

# Splenomegalia

## – ścieżki diagnostyczne chorych w Polsce

**Prof. dr hab.**

**Krzysztof Giannopoulos**

kierownik Zakładu Hematoonkologii  
Doświadczalnej, Uniwersytet  
Medyczny w Lublinie;  
Oddział Hematologiczny,  
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej



**PDF TEXT** [www.gabinetprywatny.pl](http://www.gabinetprywatny.pl)

W porównaniu do danych epidemiologicznych dla innych krajów europejskich, w Polsce istnieje zbyt niska rozpoznawalność niektórych chorób hematologicznych, a większość chorych zarówno na mielo-, jak i limfoproliferacje jest rozpoznawana zbyt późno, co ma istotny wpływ na rokowanie i skuteczność leczenia. Rozpoznaniami hematologicznymi często towarzyszą nieprawidłowości w morfologii, w odniesieniu do nowotworów mieloproliferacyjnych: niedokrwistość występuje u 49%, leukopenia u 9,8%, a małopłytkowość u 26% chorych już w trakcie diagnostyki. Podobnie małopłytkowość w chorobie spichrzeniowej – chorobie Gauchera występuje u większości chorych. Jeszcze bardziej skomplikowanym problemem diagnostycznym jest postępowanie z chorym z powiększoną śledzioną.

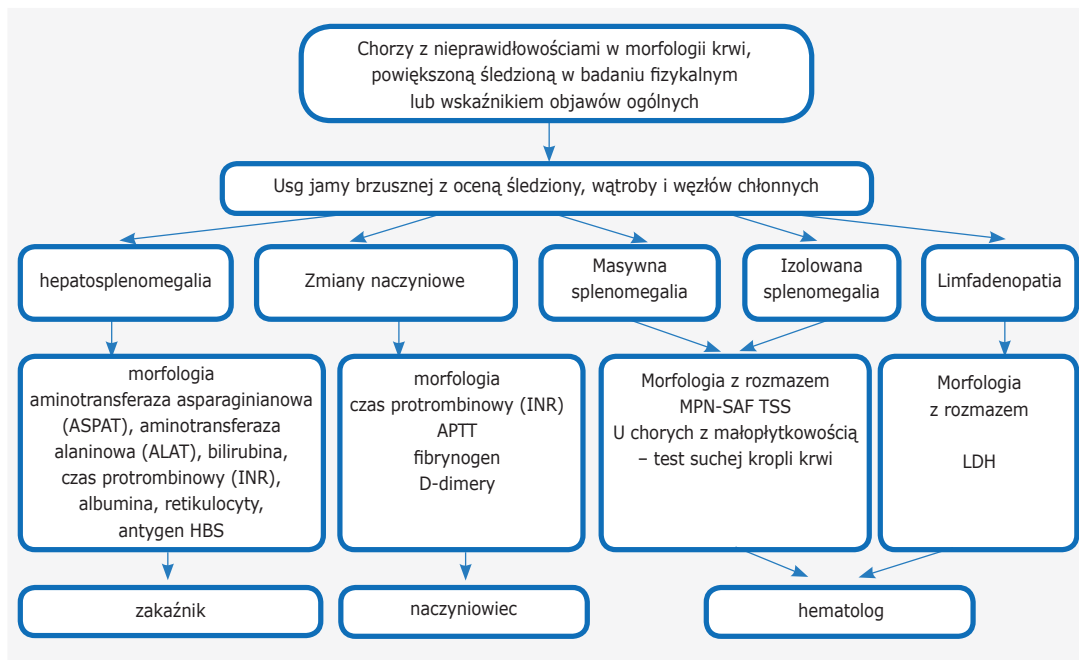
Przyczyn splenomegalii jest wiele, dlatego pierwsze badania powinny być wykonywane wielokierunkowo. Do najczęstszych przyczyn splenomegalii należą: infekcje wirusowe, takie jak mononukleozę, zakażenia bakteryjne, takie jak kiła lub zapalenie wsierdza, zakażenia pasożytnicze, marskość wątroby oraz inne choroby dotyczące wątroby, różne rodzaje niedokrwistości hemolitycznej, nowotwory mieloproliferacyjne oraz chłoniaki. Powiększona śledziona występuje również u chorych na choroby spichrzeniowe, takie jak choroba Gauchera oraz choroba Niemann-Picka. Może być też ona objawem nacisku na żyły w śledzionie lub wątrobie w przebiegu za-

krzepicy. Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest zatem kluczowa, bo odpowiednie skierowanie do specjalisty gwarantuje postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia.

