

ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Θεώνη Κανελλοπούλου¹, Μαρία-Ειρήνη Τανούλη¹, Αλεξάνδρα Αλεξοπούλου¹, Ντίνα Τηνιακού², Γεώργιος Γιαννόπουλος³, Ιωάννης Κοσκίνας¹, Αθανάσιος Ι. Αρχιμανδρίτης¹

¹ Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

² Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ακτινομύκωση είναι μία ασυνήθης, χρόνια, βραδέως εξελισσόμενη βακτηριακή λοίμωξη που προκαλεί τόσο πυώδεις όσο και κοκκιωματώδεις βλάβες. Οφείλεται στον μικροοργανισμό *Actinomyces israelii*, ένα gram θετικό, αναερόβιο βακτηρίδιο που αποτελεί φυσιολογική χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας, του γαστρεντερικού σωλήνα και του γυναικείου γεννητικού συστήματος.

Πρωτοπαθής ηπατική εντόπιση ανευρίσκεται στο 5% των περιπτώσεων και η διαφορική διάγνωση από πυογόνο απόστημα ή νεοπλασματική εξεργασία είναι δύσκολη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

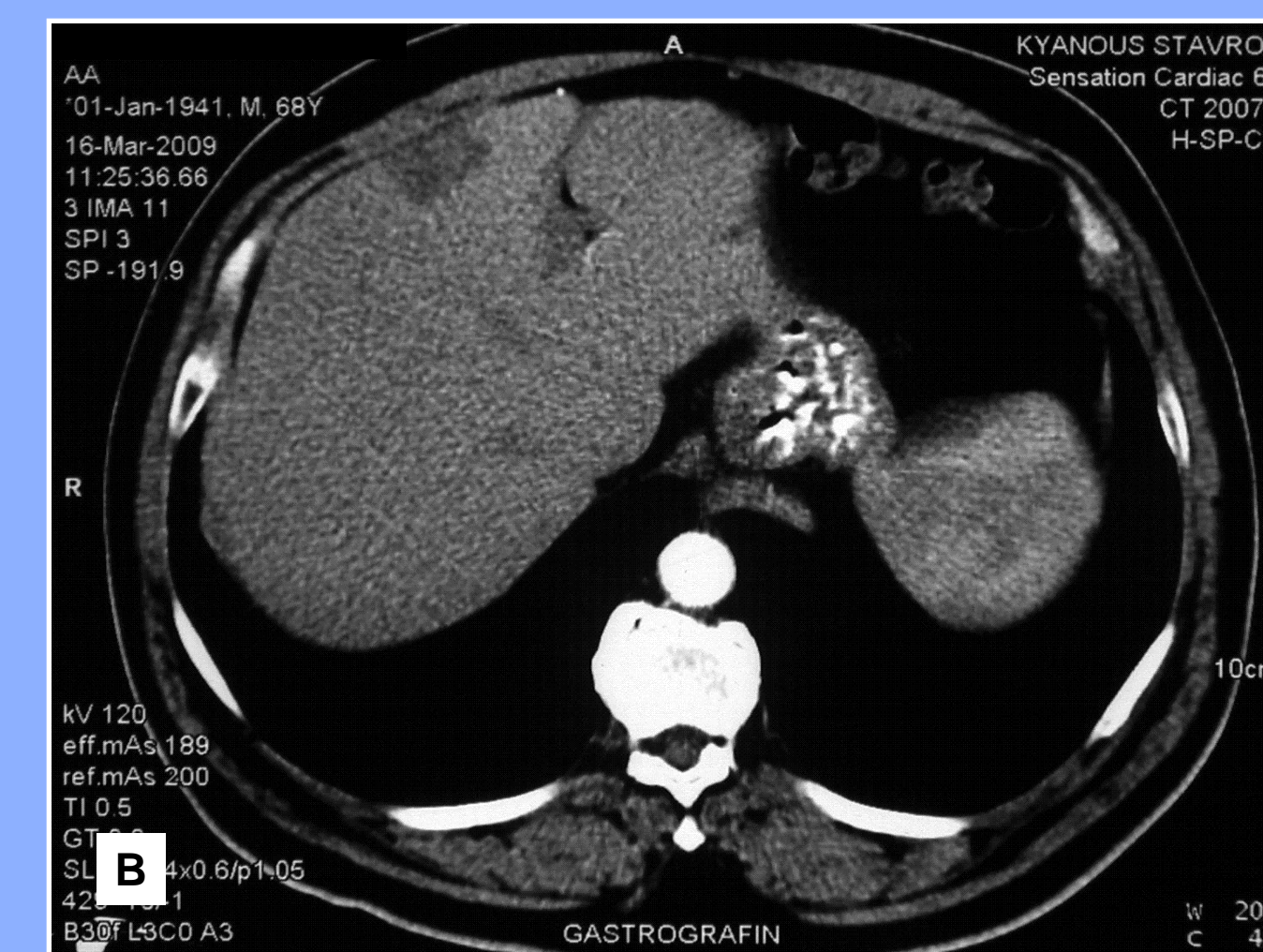
