

II. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

1. Επιτυχής αντιμετώπιση πολλαπλών μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων με συντηρητική αντιβιοτική αγωγή

Ζαντίδης Α, Διδάγγελος Τ, Τατόλα Β, Αδαμίδου Α, Χρυσογονίδης Ι, Κολιούσκας Δ.
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Α.Χ.Ε.Π.Α., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα μικροβιακά ηπατικά αποστήματα αποτελούν ακόμα και σήμερα δύσκολη διαφοροδιαγνωστική και θεραπευτική νοσολογική οντότητα. Η θνητότητα των μονήρων μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων είναι υψηλή και αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν είναι πολλαπλά. Η αντιμετώπιση τους περιλαμβάνει μεγάλο εύρος χειρισμών όπως την παρεντερική χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών, την παροχέτευση χειρουργικά ή με λεπτή βελόνη υπό υπερηχογραφική/αξονική καθοδήγηση και τέλος την ηπατεκτομή. Οι παραπάνω επεμβατικοί χειρισμοί είναι δύσκολο να εφαρμοστούν στις περιπτώσεις ασθενών με πολλαπλά ηπατικά αποστήματα λόγω της αδυναμίας επικέντρωσης σε συγκεκριμένη εστία. Η αποκλειστική χρήση αντιβιοτικών σε τέτοιες περιπτώσεις αποτελεί ενίοτε τη μόνη επιλογή. Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται το περιστατικό μιας ασθενούς με πολλαπλά μικροβιακά ηπατικά αποστήματα σε κρίσιμη κλινική κατάσταση που είχε καλή έκβαση με συντηρητική αντιβιοτική αγωγή, γίνεται περιορισμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και συζητείται η θέση που κατέχει η αποκλειστική χρήση αντιβιοτικών σε τέτοιες καταστάσεις.

Λέξεις αναζήτησης

Πολλαπλά μικροβιακά ηπατικά αποστήματα, αντιβιοτική αγωγή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στις διαγνωστικές τεχνικές και στις θεραπευτικές δυνατότητες τα τελευταία χρόνια, ακόμα και στις μέρες μας, τα μικροβιακά ηπατικά αποστήματα εξακολουθούν να αποτελούν μια δύσκολη διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση [1].

Ως μικροβιακό ηπατικό απόστημα ορίζεται η παρουσία μιας εστίας πυώδους νεκροβιοτικού υλικού μέσα στο ηπατικό παρέγχυμα που μπορεί να οφείλεται σε ένα ή πολλαπλά βακτήρια. Τα μικροβιακά ηπατικά αποστήματα πρέπει κυρίως να διαφοροδιαγνωσθούν από τα αμοιβαδικά αποστήματα και τις εχινόκοκκους κύστες. Η αναλογία μονήρων: πολλαπλών μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων είναι 1 : 1 [2].

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες βιβλιογραφικές αναφορές, έχει υπάρξει μια αλλαγή που αφορά στην αιτιολογία της πάθησης. Ενώ παλαιότερα θεωρείτο ότι η μικροβιοαμία στην πυλαία κυκλοφορία (πυλαία φλεβίτιδα) λόγω ενδοκοιλιακών λοιμώξεων και η μικροβιακή διασπορά εξωκοιλιακών λοιμώξεων με τη συστηματική κυκλοφορία αποτελούσαν τις πιο συχνές αιτίες εμφάνισης ηπατικών αποστημάτων,

η πλειοψηφία των εργασιών της τελευταίας δεκαετίας αναφέρουν ότι οι λοιμώξεις του χοληφόρου δένδρου με επακόλουθη επέκταση στο ηπατικό παρέγχυμα, τις έχουν προσπεράσει σε συχνότητα και αποτελούν πλέον την πιο συχνή αιτία μικροβιακών αποστημάτων στο ήπαρ [1, 2, 3]. Υπάρχουν ωστόσο και επιδημιολογικές μελέτες με διαφορετικά ευρήματα, οι οποίες εξακολουθούν να θεωρούν την πυλαία φλεβίτιδα ως πρώτη σε συχνότητα αιτία της πάθησης [4]. Σε μεγάλα βιβλία αναφοράς οι καταστάσεις που προδιαθέτουν στην εμφάνιση ηπατικών μικροβιακών αποστημάτων διακρίνονται σε μείζονες και ελάσσονες.

