

MIROŚLAW NIENARTOWICZ¹, KRYSZYNA MARKOCKA-MĄCZKA¹,
MARTA STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA¹, EWA NIENARTOWICZ², WITOLD KNAST¹

Hepatic Abscess Complicated by Pleural Empyema in Pregnant Woman

Ropień wątroby powikłany ropniakiem opłucnej u kobiety ciężarnej

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM we Wrocławiu

² Katedra i Zakład Radiologii AM we Wrocławiu

Streszczenie

Autorzy opisują przypadek ropnia wątroby u 30-letniej kobiety w zaawansowanej ciąży. Chora przed laty była operowana z powodu kamicy żółciowej, a następnie dwukrotnie reoperowana na skutek powikłań. Ostatecznym zabiegiem było zespolenie wydzielonej sposobem Roux pętli jelita czczego z przewodem wątrobowym wspólnym w okolicy wnęki wątroby. Po upływie 7 lat od przebytych operacji na drogach żółciowych u pacjentki rozwinął się ropień wątroby powikłany dodatkowo ropniakiem opłucnej. Chorą operowano, uzyskując wyleczenie. Ciążę rozwiązano cięciem cesarskim z dobrym wynikiem. W obserwacji odległej nie stwierdzono nawrotu choroby. Autorzy omawiają przebieg kliniczny, metody diagnostyczne oraz sposoby leczenia ropni wątroby na podstawie aktualnego piśmiennictwa (**Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 383–387**).

Słowa kluczowe: ropień wątroby, ropniak opłucnej, leczenie.

Abstract

The authors present a case of hepatic abscess in a 30-year-old far gone with child woman. Several years ago the patient was operated on because of cholelithiasis. Then she was re-operated because of complications after this operation. Finally hepaticojunoanastomosis by means of Roux en Y method was carried out. Seven years later the patient being far gone with child developed hepatic abscess additionally complicated by pleural empyema. The patient was operated successfully. The child was delivered by caesarean section without complications. No recurrence of the disease was observed during the follow-up period. The authors discuss the clinical manifestations, the diagnostic methods and the ways of hepatic abscesses treatment according to the literature (**Adv Clin Exp Med 2006, 15, 2, 383–387**).

Key words: hepatic abscess, pleural empyema, treatment.

Ropnie wątroby, mimo znacznych postępów w rozpoznawaniu i leczeniu, nadal są poważnym problemem terapeutycznym, głównie z powodu wysokiej śmiertelności sięgającej, w zależności od przyczyny, 12,3–33% [1–4]. W naszej szerokości geograficznej najczęstszą przyczyną ich powstania jest zakażenie bakteryjne umiejscowione w zlewisku żyły wrotnej lub patologia dróg żółciowych łącznie z odległymi powikłaniami leczenia operacyjnego, rzadziej – zakażenie pełzakowe (*Entamoeba histolytica*) [1, 4–6].

Ropnie wątroby mogą wikać ostre ropne schorzenia toczone się w obrębie jamy brzusznej,

jak: zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uchyłków jelita grubego, perforacje przewodu pokarmowego, zapalenie dróg żółciowych w przebiegu kamicy, lub też powstać jako powikłanie odległe po przebytych zabiegach na drogach żółciowych. Rzadziej drobnoustroje przedostają się do wątroby drogą krwionośną z odległych ognisk zapalnych, jak np.: płuca, kości itp.

Do najczęstszych i najbardziej charakterystycznych objawów klinicznych ropni wątroby należą: wysoka gorączka, ból nadbrzusza prawego, nudności, wymioty oraz żółtaczka lub stan podżółtaczkowy. W badaniach laboratoryjnych zwraca

uwagę podwyższona leukocytoza, niedokrwistość, wzrost aktywności enzymów wątrobowych (AsPAT, AlAT, AP), czasem podwyższone stężenie bilirubiny. Decydujące znaczenie w rozpoznaniu ropni wątroby mają badania obrazowe – USG i/lub TK jamy brzusznej, których czułość jest oceniana na poziomie od 68,4–90% do 100% [1, 6].

