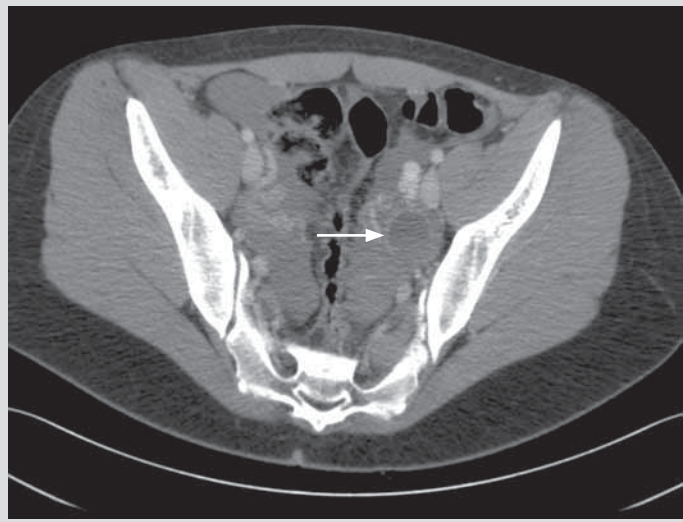
Obrázek 1. Podélné UZ zobrazení pánve – dorzálně od dělohy a m.m. je široká vrstva nehomogenní hypoechogenní tekutiny (šipka) odpovídající hemoperitoneu



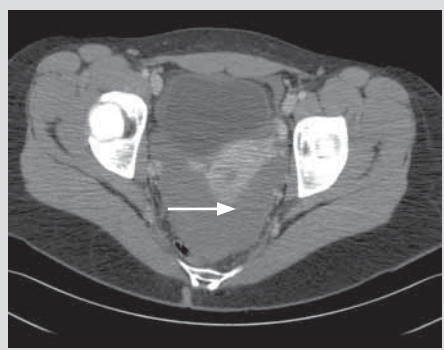
Obrázek 2. CT vyšetření břicha s k.l.i.v. – kolem jater a sleziny jsou hypodenzní lemy (šipka), odpovídající tekutině ve volné dutině břišní



Obrázek 3. CT vyšetření břicha s k. l. i. v – zachycena oblast pánve – v hypodenzním obsahu mezi klíčkami střevními a kolem ovarii se vlevo zobrazuje kulovitý okrsek s jemným, ale neúplným sytějším lemem (šipka), který odpovídá cystě levého ovaria



Obrázek 4. Stejně CT vyšetření, kaudálněji vrstva zobrazuje velké množství tekutiny v Douglasově dutině (šipka), odpovídající hemoperitoneu



(obrázek 1), nález odpovídal masivnímu hemoperitoneu. Na CT vyšetření bylo patrné velké množství hypodenzní tekutiny kolem jater a sleziny (obrázek 2) dále v hypogastriu (obrázek 3, 4, 5), v oblasti levých adnex se v hypodenzní tekutině zobrazovala kulovitá formace s jemným mírně nasyceným lemem po aplikaci k. l. i. v. Dětský chirurg pro progredující hemoperitoneum doporučil po hematologické přípravě provést v celkové narkóze laparoskopii. V dutině břišní bylo nalezeno 1000 ml krve zcela bez koagul, ta byla odsáta a poté byl objeven zdroj krvácení – **prasklá krvácející cysta levého ovaria**. Byla provedena koagulace a opakovaný proplach cysty. Během operačního výkonu byla vzhledem k hodnotě trombocytů $45 \times 10^9/l$ podána transfuzní jednotka separovaných destiček a po operaci další transfuze erytrocytární masy. Pooperační průběh byl

Obrázek 5. CT vyšetření břicha, koronální 2D rekonstrukce – v oblasti hypogastria vlevo patrný hypodenzní útvar odpovídající cystě ovaria (šipka)



zcela bez komplikací, rána se zhojila per primam. Pacientka v dalším průběhu již neanemizovala. Po pětidenní nitrožilní aplikaci metylprednisolonu došlo postupně k normalizaci počtu krevních destiček ($215 \times 10^9/l$). Tři dny po operaci vykazovalo kontrolní UZ vyšetření příznivý nález jen s malým množstvím volné tekutiny.

Diskuze

Krvácivé projevy u ITP můžeme rozdělit do 3 kategorií:

- a) kožní krvácení (petechie a hematomy),
- b) slizniční hemoragie (nosní, orální, vaginální, gastrointestinálního traktu a močových cest),
- c) vnitřní krvácení do CNS, břišní dutiny a plic.

Dalším etiologickým faktorem, který může zapříčinit krvácení v dětském věku, je deficit faktoru VIII, IX, VII nebo fibrinogenu. Tuto možnost ale můžeme většinou vyloučit anamnesticky (1, 3). Krvácení po ruptuře ovariální cysty je u pacientů s ITP považováno

za raritní příčinu hemoperitonea. Všechny tři publikované případy byly stejně jako u naší probandky pozorovány u dívek v adolescentním věku (2, 4, 5). Na rozdíl od naší pacientky bylo masivní krvácení úspěšně zvládnuté transfúzí separovaných destiček, IVIG a vysokou dávkou metylprednisolonu bez chirurgické intervence. Protože identická kombinovaná léčba u naší pacientky nevedla k úspěšné úpravě krvácení a hemoperitoneum s peritoneálním drážděním progredovalo, byla nakonec indikována laparoskopická revize dutiny břišní.

I když je nitrobršní hemoragie z důvodu ruptury ovariální cysty vzácná, může za jistých okolností mít i fatální průběh. Z těchto důvodů bychom na tuto příčinu měli vždy myslet u dospívajících dívek s ITP s již přítomnou menarché (3).

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN
Puškinova 5, 775 20 Olomouc
e-mail: vladimir.mihal@fnol.cz

Literatura

1. Buchanan GR. Bleeding signs in children with idiopathic thrombocytopenic purpura. J Pediatr Hematol Oncol 2003; 25: S42–S46.
2. Kaplan J, Bannon CC, Hulse M, et al. Peritoneal hemorrhage due to a ruptured ovarian cyst in ITP. J Pediatr Hematol Oncol 2007; 29(2): 117–120.
3. Lowe EJ, Buchanan GR. Idiopathic thrombocytopenic purpura diagnosed during the second decade of life. J Pediatr 2002; 141: 253–258.
4. Makiperna A, Nyman R. Intra-abdominal bleeding in a 14-year-old girl with acute immune thrombocytopenic purpura. Pediatr Hematol Oncol 1995; 12: 485–488.
5. Yilmaz S, Demircioglu F, Türker M, et al. An extremely uncommon complication of ITP: Spontaneous rupture of an ovarian follicle cyst and massive intra-abdominal bleeding. J Pediatr Hematol Oncol 2006; 28(11): 75–76.