Στις μείζονες (πιο συχνές) περιλαμβάνονται: **1)** η χολαγγειίτιδα **2)** η εκκολπωματίτιδα **3)** η σκωληκοειδίτιδα **4)** ο αλκοολισμός και **5)** ο σακχαρώδης διαβήτης ενώ στις ελάσσονες (λιγότερο συχνές) : **1)** οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσου του εντέρου **2)** το πεπτικό έλκος **3)** η ηπατική κίρρωση **4)** η νεκρωτική παγκρεατίτιδα **5)** η ομφαλίτιδα **6)** η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα **7)** η πνευμονία **8)** οι λοιμώξεις της ελάσσονος πυέλου **9)** τα περιπρωκτικά αποστήματα **10)** οι λοιμώξεις των οδόντων **11)** η ιατρογενής μικροβιοαμία λόγω

ενδοφλέβιων γραμμών **12**) το ηπατικό τραύμα **13**) η τήξη ηπατικού όγκου **14**) η ανοσοκαταστολή και **15**) η αιμοχρωμάτωση [2].

Τα ποσοστά θνητότητας των μονήρων μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων είναι υψηλά. Από την έρευνα αρκετών εργασιών πάνω στο θέμα προκύπτει ότι η θνητότητα της νόσου μπορεί κυμαίνεται από 6% ως και 40% ανάλογα με τους ασθενείς που μελετήθηκαν [1, 3, 4, 5]. Είναι κοινά αποδεκτό πάντως ότι σε περιπτώσεις με πολλαπλά μικροβιακά ηπατικά αποστήματα το ποσοστό θνητότητας αυξάνεται σημαντικά [1, 5]. Τα τελευταία χρόνια η χρήση του σκορ APACHE II

(Acute Physiological and Chronic Health Evaluation II scale) έχει βρει εφαρμογή στην θεραπευτική προσέγγιση της νόσου ως δείκτης βαρύτητας της πάθησης μιας και φαίνεται να σχετίζεται στενά με τη θνητότητα [1, 5]. Το σκορ APACHE II έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για ασθενείς νοσηλευόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας και αντιστοιχεί στο άθροισμα που προκύπτει όταν προστεθούν οι τιμές που αντιστοιχούν σε μεγάλο αριθμό κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων του ασθενούς κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο κατά αναλογία με άλλα σκορ όπως του Ranson (σχήμα 1).

Σχήμα 1. Υπολογισμός του APACHE II σκορ

Το σκορ ισούται με το άθροισμα των τιμών που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις 12 ακόλουθες μεταβλητές. Για περισσότερες πληροφορίες: http://www.merck.com/media/mmppe/pdf/Table_063-4.pdf

	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Θερμοκρασία	≥ 41°	39–40.9°	—	38.5–38.9°	36–38.4°	34–35.9°	32–33.9°	30–31.9°	≤ 29.9°
Μέση αρτ. πίεση mmHg	≥ 160	130–159	110–129	—	70–109	—	50–69	—	≤ 49
Καρδιακός ρυθμός	≥ 180	140–179	110–139	—	70–109	—	55–69	40–54	≤ 39
Αριθμός αναπνοών	≥ 50	35–49	—	25–34	12–24	10–11	6–9	—	≤ 5
Οξυγόνωση 1) FIO ₂ ≥ 0.5: use A-aDO ₂ 2) FIO ₂ < 0.5: use PAO ₂ (mm Hg)	≥ 500	350–499	200–349	—	< 200	—	—	—	—
Αρτηριακό pH	≥ 7.7	7.6–7.69	—	7.5–7.59	7.33–7.49	—	7.25–7.32	7.15–7.24	< 7.15
Na (mmol/L)	≥ 180	160–179	155–159	150–154	130–149	—	120–129	111–119	≤ 110
K (mmol/L)	≥ 7	6–6.9	—	5.5–5.9	3.5–5.4	3–3.4	2.5–2.9	—	< 2.5
Κρεατινίνη (mg/dL) Διπλασιασμός τιμής επί O.N.A.	≥ 3.5	2–3.4	1.5–1.9	—	0.6–1.4	—	< 0.6	—	—
Αιματοκρίτης (%)	≥ 60	—	50–59.9	46–49.9	30–45.9	—	20–29.9	—	< 20
Λευκά αιμοσφαίρια Σε χιλιάδες	≥ 40	—	20–39.9	15–19.9	3–14.9	—	1–2.9	—	< 1
Κλίμακα Γλασκώβης	15 μείον το σκορ της Γλασκώβης								

