ПИОГЕНЕН ЧЕРНОДРОБЕН АБСЦЕС ПРИ ПАЦИЕНТ С ПРЕДХОЖДАЩ КАРЦИНОМ НА ЖЛЪЧНИТЕ ПЪТИЩА – СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

Атанас Лисничков¹, Пламен Чернополски¹, Борислав Чаушев², Нели Згурова³,
Васил Божков¹, Илко Плачков¹, Тодор Иванов¹, Дилиан Чаушев¹, Янко Стефанов¹,
Вяра Драганова¹, Анелия Клисарева², Мария Цанева³, Росен Маджов¹

¹Втора клиника по хирургия, УМБАЛ „Св. Марина” – Варна, МУ-Варна

²Клиника по нуклеарна медицина и метаболитна терапия,
УМБАЛ „Св. Марина” – Варна, МУ-Варна

³Център по клинична патология, УМБАЛ „Св. Марина” – Варна, МУ-Варна

PIOGENIC LIVER ABSCESS IN A PATIENT WITH PRE-EXISTING BILIARY CARCINOMA

Atanas Lisnichkov¹, Plamen Chernopolski¹, Borislav Chaushev², Neli Zgurova³,
Vasil Bozhkov¹, Ilko Plachkov¹, Todor Ivanov¹, Dilyan Chaushev¹, Yanko Stefanov¹,
Vyara Draganova¹, Aneliya Klisarova², Mariya Tsaneva³, Rossen Madjov¹

¹Second Surgery Clinic, St. Marina University Hospital - Varna,
Medical University of Varna

²Nuclear Medicine and Metabolic Therapy Clinic, St. Marina University Hospital - Varna,
Medical University of Varna

³Clinical Pathology Center, St. Marina University Hospital - Varna,
Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Пиогеният чернодробен абсцес е сериозен и труден за диагностициране проблем. Едни от най-честите причини за чернодробни абсцеси са бенигнен и малигнен обструкция на билиарното дърво. В наши дни смъртността варира 5-26%. При повече от 90% от пациентите с билио-дигестивни анастомози е налице ретроградно чревно бактериално замърсяване на жлъчните пътища. Такова заразяване протича често асимптоматично, но е основен рисков фактор за формирането на чернодробен абсцес след извършването на БДА, особено при наличието на туморен процес, ангажиращ дисталната част на жлъчните пътища, който чрез кървене, образуване на зони на некроза и туморен разпад улеснява възникването и разпространението на инфекциозния процес.

Ключови думи: пиогенен чернодробен абсцес, карцином на жлъчните пътища

ABSTRACT

Pyogenic liver abscess is a serious and difficult to diagnose problem. One of the most common causes of liver abscesses are benign and malignant obstruction of the biliary tract. Nowadays mortality varies from 5 to 26%. In more than 90% of patients with biliary-enteric anastomosis there is retrograde intestinal bacterial contamination of bile ducts. Such infection often occurs asymptotically, but is a major risk factor for the formation of a liver abscess after BEA, especially in the presence of a tumor of the distal part of the bile ducts, which by bleeding, necrotic areas and tumor breakdown facilitates the onset and spread of the infectious process.

Keywords: pyogenic liver abscess, biliary tract carcinoma

УВОД

Чернодробният абсцес е резултат от микробна инфекция на паренхима на черния дроб и локална инфилтрация от клетки на възпалението с последващо образуване на гнойна колекция (3, 10, 16). Чернодробният абсцес продължава да бъде сериозен и често труден за диагностициране проблем (14).

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Касае се за пациентка на 36 години, която постъпва в клиниката с оплаквания от болки и тежест в дясно подреброе, безапетитие и значително отслабване на тегло. Преди една година е оперирана по повод на карцином на жлъчните пътища – извършена биопсия и холедоходуоденоанастомоза. Хистологичен резултат – умерено диференциран аденокарцином на дистален холедох (Фиг. 1). При обективното изследване е установена палпаторна болка в епигастриума, без данни за перитонеално дразнене, налична перисталтика, наличие на постоперативна херния по хода на оперативния цикатрикс. Пациентката е провела 6 курса химиотерапия по повод на установения карцином.

