

Spontaanne põrnarebend: kahe haigusjuhu kirjeldus ja kirjanduse ülevaade

Marti Pastak¹, Peep Talving^{1, 2}, Sten Saar^{1, 3}

Spontaanne ehk atraumaatiline põrnarebend (SPR) on haruldane, kuid eluohtlik seisund, mis nõuab kiiret diagnoosimist ja ravi. Artiklis on kirjeldatud kahte võrdlemisi lühikese ajaperioodi vältel Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse saabunud SPRiga patsiendi haigusjuhtu.

I HAIGUSJUHT

61 aasta vanusel mehel tekkis hommikul järsk kõhuvalu. Veidi aega pärast kõhuvalu tekkimist esines ka minestushoog, mille peale kutsus abikaasa talle kiirabi. Kiirabibrigaadi saabumisel istus patsient diivanil ning hingeldas, nakk oli nähtavalt kahvatu ja higine. Lisaks kaebas patsient valu üle kogu kõhu.

Füüsilisel läbivaatusel puudus randmel (*a. radialis*) pulss ning südame löögisageduseks mõõdeti 132 korda minutis. Asetati hapnikumask voolukiirusega 15 liitrit minutis, rajati veenitee ning manustati veenisisesi 250 ml kristalloidlahuse boolust ja 10 mg morfiini. Kiirabibrigaad kutsus abistama randevuubrigaadi, kes võttis patsiendi üle ning toimetas ta Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse. Patsient jõudis haiglasse 33 minutit pärast esimese kiirabibrigaadi kutsumist.

Erakorralise meditsiini osakonna (EMO) intensiivravisaali saabudes oli patsiendi vererõhk 80/50 mm Hg, südame löögisagedus 123 korda minutis, hingamissagedus 32 korda minutis ning vere hapnikuküllastus koos lisahapnikuga 100%. Patsiendi sõnul oli ta võtnud hommikul aspiriini. Esmalt tehti verejooksu kahtluse tõttu ultraheliuuring (*FAST, focused assessment with sonography for trauma*), mis osutus positiivseks. FAST näitas hulgaliselt vaba vedelikku kõhus, eriti vasakus külgkanalis ning põrna ümbruses. Käivitati massiivse transfusiooni protokoll, lisaks manustati 150 µg fentanüüli ning 1 g traneksaamhapet. Hoolimata ravist patsiendi hemodünaamika ei paranenud ning 37 minutit peale EMOsse jõudmist

tehti otsus suunata haige operatsioonile. EMO-etapis sai patsient 2 doosi täisverd ning 5 doosi erütrotsüütide suspensiooni.

Operatsioonitoas tehti keskjoone laparotoomia ning kõhuõõnde jõudmisel leiti massiivselt verd ning hüübeid. Kõhu esmasel vaatusel ja tamponeerimisel märgati põrnast lähtuvat verejooksu ning tehti splenektoomia. Intraoperatiivne arteriaalne veregaaside analüüs näitas raskele hemorraagilisele šokile omast sügavat metaboolset atsidoosi (pH 6,8; aluste liig BE -24; laktaat 16 mmol/L). Kokku sai patsient vereülekandeid 2,9 L ja kristalloidinfusiooni 2,7 L; kaotatud vere autotransfusiooniks kasutati *cell-saver*-masinat. Hinnanguline verekaotus oli 4 L.

Põrna histoloogilisel uuringul leiti splenomegalia (põrna mõõtmed 16 × 10 × 5 cm ja kaal 337 g). Samuti oli laienenud ka põrna punane pulp, mis oli haaratud difuusset müeloidsest infiltraadist. Hiljem tehtud luuüdiuuring kinnitas patsiendil monoblastleukeemiat.