Podstawowe znaczenie w leczeniu ropni wątroby ma postępowanie polegające na opróżnieniu i drenowaniu ropnia. Metody dotarcia do ropnia są różne – „otwarty” zabieg operacyjny lub przezskórny drenaż, a wybór zależy przede wszystkim od umiejscowienia ogniska. Wspomniane metody mogą być stosowane jako samodzielne lub wzajemnie uzupełniające się [1–4, 6]. W leczeniu wspomagającym ogromne znaczenie ma właściwa antybiotykoterapia prowadzona zgodnie z antybiogramem. W opinii niektórych autorów przy mniejszych ogniskach z powodzeniem można stosować metody mniej inwazyjne, takie jak przezskórna biopsja z aspiracją treści ropnej połączona z celowaną antybiotykoterapią [1, 2]. Zaletą takiego postępowania jest powtarzalność zabiegu.

Powikłania w przebiegu ropni wątroby najczęściej dotyczą układu oddechowego, a ich odsetek jest oceniany na około 79%. Mogą przyjmować różne formy – od zmian nieodmowo-zapalnych do ropniaka opłucnej, ropnia płuca lub, rzadko, przetoki oskrzelowo-opłucnowej [1, 7].

Opis przypadku

W lutym 1996 r. 30-letnia kobieta z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego przebyła cholecysektomię laparoskopową. Po upływie 30 dni od operacji chorą ponownie operowano z powodu żółtaczk mechanicznej. Jak wynikało z dostępnej dokumentacji medycznej, podczas relaparotomii śródoperacyjnie stwierdzono częściową martwicę przewodu wątrobowego wspólnego oraz obecność ropni – podwątrobowego i podprzeponowego. Ropnie otwarto i zdrenowano, wykonując jednocześnie drenaż dróg żółciowych sposobem Kehra. Po upływie 6 miesięcy pacjentka była ponownie operowana z powodu nawrotu żółtaczk mechanicznej. Wykonano wówczas rekonstrukcję dróg żółciowych pętlą jelita czczego wydzieloną sposobem Roux-Y.

W 2003 r., będąc w 32. tygodniu ciąży, pacjentka była hospitalizowana na oddziale ginekologicznym szpitala powiatowego. Przyczyną hospitalizacji były: niedokrwistość, utrzymujące się od 3 tygodni wyższe temperatury ciała powyżej stanów podgorączkowych oraz osłabienie i złe samopoczucie. W wykonanym badaniu radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono ropień płuca prawe-

go (ryc. 1, 2). Z tym rozpoznaniem 7 marca 2003 r. chorą skierowano do Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc. Wykonana punkcja prawej jamy opłucnowej nie wykazała obecności treści ropnej. 8 marca 2003 r. w ramach „ostrego dyżuru” pacjentka została przeniesiona do Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego AM we Wrocławiu z podejrzeniem ropnia podprzeponowego. W czasie przyjęcia stan chorej był średnio ciężki, RR 110/80, tętno 84/min, temperatura 37,8°C. W obrębie jamy brzusznej badaniem palpacyjnym stwierdzono bolesność prawego nadbrzusza bez objawów otrzewnowych i oporów patologicznych. W pomocniczych badaniach laboratoryjnych stwierdzono: miernego stopnia niedokrwistość (Hb – 9,1 g%), podwyższoną leukocytozę (17 tys./ml), nieznaczny wzrost stężenia bilirubiny w surowicy krwi (1,5 mg%), wzrost aktywności enzymów wątrobowych, zwłaszcza fosfatazy alkalicznej (1545 UI/l). Badanie USG jamy brzusznej uwidocznilo zbiornik płynu pod prawą kopułą przepony, co łącznie z obrazem klinicznym pozwoliło postawić rozpoznanie ropnia prawego płata wątroby lub ropnia podprzeponowego i ustalić wskazania do leczenia operacyjnego w trybie pilnym. Ze względu na bezpieczeństwo ciąży, chorą przekazano do Kliniki Rozrodczości i Położnictwa AM, gdzie była operowana przez chirurga oddelegowanego z zespołu pełniącego „ostry dyżur” chirurgiczny. Jamę brzuszną otwarto z cięcia wzdłuż prawego łuku żebrowego. Stwierdzono ropień prawego płata wątroby od strony powierzchni przeponowej. Ropień otwarto i opróżniono, uzyskując 250 ml treści ropnej. Jamę ropnia zdrenowano. Początkowo przebieg pooperacyjny był bez powikłań. W 8. dobie pooperacyjnej u chorej wystąpił nagły wzrost temperatury ciała do 38°C, pojawiła się duszność oraz wyraźne pogorszenie samopoczucia. 17 marca 2003 r., z powodu zagrożenia wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu, ciążę rozwiązano cięciem cesarskim. 18 marca 2003 r. na skutek narastającej niewydolności oddechowej, spowodowanej obecnością płynu w prawej jamie opłucnowej, pacjentkę przekazano do Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego. Mimo wykonanego w Klinice drenażu jamy opłucnowej, kontrolne badanie radiologiczne klatki piersiowej wykazywało utrzymywanie się płynu w jamie opłucnowej oraz obecność zmian zapalnych płuca prawego (ryc. 3). W badaniach dodatkowych stwierdzono spadek wartości Hb do 7,8 g%, wzrost aktywności enzymów wątrobowych oraz poziomu bilirubiny do 5,7 mg%. Mimo stosowanego leczenia, stan chorej pogarszał się, rozwijała się posocznica. Wykonane badania RTG i TK klatki piersiowej wykazały obecność ropniaka prawej jamy opłucnowej (ryc. 4), a w badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono ropień segmentu VII