Фиг. 1. Умерено диференциран аденокарцином на холедоха – мастна и фиброзна тъкан с инфилтрация от атипични жлези с кубоидален и колумнарен тип епител, огнищна интралуменна папиларна пролиферация

От извършените лабораторни изследвания не е установено повишаване на левкоцитите, налице са повишени стойности на чернодробните ензими – АСАТ – 292, АЛАТ – 195, ГГТП – 465, леко повишение на стойността на кръвната захар – 8,4, както и нарушен коагулационен статус. При пациентката е извършен УЗД на коремни органи – установена хипоехогенна лезия в 6-и чернодробен сегмент с размери 15/10 мм. Недилатирани интрахепатални съдове и жлъчни пътища. Пан-

креасът и холедохът не са огледани добре поради газове (Фиг. 2).

Фиг. 2. Хипоехогенна лезия в черен дроб

Извършен е ПЕТ/СТ на цяло тяло с приложена активност 6.8 mCi, 18F – FDG-лезия в шести сегмент на черен дроб с размери 29.5/20.0 мм с SUV 7.5, остатъчна туморна формация, ангажираща отчасти главата на панкреаса с размери 23.9/19.0 мм с SUV 8.0., дифузно повишена активност в тялото и опашката на панкреаса. Вероятно дължаща се на възпалителен процес – пан-

креатит. В слезката не се скенират огнищни зони на повишена активност. Няма данни за повишена метаболитна активност в абдоминални и ингвинални лимфни възли. Костните структури на скенираните нива са без огнищни лезии (Фиг. 3).

При първата оперативната интервенция е установена туморна формация, ангажираща дистален холедох и главата на панкреаса с размери 5/6 см, неподвижна. Наличие на уголемени лимфни възли в хепатодуоденалния лигамент, дилатиран холедох до 16 мм, силно увеличен жлъчен мехур,

Фиг. 3. ПЕТ/КТ

не са установени лезии в черен дроб. Извършени са холецистектомия, холедохотомия и холедоходуеноанастомоза, както и хистологична верификация на туморния процес. Гладък следоперативен период. Пациентката е изписана с възстановен пасаж и първично зараснала оперативна рана. Насочена към Онкологичен комитет за продължаване на лечението. При повторната оперативна интервенция са установени абсцеси в подкожието, както и лезии, суспектни за метастатични, наличие на постоперативна херния, както и множество сраствания в коремната кухина, наличната туморна формация с увеличени размери спрямо предходната операция, ангажираща дистален холедох и панкреас, увеличени лимфни възли в хепатодуоденалния лигамент и лезия, разположена в 6-и чернодробен сегмент с размери 2/3 см. Лезията е отстранена и е извършена пластика на коремната стена със собствени тъкани. При хистологичното изследване на лезията е установена: стена на абсцесна кухина – вяло инфилтрация от левкоцити (абсцес), вдясно капсула на абсцеса – грануляцион-

на тъкан, макрофаги (Фиг. 4), остри възпалителни промени в чернодробния паренхим – левкоцитна инфилтрация, макрофаги, грануляционна тъкан (Фиг. 5).

Пациентката е изписана в добро общо състояние и насочена към Онкологичен комитет за продължаващо лечение.

Фиг. 4. Стена на абсцесна кухина

Фиг. 5. Възпалителни промени в чернодробен паренхим

ОБСЪЖДАНЕ

Честотата на пиогенния абсцес на черния дроб по литературни данни не се е променила съществено през последните 50 години - средно 8 до 16 случая на 100 000 болни; с честота на аутопсиите, варираща от 0.3 до 1.5%. През първите 3 декади на миналия век най-честата причина за това заболяване – пилефлебита, причинен от апендицит, в близо 75-80% от случаите е водела до смъртен изход. Най-честата причина за чернодробни абсцеси в по-късните периоди на миналото столетие и до днес са бенигнени и малигнени обструкции на билиарното дърво, които причиняват множествени абсцеси с обща смъртност до около 45-50% (2). В наши дни смъртността варира 5-26%. С подобряването на диагностиката и лечението на това заболяване тя е намаляла през последните години и сега е около 10% (13).

