

## SPLENOSCINTIGRAFIA II.

### Valoarea diagnostică a splenosintigrafiei în practica clinică

I. Krepesz, A. Pupp, Barbara Szász

Splenosintigrafia a fost efectuată pînă în prezent de către noi în 49 cazuri. În probleme metodice am urmat tehnica lui Fischer cu diferența că în locul soluției ABC ne-am servit de 0,5 ml de heparină.

Doza de 51-Cr a fost în fiecare caz 250—300 microcurie, în funcție de mărimea splinei.

Prezentăm în cele ce urmează cazurile noastre:

1. B. T., 46 ani, casnică, nr. foi de obs. 216/65; de 3 ani splenomegalie de etiologie necunoscută; dureri surde sub rebordul costal stg., grețuri continue.

Examenul clinic relevă numai excursii respiratorii diminuate ale diafragmului stg., regiunea hipocondrului stg. bombată discret și sensibilă la palpare, cu o formațiune pronunțată mărită cu limita superioară în spațiul intercostal VII, iar polul inferior ajuns pînă la ombilic.

Hematii: 4.120.200, leucocite: 11.200. Hgb.: 72%. VSH: 76/108 mm, trombocite: 127.000, hemograma calitativă normală. Urograma, pielograma și nefrosintigrama fără modificări patologice.

*Splenosintigrama* (fig. 1.): trădează o splină cu formă și localizare normală, acumulînd Cr-51 uniform, care se diferențiază bine de formațiunea palpabilă sub rebordul costal stg. (tumoarea extralienală, retroperitoneală?). Median de splină se înregistrează probabil lobul stg. al ficatului prin impulsuri sporadice, ceea ce ar denota o sechestrare discretă de hematii.



Fig. nr. 1.

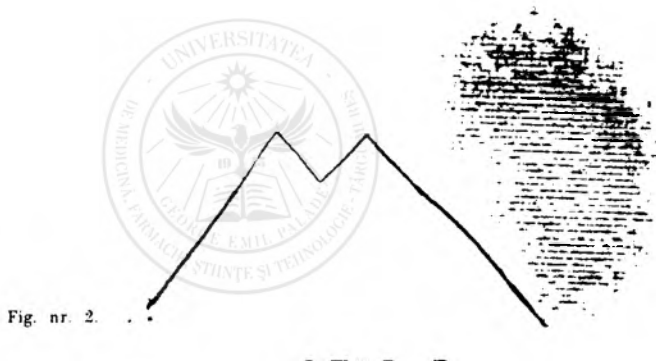


Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 5.



Fig. nr. 4.



Fig. nr. 6.

La intervenție: chist pancreatic. Diagnosticul histopatologic: pseudochist. Splenoscintigrama a clarificat etiologia unei formațiuni considerată timp de 3 ani splină.

2. P. M., 23 ani, muncitor, nr. foi de obs. 596/64; debutul bolii înainte cu 3 luni cu epistaxis și hemoragii gingivale rebele. Diagnosticul pe baza examenului clinic și a analizelor de laborator: trombocitopenie idiopatică, anemie secundară posthemoragică.

Tegumentele și mucoasele vizibile palide. Ficat accesibil palpării. Splina nu se poate palpa. Hematii: 2.820.000, leucocite: 5400, Hgb.: 60%, trombocite între 41.000—73.000. Mielograma: excitație discretă a seriei eritrocitare, seria leucocitară și megacariocitară normale, timpul de sîngerare: 1'50", de coagulare: 8'10". Coagulograma: funcția trombocitară diminuată, nivelul fibrinogenic redus (1/5 mg%). fibrinoliză crescută (19%).

*Splenoscintigrama* (figura 2): splină de formă normală, mărită cranial uniform, polul inferior nu ajunge pînă la rebordul costal. Activitatea splinei omogenă, densă, funcția de sechestrare lienală a hematiilor crescută patologic.