Ryc. 1. Zdjęcie RTG klatki piersiowej – pozycja AP

Fig. 1. Radiogram of chest – AP position



Ryc. 2. Zdjęcie RTG klatki piersiowej – pozycja boczna

Fig. 2. Radiogram of chest – lateral position

i VIII wątroby (ryc. 5). Ustalono wskazania do leczenia operacyjnego. Zabieg polegał na ewakuacji około 1000 ml treści z ropni wątroby i drenażu jam ropni czterema drenami. Dodatkowo do jam ropni założono gąbkę z Garamycyną. Jamę brzuszną pozostawiono „na otwarto”. Następnie chora była leczona w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM we Wrocławiu. Po operacyjnej kontroli położenia i drożności drenów 22 marca 2003 r. powłoki brzuszne zamknięto, a prawą jamę opłucnową zdrenowano dodatkowym drugim drenem. W dniach 25 i 28 marca 2003 r. chorą reoperowano z powodu podejrzenia, opartego na badaniu USG jamy brzusznej, ropnia nawrotowego. Śródoperacyjna kontrola nie potwierdziła obecności ropnia i jamę brzuszną zamknięto. Chora była leczona zgodnie ze standardami oddziału OIOM. Do 1 kwietnia 2003 r. prowadzono wentylację mechaniczną. Po ekstubacji, w wyniku prowadzonego leczenia, uzyskano stopniową poprawę stanu chorej i wyników badań laboratoryjnych. 8 kwietnia 2003 r. z utrzymanym