Esimese öö jooksul operatsiooni järel intensiivraviosakonnas patsiendi veregaaside näidud normaliseerusid. Intensiivravi kestis 14 päeva, kuna haigel esines pneumoonia (trahheaaspiraadist kasvas välja *H. influenzae* ja rinoviirus) ning deliirium. 14 päeva peale operatsiooni saadeti patsient hematoloogiaosakonda, kus jätkati mikrobivastast ning juba intensiivravis alustatud tsütoreduktiivset ravi.

Konsiilium otsustas parima toetava ravi kasuks ning patsient lubati koju ambulatoorsele ravile pärast kahe nädala pikkust ravi hematoloogiaosakonnas.

Eesti Arst 2026;
105(8):393–395

Saabunud toimetusse:
27.03.2026
Avaldamiseks vastu võetud:
08.04.2026
Avaldatud internetis:
23.08.2026

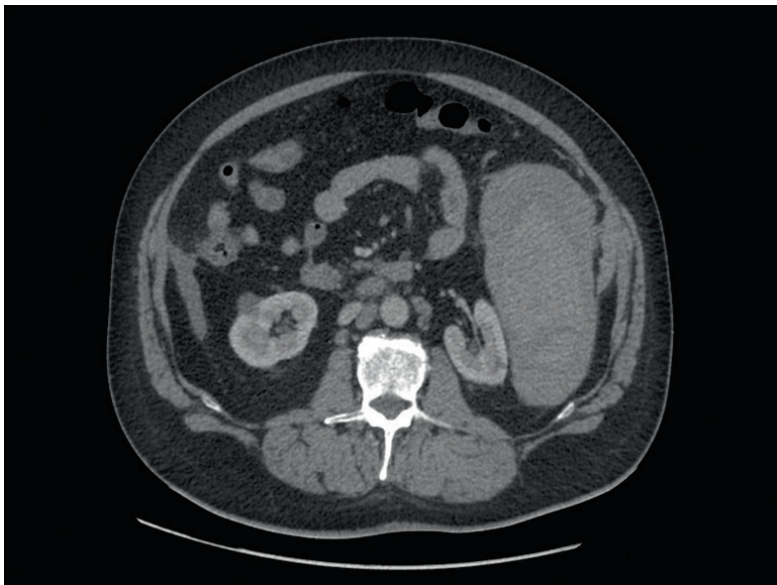
¹ Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond,
² Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliinik,
³ Põhja-Eesti Regionaalhaigla erakorralise kirurgia keskus

Kirjavehetajaautor:
Marti Pastak
marti.pastak@gmail.com

Võtmesõnad:
põrnarebend, spontaanne põrnarebend, leukeemia

II HAIGUSJUHT

68 aasta vanusele mehele kutsuti öösel kiirabi tugeva kõhuvalu tõttu. Patsiendi varasemast anamneesist oli teada krooniline lümfotsütaarne leukeemia ja eesnäärmevähk, mille tõttu oli mõni kuu varem tehtud transuretraalne eesnäärme reseksioon. Kiirabibrigaadi saabudes registreeriti patsiendil pulsisagedus 97 lööki minutis, vererõhk 104/72 mm Hg ja hingamissagedus 26 korda minutis. Objektiivselt oli kõht palpatourselt pehme, kuid esines tugev valu vasakul ülakõhus, mis kiirgus ka vasakusse



Pilt 1. Suurenenud põrn koos subkapsulaarse hematoomi ning rebendiga kompuutertomograafilisel uuringul koos angiofaasiga.



Pilt 2. Angiograafilise uuringu pilt põrnast. Valge noolega on näidatud „blush“, mis viitab aktiivsele extravasatsioonile. Pilt on tehtud enne veresoone endovaskulaarset sulgemist.

õlga. Patsiendi sõnul oli tal viimase kolme päeva jooksul esinenud palavik ja üldine nõrkus. Kiirabietapis manustati patsiendile veenisisesi 500 ml kristalloidlahust, valuraviks 1 g paratsetamooli ning lisahapnikku voolukiirusega 6 L/min.

