

## ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ CASE REPORT

### Αμοιβαδικό ηπατικό απόστημα σε ασθενή από το Πακιστάν

Το αμοιβαδικό ηπατικό απόστημα (ΑΗΑ) είναι μια αρκετά σπάνια νοσολογική οντότητα, ιδιαίτερα εκτός περιοχών με ενδημικότητα. Η *Entamoeba histolytica* αποτελεί το αίτιο της νόσου. Το πρωτόζωο μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω της κοπρανοστοματικής οδού και παραμένει στο έντερο, προκαλώντας κλινικές εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα, είτε μετά από διασπορά σε άλλα όργανα, ιδίως το ήπαρ, όπου προκαλεί απόστημα. Το ΑΗΑ, αν παραμείνει αθεράπευτο, χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα εξ αιτίας της πολλαπλότητας των πιθανών επιπλοκών. Στην περίπτωση που περιγράφεται, ένας άνδρας προερχόμενος από το Πακιστάν, ο οποίος είχε εισέλθει πρόσφατα στην Ελλάδα, διερευνήθηκε για εμπύρετο ασαφούς αιτιολογίας και διαγνώστηκε ΑΗΑ. Ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτικά με ακόλουθη καλή ανταπόκριση. Κατά τη γνώμη μας, το ΑΗΑ θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη στη διαφορική διαγνωστική σκέψη του κλινικού ιατρού, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έχει ιστορικό επαφής με περιοχές ενδημικότητας της νόσου. Σκόπιμο θα ήταν να σχεδιαστούν επιδημιολογικές μελέτες για τη συχνότητα εμφάνισης του ΑΗΑ στην Ελλάδα.

Το αμοιβαδικό ηπατικό απόστημα (ΑΗΑ) δεν αποτελεί νοσολογική οντότητα με μεγάλη συχνότητα στις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>1,2</sup> Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση των αναφερόμενων περιστατικών κυρίως λόγω της μετανάστευσης πληθυσμών από αναπτυσσόμενες περιοχές του πλανήτη. Η *Entamoeba histolytica* (εικ. 1) είναι το πρωτόζωο-αιτιολογικός παράγοντας του ΑΗΑ. Μεταδίδεται στον άνθρωπο με την κοπρανοστοματική οδό. Συνήθως εντοπίζεται στο κόλον (εντερική αμοιβάδωση), όπου μπορεί να προκαλέσει ασυμπτωματική λοίμωξη, οξεία δυσεντερία, χρόνια κολίτιδα με βλενοαιματηρές κενώσεις, με εικόνα συμπτωμάτων εντερικής κακοήθειας<sup>3</sup> και αμοιβάδωμα. Μετά από τη διήθηση του εντερικού βλεννογόνου μπορεί να διασπαρεί σε άλλα όργανα όπως στους πνεύμονες και στον εγκέφαλο,<sup>4</sup> αλλά κυρίως, στο ήπαρ με αποτέλεσμα τη δημιουργία ΑΗΑ (εξωεντερική αμοιβάδωση). Η επιδημιολογία του ΑΗΑ στην Ελλάδα είναι άγνωστη.

#### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Ασθενής 29 ετών προσήλθε με αναφερόμενο εμπύρετο έως

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(5):702-705  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2011, 28(5):702-705

Β. Καραλή,<sup>1</sup>  
Ε. Πέτρου,<sup>1</sup>  
Π. Τριανταφυλλοπούλου,<sup>1</sup>  
Ε. Πόππης,<sup>2</sup>  
Γ. Ρεκούμη,<sup>1</sup>  
Σ. Παπούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική,  
<sup>2</sup>Αιμοδοσία, Γενικό Νοσοκομείο  
Πατησίων, Αθήνα

