

Piotr Kostrzewski¹, Radosław Kuszyk², Aleksandra Wawrzonkoska-Dąbrowska¹

PEŁZAKOWY ROPIEŃ WĄTROBY – OPIS PRZYPADKU

AMOEBIC LIVER ABSCESS – CASE REPORT

¹II Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Radiologii Pediatricznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Autorzy przedstawiają przypadek bezobjawowo przebiegającego pełzakowego ropnia wątroby u chłopca operowanego z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ze względu na utrzymujące się podwyższone wartości wskaźników stanu zapalnego, obserwowane w badaniach kontrolnych wykonywanych rutynowo przed wypisem ze szpitala, przeprowadzono badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, które pozwoliło wykryć obecność ropnia w prawym płacie wątroby. Ropień nakłuto pod kontrolą USG i opróżniono. Poszukując przyczyn powstania ropnia, na podstawie pogłębionego wywiadu chorobowego ustalono, że 4 miesiące wcześniej chłopiec przebywał na wakacjach w Wenezueli. Wystąpiła wtedy u dziecka kilkudniowa biegunka. W kolejnych miesiącach, do czasu hospitalizacji, nie zgłaszał żadnych dolegliwości. Po potwierdzeniu, na podstawie diagnostyki serologicznej, pełzakowej etiologii ropnia, podano dziecku tynidazol doustnie. Nakłucie ropnia i aspiracja jego zawartości, skojarzone z leczeniem farmakologicznym, okazało się skuteczną metodą terapii. Kontrolne badanie ultrasonograficzne wykonane po 7 tygodniach od nakłucia nie wykazało obecności zmian ogniskowych w wątrobie.

Słowa kluczowe: *ameboza, pełzakowica, ropień wątroby, ropień pełzakowy wątroby*

ABSTRACT

Authors describe a case of asymptomatic amoebic liver abscess discovered at the seven years old boy admitted, and operated on account of appendicitis. In otherwise correct postappendectomy period raised leucocytosis and ESR was observed. Ultrasound examination revealed an abscess in the right liver lobe. Percutaneous, ultrasound guided, aspiration was performed. A more detailed medical history was taken, in quest for aetiology of abscess. Four months before a boy was on vacation in Venezuela, where he had a bout of diarrhoea. In consecutive months he didn't notify any ailment. Aetiology of an amoebic abscess was confirmed by serological test. Percutaneous aspiration with tinidazole given orally turned out to be effective therapy. The good result of treatment was confirmed by ultrasound examination seven weeks later.

Key words: *amoebiasis, liver abscess, amoebic liver abscess*

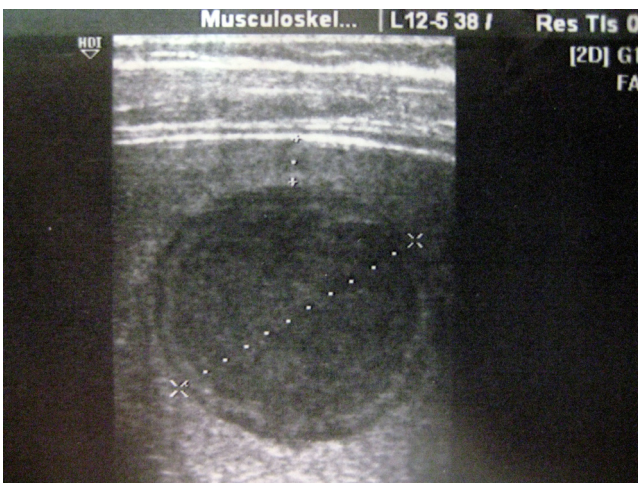
WSTĘP

Zarażenie pełzakiem czerwonej należy do najczęstszych chorób pasożytniczych w krajach strefy międzyzwrotnikowej. Pełzakowica jest trzecią, po malarii i bilharcjozie, przyczyną zgonów, wywołanych przez pasożyty. Według Światowej Organizacji Zdrowia corocznie dochodzi do 40-50mln pełnoobjawowych zachorowań, przede wszystkim wśród mieszkańców krajów tropikalnych, gdzie liczba nosicieli pełzakowicy w niektórych rejonach może przekraczać 90% (1,2,3).