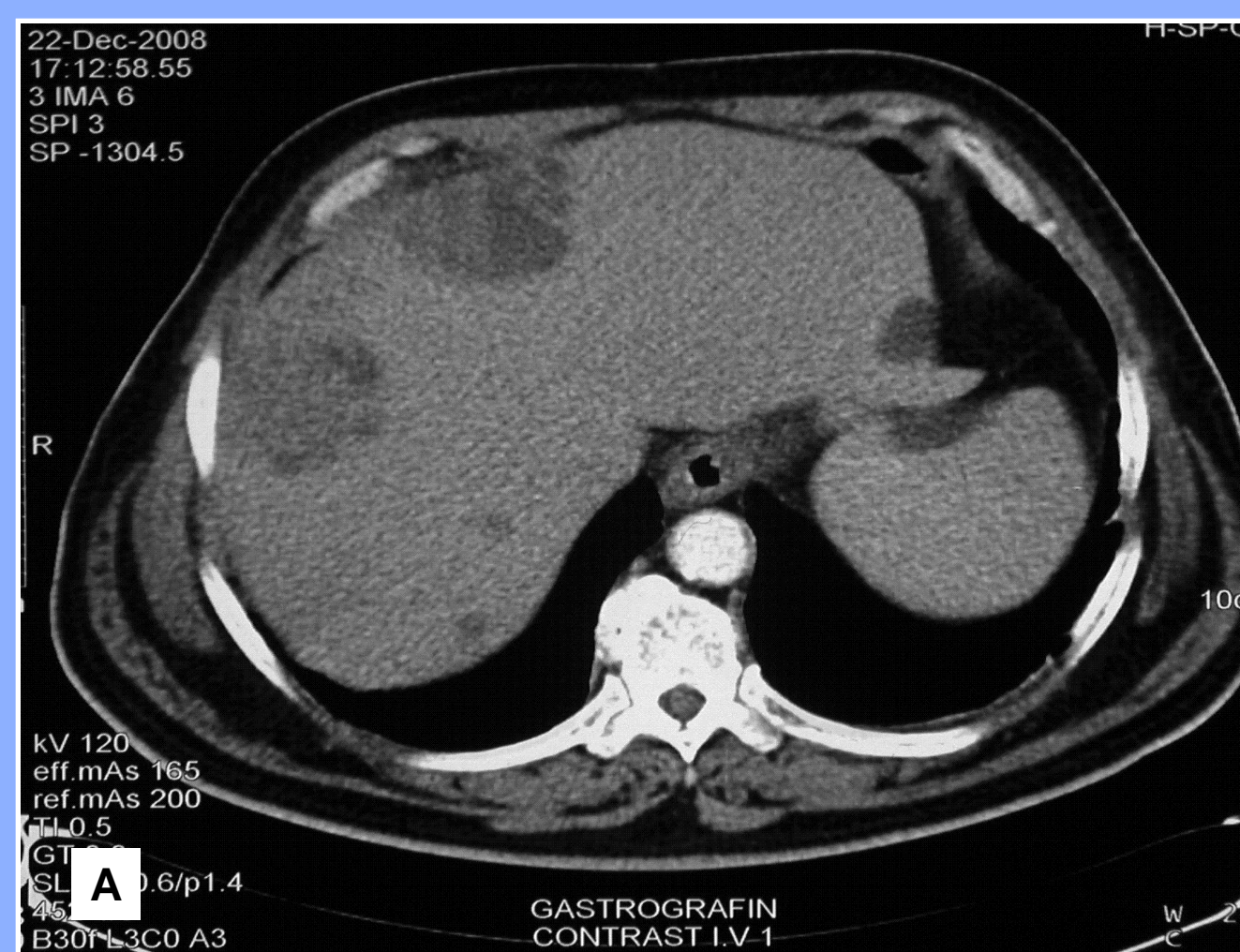
Άνδρας 67 ετών, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπυρέτου από δεκαήμερου. Στο ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης και γαστρεκτομή προ 25ετίας. Διαπιστώθηκε υπόταση, ταχυκαρδία, ολιγουρία και επώδυνη ηπατομεγαλία. Από τα εργαστηριακά ευρήματα διαπιστώθηκε ισχαιμική ηπατίτιδα και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Σε πολλαπλές καλλιέργειες αίματος απομονώθηκαν *S. mitis* και *S. epidermidis*. (Πίνακας 1). Διαγνώσθηκε σηπτική καταπληξία και χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή (μεροπενέμη-βανκομυκίνη) και ενυδάτωση.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με CT κοιλίας αποκάλυψε πολλαπλές συμπαγείς αλλοιώσεις στο ήπαρ, που ομοίαζαν με δευτεροπαθείς εντοπίσεις ενώ η CT θώρακος ήταν αρνητική. (Εικόνα 1-Α). Ο ενδοσκοπικός έλεγχος του γαστρεντερικού και το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν αρνητικά.