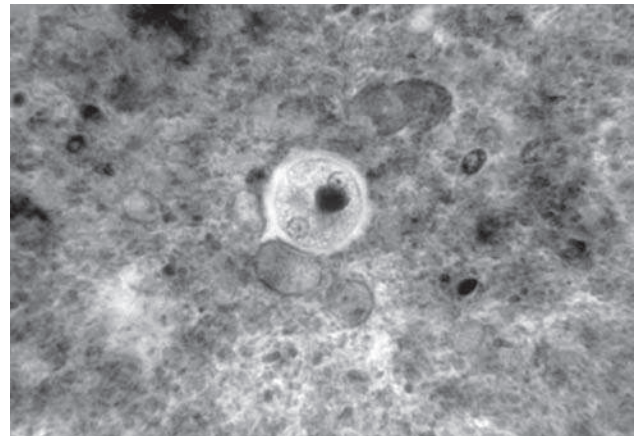
Amebic liver abscess in a patient  
from Pakistan

Abstract at the end of the article

#### Λέξεις ευρητηρίου

Αμοιβάδα  
Απόστημα  
Ήπαρ

Υποβλήθηκε 20.3.2011  
Εγκρίθηκε 12.4.2011



Εικόνα 1. Μικροσκοπική εικόνα της *Entamoeba histolytica*.

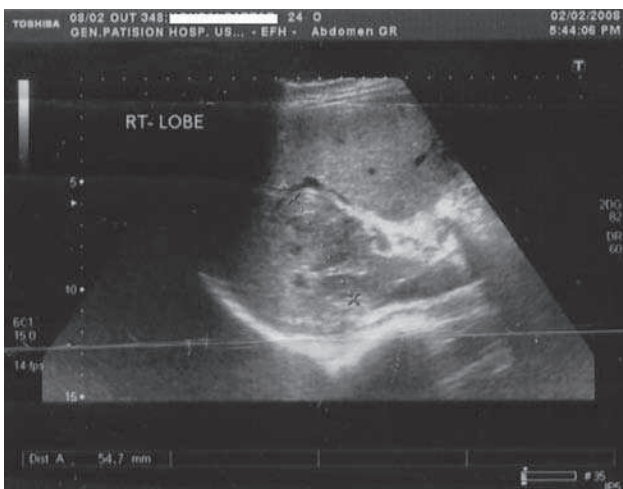
39,9 °C με ρίγος από τετραμέρου και με συνοδά ενοχλήματα, όπως τροφώδεις εμέτους και υδαρείς διαρροϊκές κενώσεις χωρίς παθολογικές προσμίξεις. Ανέφερε επίσης γενικευμένη κακουχία, μυαλγίες και αρθραλγίες. Προ διημέρου εξετάστηκε στο Παθολογικό Εξωτερικό Ιατρείο Επειγόντων άλλου νοσοκομείου όπου δεν διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα και έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή από του στόματος με αμοξικιλίνη και

κλαβουλανικό οξύ, χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων. Ο ασθενής είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και έφθασε στην Ελλάδα πριν 10 ημέρες από το Πακιστάν.

Κατά την εισαγωγή του είχε θερμοκρασία 39,3 °C, αρτηριακή πίεση 130/80 mmHg, φλεβοκομβική ταχυκαρδία (110/min) και μέτρια ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο και στο επιγάστριο κατά την επιπολής ψηλάφηση. Οι ακτινογραφίες θώρακα και κοιλίας δεν ανέδειξαν παθολογικά ακτινομορφολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε λευκοκυττάρωση [WBC: 17.280/μL (πολυμορφοπύρρηνα: 67,8%, λεμφοκύτταρα: 18,8%, μεγάλα μονοπύρρηνα: 12,2%, ηωσινοφίλα: 1,0%, βασεόφιλα: 0,2%)], αναιμία και θρομβοκυττάρωση. Η ΤΚΕ ήταν 117 mm την 1η ώρα και η CRP 15,07 mg/dL. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος έδειξε τα παρακάτω: Ουρία 34 mg/dL, κρεατινίνη 1,0 mg/dL, γλυκόζη 99 mg/dL, SGOT 34 IU/L, SGPT 51 IU/L, γ-GT 139 IU/L, ALP 102 IU/L, LDH 188 IU/L, ολική χολερυθρίνη 0,6 mg/dL, αμυλάση ορού 48 IU/L, λευκωματίνη 3,1 g/dL, σφαιρίνες 4,4 g/dL, φερίτίνη 293 ng/mL, Na 134 mmol/L, K 4,9 mmol/L. Ορολογικός έλεγχος για HBV: Αρνητικά HBsAg, anti-HBs, anti-HB core. Αρνητικά anti-HCV και anti-HIV(I+II). Οι καρκινικοί δείκτες ήταν αρνητικοί. Η γενική και η καλλιέργεια ούρων, καθώς και οι αιμοκαλλιέργειες ήταν επίσης αρνητικές. Η καλλιέργεια κοπράνων ανέδειξε φυσιολογική χλωρίδα.

Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας έδειξε ήπαρ φυσιολογικού μεγέθους με παρουσία ετερογενούς, καθ' ύπεροχόν υπόηχης εστίας, με τμηματική οπίσθια ενίσχυση, διαμέτρου περίπου 4,2 cm στο δεξιό λοβό παρά την πύλη (εικ. 2). Η υπολογιστική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε μόρφωμα διαμέτρου 5,5 cm, πολύχωρο με διαφράγματα, τα οποία αφόριζαν κυστικό κεντρικό χώρο διαμέτρου 2 cm στα ηπατικά τμήματα V-VII-VIII, μη επαρκή απεικόνιση του δεξιού κλάδου της πυλαίας φλέβας με υποψία υποκείμενης διήθησης ή θρόμβωσης αυτής και διευρυμένο χολαγγείο στην περίεξ του μορφώματος περιοχή (εικ. 3). Η εικόνα ήταν συμβατή με ηπατικό απόστημα.

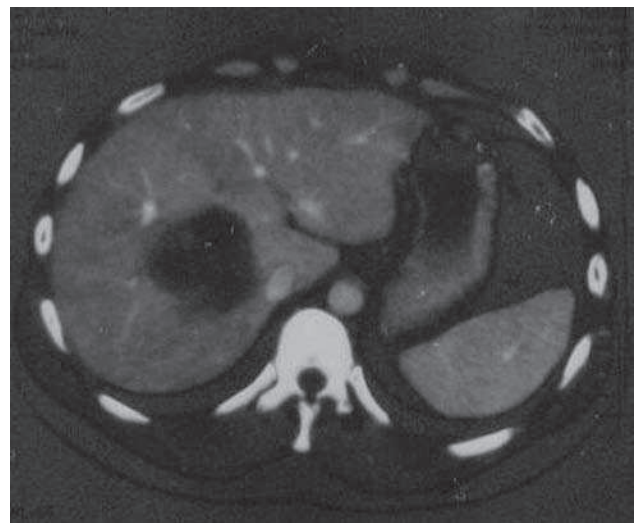
Τέθηκε η υποψία του ΑΗΑ και εστάλη ορολογικός έλεγ-



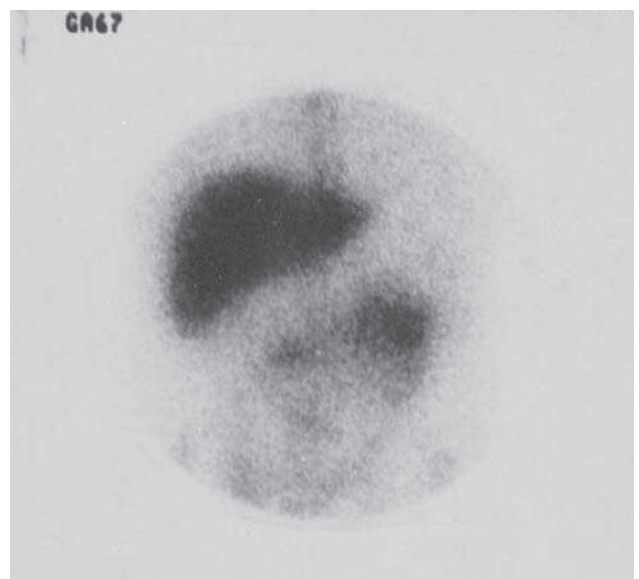
**Εικόνα 2.** Υπερηχογραφική εικόνα του αμοιβαδικού ηπατικού αποστήματος.