Coraz częstsze wyjazdy Polaków do krajów strefy międzyzwrotnikowej zwiększają ryzyko zakażenia i rozpoznawania chorób tropikalnych i rozprzestrzeniania się ich za pośrednictwem bezobjawowych oraz skąpoobjawowych nosicieli. Zwiększająca się liczba zgłoszeń nowych przypadków zakażeń, w tym również zachorowań rodzinnych, wśród osób, które nie wyjeżdżały w tropiki, wskazywałoby na potrzebę przeprowadzania specjalistycznych badań lekarskich po powrocie do kraju (3). Poniżej przedstawiono opis przypadku przebiegającego bezobjawowo pełzakowego ropnia wątroby.

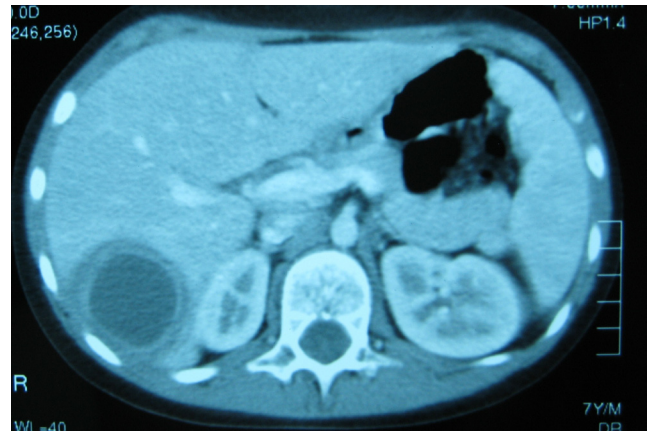
OPIS PRZYPADKU

Chłopiec, M.P., nr historii choroby 5175/61610, lat 7, został przyjęty do Kliniki Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci WUM z objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono zwiększoną liczbę krwinek białych $24700/\text{mm}^3$, z granulocytozą 86,9% i OB 96mm po 1godz. Operowany – wycięto zmieniony ropowiczo wyrostek robaczkowy. W okresie pooperacyjnym otrzymywał, według protokołu, netilmycynę i metronidazol dożylnie. Po otrzymaniu wyniku posiewu wymazu z otrzewnej, w którym stwierdzono obecność opornego na metycylinę szczepu *Staphylococcus epidermidis*, zmieniono netilmycynę na klindamycynę. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Gojenie rany prawidłowe. Badanie histopatologiczne wyrostka robaczkowego potwierdziło rozpoznanie śródoperacyjne. W badaniach kontrolnych wykonanych w 5 dobie po zabiegu - leukocytoza $11400/\text{mm}^3$ (61,6% granulocytów), OB 87mm po 1godz. Brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Wątroba niepowiększona. Stan ogólny dziecka nie budził zastrzeżeń. Wykonano kontrolne badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej (aparatus Philips/HDI4000). Nie znaleziono żadnych nieprawidłowych struktur w obrębie powłok ani w operowanej okolicy. Natomiast w prawym płacie wątroby stwierdzono obecność ropnia o średnicy 40mm i torebce grubości 10mm. (Ryc. 1). Tomografia komputerowa (aparatus Toshiba) wykonana dwufazowo z podaniem kontrastu Omnipaque, techniką spiralną, w rekonstrukcjach co 5mm, potwierdziła obecność ropnia o grubej otoczce o wymiarach $38 \times 40 \times 40\text{mm}$, zlokalizowanego w prawym płacie wątroby (Ryc. 2). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone wartości CRP $3,4\text{mg/dL}$ (norma do $1,0\text{mg/dL}$) i fibrynogenu $7,77\text{g/l}$ (norma $1,8\text{-}3,5\text{g/l}$); stężenie transaminaz, białka całkowitego



Ryc. 1. Ropień pełzakowy wątroby – badanie ultrasonograficzne

Fig. 1. Ultrasound imaging of amoebic liver abscess



Ryc. 2. Ropień pełzakowy wątroby – obraz w tomografii komputerowej

Fig. 2. Computed tomography imaging of amoebic liver abscess

i bilirubiny w utrzymywało się w granicach normy. Zakwalifikowano dziecko do punkcji ropnia. Ropień nakłuto pod kontrolą USG, ewakuując 13ml gęstej treści. Jego jamę wypłukano fizjologicznym roztworem soli. Badanie bakteriologiczne w kierunku tlenowców i beztlenowców nie wykazało obecności drobnoustrojów. W preparacie bezpośrednim obecne liczne leukocyty. Drobnoustrojów nie znaleziono.