Προσθέστε 0 για ηλικία <44, 2 για 45-54, 3 για 55-64, 5 για 65-74, 6 για >75

Προσθέστε 2 για χειρουργικούς ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή ιστορικό οργανικής ανεπάρκειας και 5 για μη χειρουργικούς ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή σοβαρή οργανική ανεπάρκεια

Μέγιστο σκορ 71

Ελάχιστο σκορ 0

Η αύξηση του σκορ σχετίζεται με αύξηση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

Η αντιμετώπιση των μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων περιλαμβάνει μεγάλη γκάμα χειρισμών. Βασική προϋπόθεση είναι η ενδοφλέβια χορήγηση ευρέως φάσματος αντιβιοτικών. Επόμενο βήμα στην αντιμετώπισή τους αποτελεί η παροχέτευση του αποστήματος η οποία δύναται να γίνει με δύο τρόπους. Ο πρώτος περιλαμβάνει την αφαίρεση του νεκροβιοτικού περιεχομένου με λεπτή βελόνη που τοποθετείται στην αποστηματική κοιλότητα υπό καθοδήγηση με τη βοήθεια υπερήχων ή αξονικής τομογραφίας ενώ ο δεύτερος την τοποθέτηση διαδερμικού παροχέτευτικού καθετήρα χειρουργικά. Είναι αυτονόητο ότι και με τις δύο τεχνικές μπορούν να ληφθούν δείγματα υλικού και να αποσταλούν για περαιτέρω εξετάσεις (καλλιέργεια, κυτταρολογική, κ.α.). Τελευταίο βήμα στην αντιμετώπιση αποτελεί η χειρουργική παρέμβαση με ηπατεκτομή για την αφαίρεση της αποστηματικής περιοχής [1,3,4,5]. Αξίζει να σημειωθεί ότι η θεραπευτική προσέγγιση των ηπατικών αποστημάτων έχει αλλάξει τα τελευταία είκοσι χρόνια και έχει στραφεί σε λιγότερο επεμβατικές (χειρουργικές) τεχνικές [4, 5]. Συγκεκριμένα όσον αφορά τα πολλαπλά ηπατικά αποστήματα η αποκλειστική χρήση αντιβιοτικών φαίνεται να είναι η πιο συχνή θεραπευτική προσέγγιση [5]. Αυτό φαίνεται να είναι το λογικό επακόλουθο της φύσης των πολλαπλών αποστημάτων που δε προσφέρονται για χειρουργική αντιμετώπιση λόγω της εκτεταμένης διασποράς και της αδυναμίας επικέντρωσης σε συγκεκριμένο στόχο. Για το λόγο αυτό, όπως εξάλλου δημοσιεύτηκε πρόσφατα, για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς με πολλαπλά ηπατικά αποστήματα που καλύπτονται μόνο με αντιβίωση ανοίγονται δύο δρόμοι είτε της ανάρρωσης είτε της κατάληξης σύντομα μετά την εισαγωγή τους [5].

Δύο πρόσφατες ανακοινώσεις που αφορούσαν σε ασθενείς με πολλαπλά ηπατικά αποστήματα και αντιμετωπίστηκαν το μεν πρώτο μόνο με αντιβιοτικά και το δεύτερο με αντιβιοτικά και παροχέτευση είχαν τελείως διαφορετική έκβαση [6, 7]. Στην ανακοίνωση των Calvo-Romero JS και συν. [6] μια εξηνταεπεννιάχρονη ασθενής με ήπια κλινική εικόνα διεγνώσθη με πολλαπλά ηπατικά αποστήματα και είχε πλήρη ίαση. Αντίθετη ήταν η πορεία της τριανταοχτάχρονης ασθενούς με βαριά κλινική εικόνα που περιγράφηκε στην ανακοίνωση των Bahioui M και συν. [7] η οποία έχασε τη ζωή της ενενήντα δύο ώρες μετά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε το

