

# Mnogie ropnie wątroby – rzadkie powikłanie częstej choroby. Opis przypadku

Multiple pyogenic liver abscesses – a rare complication of common disease. A case report

**Katarzyna Kowalczyk, Tomasz Mierzwiński, Sławomir Pośpiech**

Klinika Chirurgii Ogólnej 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie;  
kierownik: płk dr n. med. Robert Brzozowski

**Streszczenie.** Ropień wątroby to zazwyczaj pojedyncza zmiana w wątrobie będąca konsekwencją infekcji w zakresie dróg żółciowych. Zmiany mnogie i o innej etiologii są rzadko opisywane. Mnogie ropnie wątroby nieleczone lub leczone zbyt późno cechuje bardzo duża śmiertelność. W pracy przedstawiono przypadek 62-letniej chorej z mnogimi ropniami wątroby o etiologii ustalonej śródoperacyjnie, skutecznie leczonej drenażem przezskórnym oraz antybiotykoterapią.

**Słowa kluczowe:** mnogie ropnie wątroby, drenaż przezskórny

**Abstract.** Liver abscess is commonly a solitary lesion in the liver and occurs as consequence of the biliary tract infection. Multiple liver abscesses and abscesses of other etiology are not frequently reported. Overall mortality of multiple liver abscess is very high, if left with no treatment or not treated early. The paper presents a case of a 62-year-old female with multiple pyogenic liver abscesses of etiology diagnosed intraoperatively, who was successfully treated by percutaneous drainage and antibiotic therapy.

**Key words:** multiple liver abscesses, percutaneous drainage

Nadesłano: 28.12.2017. Przyjęto do druku: 9.04.2018

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2018; 96 (2): 159–161

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

**Adres do korespondencji**

lek. Katarzyna Kowalczyk  
Klinika Chirurgii Ogólnej, 5. Wojskowy Szpital Kliniczny  
z Polikliniką w Krakowie  
ul. Wrocławska 1–3, 30-901 Kraków  
tel. +48 507 822 310  
e-mail: katarzyna.anna.kowalczyk@gmail.com

## Wstęp

Ropień wątroby to ograniczona przestrzeń w tkance wątrobowej wypełniona ropą, będąca następstwem zakażenia bakteryjnego lub – rzadziej – amebą. Zakażenie bakteryjne jest najczęściej konsekwencją infekcji w zakresie dróg żółciowych bądź szerzy się z przewodu pokarmowego za pośrednictwem żyły wrotnej. Wyjątkowo ropnie wątroby stanowią powikłanie urazu lub zakażenia grzybiczego [2,3,11]. Zazwyczaj są ropniami kryptogennymi, o nieustalonej przyczynie [3,4].

Czynnikami predysponującymi do wystąpienia ropni wątroby są: cukrzyca, marskość wątroby, zaburzenia odporności, stosowanie inhibitorów pompy protonowej, stan po splenektomii i płeć męska [2,3,5].

Ropnie wątroby stanowią problem interdyscyplinarny, wymagający zarówno skutecznego leczenia farmakologicznego, jak i niejednokrotnie interwencji chirurgicznej. Należą do istotnych ogniskowych zmian zapalnych miąższu wątroby, które niezdiagnozowane odpowiednio wcześniej mogą prowadzić do ciężkich powikłań, a w konsekwencji do zagrożenia życia, a nawet śmierci chorego [8].

## Opis przypadku

62-letnia chora została przyjęta do Kliniki Chirurgii Ogólnej 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie w trybie nagłym z podejrzeniem mnogich ropni



**Rycina 1.** TK jamy brzusznej przed leczeniem: w obu płatach wątroby widoczne liczne różnokształtne zmiany

**Figure 1.** CT of abdomen before treatment: multiple lesions of various shapes in both liver lobes

wewnątrzwątrobowych. W wywiadzie od około 2 tygodni dolegliwości bólowe nadbrzusza prawego, gorączka do 39,5°C, ogólne osłabienie, jeden epizod wymiotów treścią pokarmową. Chora leczona przewlekłe w związku z nadciśnieniem tętniczym, jaskrą, zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa oraz przepukliną kręgową w odcinku szyjnym. Około 15 lat temu przebyła panhisterektomię z powodu mięśniaków macicy.

W chwili przyjęcia w stanie ogólnym dobrym, w pełnym kontakcie logiczno-słownym, ciśnienie tętnicze 130/80 mm Hg, czynność serca miarowa – około 88/min, powłoki jamy brzusznej wysklepione w poziomie klatki piersiowej, brzuch miękki, bolesny w prawym nadbrzuszu w głębokiej palpacji, objawy otrzewnowe ujemne, perystaltyka prawidłowa.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono łagodną niedokrwistość (HGB 11,3 g/dl) oraz podwyższone wskaźniki stanu zapalnego: WBC 19,2 G/l i CRP 397,1 mg/l; aktywność ALT wynosiła 109 U/l, amylazy 12 U/l, AST 92 U/l, a GGTP 187 U/l.