W ramach poszukiwań czynnika etiologicznego ropnia zebrano bardziej szczegółowy wywiad chorobowy. Okazało się, że 4 miesiące wcześniej chłopiec spędzał wakacje w Wenezueli. Tam wystąpiła u niego kilkudniowa biegunka. Po jej ustąpieniu, do czasu pojawienia się objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, nie zgłaszał żadnych dolegliwości. Podejrzewając pełzakową etiologię ropnia wykonano badania serologiczne w Zakładzie Parazytologii Tropikalnej Katedry Medycyny Tropikalnej i Parazytologii – Krajowego Ośrodka Medycyny Tropikalnej, Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej Akademii Medycznej w Gdańsku. Test hemaglutynacji pośredniej w kierunku amebezy dał wynik dodatni. Po potwierdzeniu rozpoznania pełzakowicy odstawiono antybiotyki i podano dziecku doustnie tynidazol, w dawce 2g na dobę, przez 5 dni. W dniu wypisu ze szpitala (10 dni po nakłuciu ropnia) - leukocytoza $5900/\text{mm}^3$ (38,7% granulocytów), OB 53mm po 1godz. W badaniach ultrasonograficznych wykonywanych w trzecim (ryc. 3) i kolejnych dniach po nakłuciu ropnia stwierdzano stopniowe zapadanie się jego ścian. W 50 dobie po nakłuciu obraz ultrasonograficzny miąższu wątroby był prawidłowy. Stan ogólny dziecka nie budził zastrzeżeń. Rodzicom dziecka zalecono kontakt z Poradnią Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. Według relacji matki dziecka badania przeprowadzone u członków najbliższej rodziny wykluczyły u nich zachorowanie na pełzakowicę.



Ryc. 3. Ropień pełzakowy wątroby – obraz ultrasonograficzny trzy dni po nakłuciu przezskórnym

Fig. 3. Amoebic liver abscess - ultrasound imaging three day after percutaneous puncture

DYSKUSJA

Częstość występowania pełzakowych ropni wątroby w populacji ludzi zarażonych *Entamoeba histolytica* oceniana jest na 3-9%. Ropnie wątroby tworzą się po 1 lub 2 miesiącach od zarażenia pełzakami czerwonymi. Obraz kliniczny pełzakowicy bywa różny. Choroba może przebiegać bezobjawowo. W typowych przypadkach pojawia się gorączka i krwisto-śluzowa biegunka. Możliwe jest również wystąpienie ciężkich postaci pełzakowicy jelitowej lub pozajelitowej. Szacuje się, że u około 20% nosicieli rozwija się pełnoobjawowa postać schorzenia. Wśród tych przypadków, w 15% obserwuje się postać pozajelitową amebazy. Ropnie pełzakowe pojawiają się najczęściej w: wątrobie (56%), okolicy podprzeponowej (18%), opłucnej (13%), okolicy wątroby (7%) i innych miejscach w obrębie jamy otrzewnowej (5%) (1,2,4,5). Opisywano również przypadki mózgowej lokalizacji ropnia (6).

W typowych przypadkach ropnia wątroby występuje gorączka, ból w prawym, górnym kwadrancie brzucha oraz hepatomegalia.

Etiopatogeneza pełzakowych ropni wątroby nie jest jasna. Uważa się, że częściej występują u mężczyzn, a najbardziej podatne na ich rozwój są osoby z obniżoną odpornością, niedożywione, jak również dzieci. Wrotami zarażenia może być żyła wrotna, tętnice wątrobowe i drogi żółciowe. Zakażenie może się również szerzyć przez ciągłość. Przy współistniejącym zapaleniu jelit obserwuje się nasilone wchłanianie toksyn przez uszkodzoną błonę śluzową, które w pierwszej kolejności trafiają do wątroby. Stąd wynika potrzeba przeprowadzenia badań tego narządu po przebytych zakażeniach (1,2,3,5,7).

