Μεταμόσχευση ήπατος σε ασθενή με μη αντιρροπούμενη κίρρωση από συγγενή ηπατική ίνωση, μετά από 6 μήνες συνεχούς νοσηλείας με υποτροπιάζουσες χολαγγειΐτιδες

Οικονόμου Θ.[1], Σιδεράς Λ.[1], Παπαγιουβάννη Ι.[1], Πανάς Π.[1], Φράγκου Ν.[1], Μπάρμπας Ι.[1], Κοκτσίδης Γ.[1], Παπακώστας Β.[2], Γεωργοπούλου Β. [3], Κυδώνα Χ.[1], Γουλής Ι.[1]

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
2. Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
3. Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιπποκράτειο ΓΝΘ, Θεσσαλονίκη

ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wu WK, Ziogas IA, Izzy M, Pai AK, Hafberg ET, Matsuoka LK, Alexopoulos SP. Liver transplantation for congenital hepatic fibrosis. Transpl Int. 2021 Jul;34(7):1281-1292. doi: 10.1111/tri.13884.
2. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin Nutr. 1981 Nov;34(11):2540-5. doi: 10.1093/ajcn/34.11.2540.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Η συγγενής ηπατική ίνωση αποτελεί σπάνια κληρονομούμενη ηπατική νόσο, με εκδηλώσεις εξέλιξης αυτής και πυλαίας υπέρτασης που ποικίλουν στην ενήλικη ζωή.

ΜΕΘΟΔΟΙ & ΣΚΟΠΟΣ

- Παρουσιάζουμε περιστατικό με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος, σε έδαφος συγγενούς ηπατικής ίνωσης, με υποτροπιάζουσες χολογγειΐτιδες.
- Η ασθενής παραπέμφθηκε στην κλινική μας για αξιολόγηση ως υποψήφια λήπτρια ηπατικού μοσχεύματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- Πρόκειται για 40χρονη ασθενή με ιστορικό κίρρωσης από 5ετίας, επιπλοκές από 6μήνου, υποτροπιάζουσες χολαγγειΐτιδες και ενίοτε ασκιτική συλλογή.
- Εισήχθη με χολαγγειΐτιδα, χρειάστηκε ενδοσκοπική παρέμβαση- ERCP και τοποθέτηση stent.
- Απομονώθηκε πολλαπλώς Acinetobacter σε καλλιέργειες αίματος.
- Σε συνέχιση της από μηνός εισαγωγής της σε θεραπευτήριο των Αθηνών, διακομίζεται στην Δ' Παθολογική.

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ Δ' Π/Θ

- Κατά την εισαγωγή στην Δ ΠΘ λόγω συνεχιζόμενων εμπυρέτων, με σηπτική εισβολή από την γνωστή μικροβιαιμία, αφαιρέθηκαν τα stent που ήταν αποικισμένα από το ίδιο μικρόβιο.
- Τα επεισόδια ξεκινούσαν ως χολαγγειΐτιδες, με απεικονισμένες σε διαδοχικές αξονικές κοιλίας φλεγμονώδεις βλάβες ήπατος, που αποτελούσαν εστίες μικροβιαιμίας. (**εικόνα 1**)
- Τα αντιμικροβιακά σχήματα τροποποιούνταν βάση αντιβιογράμματος, γνωστών αποικισμών και αντιβιοτικών συνεργιών, σε συνεχή λοιμωξιολογική καθοδήγηση.
- Τα συχνότερα αντιβιοτικά σχήματα ήταν: κολιμυκίνη, τιγεκυκλίνη, αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη. Στα πλαίσια συνεργικής δράσης ελάμβανε σχήματα με ριφαμπικίνη, δαπτομυκίνη. Στην διάρκεια της νοσηλείας, λόγω υποτροπής εμπυρέτων έλαβε εμπειρικά αντιμυκητιασική αγωγή.