χος για αντιαμοιβαδικά αντισώματα, τα οποία απέβησαν θετικά (>1/6.400). Το εύρημα τεκμηριώθηκε με ραδιοϊσοτοπική μελέτη με Ga-67, η οποία ανέδειξε περιοχή μειωμένης καθήλωσης του ραδιοφαρμάκου περιβαλλόμενη από ελαφρά άλω στο δεξιό λοβό του ήπατος (εικ. 4).

Ο ασθενής τέθηκε σε τριπλό αντιμικροβιακό σχήμα με αμικασίνη (500 mgx2), κεφοξιτίνη (1 gx3) και μετρονιδαζόλη (500 mgx3) ενδοφλέβια, ενώ παρουσίασε σταδιακή βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της γενικότερης κλινικής του εικόνας, με συνοδό πτώση του πυρετού μέχρι απυρεξίας την 5η ημέρα νοσηλείας. Με την παραλαβή των αποτελεσμάτων των ορολογι-



**Εικόνα 3.** Εικόνα του αμοιβαδικού ηπατικού αποστήματος στην υπολογιστική τομογραφία.



**Εικόνα 4.** Απεικόνιση του αμοιβαδικού ηπατικού αποστήματος σε σπινθηρογράφημα με γάλλιο.

κών εξετάσεων έγινε τροποποίηση της αγωγής, με διακοπή της αμικασίνης (χορήγηση για 5 ημέρες), αύξηση της χορηγούμενης δοσολογίας της κεφοξιτίνης (2 g×3) και της μετρονιδαζόλης (500 mg×4) και χορήγησή τους συνολικά για 10 ημέρες. Ο ασθενής εξήλθε απύρετος, με σαφή βελτίωση των εργαστηριακών και των απεικονιστικών εξετάσεων, σε καλή κλινική κατάσταση και οδηγίες για συνέχιση της μετρονιδαζόλης (500 mg×4 από του στόματος για 10 ημέρες).

## ΣΧΟΛΙΟ

Το ΑΗΑ είναι σπάνιο στις αναπτυγμένες χώρες υπό την προϋπόθεση της απουσίας επιδημιολογικού ιστορικού έκθεσης, όπως τα ταξίδια σε ενδημικές χώρες και η επαφή με μετανάστες από περιοχές όπου ενδημεί η νόσος.<sup>5</sup> Υπό το φως όμως της μετανάστευσης ατόμων στην Ελλάδα από περιοχές με ενδημικότητα της νόσου, τα δεδομένα αλλάζουν.

Το ΑΗΑ είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί στους άνδρες και συνήθως εντοπίζεται ως μονήρες μόρφωμα στο δεξιό λοβό του ήπατος. Εκδηλώνεται συνήθως εντός 5 μηνών από την εντερική λοίμωξη, με πυρετό και άλγος στο δεξιό υποχόνδριο. Το ΑΗΑ μπορεί να αποτελεί αίτιο πυρετού άγνωστης αιτιολογίας.<sup>6</sup> Εργαστηριακά, διαπιστώνεται λευκοκυττάρωση (χωρίς ηωσινοφιλία) και διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το μικροβιακό απόστημα,<sup>7</sup> την εχινόκοκκο κύστη του ήπατος και τα νεοπλάσματα. Μπορεί να συνυπάρχουν ηπατομεγαλία, ίκτερος ή μια «αντιδραστική» συλλογή εξιδρωματικού στείρου πλευριτικού υγρού που να προκαλεί βήχα, πλευροδυνία ή και δύσπνοια. Στο 20% των περιπτώσεων, μπορεί να επιμολυνθεί από κοινά μικρόβια (αερόβια ή αναερόβια). Μόνο στο 10% των περιπτώσεων συνυπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις αμοιβαδικής κολίτιδας. Σε ποσοστό >60% των περιπτώσεων, όπως στην περίπτωση που περιγράφεται, οι εξετάσεις κοπράνων είναι αρνητικές για παράσιτα. Με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, η θνητότητα του μη επιπλεγμένου ΑΗΑ είναι <1%, αποτρέποντας έτσι τη χειρουργική αντιμετώπιση.