περιστατικό μιας τριαντατριώνχρονης ασθενούς με πολλαπλά μικροβιακά ηπατικά αποστήματα που εισήχθη σε πολύ βαριά κατάσταση, αντίστοιχη αυτής που περιέγραψαν οι Bahioui M και συν., αλλά ανάρρωσε πλήρως με αντιβιοτική κάλυψη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μια ασθενής τριάντα τριών χρόνων εισήχθη στην κλινική μας λόγω άλγους στο δεξιό υποχόνδριο, υψηλού πυρετού με ρίγος, ικτέρου και ανορεξίας. Η ασθενής είχε ελεύθερο ιστορικό πέραν της αφαίρεσης μιας κύστης στη δεξιά ωθήκη προ ετών και έφερε ενδομήτρια αντισυλληπτική συσκευή (σπιράλ) τα τελευταία τρία χρόνια. Κατάχρηση αλκοόλ δεν αναφέρθηκε. Τα συμπτώματα της ασθενούς είχαν αρχίσει προ δωδεκαημέρου. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε τα ακόλουθα: όψη βαρέως πάσχοντος, ίκτερο, κοιλιακή διάταση, ταχύπνοια, ψηλαφητό επώδυνο ήπαρ (4 εκατοστά κάτωθεν του δεξιού πλευρικού τόξου σε βαθιά εισπνοή), και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στον κάτω λοβό του δεξιού πνεύμονα με αμβλύτητα στην επίκρουση. Τα ζωικά της σημεία κατά την εισαγωγή ήταν: θερμοκρασία 39,5 0C, σφύξεις 100 ανά λεπτό, αναπνοές 32 ανά λεπτό, αρτηριακή πίεση 110/80 mmHg. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: λευκά αιμοσφαίρια 37,900 (πολυμορφοπύρρηνα 92,3%, λεμφοκύτταρα 3,1%, μονοκύτταρα 4,6%), αιματοκρίτης 22,5%, αιμοσφαιρίνη 8 g/dL, MCV 86.9 fL, MCH 30.9 pg/dL, δικτυοερυθροκύτταρα 0,8%, αιμοπετάλια 136,000, TKE 110 χιλιοστά την πρώτη ώρα, CRP 13.2 (φουσ, τιμή 0-0,8mg/dL), ουρία 152 mg/dL (φουσ, τιμές 10-50 mg/dL), κρεατινίνη 2,83 mg/dL (φουσ, τιμή 0,5-1,2 mg/dL), SGOT 101 (φουσ, τιμή 0-38 U/L), SGPT 63 U/L (φουσ, τιμή 0-40, U/L), αλκαλική φωσφατάση 476 U/L (φουσ, τιμή 40-129 U/L), γ-γλουταμινική τρανσπεπτιδάση 216 U/L (φουσ, τιμή 8-61 U/L), αλβουμίνη 2,4 g/dL (φουσ, τιμή 3,5-4,8 g/dL), ολική χολερυθρίνη 28,01 mg/dL (φουσ, τιμή 0-1,0 mg/dL), άμεση χολερυθρίνη 22,9 mg/dL, παράταση του χρόνου προθρομβίνης σε 19,5 δευτερόλεπτα (INR 1.52) και φερριτίνη 1178 ng/dL (φουσ, τιμή 15-400 ng/dL). Η γενική εξέταση ούρων ήταν φυσιολογική ενώ η απλή ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε συλλογή υγρού στην βάση του δεξιού πνεύμονα. Η υπερηχογραφική απεικόνιση του δεξιού υποχονδρίου ανέδειξε πολλαπλές υποηχοϊκές περιοχές και στους δύο ηπατικούς λοβούς ενδεικτικές αποστημάτων, ενώ υπήρχαν και σημεία χολοκυστιτιδας (πάχυνση τοιχώματος και