Εικόνα 1. CT ήπατος: απεικονίζονται διατάσεις των μικρών περιφερικών χολαγγείων, εμπλουτισμός του τοιχώματος αυτών και αιμοδυναμικές διαταραχές στο ηπατικό παρέγχυμα

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

- Μετά την πάροδο 5 μηνών συνεχούς νοσηλείας και χορήγησης αντιβιοτικών, η κλινική της εικόνα επιβαρύνθηκε σημαντικά με έκθυση αιμορραγικού εξανθήματος σε κάτω άκρα και κορμό, θεωρήθηκε πιθανότερη η σοβαρή αντίδραση σε φαρμακευτικό παράγοντα, αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κορτιζονοθεραπεία, και συνεχίστηκε το αντιβιοτικό σχήμα ανεπίπλεκτα. (**εικόνα 2**)
- Η συνεχής παρουσία κεντρικού φλεβικού καθετήρα προϋπέθετε λοιμωξιολογική διαχείριση με θεραπείες αποστείρωσης, πέραν των εφικτών τακτικών αλλαγών. Σε επεισόδιο θρόμβωσης υποκλείδιου καθετήρα με επέκταση στον δεξιό κόλπο, χρειάστηκε αντιπηκτική αγωγή σε επισφαλές πηκτικό περιβάλλον, τακτικός υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος μέχρι την λύση του θρόμβου και αφαίρεση του καθετήρα.
- Η νοσηλεία είχε συχνά και άλλες επιπλοκές από την μακροχρόνια χορήγηση των αντιβιοτικών, οξεία νεφρική βλάβη σχετιζόμενη με την κολιμυκίνη που υποχωρούσε με μείωση της δόσης, σοβαρές γαστρεντερικές διαταραχές, με διαρροϊκές κενώσεις. Ελέχθηκαν πολλάκις δείγματα κοπράνων, χωρίς να τεκμηριωθεί κλωστηριδιακή λοίμωξη. Έλαβε εμπειρικά σχήματα με βανκομυκίνη από του στόματος, ενώ ελάμβανε προβιοτικά.

Εικόνα 2. Το αιμορραγικό εξάνθημα της ασθενούς

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

- Η ασθενής εκδήλωσε επεισόδια αγχώδους και καταθλιπτικής συνδρομής, υποστηρίχθηκε ψυχοθεραπευτικά και με αντικαταθλιπτική αγωγή.
- Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην θρέψη. Η ασθενής από την εισαγωγή είχε σαρκοπενία με δείκτη MAMC 17.7 (Mid Arm Muscle Circumference). Τέθηκε σε εντατική υποστήριξη της θρέψης από διατροφολόγο, με εντερική διατροφή και στις περιόδους δυσχέρειας σίτισης παρεντερικά. Κατέστη έτσι εφικτό να διατηρηθεί τουλάχιστον στην πρότερη θρεπτική κατάσταση, με MAMC 16.3.
- Δεν κατέστη ποτέ αιμοδυναμικά ασταθής, η υποστήριξη στις περιόδους σοβαρών λοιμώξεων περιλάμβανε αντιβιοτική κάλυψη, ενυδάτωση, χορήγηση αλβουμίνης.
- Μετά από συνεχείς αξιολογήσεις από τους θεράποντες και την μεταμοσχευτική ομάδα, συναποφασίστηκε η διενέργεια μεταμόσχευσης ήπατος, υπό το ενδεικνυόμενο αντιβιοτικό σχήμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Παρουσιάζουμε περιστατικό ηπατολογικού ενδιαφέροντος, με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος και βασικό αίτιο μεταμόσχευσης τις υποτροπιάζουσες χολαγγειΐτιδες, με απειλητικές για την ζωή σηπτικές εκδηλώσεις.
- Η συνεχώς χορηγούμενη αγωγή επιφύλασσε ενίοτε επικίνδυνες ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Πρόκληση αποτέλεσε η επίτευξη σταθερής κλινικής κατάστασης προκειμένου να υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος, που αποτελούσε μονόδρομο δεδομένης της αδυναμίας οριστικής θεραπείας της μικροβιακής εστίας.
- Τελικά η ασθενής μεταμοσχεύτηκε επιτυχώς και βρίσκεται σε πρόγραμμα τακτικής ιατρικής παρακολούθησης τους τελευταίους 2 μήνες.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Θεοδώρα Οικονόμου
Δ' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ
Email: oikotheod@yahoo.gr
Phone: 6939309428

Poster Template Designed by Genigraphics ©2012
1.800.790.4001 www.genigraphics.com