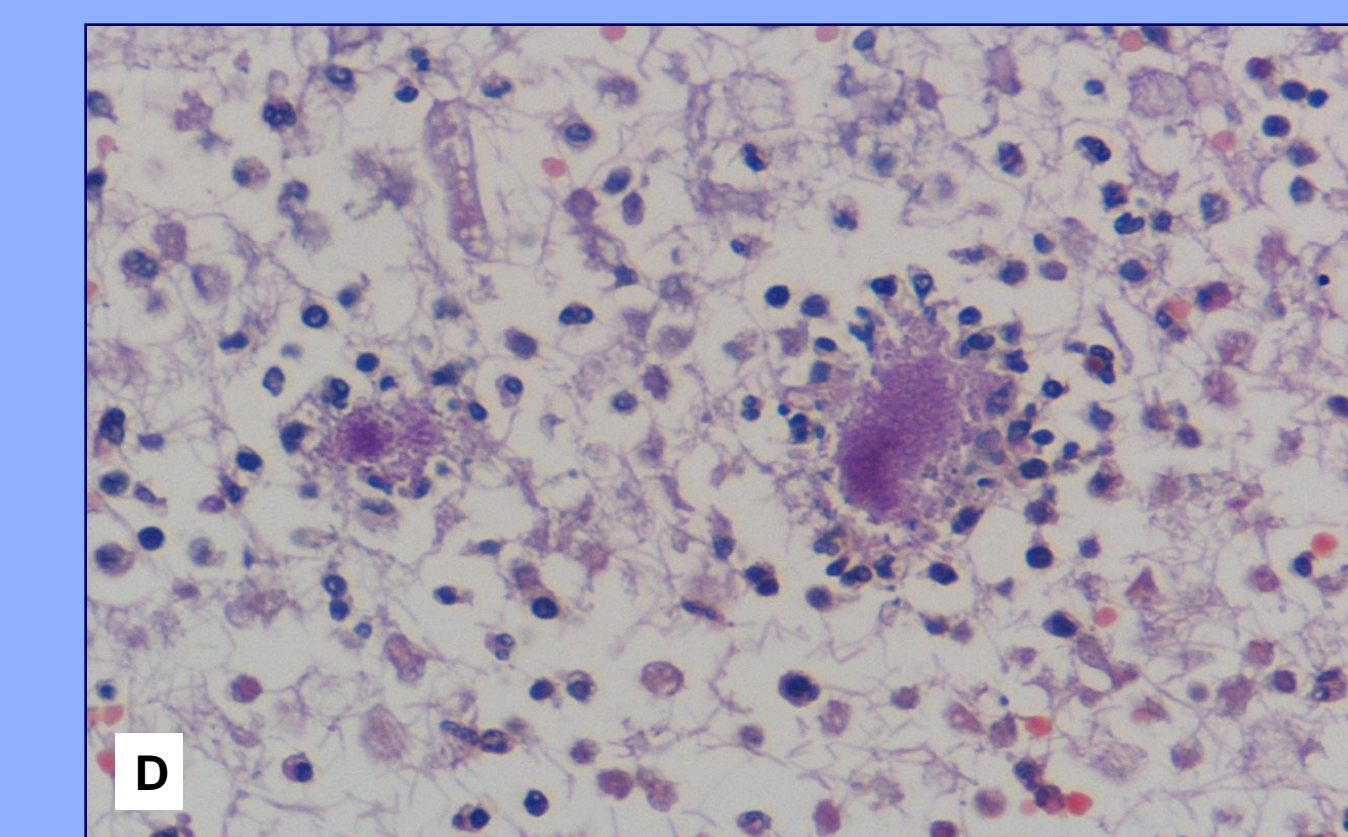
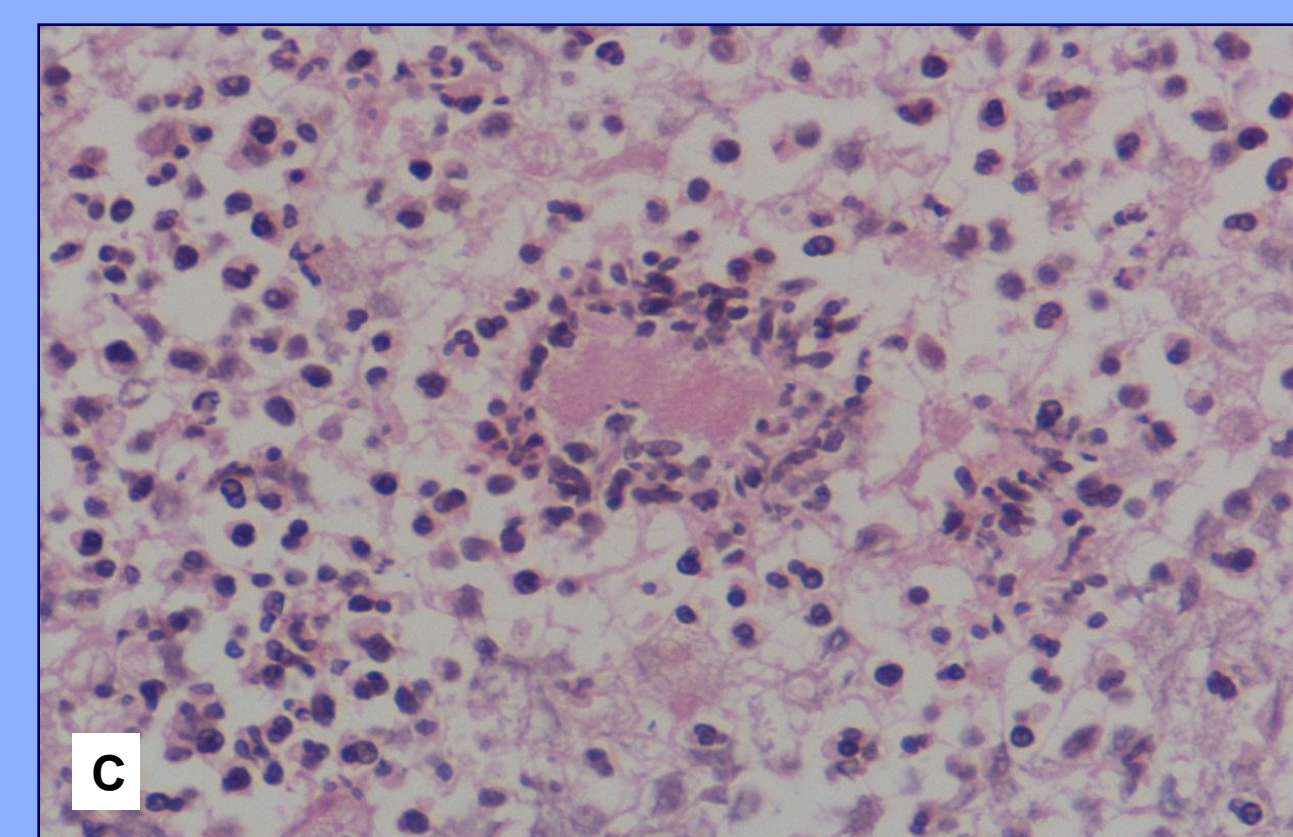
