

616.36-031.78-036.11:616.98:576.893.12

PŘÍPAD AKUTNÍ IMPORTOVANÉ AMEBÓZY JATER

Plk. MUDr. L. KOSTRHUN, CSc., RNDr. A. VALKOUN, CSc., MUDr. K. HANUŠ

Infekční oddělení, Ústřední vojenská nemocnice, Praha

(náčelník: plk. MUDr. L. Kostrhun, CSc.)

Vojenský ústav hygieny, epidemiologie a mikrobiologie, Praha

(náčelník: plk. MUDr. V. Kotlář, CSc.)

Oddělení chirurgie hrudní a břišní, Ústřední vojenská nemocnice, Praha

(náčelník: plk. MUDr. J. Válka)

Rozvoj cestování do subtropických a tropických oblastí přináší s sebou stále se zvyšující riziko importovaných parazitárních nákaz. Jednou z nich je i onemocnění amebózou (3, 5). Cysty, ev. invazivní formy *Entamoeba histolytica*, jsou nacházeny při parazitologickém vyšetření stolice u 2 - 3 % našich občanů při návratu z epidemických oblastí (12). Extraintestinální forma amebózy - nejčastěji se projevující jako jaterní absces - nepatří k často diagnostikovaným onemocněním. Svým průběhem a možnými komplikacemi je však závažná. Prognóza jednotlivých případů je vždy nejistá a závisí vedle včasné diagnózy i na odpovídající specifické léčbě doplněné převážně i chirurgickým výkonem.

Kasuistika

J. V., muž, nar. 1934, chor. č. 4367/135-inf. 89.

V osobní anamnéze kolísavá hypertenze a mnohočetná cholelitiáza. Koncem března 1989 jednotýdenní služební cesta do Jihovýchodní Asie (Thajsko). Po příletu zpět nevolnost, nauzea, průjemové stolice 1 - 2 x denně s příměsí růžového hlenu bez zvýšené teploty. Léčen ambulantně; po ftalazolu částečné zlepšení. Etiologie potíží nebyla objasněna. Po 4 týdnech náhlý vzestup teploty na 40 °C s třesavkou, tupý tlak pod pravým obloukem žeberním, nechutenství, výrazná únava. V dalších dnech intermitentní teploty 39 - 40 °C, profúzní pocení. Stolicе kašovitá, pravidelná, bez příměsí. Pro stále se zhoršující stav přijat k hospitalizaci.

Při vstupním vyšetření nemocný orientovaný, známky snížené hydratace, naznačená prostrace, tachypnoe 28 - 30 dechů/min, puls pravidelný, zrychlený 100/min, TK 18/12 kPa. Na plicích vpravo bazálně zduřené dýchání s přizvuknými chrůpky. Břicho prohmatné, citlivé ve žlučnickovém bodě při hlubší palpaci. Peritoneální příznaky negativní. Játra poklepově 13 - 14 cm přesahující 2 prsty přes oblouk žeberní, okraj elastický, hladký, palpačně citlivý. Slezina nehmatná, krajina ledvin nebolestivá. Ostatní fyzikální interní nálezy přiměřené.

Při základním laboratorním vyšetření zvýšená FW 55/h, pozitivní ubg v moči, neutrofilní leukocytóza ($19,4 \times 10^9/l$ - 0,83 seg.). Hodnoty transferáz lehce zvýšeny (AST 0,68; ALT 1,17 $\mu\text{kat/l}$) při jinak normálních hodnotách ostatních biochemických testů, včetně mineralogramu a acidobazické rovnováhy. Při RTG plic popsána počínající pravostranná bazální zánětlivá infiltrace. EKG: sinusová tachykardie 100/min při jinak fyziologické křivce. Ostatní vstupní laboratorní vyšetření (zejména tlustá kapka, stolice parazitologicky a bakteriologicky, BWR, ELFO, HBsAg aj.) byla v mezích normy nebo negativní.

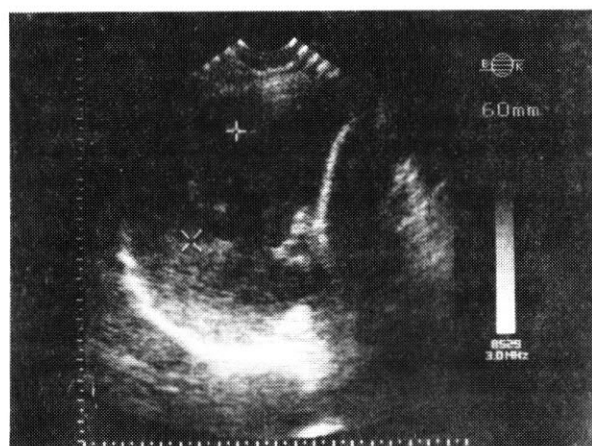
Vzhledem k anamnesticky udávané cholelitiáze bylo jako první provedeno orientační ultrasonografické vyšetření. Potvrzena mnohočetná cholelitiáza; v pravém jaterním laloku útvar smíšené echogenity průměru 6 cm (obr. 1).

