

ЦИНОВСКИ АПСЦЕС ЈЕТРЕ УСЛЕД СКОРО АСИМПТОМСКЕ ХОЛЕДОХОЛИТИЈАЗЕ

Радоје ЧОЛОВИЋ, Никица ГРУБОР, Наташа ЧОЛОВИЋ
Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Солитарни пиогени апсцеси јетре су најчешће последица метастатске инфекције путем портног система или инфективних огњишта изван абдомена путем артеријског система. Ређе могу бити последица инфективних компликација локалних обољења: холециститиса, ехинококуса, хематома, нарочито са заосталим страним телом и слично. Мултипли апсцеси јетре су по правилу последица гнојног холангитиса. Веома ретко, холангитис, и то супурациони, може дати солитарни апсцес јетре. Велики солитарни апсцес јетре због асимптомског или благог холангитиса велика је реткост. Аутори приказују 63 године старог мушкарца код кога се развио циновски апсцес јетре и код кога се никакав други узрок није могао наћи нити наслутити осим скоро асимптомске холедохолитијазе праћене минимално повећаним нивоом билирубина, алкалне фосфатазе и гама-*GT* у крви. Болесник је с успехом оперисан; из апсцеса је евакуисано 1800 *ml* гноја. После преоперационе холангиографије из дисталног холедохуса одстрањен је мањи неопструишући конкремент и макроскопски непромењена жучна кеса. Постоперациони опоравак је протекао без компликација и у даљем току болесник је без тегоба.

Кључне речи: апсцес, јетра, холедохолитијаза. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

УВОД

Гнојни солитарни апсцеси јетре су најчешће последица метастатске инфекције и обично су локализовани у задњегорњим сегментима десног лобуса јетре [1–3]. Најчешће је реч о метастатској инфекцији путем портног крвотока (апендицитис, дивертикулитис колоне, колитис и др.). Тада се из апсцеса по правилу може изоловати више цревних бактерија. Други узрок солитарних гнојних апсцеса је метастатска инфекција из ванабдоменских гнојних огњишта (инфекције коже, тонзилитиса, инфекције зуба, остеомијелитиса и др.) путем системског артеријског крвотока [1–3]. Солитарни апсцеси јетре понекад настају ширењем локалних обољења (акутни холециститис и сл.) или су компликација обољења или повреде јетре (загнојавање ехинококусне цисте, посттраумског хематома, нарочито код отворене повреде са заостајањем страшног тела и централне некрозе тумора јетре и сл.) [1–3]. Холангитиса по правилу дају мултипле апсцесе [4]. Веома ретко код тешких рецидивних холангитиса, изазваних бенигним стенозама или холедохолитијазом, могу настати и солитарни апсцеси. Они вероватно настају сливањем првобитно мултиплих апсцеса који су близу један другоме, и то када холангитис траје дужи, када рецидивира и када се упорно истрајава на конзервативном лечењу, које, услед нерешене билијарне опструкције, не омогућава ерадикацију билијарне инфекције [4].

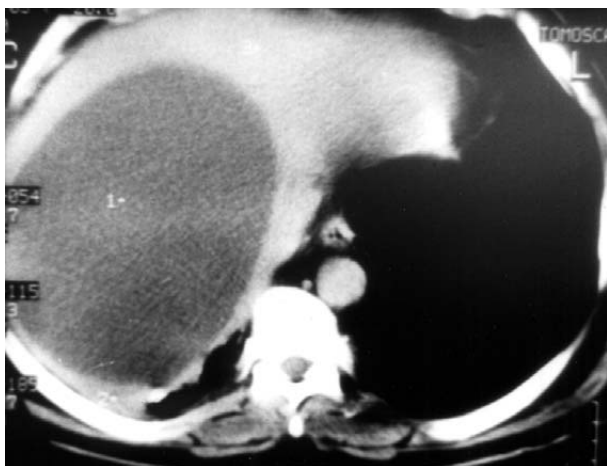
Основно узрочно обољење које доводи до апсцеса јетре није увек лако открити, а понекад се може само наслутити [3]. Тада су детаљна и пажљиво узета анамнеза, клинички преглед и промишљена испитивања од највеће помоћи. Неке од узрока хирург може открити током интервенције. Преглед органа у трбуху врши се пре дренаже апсцеса. Понекад се узрок лако може пропустити уколико се у обзир не узму врло скромни клинички знаци и мала одступања резултата лабораторијских анализа. Ми смо били

у прилици да тај пропуст умало избегнемо код болесника кога смо лечили хируршки.