Ryc. 3. Zdjęcie RTG klatki piersiowej – pozycja AP

Fig. 3. Radiogram of chest – AP position

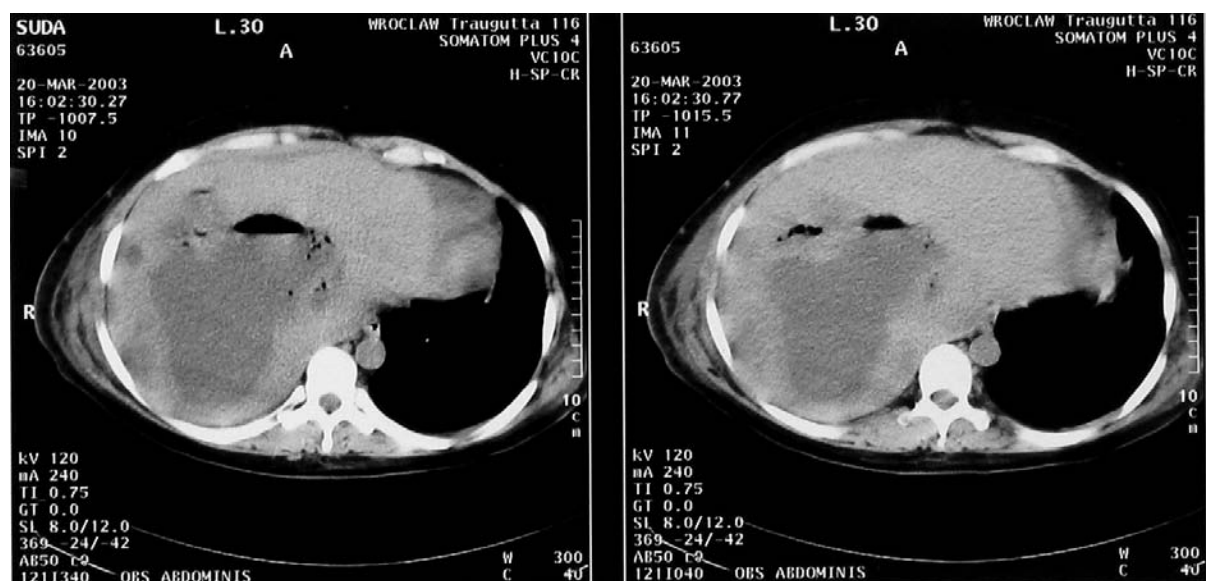


Ryc. 4. Zdjęcie RTG klatki piersiowej – pozycja AP

Fig. 4. Radiogram of chest – AP position

drenażem klatki piersiowej oraz jamy brzusznej pacjentka ponownie została przekazana do Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego. Początkowo drenaż z jamy opłucnowej odprowadzał około 100 ml treści ropnej, a drenaż z jamy brzusznej – około 300 ml treści żółciowo-ropnej. W czasie dalszego leczenia zachowawczego ilość odprowadzanej z drenów treści malała do ilości śladowych. Ostatecznie drenaż usunięto, a rany po niewielkim ropieniu zagoiły się. Kontrolne badania radiologiczne i ultrasonograficzne klatki piersiowej i jamy brzusznej wykazały regresję wcześniej opisywanych zmian. Uzyskano też pełną normalizację wyników badań laboratoryjnych. Chorą w stanie dobrym wypisano z Kliniki 27 maja 2003 r.

W badaniach kontrolnych przeprowadzonych dwukrotnie od czasu wypisania pacjentki z Kliniki nie stwierdzono istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego (ryc. 6, 7). Pacjentka jest zdrowa, a dziecko urodzone cięciem cesarskim rozwija się prawidłowo.



Ryc. 5. Obraz tomograficzny – ropień wątroby

Fig. 5. Tomography image – hepatic abscess



Ryc. 6. RTG klatki piersiowej – pozycja AP (6 miesięcy po leczeniu)

Fig. 6. Radiogram of chest – AP position (6 months after therapy)

Omówienie

Postępowanie w przypadkach ropni wątroby jest różne. Najważniejszym elementem leczenia jest otwarcie i opróżnienie jamy ropnia lub ropni. Dokonać tego można kilkoma sposobami. Możliwa jest przeszczątkowa punkcja (jednorazowa lub powtarzana kilkakrotnie), przeszczątkowy drenaż lub zabieg operacyjny „na otwarto”. Decyzja co do sposobu postępowania zależy od umiejscowienia



Ryc. 7. Badanie USG wątroby (6 miesięcy po leczeniu)

Fig. 7. Ultrasound examination of liver (6 months after therapy)

ogniska w wątrobie [1, 8]. Kolejnym obowiązkowym elementem leczenia jest długotrwała, trwająca 4–6 tygodni, celowana antybiotykoterapia [1, 3, 4, 9]. W opinii wielu autorów drenaż przeszczątkowy jest postępowaniem z wyboru, a jego skuteczność jest oceniana nawet do 100% [3].