Investigația izotopică pune în evidență o splenomegalie pronunțată, inaccessibilă examenului clinic. Aceasta, precum și creșterea funcției de sechestrare a hematiilor face plauzibil rolul splinei în patogeniza bolii.

3. K. Z., 19 ani, nr. foi de obs. 1096/64: splenomegalie depistată cu ocazia recrutării; se internează pentru clarificarea diagnosticului. Fără simptome subiective. Singurul simptom e splenomegalia, cu limita superioară în spațiul intercostal VII, limita inferioară pînă la nivelul ombilicului. Hematii: 3.840.000, leucocite: 7.200, trombocite: 332.000, Hgb: 71%, Eo.: 6%, Ly: 18%, Mo: 5%, VSH: 54/84 mm. Urina: urme de albumină, Cassoni: pozitiv. Pasajul baritat gastro-intestinal: opacifiere masivă de intensitatea părților moi în cadranul superior și stg. al abdomenului, care deplasează stomacul la dreapta și comprimă colonul transvers. Urografia, pielografia: rinichiul stg deplasat în jos cu 4—5 cm.

*Splenoscintigrama* (fig. 3): splenomegalie. Parenchim activ lienal numai în polul inferior la nivelul ombilicului. Formațiunea palpabilă în hipochondrul stg. poate să aparțină splinei, în ipoteza că e vorba de un proces chistic sau tumoral, fără parenchim funcțional.

Splenoscintigrama coroborată cu tabloul clinic și celelalte analize de laborator (benignitatea procesului, eosinofilie, reacția Cassoni pozitivă), a conturat diagnosticul prezumtiv de chist hidatic al splinei.

4. R. E., ♀, de 56 ani, nr. foi de obs.: 254/64; în antecedente malarie. Boala prezentă a debutat înainte cu 7 ani cu simptome generale neuro-vegetative și gastro-intestinale. Matitatea ficatului cu limita sup. în al VI-lea spațiu intercostal, limita inf. se palpează în inspirație. Limita superioară a splinei în al VIII-lea spațiu intercostal. În hipochondrul stg. se palpează o formațiune de mărimea unui pumn de adult cu suprafața neregulată, balotabilă, dură, care nu urmărește excursiile respiratorii.

Hematii: 4.260.000, Hgb.: 78%, leucocite: 5400—4400, trombocite: 131.000—70.000, VSH: 29/62—23/50 mm, Takata: +++, timol: 6 U, Cadmium, Mallen: ++; Formula leucocitară: Ju: 2%, Seg: 53%, Eo: 3%, Mo: 2%, Ly: 34%. Medulogramă: excitație discretă a seriei roșii. Pasajul baritat gastro-intestinal: stomac moderat dislocat la dreapta, în rest negativ. Pentru identificarea formațiunii am conturat cu sîrmă polul inferior al ei, înaintea efectuării splenoscintigrafiei.

*Splenoscintigrama* (fig. 4): splina dislocată în jos, de mărime normală, coincide perfect cu formațiunea conturată cu sîrmă.

*Retropneumoperitoneul* (fig. 5): evidențiază rinichiul stg. ptozat, polul său inferior fiind departe de sirmă. Urograma, nefrosintigrama arată un aspect identic, fără alte manifestări morfo-funcționale patologice.

Cazul e un exemplu ilustrativ al valorii de diagnostic diferential al splenosintigrafiei.

5. Sz. J., de 54 ani, nr. foi de obs.: 309/65, cooperator. Debutul bolii cu tumefieri ganglionare limfaticare generalizate (după reiatările bolnavului, înainte cu 20 de ani). Motivul internării: dureri epigastrice, senzație de plenitudine, balonare, dureri iradiante sub rebordul costal stg., ganglionii limfatici măriți discret, neaderenți indolori. Limita superioară a ficatului în al VI-lea spațiu intercostal, marginea inferioară cu 2 degete sub rebordul costal. Limita superioară a splinei în al VIII-lea spațiu intercostal, sub rebordul costal se palpează o formațiune consistentă de mărimea unui cap de copil, care nu urmează excursiile respirației.