Opinie ekspertów różnych specjalizacji wskazują na konieczność opracowania odpowiednich algorytmów diagnostycznych, aby chory na podstawie wyników badań wstępnych i badania fizykalnego trafił na odpowiednią ścieżkę dalszego postępowania. **Stowarzyszenie Hematologia Nowej Generacji we współpracy ze środowiskiem lekarzy rodzinnych, specjalistów chorób zakaźnych, chirurgii naczyniowej i hepatologii pracuje nad projektem mającym na celu opracowanie algorytmu diagnostycznego dla chorych ze splenomegalią w Polsce w praktyce lekarza POZ.** Projekt będzie realizowany w ramach większej kampanii edukacyjnej promującej świadome wykonywanie podstawowych badań u lekarza rodzinnego, m.in. morfologii krwi i w wybranych przypadkach USG jamy brzusznej. Wstępne założenia projektu zostały przedstawione w ryc. 1.

Chorzy z nieprawidłowościami w morfologii krwi, powiększoną śledzioną w badaniu fizykalnym lub wskaźnikami objawów ogólnych określanych w zmodyfikowanej skali MAF będą mieli wykonywane badanie USG jamy brzusznej. W przypadku wykrycia towarzyszącej hepatomegalii lekarz rodzinny powinien wykonać dodatkowe badania obejmujące m.in.: aminotransferazę asparaginianową (ASPAT), aminotransferazę alaninową (ALAT), bilirubinę, czas protrombinowy (INR) i/lub albuminę, retikulocyty, antygen HBS. W przypadku podwyższonych wartości enzymów wątrobowych pacjenta należy skierować do hepatologa, natomiast w przypadku prawidłowych wartości dla enzymów wątrobowych pacjent powinien zostać skierowany do hematologa po wykonaniu morfologii krwi wraz z rozmazem manualnym. W przypadku wykrycia masywnej splenomegalii lub towarzyszącej jej limfadenopatii pacjent od razu powinien zostać skierowany do hematologa.

Użytecznym narzędziem może być ocena objawów ogólnych, które zestawiono w tab. 1. Przed-



Ryc. 1. Projekt algorytmu diagnostycznego

stawione objawy są nieswoiste, ale ich łączne występowanie oraz wyniki badań dodatkowych mogą ułatwić skierowanie chorego na odpowiednią ścieżkę diagnostyczną.

Tabela 1. Objawy ogólne występujące u chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph negatywne

Objawy	Częstość występowania	Nasilenie
Zmęczenie	96%	4.4
Uczucie sytości	77%	2.5
Dyskomfort w jamie brzusznej	66%	1.8
Brak aktywności	74%	2.4
Problemy z koncentracją	69%	2.5
Poty nocne	62%	2.1
Swędzenie	50%	2.2
Ból kości	52%	1.9
Gorączka	22%	0.4
Utrata masy ciała	42%	1.1

W grupie 1433 chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph negatywne, 293 chorych miało rozpoznanie osteomielfibrozy. W całej grupie średni wynik MPN-SAF TSS wyniósł 21,2, w tym dla chorych na czerwienicę prawdziwą 21,8, nadpłytkowość samoistną – 18,7, a u chorych na osteomielfibrozę 25,3. W tabeli zestawiono najczęściej raportowane objawy oraz ich nasilenie (Emanuel RM et al. J Clin Oncol. 2012).

W wielu chorobach, w których splenomegalia jest objawem, istnieje skuteczne i nowoczesne leczenie celowane. Dotyczy to m.in.: nowotworów mieloproliferacyjnych, gdzie w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę szpikową stosujemy doustne inhibitory kinaz tyrozynowych; chorzy na mielofibrozę mogą w Polsce otrzymywać nowoczesne leczenie ruksolitynibem inhibitorem kinaz JAK; chorzy na limfoproliferacje leczenia są immunochemioterapią z przeciwciałami monoklonalnymi anti-CD20, inhibitorami przekazywania przez receptor B-komórkowy lub lekami hamującymi białko antyapoptotyczne Bcl-2. Chorych z chorobami spichrzeniowymi, np. chorobą Gauchera, można nowoczesnie leczyć i kontrolować przebieg choroby, a rozpoznane wirusowego zapalenia wątroby typu C nie jest już problemem, bo choroba stała się wyleczalna.

**Niezwykle istotna jest świadomość, że od prawidłowej decyzji lekarza POZ może zależeć dalsze postępowanie diagnostyczne, trafność i terminowość diagnozy oraz rozpoczęcie leczenia.** ■