περιχολοκυστικό υγρό). Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας στην οποία φάνηκαν πολλαπλά ανισομεγέθη αποστήματα σε ολόκληρο το ηπατικό παρέγχυμα το μεγαλύτερο εξ αυτών να φθάνει τα 6,4 εκατοστά. Τα λοιπά ευρήματα από την αξονική ήταν φυσιολογικά. Μαγνητική τομογραφία και μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) διενεργήθηκε στα πλαίσια ευρημάτων χολοκυστίτιδας/χολαγγειίτιδας χωρίς όμως παθολογικά ευρήματα. Προς διερεύνηση αιματογενούς μικροβιακής διασποράς ή/και πυλαίας φλεβίτιδας η ασθενής υποβλήθηκε σε υπέρηχο καρδιάς που ήταν φυσιολογικός και υπέρηχο κάτω κοιλίας που δεν ανέδειξε σημεία φλεγμονής γυναικολογικών οργάνων. Το σπυράκι αφαιρέθηκε και καλλιεργήθηκε. Έξι συνολικά καλλιέργειες αίματος και ούρων (5 και 1 αντίστοιχα) ελήφθησαν, εκ των οποίων τρεις καλλιέργειες αίματος προ αντιβίωσης. Καμία καλλιέργεια δεν ανέδειξε κάποιο μικρόβιο πέραν μυκήτων από την ενδομήτρια αντισυλληπτική συσκευή. Έγινε διαγνωστική παρακέντηση ενός αποστήματος υπό καθοδήγηση αξονικής τομογραφίας αφού αποκλείστηκαν ορολογικώς η αμοιβάδωση και η εχινοκοκκίαση. Από το υγρό αναπτύχθηκαν αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι σε μικρές συγκεντρώσεις ενώ η κυτταρολογική εξέταση αναφερόταν σε πολυμορφοπύρηνικό πληθυσμό χωρίς ενδείξεις κακοήθειας. Οι καρκινικοί δείκτες (α-fetoprotein, CA 125, CA 15-3, CEA, CA19-9) ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η ασθενής από την ημέρα εισαγωγής και αφού πάρθηκε ικανοποιητικός αριθμός καλλιεργιών ετέθη σε ενδοφλέβια αγωγή με μεροπενέμη, τεϊκοπλανίνη, μετρονιδαζόλη, φλουκοναζόλη και μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών ενώ βρισκόταν υπό συχνή χειρουργική παρακολούθηση και είχε εξασφαλιστεί θέση σε μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου. Μείωση των πυρετικών κυμάτων φάνηκε την έβδομη ημέρα νοσηλείας και η ασθενής απυρέτησε πλήρως την εικοστή πέμπτη ημέρα. Η εργαστηριακή βελτίωση σημείωσε ανάλογη πορεία. Επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της (η οποία διήρκεσε σαράντα ημέρες) - ανά 15 ήμερο - ανέδειξαν μια σταδιακή μείωση του μεγέθους των αποστημάτων. Η ασθενής τελικώς εξήλθε του νοσοκομείου και της δόθηκε από του στόματος αγωγή με κεφιξίμη και κλινδαμυκίνη για έξι εβδομάδες, Όταν επανήλθε για επανεξέταση μετά το πέρας των έξι εβδομάδων τα ευρήματα του κλινικού, εργαστηριακού και

απεικονιστικού ελέγχου με μαγνητική τομογραφία ήταν φυσιολογικά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της ασθενούς μας ήταν πολλαπλά μικροβιακά ηπατικά αποστήματα οφειλόμενα σε οξεία χολοκυστίτιδα/χολαγγειίτιδα. Όπως προαναφέρθηκε στην εισαγωγή η επέκταση λοιμώξεων από το χοληφόρο δένδρο προς το ηπατικό παρέγχυμα αποτελεί πλέον την πιο συχνή αιτία ηπατικών αποστημάτων [1,2,3,5]. Η ηλικία της ασθενούς μας ήταν σχετικά μικρή αναλογιζόμενοι το γεγονός ότι η μέση ηλικία των ανθρώπων που παρουσιάζουν ηπατικά αποστήματα είναι τα πενήντα με εβδομήντα έτη, ηλικίες δηλαδή που οι καταστάσεις που προδιαθέτουν στην εμφάνισή τους (χολολιθιάσεις, εκκολπωματίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης, κακοήθειες, ανοσοκαταστολή) είναι πιο συχνές [1,2,3,4,5]. Κατά τον επανέλεγχο εξάλλου της ασθενούς, μετά την πλήρη ανάρρωσή της, δε διαπιστώθηκε καμία παθολογία που να προδιαθέτει στην εμφάνιση των αποστημάτων πέραν της χολοκυστίτιδας.