По литературни данни (18) заболяванията на билиарния тракт са най-честата причина за чернодробен абсцес – в 31-70 % от случаите на ПЧА.

Основните тенденции са: увеличаване на честотата на пациентите над 60 години; повишаване на ролята на малигнените заболявания при пациенти с ПЧА – тумори, инвазиращи или компримиращи билиарния тракт, вторична инфекция на първични или метастатични тумори на черния дроб (наличието или липсата на съпътстващо малигнено заболяване е един от основните прогностични фактори при пациенти с ПЧА) (4).

Клиничните презентации на пациенти с пиогенен чернодробен абсцес не са типични и пациентите могат да се проявят с общите конституционни симптоми - висока температура и втрисане (7,17); коремна болка - в повече от 80% от случаите може да е свързана или с гръдна болка, или с плеврална болка, или с болка в дясно-

то рамо (4); иктер - в 15-20% от случаите, особено когато се касае за усложнение на жлъчно заболяване. Наличието му говори за гноен холангит и образуването на множество абсцеси и е лош прогностичен белег (1). В 10% от пациентите с холангиогенни чернодробни абсцеси е налице триадата на Шарко: треска, жълтеница и болка в горната част на корема (5,18); по-рядко – диария, безапетитие, гадене и повръщане, кашлица, хълцане. В нашия случай повечето от изброените симптоми са били налице, без изявен иктер.

В нашия опит, както и в литературата, абсцесите и свързаните с тях системни инфекции са редки след операции по повод на жлъчните пътища, тъй като се използва систематична профилактична терапия с антибиотици. Развитието на интрахепатален абсцес обикновено е усложнение на предходна абдоминална хирургия, жлъчни заболявания, травма, неоплазма или бактериемия. Патогенният механизъм на тези усложнения е свързан с няколко фактора, но посявка от жлъчката най-често обяснява причината.

В повечето случаи (75-86%) от микробните култури, взети от чернодробните абсцеси, са положителни (6,7,8,11,12,18). Според проучванията на Huang и съавт. са намерени стерилни култури в 14 до 25% от случаите (10). При изследванията на Lee и съавт. стерилни култури достигат 38% (12). Eltawansy и съавт. отчитат присъствието на смесени организми в 14-55% от случаите (9). Най-вероятната причина за изолиране на стерилни култури е използването на антибиотична терапия, преди да се вземе материал от чернодробния абсцес (6,11,15,18).

В нашия клиничен случай при микробиологично изследване на гной от абсцесната кухина – посявките останаха стерилни.

При повече от 90% от пациентите с билио-дигестивните анастомози е налице ретроградно чревно бактериално замърсяване на жлъчните пътища. Дори ако такова заразяване е много често асимптоматично, то е основен рисков фактор за формирането на абсцес след извършването на БДА, особено при наличието на туморен процес, ангажиращ дисталната част на жлъчните пътища, който чрез кървене, образуване на зони на некроза и туморен разпад улеснява възникването и разпространението на инфекциозния процес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пиогенният абсцес на черния дроб е необичайно усложнение на интраабдоминалната или жлъчните инфекции и обикновено е полими-

кробна инфекция, свързана с висока смъртност и високи нива на рецидив, особено при пациенти с хистологично верифициран карцином на жлъчните пътища.

