

# Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΩΣ Η ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN; ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γελαδάρη Ε.<sup>1</sup>, Ρουμπάκη Α.<sup>1</sup>, Αγγελής Ν.<sup>1</sup>, Κανάρη Μ.<sup>1</sup>, Πετρόπουλος Κ.<sup>1</sup>, Καναλουπίτης Σ.<sup>1</sup>, Καλλέργη Α.<sup>1</sup>, Στουραΐτου Σ.<sup>2</sup>, Μπενάκης Σ.<sup>3</sup>, Σεβαστιανός Β.<sup>1</sup>

1. Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. Ο «Ευαγγελισμός», 2. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. Ο «Ευαγγελισμός», 3. Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ο «Ευαγγελισμός»

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

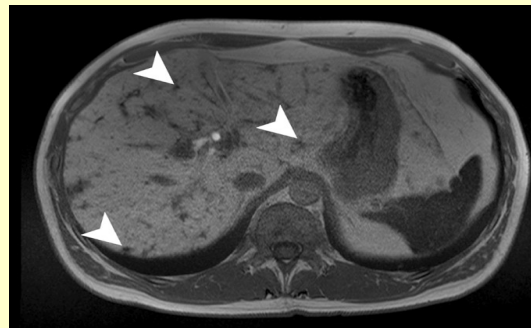
Τα πυογόνα ηπατικά αποστήματα (pyogenic liver abscess, PLA) συνηθέστερα αναπτύσσονται σε έδαφος παθολογίας των χοληφόρων, σηπτικής πυλαιοφλεβίτιδας, μέσω αιματογενούς διασποράς ή κατά συνέχεια ιστού. Μπορεί ωστόσο να είναι και αυτόματα. Η πιο συχνή εντόπιση σπλαγγχνικού (ενδοκοιλιακού) αποστήματος είναι το ήπαρ. Συγκεκριμένα έχει καταγραφεί πως τα PLA αντιπροσωπεύουν το 48 τοις εκατό των σπλαγγχνικών αποστημάτων και το 13 τοις εκατό των ενδοκοιλιακών αποστημάτων, είτε αυτά είναι ενδοπεριτοναϊκά είτε οπισθοπεριτοναϊκά. Η ετήσια επίπτωσή τους υπολογίζεται σε 2,3 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα και είναι υψηλότερη στους άνδρες. Γεωγραφικά εντοπίζεται κυρίως σε χώρες της Ανατολικής Ασίας (έως και 17,6 περιπτώσεις ανά 100.000).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι παράγοντες κινδύνου για PLA συνηθέστερα περιλαμβάνουν το σακχαρώδη διαβήτη, παθήσεις ήπατος ή και χοληφόρων, τη χρήση φαρμάκων όπως οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων, και μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις όπως η μεταμόσχευση ήπατος. Αιματογενής διασπορά λόγω μικροβιαμίας μπορεί να συμβεί και στις περιπτώσεις αυτές η λοίμωξη είναι μονομικροβιακή. Σηπτική πυλαιοφλεβίτιδα που σχετίζεται με εντερική βακτηριακή μετατόπιση είναι ο μηχανισμός που αφορά την ασθενή μας. Το ενδιαφέρον στο περιστατικό μας είναι ότι αφενός η πρώτη κλινική εκδήλωση της ΙΦΝΕ ήταν τα PLAs και αφετέρου η διάρκεια της αντιβιοτικής θεραπείας λόγω υποτροπής ήταν σχεδόν η διπλάσια από ότι είθισται (12 έναντι 6-8 εβδομάδων).

## ΣΚΟΠΟΣ

Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης σε θήλυ ασθενή, 17 ετών, με πολυάριθμα πυογόνα χιλιοστομετρικά αποστήματα ήπατος που προσέρχεται λόγω υποτροπιάζοντος πυρετού και διερεύνηση της υποκείμενης αιτιολογίας.



Εικ. 1: Αποστήματα ήπατος



Εικ. 2: Αφθώδη έλκη παχέος εντέρου

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θήλυ ασθενής, ηλικίας 17 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσέρχεται λόγω πυρετού και αύξησης δεικτών φλεγμονής σε τακτικό εργαστηριακό έλεγχο. Η ασθενής προσφάτως είχε λάβει αντιβιοτική αγωγή διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων για αντιμετώπιση ηπατικών αποστημάτων. Δύο εβδομάδες αργότερα ζητήθηκε επαναληπτικός εργαστηριακός έλεγχος και διαπιστώθηκαν τα εξής: WBCs 15.29x10<sup>3</sup>/μL, Hct 34.5%, Hb 11g/dL, PLTs 470x10<sup>3</sup>/μL, SGOT 64 IU/L, SGPT 96 IU/L, ALP 266 IU/L, γGT 109 IU/L, CRP 17.9 mg/dL (<0.5 mg/dL), ινωδογόνο 724 mg/dL, αλβουμίνη 2.9 g/dL και TKE 96 mm/h. Από την αντικειμενική εξέταση καταγράφονται αρτηριακή πίεση 110/70 mmHg, σφύξεις 87/min, θερμοκρασία 36.8 oC, ενώ από τη φυσική εξέταση των λοιπών συστημάτων δε περιγράφονται παθολογικά ευρήματα. Σε υπέρηχο άνω κοιλίας επανελέγχονται οι εστιακές παρεγχυματικές αλλοιώσεις. Η μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) απεικονίζει πολυάριθμες, διαμέτρου χιλιοστών, εστίες παθολογικής έντασης σήματος που ενισχύονται περιφερικά μετά την ενδοφλέβιο χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας και περιβάλλονται από συγκεντρική άλω που συνηγορεί υπέρ περιεστιακού οιδήματος. Οι εν λόγω αλλοιώσεις θα μπορούσαν να αποδοθούν σε μικρά αποστήματα (Εικ.1). Στα πλαίσια διερεύνησης του υποκείμενου αιτίου έγινε μαγνητική χολαγγειογραφία (MRCP) που δεν ανέδειξε παθολογία από το χοληφόρο δένδρο. Από τα λοιμώδη αίτια εστάλη ορολογικός έλεγχος για αντισώματα έναντι *Yersinia enterocolitica* και *Listeria monocytogenes*, ο οποίος απέβη αρνητικός. Κατά την ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού και του ελέγχου του λεπτού εντέρου με ενδοσκοπική κάψουλα παρατηρήθηκαν ολιγάριθμα μικρά αφθώδη έλκη σε όλο το μήκος του, εικόνα που παρέπεμπε σε νόσο του Crohn (Εικ.2). Η ιστολογική εξέταση είχε μορφολογικούς χαρακτήρες συμβατούς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η ασθενής ολοκλήρωσε 12 εβδομάδες ενδοφλέβια θεραπεία με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και σιπροφλοξασίνη. Σχετικά με τη φλεγμονώδη νόσου του εντέρου τέθηκε σε μεσαλαζίνη και αποφασίσθηκε η έναρξη βιολογικού παράγοντα αρκετούς μήνες μετά την υποχώρηση των PLAs.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Γελαδάρη Ελένη, Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"