EMOsse saabumisel olid elulised näitajad järgmised: vererõhk 100/66 mm Hg, pulsisagedus 104 lööki minutis ja hingamissagedus 15 korda minutis. Laboratoorsed vereanalüüsid näitasid massiivset leukotsütoosi – $348,28 \times 10^9/L$; samuti oli C-reaktiivse valgu sisaldus kõrgeenenud – 127 mg/L. Infektsiooni kahtluse tõttu manustati EMOs piperatsilliini-tasobaktaami 4,5 g ja amoksitsilliini-klavulaanhapet 1,2 g veenisisesi ning lisaks ka 1 g traneksaamhapet.

Esmase rakendatud ravi toimis hästi ja patsiendil esinenud šokk lahenes. Tehti kompuutertomograafiline (KT) uuring koos angiofaasiga, mis näitas mõõdukat splenomegaaliat ($18 \times 6,8 \times 16,7$ cm), 2 cm sügavust põrnarebendit ja sellega kaasnevat subkapsulaarset hematoomi koos aktiivse extravasatsiooni kahtlusega (vt pilt 1). Samuti leiti vaba vedelikku vaagnas ja maksa ümbruses. Kuna patsient oli seni hemodünaamiliselt stabiilne, otsustati rakendada angioembolisatsiooni, mis peatas verejooksu edukalt (vt pilt 2).

Kolm päeva pärast esmast põrnarebendit tehtud KT-uuring näitas väikest põrnainfarkti ning vaba vedeliku vähenemist maksa ümbruses ja vaagnas, extravasatsiooni ei ilmnunud. Patsient lubati neljandal hospitaliseerimisjärgsel päeval koju.

KIRJANDUSE ÜLEVAADE JA ARUTELU

Kuigi enamik põrnarebendeid on traumatilise etioloogiaga, võib põrn harva rebeneda ka ilma trauma anamneesita ehk spontaanselt (1). Eelneva kahe haigusloo puhul oli tegemist spontaanse põrnarebendiga (SPR).

Esimese teadaoleva kirjelduse SPRist avaldas C. Rokitansky 1861. aastal (2). Tänapäeval teame, et SPR on seotud erinevate patoloogiliste protsesside, sealhulgas infektsioossete, neoplastiliste ning põletikuliste haigustega (1, 3, 4). Kirjeldatud haigusjuhtude puhul oli mõlemal juhul tegu neoplastilise hematoloogilise etioloogiaga. On teada, et neoplastilise etioloogiaga SPRi puhul on üle 50% juhtudel tegu hematoloogilise haigusega (1). Lisaks on üheks SPRi

oluliseks riskiteguriks antikoagulantide ja antiagregantide tarvitamine, mis ilmnes ka meie esimese haigusjuhu puhul (1).

SPRi käsitluse üks olulisemaid kliinilisi probleeme on diagnoosi hiline mine, mis tuleneb peamiselt trauma anamneesi puudumisest ning sümptomaatika ebaspetsiifilisusest (5). Sümptomaatiliselt võib SPRi puhul esineda näiteks kõhuvalu, pearinglus ja iiveldus, kuid harvem ka oksendamine ning valu rindkeres (1, 6). Mõnel patsiendil esineb valu vasakus õlas (inglisekeelses kirjanduses tuntud kui ka *Kehr's sign*), mis tekib diafragma alumise külje ärritusest. Eelkirjeldatud haigusjuhtude puhul esines see sümptom teisel patsiendil. Erinevate allikate järgi esineb kirjeldatud sümptom kuni 50%-l põrnarebendiga patsientidest, kuid käesoleva artikli autorite avaldatud hiljutises süstemaatilises ülevaates esines see vaid 11,5%-l põrnarebendiga patsientidest (1, 7).