Obecność pełzakowego ropnia wątroby stwierdzić można na podstawie badań obrazowych – ultrasono-

grafii i tomografii komputerowej. We wnętrzu ropnia znajduje się gęsty, brunatny, zwykle bezwonny płyn. Można w nim znaleźć trofozoity. Posiewy wykonywane na standardowych podłożach dają zwykle wynik ujemny (7,8). Ustalenie etiologii ropnia wymaga wykonania badań genetycznych (PCR) lub badań serologicznych.

Pełzakowy ropień wątroby jest rzadko rozpoznawanym schorzeniem w naszej strefie klimatycznej. Niemniej jednak, coraz częstsze wyjazdy, również dzieci, do regionów świata, gdzie powszechnie występują choroby tropikalne, powodują, że liczba rozpoznawanych przypadków, między innymi pełzakowicy, będzie się zwiększać.

Pełzakowy ropień wątroby to najczęstsza pozajelitowa postać amebazy. Na podstawie analizy dużych grup chorych stwierdzono, że 75-80% pełzakowych ropni wątroby rozwija się w prawym płacie, 15-16% w lewym, a 5% w ogoniastym. Do 8% ropni pojawia się w obu płatach jednocześnie (1,3).

Pełzakowy ropień wątroby leczy się zachowawczo metodami farmakologicznymi podając pochodne nitroimidazolu (metronidazol, tynidazol) (5), albo metodami inwazyjnymi nakłuwając jego jamę i aspirując jej zawartość, (2,4,5,7,9) bądź też stosując przezskórny lub otwarty drenaż ciągły (1,5,7,10). Wszystkie metody inwazyjne są kojarzone z leczeniem farmakologicznym.

Przezskórna aspiracja ropnia wątroby wydaje się być bardzo skutecznym sposobem jego likwidacji. Należy podkreślić znaczącą rolę kontroli ultrasonograficznej podczas opróżniania ropnia, dzięki której wynik zabiegu jest porównywalny z wynikami otrzymywanymi po stosowaniu bardziej inwazyjnych, czasochłonnych i kosztownych metod (4,10). Niektórzy autorzy, nie negując potrzeby interwencji chirurgicznych w uzasadnionych przypadkach, uważają postępowanie zachowawcze za wystarczającą i skuteczną metodę, uznając, że powinno być ono stosowane jako leczenie pierwszego rzutu (5). Założenie drenażu bywa konieczne jedynie w przypadkach ropni o dużej średnicy lub w ropniach mnogich. Według innych autorów, najbardziej efektywnym sposobem leczenia ropni wątroby jest otwarty drenaż. Zgodnie z ich obserwacjami, przezskórna aspiracja jego zawartości, by stać się bezpieczną i skuteczną metodą, wymaga dużego doświadczenia i zręczności chirurga. Dodatkowym argumentem za wykonaniem drenażu był fakt, że u części chorych, u których opróżniano ropień pod kontrolą USG, konieczne okazało się założenie drenu do jamy ropnia. Drenaż otwarty jako leczenie w wyborze stosowany jest w przypadkach ropni wielojamowych, ropni mnogich i przy umiejscowieniu ropnia w lewym płacie wątroby, a także przy przebicciu się ropnia do jamy otrzewnowej oraz w sytuacji rozwoju stanu septycznego i braku odpowiedzi na leczenie farmakologiczne skojarzone z przezskórnym odessaniem jego zawartości (7). W grupie 48 dzieci leczonych z powodu

pełzakowych ropni wątroby w Aga Khan University Hospital w Pakistanie (2), u 28 pacjentów wykonano przezskórne nakłucie i aspirację zawartości ropnia. Do zabiegu kwalifikowano chorych z ropniem zlokalizowanym w lewym płacie wątroby, którego średnica nie przekraczała 7 cm i u których nie obserwowano poprawy stanu klinicznego po 48 godzinach farmakoterapii. U 2 pacjentów doszło do przebiccia ropnia do jamy otrzewnowej, a 9 wymagało ponownego nakłucia. U żadnego nie zastosowano otwartego drenażu ciągłego. *Baijal* i wsp. (1), u chorych z pękniętym pełzakowym ropniem wątroby, stosowali drenaż ciągły jako leczenie z wyboru. U czterech pacjentów doszło nadkażenia bakteryjnego i wytworzenia ropni okołowątrobowych.