Приказ болесника

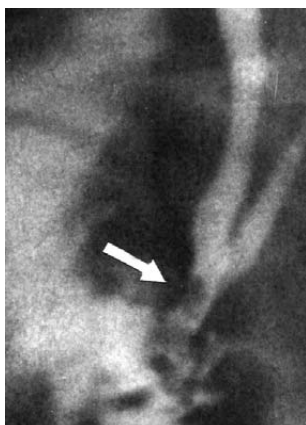
Мушкарац, стар 63 године, примљен је у болницу због високе температуре тела, повремених болова под десним ребарним луком и дрхтавице. Болест је почела с боловима, који су ускоро престали, а јавила се грозница и повишена температура тела која се, упркос лечењу антибиотским средствима широког спектра, наставила током наредних 20 дана. Практично, од самог почетка фебрилности болесник је третиран антибиотским лековима; за то време изгубио је апетит и око 6 *kg* у тежини тела. Иначе, годинама се лечи од дијабетеса мелитуса дијетом и таблетама преддијана, а од повишеног притиска крви нифелатом. Пошто је на ултрасонографији виђена велика хипоехогена овална промена у јетри, урађена је компјутеризована томографија и нађени су плеурна ефузија десно, елевисана десна хемидијафрагма, а у десном лобусу велика густа течна колекција (Слика 1), која је највише одговарала апсцесу јетре. Због тога је упућен у нашу болницу. У време пријема болесник је био релативно доброг општег стања, са знацима елевације десне хемидијафрагме која је била слабије покретна. Јетра се палирала на ребарном луку и била је неосетљива. Резултати лабораторијских анализа показивали су благу анемију и леукоцитозу (хематокрит 0,33, хемоглобин 104 *g/L*, еритроцити $3,58 \times 10^{12}/L$, леукоцити $13,9 \times 10^9/L$, тромбоцити $235 \times 10^9/L$). Нивои гликемије, уреје, креатинина и електролита били су у границама нормалних опсега. Билирубин је био благо увећан (26,3 $\mu\text{mol/L}$), директни 12,3 $\mu\text{mol/L}$, протеини снижени (47 *g/L*), алкална фосфатаза умерено повишена (260 *U/L*), гама-*ге-те* умерено повишен (111 *U/L*). Трансаминазе су биле у границама нормалних опсега. Ангиографијом је приказана велика аваскуларна зона, промера 15 x 20 *cm*, што је указивало на апсцес јетре.

Болесник је оперисан 21. маја 1997. године, само дан после пријема у болницу. У постериорном делу десног лобуса нађен је огроман апсцес који је садржавао 1800 *ml* гноја, који није заударо, а у бактериолошкој култури нису изоловане аеробне бактерије (бактериолошка култура гноја на анаеробне узрочнике није урађена). Жучна кеса је би-



СЛИКА 1. Компјутеризовани томограм приказује велику густу течну колекцију у десном лобусу јетре.

FIGURE 1. CT showing a huge dense abscess collection in the right liver lobe.



СЛИКА 2. Преоперациона холангиографија приказује дефект у пуњењу у дисталном делу холедохуса који је одговарао калкулусу.

FIGURE 2. Preoperative cholangiography shows a filling defect in the distal common bile duct due to stone.

ла макроскопски нормална и без калкулуса, холедохус недилатисан, нормалног калибра и неизмењеног зида. Сви органи абдомена били су без знакова обољења. Пошто није било јасно порекло апсцеса, и поред здраве жучне кесе која није била у анатомској вези с апсцесом, урађена је преоперациона холангиографија кроз цистикус и у дисталном делу холедохуса нађена је сенка која је одговарала калкулусу (Слика 2). Учињени су холецистектомија, а затим и холедохотомија, и из холедохуса одстрањен конкремент. Жуч је била бистра, а на зиду холедохуса није било никаквих знакова холангитиса. Интервенција је завршена дренажом холедохуса и дренажом апсцесне шупљине, сулфренијума и супхепатичног простора. Постооперациони ток је био нормалан, па је болесник отпуштен из болнице 12. дана после операције и наредне 3,5 године је без тегоба и с нормалним клиничким, ултрасонографским и лабораторијским резултатима. Хистолошким прегледом жучне кесе нађени су знаци благог хроничног фиброзног холециститиса и холестеролосе, а прегледом исечка јетре са зида апсцеса нађено је да је шупљина апсцеса била улцерисане површине с умереном хроничном инфламационом инфилтрацијом.

ДИСКУСИЈА

У дискусији се ваља осврнути на неколико питања: да ли има доказа да је апсцес изазван холедохолитијазом, могу ли се други узроци искључити и који су елементи били одлучујући да се не пропусти дијагноза холедохолитијазе?