Kuigi kõigi põrnarebendite esmaseks ning olulisimaks radioloogiliseks uuringuks on kontrastainega KT-uuring, ei sobi see hemodünaamiliselt ebastabiilsele patsiendile ajakulu tõttu (1, 8). Hemodünaamiliselt ebastabiilsetele patsientidele sobib FAST-uuring, mis võimaldab kiiret esmast hemoperitoneumi diagnoosi. Meie artikli esimesel juhul oli tegu transfusioonile mittevastava patsiendiga ehk patsiendi hemodünaamika ei paranenud ka transfusioonide järel. Seepärast otsustati sel patsiendil KT-uuringut mitte teha ja liiguti otse operatsioonituppa, kus intraoperatiivne leid kinnitas SPRi diagnoosi.

Viimase 15 aasta jooksul on oluliselt suurenenud endovaskulaarse ravi võimekus ning selle osakaal SPRi käsitluses (1). Angiograafiline ravi (veresoonte selektiivne embolisatsioon) on näidustatud patsientidele, kes on hemodünaamiliselt stabiilsed, kuid kellel esineb jätkuv ekstrasvasatsioon. Käesoleva artikli teise juhtumi puhul oli tegu hemodünaamiliselt stabiilse patsiendiga, kellele oli

võimalik rakendada angioembolisatsiooni. Patsientidel, kes on heas üldseisundis ning kellel ei esine enam aktiivset verejooksu, on näidustatud konservatiivne ravitaktika.

KOKKUVÕTE

Spontaanne põrnarebend on harv eluohtlik seisund, mille puhul on oluline varajane diagnoos ja sekkumine. Kirjeldatud haigusjuhud ja kirjanduse ülevaade võiksid tõsta meditsiinipersonali teadlikkust ning suurendada valmisolekut tulevikus sarnaste patsientide käsitlemiseks.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt.

Patsiendid on andnud nõusoleku haigusjuhu kirjeldamiseks ja avaldamiseks.

SUMMARY

Spontaneous splenic rupture at the North Estonia Medical Center: two case reports and literature review

Marti Pastak¹, Peep Talving^{1,2}, Sten Saar^{1,3}

We present two cases of spontaneous splenic rupture. A brief discussion and literature review follows the case presentation.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Pastak M, Saar S, Lipping E, Talving P. Spontaneous splenic ruptures: a contemporary systematic review. *J Surg Res* 2026;318:249–54.
2. Rokitsky C. Zwei Fälle von spontaner Zerreißung der Milz aus der neuesten Zeit. *Wochenblatt der k.k. Gesellschaft der Ärzte in Wien* 1861;17:337.
3. Renzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg*. 2009;96:1114–21.
4. Laseter T, McReynolds T. Spontaneous splenic rupture. *Mil Med* 2004;169:673–4.
5. Kocael PC, Simsek O, Bilgin IA, Tutar O, Saribeyoglu K, Pekmezci S, Goksoy E. Characteristics of patients with spontaneous splenic rupture. *Int Surg* 2014;99:714–8.
6. Ismail BI, Sghaier M, Zaafouri EB, Rebii S, Helal I, Jouini R, Zoghalmi A. Spontaneous rupture of a normal spleen: A case report and a review of the literature emphasizing diagnostic and surgical challenges. *Int J Surg Case Rep* 2024;123:110179.
7. Weaver H, Kumar V, Spencer K, Maatouk M, Malik S. Spontaneous splenic rupture: A rare life-threatening condition; Diagnosed early and managed successfully. *Am J Case Rep* 2013;14:13–5.
8. Unal E, Onur MR, Akpınar E, et al. Imaging findings of splenic emergencies: a pictorial review. *Insights Imaging* 2016;7:215–22.

¹ Faculty of Medicine, University of Tartu, Tartu, Estonia,

² Department of Surgery, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonia,

³ Division of Acute Care Surgery, Department of Surgery, North Estonia Medical Centre, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Marti Pastak
marti.pastak@gmail.com

Keywords:
splenic rupture,
spontaneous splenic
rupture, leukemia