W USG jamy brzusznej w wątrobie uwidoczniło kilka niejednorodnych hipoechogenicznych zmian o wielkości do 49 × 46 mm, odpowiadających w pierwszej kolejności ropniom. Poszerzono diagnostykę o wykonanie TK jamy brzusznej, podczas której stwierdzono niejednorodną wątrobę o granicznej wielkości ze słabo wyodrębniającymi się w fazie natywnej hipodensyjnymi zmianami w całym narządzie. W fazie tętnicznej pojawiły się obszary zmniejszonego wzmocnienia z odcinkowym wzmocnieniem brzożnym, wyraźnie hipodensyjne w fazie żylny-wrotnej. Zmiany o zatartych obrysach, różnokształtne, policykliczne – największa 65 × 55 × 50 mm

wypełniała lewy płąt, w prawym płacie kilka mniejszych – wielkości do 50 mm w biegunie prawego płata (przylegająca do miększu prawej nerki).

Pod kontrolą USG wykonano punkcję zmiany w IV segmencie wątroby z wykorzystaniem drenu typu Pigtail – pobrano materiał do badania bakteriologicznego (*Staphylococcus aureus*). Pobrano krew na posiew – wynik ujemny. Włączono antybiotykoterapię (Inwanz), a także leczenie żywieniowe. W kolejnych dobach utrzymywały się wysokie parametry stanu zapalnego oraz gorączka. Wobec braku poprawy po leczeniu zachowawczym podjęto decyzję o kwalifikacji chorej do laparoskopii zwiadowczej. Śródoperacyjnie stwierdzono liczne zrosty w miednicy mniejszej, kątnicę oraz jelito kręte w nacieku zapalnym schodzącym do miednicy mniejszej po stronie prawej. Uwidoczniono ponadto zmieniony zgorzelinowo wyrostek robaczkowy w położeniu zakątniczym z ropniem okołowystokowym znacznych rozmiarów, którego ściana naciekała na kątnicę oraz kilka pętli jelita cienkiego. Powierzchnia wątroby makroskopowo niezmienniona. Zdecydowano o konwersji do laparotomii, podczas której wykonano appendektomię i ewakuację ropnia miednicy. Pobrano materiał do badania mikrobiologicznego – uzyskano wzrost *Fusobacterium nucleatum*.

W przebiegu pooperacyjnym stwierdzono płyn w obu jamach opłucnych. Wykonano obustronną punkcję jam opłucnych pod kontrolą USG. Wobec spadku parametrów morfotycznych krwi przetoczono 2 jednostki KKCz oraz 2 jednostki FFP. Chora z pogarszającym się stanem ogólnym, z narastającą dusznością. Wykonano przyłóżkowe USG jam opłucnych, stwierdzając powietrze i płyn w prawej jamie opłucnej. Odbarczono przezskórnie odmě. Chorą zakwalifikowano do założenia drenu ssącego do prawej jamy opłucnej. Dodatkowo oceniono ponownie w USG ropnie wątroby i podjęto decyzję o jednoczesnym nakłuciu oraz drenażu ropni.

Chorą przewieziono na salę operacyjną, gdzie wykonano drenaż prawej jamy opłucnej, ewakuując około 900 ml treści surowiczej z domieszką krwi. Pod kontrolą USG zlokalizowano ropień w prawym płacie wątroby i wprowadzono do jamy ropnia dren typu Pigtail. Uzyskano około 40 ml treści ropnej. Następnie pod kontrolą USG zlokalizowano ropień w lewym płacie wątroby i wprowadzono do jamy ropnia dren typu Pigtail (ewakuowano ok. 50 ml treści ropnej). Pobraną treść ropną przestano do badania mikrobiologicznego, w którym uzyskano wynik dodatni w kierunku zakażenia *Fusobacterium nucleatum*, a więc tożsamy z wynikiem otrzymanym z hodowli materiału z ropnia miednicy. Po zabiegu pacjentka wentylowana mechanicznie, przekazana do Kliniki Intensywnej Terapii w celu dalszego leczenia.

Po 31-dniowym pobycie w Klinice Intensywnej Terapii chorą w stanie ogólnym dość dobrym przeniesiono do Kliniki Chirurgii Ogólnej w celu kontynuacji leczenia. W trakcie hospitalizacji chorą rehabilitowano, stopniowo

rozszerzano dietę oraz stosowano leczenie miejscowe ran pooperacyjnych. W stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu z zaleceniem dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym.

## Omówienie

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest najczęstszą ostrą chorobą chirurgiczną. Rozpoznanie zazwyczaj ustalane jest na podstawie badania klinicznego, jednak niektórzy chorzy prezentują nietypowe objawy, utrudniające właściwą diagnozę [6,7]. Nietypowa symptomatologia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego może być związana z jego położeniem. Rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego umiejscowionego zakątniczo bywa trudne ze względu na objawy mogące imitować inne patologie z zakresu prawej flanki bądź nadbrzusza, takie jak ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, kolka nerkowa czy zespół jelita drażliwego [6]. Opóźnione lub niewłaściwe rozpoznanie może z kolei prowadzić do poważnych powikłań, zwłaszcza w przypadku perforacji wyrostka robaczkowego – częstość ich występowania wynosi nawet 30% [6].