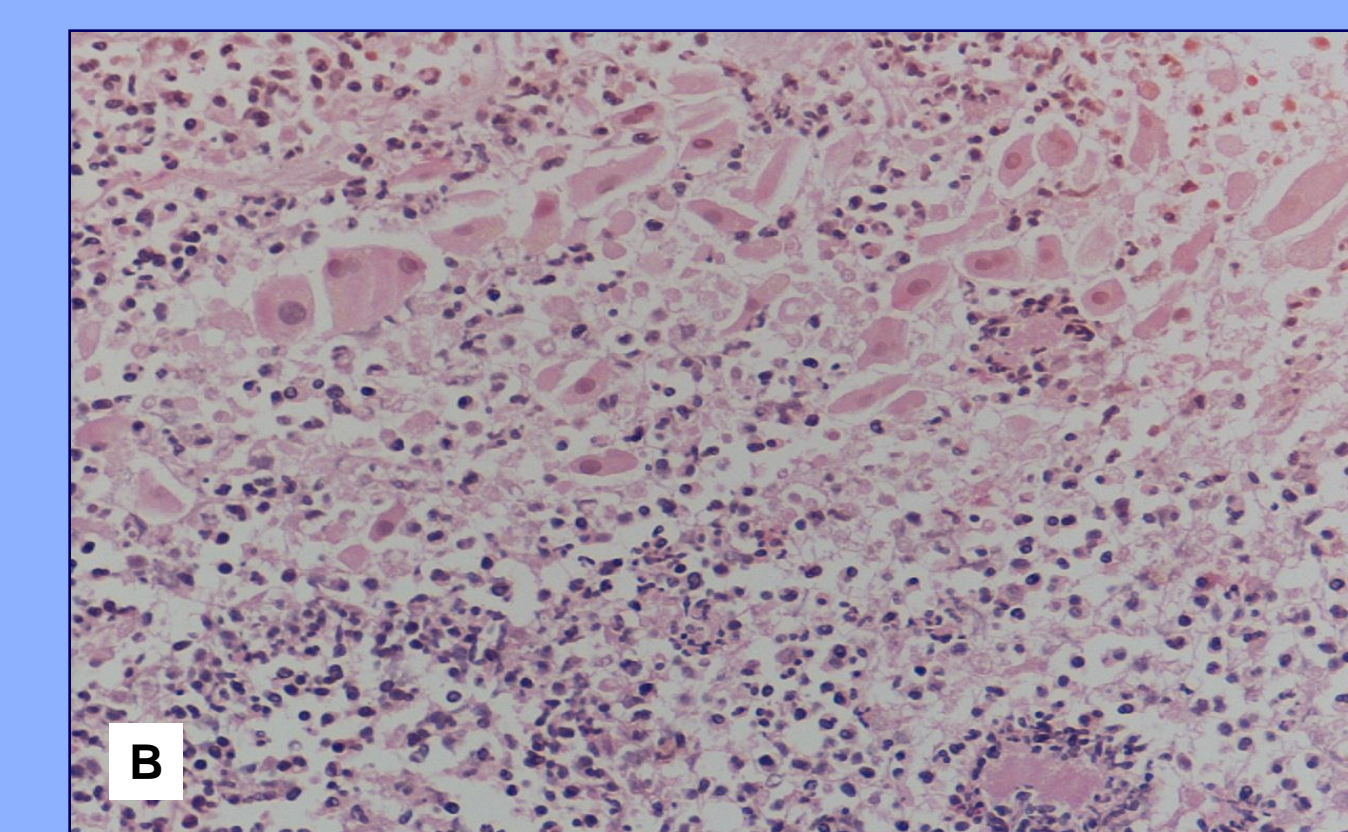
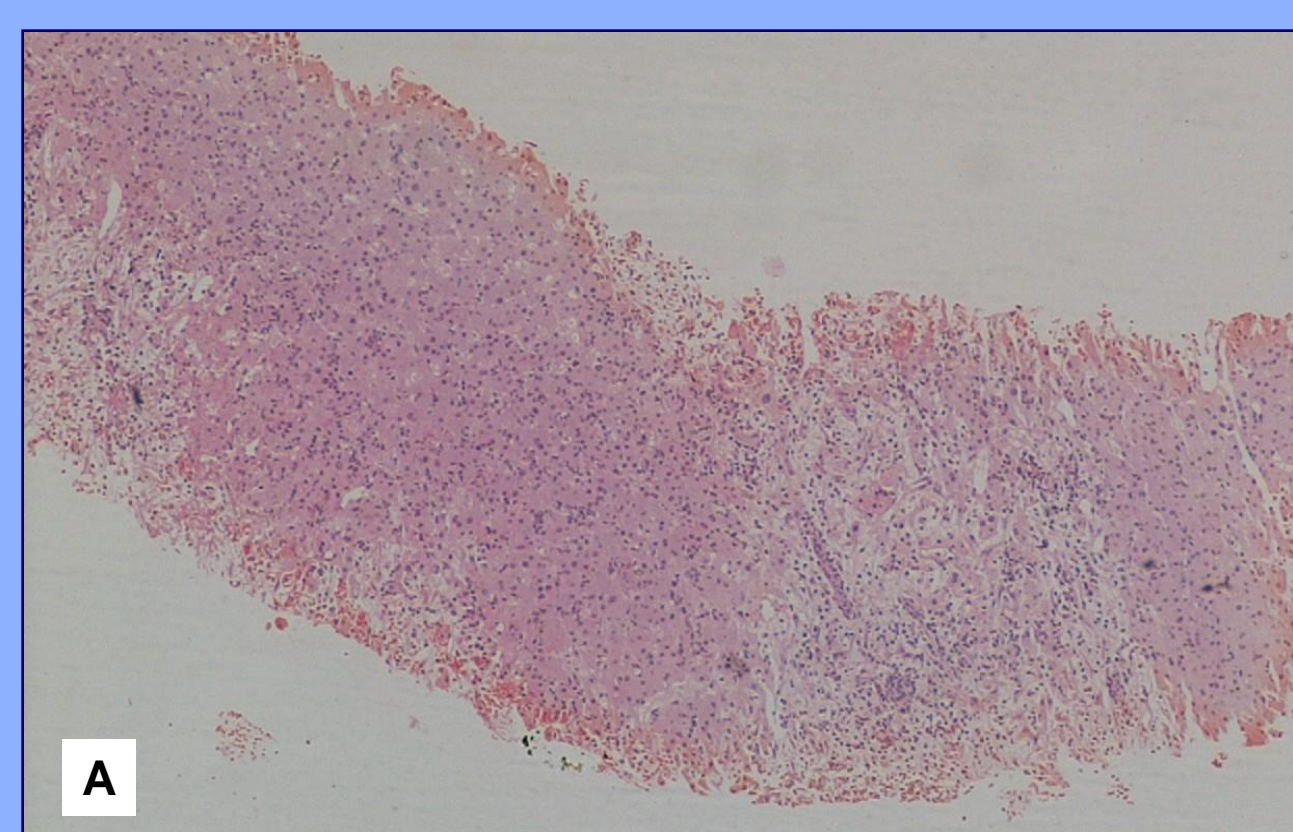
Η ιστολογική εξέταση της ηπατικής βλάβης έπειτα από κατευθυνόμενη βιοψία ανέδειξε μικροβιακούς σωρούς, τύπου ακτινομυκήτων. Επαναληπτική βιοψία ήπατος από διαφορετική βλάβη δεν ανέδειξε νεο-εξεργασία. (Εικόνα 2)