Οι επιπλοκές του ΑΗΑ περιλαμβάνουν τη ρήξη του αποστήματος εντός του περιτοναίου, του χοληφόρου

συστήματος, του υπεζωκότα, του πνεύμονα και του περικαρδίου (θνητότητα 20%), ακόμη και τη δημιουργία θρόμβων εντός της κάτω κοίλης φλέβας και των καρδιακών κοιλοτήτων.<sup>8-14</sup> Ο κίνδυνος ρήξης είναι μεγαλύτερος όταν το απόστημα εντοπίζεται στον αριστερό λοβό του ήπατος, λόγω του μικρότερου μεγέθους του συγκεκριμένου λοβού και της έλλειψης επαρκούς χώρου για την ανάπτυξη χωροκατακτητικής εξεργασίας. Εκτός από τις επιπλοκές λόγω της ρήξης του ΑΗΑ, εξ ίσου σημαντική είναι η βλάβη που προκαλείται στο ήπαρ αυτό καθ' αυτό, είτε λόγω αλλαγών της ηπατικής αρχιτεκτονικής με άμεση ιστική βλάβη, είτε ως αγγειακή επιπλοκή.<sup>15</sup>

Οι ορολογικές εξετάσεις είναι συνήθως χρήσιμες για τη διάγνωση της νόσου. Η ανάλυση έμμεσης αιμοσυγκόλλησης (ΙΗΑ) είναι η πλέον ευαίσθητη εξέταση (90–100%).

Τα ακτινολογικά ευρήματα είναι αυτά ενός ηπατικού αποστήματος και περιλαμβάνουν συλλογή χαμηλής πυκνότητας στην αξονική τομογραφία και υποηχογενές μόρφωμα στο υπερηχογράφημα. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα για το ΑΗΑ. Στην απλή ακτινογραφία θώρακα μπορεί να παρατηρηθεί άνωση του δεξιού ημιδιαφράγματος. Η ραδιοϊσοτοπική μελέτη με Ga-67 αποκαλύπτει «ψυχρές» βλάβες με ενισχυμένη περιφερική άλω, αντίθετα με το μικροβιακό (πυογενές) απόστημα που εμφανίζεται ως χωροκατακτητικό, συμπαγές μόρφωμα.

Ο σκοπός της χορηγούμενης αγωγής στο ΑΗΑ είναι ο περιορισμός της διηθητικής ηπατικής μόλυνσης και η εκρίζωση των εντερικών αποικιών. Η μετρονιδαζόλη είναι το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του ΑΗΑ και της αμοιβαδικής κολίτιδας (δόση ενήλικα 500 mg×4 ενδοφλέβια ή από του στόματος για 10 ημέρες). Στη συνέχεια, μπορεί να χορηγηθεί διλοξανίδη (500 mg×3 από του στόματος) ή παρομομυκίνη για 10 ημέρες για αποστείρωση του εντέρου από τις κύστες.

Συμπερασματικά, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή της υψηλής θνητότητας, καθώς η θεραπεία για το ΑΗΑ διαφέρει από εκείνη για το πυογενές απόστημα. Θα ήταν δόκιμο να σχεδιαστούν επιδημιολογικές μελέτες για τη συχνότητα εμφάνισης του ΑΗΑ στην Ελλάδα.