Na początku XX wieku ostre zapalenie wyrostka robaczkowego stanowiło najczęstszą przyczynę powstania ropni wątroby [2]. Obecnie są one bardzo rzadkim następstwem tej choroby, jednak nieleczone lub leczone zbyt późno mogą się okazać dla chorego tragiczne, w 10–40% przypadków kończą się bowiem śmiercią [2,6,9]. Głównymi dolegliwościami, z którymi zgłasza się chory, są: gorączka, ból zlokalizowany pod prawym łukiem żebrowym oraz żółtaczką [1,12]. Zdjęcie RTG klatki piersiowej, wykonywane zazwyczaj przy przyjęciu chorego, uwidacznia niejednokrotnie prawostronne uniesienie kopuły przepony oraz wysięk w prawej jamie opłucnej [3,4].

Ropnie wątroby w około 60% przypadków są zmianami pojedynczymi zlokalizowanymi w prawym płacie wątroby, co jest związane ze strumieniem krwi wrotnej, która dopływa do prawego płata głównie poprzez żyłę krezkową górną [11]. Nie bez znaczenia jest również fakt, że prawy płat stanowi przeważającą objętość wątroby [11]. Ropnie mnogie, zlokalizowane zarówno w płacie prawym, jak i lewym, występują w około 20% przypadków [11].

Czynnikami etiologicznymi bakteryjnych ropni wątroby są zazwyczaj *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* oraz *Streptococcus milleri*, zwłaszcza w przypadku infekcji szerzących się drogą żyły wrotnej [1,3,4]. *Fusobacterium nucleatum* wyizolowane w omawianym przypadku z pobranego z ropni wątroby materiału jest Gram-ujemną beztlenową pałeczką, stanowiącą dominujący składnik prawidłowej flory bakteryjnej dziąseł, nosogardła i wyrostka robaczkowego [10]. Ropnie wątroby powstałe

w wyniku zakażenia powyższym patogenem występują niezwykle rzadko [10].

Standardem diagnostycznym w przypadku ropni wątroby jest badanie ultrasonograficzne oraz tomografia komputerowa [1,11].

W przeszłości leczeniem z wyboru ropni wątroby była antybiotykoterapia w połączeniu z drenażem chirurgicznym [9,11]. Aktualnie drenaż chirurgiczny został wyparty przez drenaż przezskórny, który cechuje brak znaczącego ryzyka wewnątrzbrzusznego rozlania się treści ropnej, mniejszy koszt i czas trwania zabiegu; jest również dobrze tolerowany przez chorego. Ponadto pozwala uniknąć ewentualnych powikłań okołoperacyjnych czy tych związanych ze znieczuleniem ogólnym [9].

## Piśmiennictwo

1. Dos Santos-Rosa OM, Lunardelli HS, et al. Pyogenic liver abscess: diagnostic and therapeutic management. *Arq Bras Cir Dig*, 2016; 29 (3): 194–197
2. Mavilia MG, Molina M, Wu GY. The evolving nature of hepatic abscess: a review. *J Clin Transl Hepatol*, 2016; 4 (2): 158–168
3. McKaigney C, West J. Hepatic abscess: case report and review. *Emerg Med*, 2013; 14 (2): 154–157
4. Pang T, Fung T. Pyogenic liver abscess: An audit of 10 years' experience. *World J Gastroenterol*, 2011; 17 (12): 1622–1630
5. Liao KF, Lai SW, Lin CL, Chien SH. Appendectomy correlates with increased risk of pyogenic liver abscess. A population-based cohort study in Taiwan. *Medicine*, 2016; 95: 26
6. Nizamani WM, Ali M, Ahmed M, et al. A case of sub hepatic perforated appendicitis presented as multiple gas containing subcapsular hepatic abscesses. *Br J Med Medical Res*, 2016; 13 (3): 1–4
7. Ong EM, Venkatesh SK. Ascending retrocecal appendicitis presenting with right upper abdominal pain: Utility of computed tomography. *World J Gastroenterol*, 2009; 15 (28): 3576–3579
8. Pluta H, Pluta JN. Hepatic abscess: current approach to patients with pyogenic or amebic abscess. *Gastroenterol Pol/Gastroenterology*, 2008; 15 (5): 343–346
9. Zerem E, Sušić A. Multiple pyogenic liver abscesses formed after appendectomy: the role of percutaneous drainage in a critically ill patient. *Acta Med Acad*, 2012; 41 (2): 210–213
10. Jayasimhan D, Wu L, Huggan P. Fusobacterial liver abscess: a case report and review of the literature. *BMC Infect Dis*, 2017; 17: 440
11. Singh S, Chaudhary P, Saxena N, et al. Treatment of liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Ann Gastroenterol*, 2013; 26 (4): 332–339