У прилог етиологији холедохолитијазе као узроку апсцеса јетре говори више чињеница. Болест је почела с боловима, да би се наредних дана јавиле грозница и повишена температура тела која се затим усталила. Болови су вероватно били последица миграција камена из жучне кесе у холедохус, а почетна грозница и повишена температура тела последица холангитиса. Фебрилност типа континуе највероватније је била у вези с апсцесом јетре.

Други узроци се с великом вероватноћом могу искључити. Није било никаквих анамнестичких података ни клиничких налаза који би указали на било какво ванабдоменско инфективно огњиште. Исто тако, веома пажљивим прегледом органа трбуха никакав други могући узрок није нађен.

Дијагнозу холедохолитијазе било је лако пропустити. Није било холелитијазе нити знакова запаљења жучне кесе. Холедохус није био дилатисан и био је без икаквих промена на зиду. Блага, па и знатнија хипербилирубинемија и повишене концентрације алкалне фосфатазе и гама-ГТ-е честе су код апсцеса јетре, поготово код великих апсцеса. Већа хипербилирубинемија обично указује на тежу прогнозу, јер је знак тежег оштећења јетре и интоксикације. Ипак, анамнеза нас је навела да, упркос свему, посумњамо на холедохолитијазу и начинимо преоперациону холангиографију и тако откријемо холедохолитијазу. Негативан резултат бактериолошке културе гноја из апсцеса може се објаснити претходним лечењем антибиотским лековима широког спектра. Бактериолошка култура на анаеробне узрочнике није урађена.

ЗАКЉУЧАК

Без интраабдоменског или екстраабдоменског инфективног жаришта као узрока метастатског апсцеса јетре, као и изостанка јасног узрока апсцеса као компликације локалног обољења, треба помислити и на холедохолитијазу као узрок апсцеса јетре чак и кад за то има врло мало елемената, као што су минимално повећане концентрације билирубина, алкалне фосфатазе и гама-ГТ. Ваља учинити преоперациону холангиографију и тако проверити могућност холедохолитијазе као узрока апсцеса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Schwartz SI. Liver. In: Schwartz SI et al (eds). Principles of Surgery. Sec. ed. Mc Grow-Hill, New York 1974;1184.
2. Forrest APM, Carter DC, MacLeod IB. Principles and practice of surgery. Churchill-Livingstone, Edinburgh 1995;474.
3. Way LW, Dunphy JE. Jetra. U: Way LW, Dunphy JE (eds). Hirurgija. Savremena dijagnostika i lečenje. Prevod osmog izdanja. Savremena administracija, Beograd 1990; 562-76.
4. Čolović R. Hirurgija bilijarnog trakta. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd 1998;145-58, 309-11.

RADOJE ČOLOVIĆ

Institut za bolesti digestivnog sistema
Klinički centar Srbije
11 000 Beograd, Koste Todorovića 6
Tel.: 011/361-0-715, lok. 133

GIANT LIVER ABSCESS DUE TO ALMOST ASYMPTOMATIC COMMON BILE DUCT STONE

R. CHOLOVITCH, N. GRUBOR, N. CHOLOVITCH

Institute of Gastrointestinal Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Solitary pyogenic liver abscess is usually caused by a metastatic infection through the portal blood flow or through the hepatic arterial blood flow from extra-abdominal pyogenic foci. Besides, it may be the result of local inflammatory diseases, such as cholecystitis, hydatid cyst, haematomas particularly with retained foreign bodies, etc. Suppurative cholangitis usually causes multiple pyogenic liver abscesses. Solitary pyogenic abscess is rarely caused by cholangitis, but practically always by suppurative cholangitis. Giant pyogenic liver abscess due to asymptomatic or mild cholangitis is a rarity. We present on a 63 year old man who developed a giant solitary pyogenic liver abscess in whom no other possible cause could be found or anticipated except practically almost asymptomatic choledocholithiasis accompanied with

mild elevation of bilirubin content, alkaline phosphatase and gamma-GT. The patient was successfully treated operatively. Over 1800 ml. of pus was aspirated from the abscess cavity. Operative cholangiography performed in spite of the absence of gall bladder stones undilated and noninflamed common bile duct stone showed a small nonobstructing distal common bile duct stone. The duct was not dilated, the bile was clear and there were no signs of cholangitis in the inside of the common bile duct. Cholecystectomy and abscess cavity drainage led to uneventful recovery. The patient has been symptom-free for more than 3.5 years.

Key words: Abscess, liver, choledocholithiasis. (SRP ARH CELOK LEK).

Рукопис је достављен Уредништву 16. I 2001. године

Публикацију овог чланка помогло је Министарство за науку, технологију и развој Владе Републике Србије финансирањем пројекта бр. 1701