Τα συμπτώματα, τα σημεία, τα εργαστηριακά ευρήματα, η διάρκεια των συμπτωμάτων προ εισαγωγής και η διάρκεια νοσηλείας στο δικό μας περιστατικό ήταν ανάλογα με αυτά άλλων εργασιών της βιβλιογραφίας [1,3,4,5]. Είναι πεποίθησή μας ότι η άμεση υπερχολερυθριναιμία που παρουσίασε η ασθενής ήταν εν μέρει το αποτέλεσμα αυτόματης παροχέτευσης των αποστημάτων στο χοληφόρο δένδρο.

Η ασθενής μας ήταν σε κρίσιμη κατάσταση κλινικά και παρουσίαζε σημαντικές εργαστηριακές διαταραχές. Το σκορ APACHE II για την ασθενή μας ήταν 15. Αν και δεν υπάρχουν όλα τα απαραίτητα δεδομένα για τον ακριβή υπολογισμό του σκορ της αποθανούσης ασθενούς στην ανακοίνωση των Bahloul και συν. [7], σύμφωνα με τα διαθέσιμα κλινικά και εργαστηριακά της εν λόγω δημοσίευσης, το σκορ APACHE II θα πρέπει να ήταν ίσο ή μεγαλύτερο του 15. Προσδιορισμός του σκορ δε μπορεί να γίνει για την ασθενή των Calvo-Romero JS και συν. [6] που ανάρρωσε, λόγω της έλλειψης δεδομένων. Εντούτοις είναι φανερό ότι η ασθενής είχε πολύ ήπια κλινική εικόνα. Πράγματι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το APACHE II σκορ όντως θα μπορούσε να έχει θέση ως προγνωστικός δείκτης σε περιπτώσεις ασθενών με πολλαπλά ηπατικά αποστήματα.

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, τα μικροβιακά ηπατικά αποστήματα μπορούν να είναι

μονοβακτηριακά ή πολυβακτηριακά [1,2,3,4,5]. Στην περίπτωση μας η καλλιέργεια του αποστηματικού υλικού φανέρωσε μικρές αποικίες στρεπτοκόκκων που δεν επέτρεψαν την περαιτέρω ταυτοποίησή τους. Οι μικροβιολόγοι του νοσοκομείου μας συμπέραναν ότι οι οργανισμοί ήταν μάλλον αναερόβιοι και ότι οι συνθήκες λήψης δεν επέτρεψαν την φυσιολογική ανάπτυξη των αποικιών. Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι ο πιο συχνός αερόβιος μικροοργανισμός που προκαλεί ηπατικά αποστήματα είναι το *E. Coli*, ενώ οι πιο συχνοί αναερόβιοι τα είδη *Bacteroides* [1,3,4,]. Οφείλουμε να επισημάνουμε ότι το είδος του βακτηριδίου που απομονώνεται από τις καλλιέργειες δε φαίνεται να επηρεάζει την θνητότητα του ασθενούς αλλά σχετίζεται κυρίως με την εστία προέλευσης των μικροβίων στο ήπαρ. Έτσι λόγω χάρη, η εύρεση μικροοργανισμών της εντερικής χλωρίδας υποδηλώνουν την εκκολπωματίτιδα, τη σκωληκοειδίτιδα και τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου ως πιθανές προδιαθεσικές καταστάσεις ενώ η απομόνωση χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, την λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα [1,2]. Να επισημανθεί ότι είναι συχνό φαινόμενο οι στείρες καλλιέργειες αίματος στην πάθηση [2]. Ο συνδυασμός αντιβιοτικών και διαδερμικής παροχέτευσης με συνεχή ή διακοπτόμενη αναρρόφηση είναι ο πιο συχνός τρόπος αντιμετώπισης των μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Η αποκλειστική χρήση αντιβιοτικών έχει θέση σε ασθενείς με πολλαπλά ηπατικά αποστήματα όπου η χρήση πολλαπλών