*Splenosintigrama* (fig. 6): relevă că formațiunea, care ajunge pînă la ombilic, cu margini net delimitate, corespunde unei spline care sechestrează uniform hematiile alterate termic. Clearance-ul denotă că 84% a activității se măsoară după 5', 90% după 10' iar 94% după 15' la nivelul splinei, față de coapsă.

*Radioscopie*: ambele hiluri mărite. — Anemie discretă, leucopenie. Rezultatul histo-patologic al puncției ganglionare: limforeticulosarcom.

6. S. L., 15 ani, elev, nr. foi de obs. 838 65. Dg. la internare: hepato-spleno-megalie. În antecedente acuze gastro-intestinale discrete. Limita superioară a ficatului în al V-lea spațiu intercostal, limita inferioară depășește cu un deget rebordul costal. Limita superioară a splinei la nivelul celei de a VIII-a coaste, limita inf. cu 2 degete sub rebordul costal. Analize de laborator: hemograma calitativă și cantitativă, electroforeza serică, transaminaze, bilirubina, lipide sanguine și probele de glicemie provocată cu rezultate normale. Probele de disproteinemie slab pozitive, urobilinogen în urină în cantități minime. Pasajul gastro-intestinal, sondajul duodenal, puncția medulară, negative. Diagnosticul histo-patologic al puncției hepatice: structura hepatică normală, modificări distrofice discrete, fără semnele unei inflamații interstițiale.

*Splenosintigrafia* efectuată în decubit lateral și dorsal (fig. 7 și 8). Splenosintigrama executată în decubit dorsal, prezintă o splină mărită de formă ovoidă-falciformă care a fagocitat în mod uniform hematiile alterate termic. La scintigrama executată în decubit lateral se remarcă o diminuare a activității față de cea efectuată în incidența a-p. Diferența este însă aparentă, deoarece decurge din modificarea topografică a splinei ca urmare a decubitalului lateral. Augmentarea uniformă a activității, vizibilă pe scintigrama a-p e susținută și de rezultatele clearance-ului: 95,7% a activității (hematiilor) reinjectate se sechestrează după 5 minute la nivelul splinei. După 24 respectiv 48 ore procentajul incorporării a crescut, ceea ce dovedește starea de hiperfuncție a splinei.

7. F. E., de 35 ani, lăcătuș, nr. foi de obs.: 303/65; se internează pentru spleno-megalie de etiologie necunoscută, provocînd o circulație colaterală venoasă periombilicală, slăbire corporală de 15 kg. Examenul clinic relevă colaterale venoase de tip portocav. Limita superioară a splinei în al VII-lea spațiu intercostal, limita inferioară depășește cu 4 degete rebordul costal stg. sub forma unei rezistențe consistente, net delimitată.

Hematii: 3.480.000, leucocite: 4000, Hgb.: 70%, trombocite: 50.200 (!). Puncția sternală: semne care indică o hipersplenie. Probele de disproteinemie: Takata-Ara, Cadmiu, Mallen; +, timol 6 U.

*Splenoscintigrama* (fig. 9): înregistrează o splină care se extinde pînă la ombilic, dovedind indiscutabil identitatea rezistenței palpate cu splina. Repartizarea hematiilor marcate și alterate termic se înscrie cu caractere lacunare pe scintigramă. Avînd în vedere splenomegalia izolată precum și circulația colaterală, pare verosimil că e vorba de o afecțiune hepatică cronică însoțită de hipertensiune portală. Splenectomia efectuată ulterior a confirmat mărirea de volum a splinei stabilită scintigrafic, totodată și existența unei ciroze de tip atrofic.

*Bibliografia: vezi la Rev. Med. (1967), nr. 1, p. 198.*

*Sosit la redacție: 7 februarie 1967.*