W 2003 roku *Djossou* i wsp., po przeanalizowaniu 20 przypadków pełzakowych ropni wątroby oraz danych z piśmiennictwa, zaproponowali schemat postępowania w przypadkach wystąpienia tego schorzenia (9). Przedstawiony przez nich algorytm jest zgodny z obserwacjami i doświadczeniami innych autorów (1,2,5,7,10).

Najczęstszym powikłaniem ropnia wątroby jest jego przebiccie się do jamy otrzewnowej (2,7,10). Rokowanie, zwłaszcza w przy przebicciu się ropnia do jamy otrzewnowej oraz w przypadkach rzadziej występujących ropni zlokalizowanych w lewym płacie wątroby lub ropni komunikujących się z drogami żółciowymi, jest poważne (1,2,7,11).

WNIOSKI

1. Nasilenie ruchu turystycznego w ostatnich latach, zwłaszcza wyjazdy w regiony, gdzie powszechnie występują choroby tropikalne, powoduje, że liczba rozpoznawanych przypadków, między innymi pełzakowicy, będzie się zwiększać. Celowe wydaje się więc wykonanie badań kontrolnych po powrocie do kraju, zwłaszcza u osób, u których wystąpił epizod biegunkowy oraz u członków ich rodzin mających z nimi kontakt. Diagnostyka pełzakowicy opiera się na badaniu mikroskopowym kału w poszukiwaniu cyst pierwotniaka (preparaty bezpośrednie i barwione), badaniach genetycznych metodą PCR oraz badaniach serologicznych. Badania genetyczne i serologiczne wykonywane są w Zakładzie Parazytologii Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.
2. Opróżnienie pełzakowego ropnia prawego płata wątroby za pomocą przezskórnej punkcji wykonywanej pod kontrolą ultrasonograficzną, w połączeniu z leczeniem farmakologicznym, okazało się skutecznym sposobem likwidacji zmian chorobowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Baijal SS, Agarwal DK, Roy S, i in. Complex ruptured amebic liver abscesses: the role of percutaneous catheter drainage. *Eur J Radiol* 1995;20: 65-67.
2. Moazam F, Nazir Z. Amoebic liver abscess: Spare the knife but safe the child. *J Ped Surg* 1998;33; 1:119-122.
3. Mrówka K, Waśniowski A. Rodzinne zachorowania na pełzakowicę. *Nowiny Lekarskie* 2007;76; 4:367-373.
4. Civardi G, Di Candio G, Giorgio A, i in. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscesses in the hands of the clinician: a multicenter Italian study. *Eur J Ultrasound* 1998;8:91-99.
5. Stanley LS Jr. Amoebiasis. *Lancet* 2003;361:1025-1034.
6. De Villiers JP, Durra G. Case Report: Amoebic Abscess of the Brain. *Clin Radiol* 1998;53: 307-309.
7. Bari S, Sheikh AK, Malik AA, i in. Percutaneous aspiration versus pen drainage of liver abscess in children. *Pediatr Surg Int* 2007;23:69-74.
8. Grzybowska-Chlebowczyk U, Woś H, Kajor M, i in. Trudności diagnostyczne zapalenia jelita grubego u 4-letniego dziecka. *Pediatrics współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2001;3:253-256.
9. Djossou F, Malvy D, Tamboura M, i in. Abscès amibien du foie. Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique. *Rev Med Interne* 2003;24: 97-106.
10. Ch Yu S, Hg Lo R, Kan PS, i in. Pyogenic liver abscess: Treatment with needle aspiration. *Clin Radiol* 1997;52: 912-916.
11. Agarwal DK, Baijal SS, Roy S, i in. Percutaneous catheter drainage of amebic liver abscesses with and without intrahepatic biliary communication: a comparative study. *Eur J Radiol* 1995;20:61-64.

Otrzymano 21.12.2009 r.

Zaakceptowano do druku 14.01.2010 r.

Adres do korespondencji:

Piotr Kostrzewski

Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny
ul. Działdowska 1 01-184 Warszawa
tel. 022 4532214; fax 022 4523301
e-mail: p.kostrzewski54@gmail.com