W przypadku przedstawionej chorej powstało wiele trudności w zastosowaniu optymalnego sposobu leczenia. Chora przyjęta została do Kliniki w ramach „ostrego dyżuru” po 3 tygodniach od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych (gorączki, postępującej niedokrwistości) w 32. tygodniu ciąży. Ze względu na brak możliwości technicznych wykonania drenażu przeszczątkowego zdecydowano o leczeniu operacyjnym. Dążenie do zachowania ciąży sprawiło, że zabieg był wykonany w II Klinice Ginekologii AM we Wrocławiu

przez oddelegowanego chirurga. Z tego też względu operację ograniczono do minimum, tzn. niewielkiej laparotomii i drenażu jamy ropnia (ewakuowano około 250 ml treści). Początkowo przebieg pooperacyjny był bez powikłań, od 7. doby obserwowano jednak pogorszenie stanu chorej, wystąpiły zwwyżki ciepłoty, a w 9. dobie z uwagi na wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu ciążę rozwiązano cięciem cesarskim. Zastosowany sposób leczenia okazał się nieskuteczny, co spowodowało konieczność powtórnego zabiegu operacyjnego.

Dodatkowo zaistniała konieczność drenażu prawej jamy opłucnej ze względu na wnikający przebieg choroby ropniak tej jamy. Dopiero ten sposób postępowania, połączony z antybiotykoterapią według antybiogramu, przyczynił się do wyleczenia chorej. Wydaje się bardzo prawdopodobne, że rozpoczęcie diagnostyki i leczenia krótko po wystąpieniu pierwszych objawów klinicznych w sposób istotny zmniejszyłoby zagrożenie dla chorej i płodu, skróciłoby czas leczenia oraz znacznie obniżyło koszty.

Piśmiennictwo

- [1] **Mohsen AH, Green ST, Read SC, McKendrick MW:** Liver abscess in adults: ten year experience in a UK centre. *Q J Med* 2002, 95, 797–802.
- [2] **Branum GD, Tyson GS, Branum MA, Meyers WC:** Hepatic abscess. Changes in etiology, diagnosis and management. *Ann Surg* 1990, 212, 655–662.
- [3] **Guedes Netto de Mello G, de Souza Portes Meirelles G, Amatuzy de Oliveira JM, Ajzen S, D'Ippolito G, Szejnfeld J:** Estudo comparativo dos procedimentos percutaneos orientados por metodos de imagem na tratamento das colecoes hepaticas. *Radiol Bras* 2001, 34, 2.
- [4] **Pitt HA:** Pyogenic hepatic abscess. In: Schiff's Diseases of the Liver. Eds.: Shiff ER, Sorrell MF, Maddrey WC; Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia 1999, 8th ed., 1515–1526.
- [5] **Kubo S, Kinoshita H, Hirohashi K:** Risk factors for and clinical findings of liver abscess after biliary-intestinal anastomosis. *Hepatogastroenterology* 1999, 46, 116–120.
- [6] **Barrio J, Cosme A, Ojeda E:** Pyogenic liver abscesses of bacterial origin. A study of 45 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2000, 92, 232–239.
- [7] **Medina MF, Echegoyen CR, Chavarria GJ, Flores VH:** Hepatic abscess and thoracic complications in central Mexico. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 1997, 10, 160–163.
- [8] **Glasgow RE, Mulvihill SJ:** Hepatic abscess. In: Current Surgical Therapy. Eds.: Cameron JL, Mosby, St. Louis 1998, 6th ed., 314–321.
- [9] **Rzeszutko M, Jabłecki J:** Promienica przyczyną ropni wątroby – opis przypadku i przegląd literatury. *Adv Clin Exp Med* 2004, 13, 865–886.

Adres do korespondencji:

Mirosław Nienartowicz
Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM
ul. Traugutta 57/59
50-417 Wrocław
e-mail: gastrosurgery@poczta.onet.pl

Conflict of interest: None declared

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.06.2005 r.

Po recenzji: 27.06.2005 r.

Zaakceptowano do druku: 27.06.2005 r.

Received: 10.06.2005

Revised: 27.06.2005

Accepted: 27.06.2005