παροχετεύσεων είναι αδύνατη. Πιστεύεται ότι η χρήση αντιβιοτικών και μόνο, είναι θεραπευτική λύση σε ασθενείς με πολλαπλά μικρά αποστήματα με διάμετρο μικρότερη των 5 εκατοστών [3, 5]. Όπως και να έχει το θέμα η συντηρητική αντιβιοτική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται με εξατομικευμένα κριτήρια και ίσως δεν είναι η καταλληλότερη μέθοδος για πολλούς ασθενείς μιας και έχουν αναφερθεί ποσοστά θνητότητας, με αυτή την προσέγγιση, που κυμαίνονται από 7% ως και 79% [1, 4].

Συμπερασματικά, το περιστατικό που ανακοινώνουμε είχε πλήρη ανάρρωση μόνο με αντιβιοτική κάλυψη που περιελάμβανε έξι εβδομάδες ενδοφλέβιας αγωγής με μεροπενέμη, τεικοπλανίνη, μετρονιδαζόλη και φλουκοναζόλη, ενώ η αγωγή συμπληρώθηκε με ακόμη έξι εβδομάδες από του στόματος αντιβίωση με κεφιξίμη και κλινδαμυκίνη. Αν και η ασθενής μας ήταν σε βαριά κατάσταση με σκορ APACHE II ίσο ή λίγο χαμηλότερο αυτής που περιγράφουν οι Bahloul και συν. είχε καλή έκβαση. Με την εμπειρία μας αυτή, συμφωνούμε με τους Calco-Romero JS και συν. ότι η αντιμετώπιση των πολλαπλών μικροβιακών ηπατικών αποστημάτων αποκλειστικά με αντιβιοτικά αποτελεί επιλογή για ορισμένους ασθενείς με την προϋπόθεση ότι θα πρέπει να υπάρχει συνεχής και στενή παρακολούθηση της πορείας τους.

SUMMARY

Pyogenic liver abscesses (PLAs) remain a major diagnostic and therapeutic challenge. The mortality rate of pyogenic liver abscesses is high and for patients with multiple liver abscesses is significantly higher than for those with a single abscess. Parenteral broad-spectrum antibiotics, ultrasound or CT guided aspiration; catheter drainage and finally surgical intervention are the therapeutical options in PLAs' treatment. Patients with multiple liver abscesses me not be suitable for aspiration, drainage and hepatectomy due to their multifocal nature. In such cases antibiotic treatment is the only therapeutic approach. Herein we report a case of a 35-year-old female with multiple liver abscesses and severe clinical manifestation who did well with conservative medical treatment alone. The role of exclusive antibiotic therapy in such patients is discussed.

Key words: multiple pyogenic liver abscess, antibiotic treatment

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. JA. Alvarez Pérez, JJ. González, RF. Baldonado et al. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am J Surg.* 2001 Feb;181(2):177-86.
2. A. Brent, Neuschwander-Tetri: Bacterial, parasitic, fungal, and granulomatous liver diseases. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Textbook of Medicine*, 23rd edition. Philadelphia: SAUNDERS, 2008:1128-35.
3. WM. Wong, BC Wong, CK. Hui et al. Pyogenic liver abscess: retrospective analysis of 80 cases over a 10-year period. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002 Sep;17(9):1001-7.
4. AH. Mohsen, ST. Green, RC. Read et al Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre. *QJM.* 2002 Dec;95(12):797-802.
5. JA. Alvarez, JJ. Gonzalez, RF. Baldonado et al Single and multiple pyogenic liver abscesses: etiology, clinical course, and outcome. *Dig Surg.* 2001;18(4):283-8.
6. JM. Calvo-Romero, EM. Lima-Rodriguez. Favourable outcome of multiple pyogenic liver abscesses with conservative treatment. *Scand J Infect Dis.* 2005;37(2):141-2.
7. M. Bahloul, A. Chaari, N. Bouaziz-Khlaf et al. Multiple pyogenic liver abscess. *World J Gastroenterol.* 2006 May 14;12(18):2962-3.