Ο ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά τις επόμενες ημέρες και απυρέτησε την 15η ημέρα νοσηλείας. Διεκόπηκε η πρώτη αγωγή του και τέθηκε αμπικιλίνη-σουλμπακτάμη. Εξήλθε με αντιβιοτικά από του στόματος επί μακρόν. (Για ένα μήνα ριφαμπικίνη-κλινταμυκίνη και στη συνέχεια αμοξυκιλλίνη επ' αόριστον.)

Έπειτα από δύο μήνες λήψης αντιβιοτικής αγωγής, η κλινική, εργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση ήταν θεαματική. (Εικόνα 1-Β) (Πίνακας 2)



Εικόνα 1. Α. Πριν από την έναρξη της θεραπείας. Β Δύο μήνες μετά από καθημερινή αντιβιοτική αγωγή



Εικόνα 2. Α. Ηπατική βιοψία με έντονη λοβιακή φλεγμονή και μεγάλες περιοχές απώλειας ή νέκρωσης ηπατοκυττάρων, χρώση Αιματοξυλίνη-Ηωσίνη (Α-Η), x40. Β. Μεμονωμένα ηπατοκύτταρα (αιχμή βέλους) και βακτηριακή αποικία Ακτινομύκητα (βέλος) μέσα σε πυώδες αποστηματικό υλικό, Α-Η, x40. Γ. Μεγαλύτερη μεγέθυνση αποικίας Ακτινομύκητα περιβαλλόμενης από πολυμορφοπύρηνα, ΑΗ x400. Δ. Δύο βακτηριακές αποικίες θετικές στη χρώση PAS με παρουσία αντίδρασης Splendore-Hoerpli περιμετρικά και συγκέντρωση φλεγμονωδών κυττάρων στην περιφέρεια, χρώση PAS, x400.

Συμπεράσματα

Η διάγνωση της ακτινομύκωσης ήπατος είναι δύσκολη. Τα απεικονιστικά ευρήματα δεν είναι ειδικά, η νόσος μιμείται νέο-εξεργασία και οι καλλιέργειες αίματος δεν αναδεικνύουν τον υπεύθυνο μικροοργανισμό. Έτσι, η διάγνωση είναι συνήθως ιστολογική.

Στο περιστατικό που περιγράφεται, η βαρεία κλινική εικόνα δεν ήταν συμβατή με ακτινομύκωση αλλά αποδόθηκε σε λοίμωξη από κοινά μικρόβια, που κάποτε θεωρούνται συν-παθογόνα των ακτινομυκήτων. Με αφορμή την λοίμωξη από τα μικρόβια αυτά, έγινε η διάγνωση της ακτινομύκωσης ήπατος, η οποία μέχρι τότε ήταν ασυμπτωματική.

Βιβλιογραφία

- [1] Brook I., "Actinomycosis: Diagnosis and management", *Southern Medical Journal*; 101: 1019-1023
- [2] Wong J., Kinney T., Miller F., River-Sanfeliz G. "Hepatic actinomycotic abscesses: Diagnosis and management", *AJR* 2006; 186: 174-176
- [3] Okulicz J., Polenakovic H., Polenakovic S. "Actinomycosis", <http://emedicine.medscape.com> Feb 2009

Εργαστηριακά εισόδου

Ουρία	103mg/dL	AST	866 IU/L	Λευκ.	13900x10 ³ /UL	TKE	105mm
Κρεατ.	3.4mg/dL	ALT	877 IU/L	Πολυμ.	74%	CRP	246mg/L
		LDH	1004 U/L	ΑΠΤ	114000x10 ³ /UL	INΩ	760mg/dL

Πίνακας 1. Εργαστηριακός έλεγχος προ έναρξης αγωγής.

Εργαστηριακά δύο μήνες μετά

Ουρία	51mg/dL	AST	21 IU/L	Λευκ.	9130x10 ³ /UL	TKE	21mm
Κρεατ.	0.9mg/dL	ALT	26 IU/L	Πολυμ.	50%	CRP	6.61mg/L
		LDH	183 U/L	ΑΠΤ	187000x10 ³ /UL	INΩ	370mg/dL

Πίνακας 2. Εργαστηριακός έλεγχος δύο μήνες μετά την έξοδο