## ABSTRACT

## Amebic liver abscess in a patient from Pakistan

V. KARALI,<sup>1</sup> E. PETROU,<sup>1</sup> P. TRIANTAFYLLOPOULOU,<sup>1</sup> E. POPPIS,<sup>2</sup> G. REKOUMI,<sup>1</sup> S. PAPOULIS<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, <sup>2</sup>Department of Hematology, General Hospital of Patisia, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine* 2011, 28(5):702–705

Amebic liver abscess (ALA) is a fairly rare disease entity, especially outside endemic areas. The cause of the disease is the protozoon *Entamoeba histolytica*, which is transmitted to humans via the fecal-oral route and resides in the colon, either causing intestinal manifestations or dispersing to other organs, especially the liver, where it can create an abscess. Untreated ALA is characterized by a high mortality rate, due to the wide range of its possible complications. The case is presented of a man from Pakistan, recently entering Greece, who was investigated for high fever of unclear origin and in whom ALA was diagnosed. The patient responded favorably to treatment with the intravenous administration of antibiotics. ALA should always be a consideration in the process of differential diagnosis by the clinician of a febrile illness, especially when the patient has a history of residence in or travel to endemic areas. Epidemiological studies should be designed concerning the frequency of ALA in Greece.

**Key words:** Abscess, Entamoeba, Liver

## Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Official website. Available at: <http://www.who.int/en/>
2. GIORGIO A, ESPOSITO V, FARELLA N, Di SARNO A, LIORRE G, DE STEFANO M ET AL. Amebic liver abscesses: A new epidemiological trend in a non-endemic area? *In Vivo* 2009, 23:1027–1030
3. FERNANDES H, D'SOUZA CR, SWETHADRI GK, NAIK CN. Ameboma of the colon with amebic liver abscess mimicking metastatic colon cancer. *Indian J Pathol Microbiol* 2009, 52:228–230
4. SEETO R, ROCKEY DC. Amebic liver abscess: Epidemiology, clinical features and outcome. *West J Med* 1999, 170:104–109
5. VIRIYAVEJAKUL P, RIGANTI M. Undiagnosed amebic brain abscess. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2009, 40:1183–1187
6. HUSA P, FREIBERGEROVÁ M, SVACINKA R, NEBESKÝ T, NEUBAUER J, ROBEK O ET AL. Liver abscesses – one of possible causes of fever of unknown origin. *Klin Mikrobiol Infekc Lek* 2009, 15:58–64
7. COSME A, OJEDA E, ZAMARREÑO I, BUJANDA L, GARMENDIA G, ECHEVERRÍA MJ ET AL. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2010, 102:90–99
8. RAO S, SOLAYMANI-MOHAMMADI S, PETRI WA Jr, PARKER SK. Hepatic amebiasis: A reminder of the complications. *Curr Opin Pediatr* 2009, 21:145–149
9. LOULERGUE P, MIR O. Pleural empyema secondary to amebic liver abscess. *Int J Infect Dis* 2009, 13:e135–e136
10. BONNICHON A, HENNINOT E, NIANG A, GRASSIN F, DOT JM, SAINT BLANCARD P ET AL. Pleuro-pulmonary manifestations disclosing hepatic amoebiasis. *Rev Pneumol Clin* 2009, 65:300–305
11. SHENOY VP, VISHWANATH S, INDIRA B, RODRIGUES G. Hepato-pulmonary amebiasis: A case report. *Braz J Infect Dis* 2010, 14:372–373
12. ZIA-UR-REHMAN, ALVI AR, BIBI S. Hepatic vein and inferior vena caval thrombus extending into the right atrium: A rare complication of amoebic liver abscess. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010, 20:57–59
13. KHAN S, AMEEN RAUF M. Amoebic liver abscesses complicated by inferior vena cava and right atrium thrombus. *Trop Doct* 2009, 39:177–180
14. HODKINSON J, COUPER-SMITH J, KEW MC. Inferior vena caval and right atrial thrombosis complicating an amebic hepatic abscess. *Am J Gastroenterol* 1988, 83:786–788
15. MÉCHAÏ F, AOUN O, FICKO C, BARRUET R, IMBERT P, RAPP C. Budd-Chiari syndrome as a vascular complication of amebic liver abscess. *Am J Trop Med Hyg* 2009, 81:768–769

Corresponding author:

V. Karali, 29 Kioutacheias street, GR-142 31 Nea Ionia, Greece  
 e-mail: karaliv@otenet.gr