Използвани съкращения:

УЗД – ултразвукова диагностика

ПЧА – пиогенен чернодробен абсцес

БДА – билио-дигестивна анастомоза

ПЕТ/СТ – позитронно-емисионна томография / компютърна томография

ЛИТЕРАТУРА

1. Василев, Н., Ст. Баев. Жлъчно – чернодробна хирургия. София, 1989, с. 244-246.
2. Иванов, К. Диагностика и лечение на чернодробните абсцеси. Сборник доклади – 12-и Национален конгрес по хирургия – 5-8 октомври 2006 г. София, с. 116-119.
3. Ковачев Л., Илиев С., Тончев П., Грозев В., Филипов П., Пресолски И., Колев Р., Бачев К. Чернодробният абсцес като клинична реалност и хирургичен проблем. Сборник доклади – 12-и Национален конгрес по хирургия – 5-8 октомври 2006 г. София, с. 122-125
4. Маджов Р., Арнаудов П., Божков В. Пиогенен абсцес на черен дроб. Диагностично-терапевтична стратегия. Сборник доклади – 12-и Национален конгрес по хирургия – 5-8 октомври 2006 г. София, с. 127-131.
5. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Абсцессы печени Отдел хирургии печени (зав. – профессор Э.И. Гальперин) ММА им. И.М. Сеченова; Анналы Хирургической Гепатологии, 2006г, том 11, № 1ст. 97 – 103
6. AlvarezPérez J.A., González J.J., Baldonado R.F. et al. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess // Am. J. of Surg. 2001. V. 181. N 2. P. 177-186
7. Bowers D.E., Robinson D.J., Doberneck R.C. Pyogenic liver abscess // World J. Surg. 1990. 14: 128-132.
8. Branum G.D., Tyson G.S., Branum M.A. et al. Hepatic abscess: Changes in etiology, diagnosis, and management // Ann. Surg. 1990. V. 212. P. 655-662
9. Eltawansy SA, Merchant C, Atluri P, Dwivedi S. Multi-organ failure secondary to a Clostridium perfringens liver abscess following a self-limited episode of acute gastroenteritis. Am J Case Rep 2015;16:182-186. doi: 10.12659/ AJCR.893046
10. Huang C./J., Pitt H.A., Lipsett P.A. et al. Pyogenic hepatic abscess. Changing trend over 42 years // Ann. Surg. 1996. V. 223. P. 600-609.
11. Johannsen E.C., Sifri C.S., Lawrence C.M. Pyogenic liver abscesses // Infect. Disease Clinics of North America. 2000. V. 14. P. 47-56.
12. Lee K.T., Sheen P.C., Chen J.S., Ker C.G. Pyogenic liver abscess: Multivariate analysis of risk factors // World J. Surg. 1991. V. 15. P. 372-377
13. Lübbert C, Wiegand J, Karlas T. Therapy of liver abscesses. Viszeralmedizin 2014;30:334-341. doi: 10.1159/000366579
14. Mavilia G. Marianna, Marco Molina, George Y. Wu – The Evolving Nature of Hepatic Abscess: A Review; Journal of Clinical and Translational Hepatology 2016 vol. 4: 158 – 168
15. Meyers W.C., Kim R.D. Pyogenic and amebic liver abscess _ Sabiston Textbook of Surgery, 16th ed. 2001. P. 1043-1055.
16. Mischinger H. J., H. Hauser, H. Rabl et al., Pyogenic liver abscess: studies of therapy and analysis of risk factors, World J. Surg. 1994, 18, 852 – 858
17. Pitt H.A. Surgical Management of Pyogenic Liver Abscesses // World J. Surg. 1990. V. 14. P. 498-504
18. Seeto R.K., Rockey D.C. Pyogenic liver abscess changes in etiology, management and outcome // Medicine. 1996. V. 75. P. 99-113

Адрес за кореспонденция:

Атанас Лисничков

УМБАЛ “Света Марина” - Варна,

Втора клиника по хирургия

Ул. Христо Смирненски 1, ет.11

Тел. 052 978671

GSM 0887 559866

e-mail: lisnichkov@abv.bg