Navazující CT vyšetření jater a podjaterní krajiny potvrdilo hypodenzní kulovité ložisko průměru až 75 mm v pravém jaterním laloku. Na dynamických skenech s nerovnými okraji; dolní část subseptována s tekutým obsahem (obr. 2).

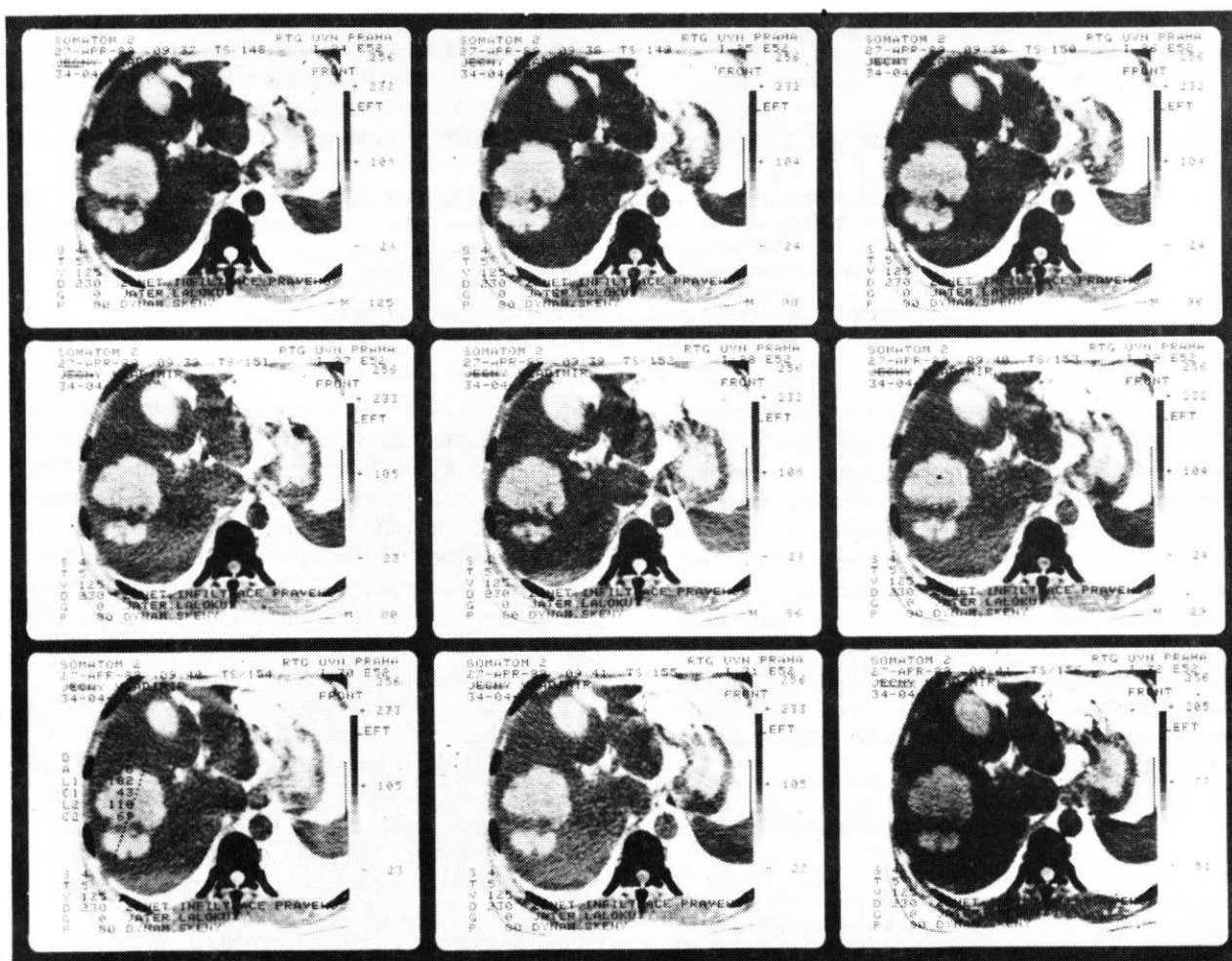
Parazitologické vyšetření, klinický průběh

Vzhledem k velmi sugestivní anamnéze bylo cíleně zaměřeno na amebózu. Opakovaná vyšetření vzorků stolice byla negativní. Pozitivní výsledek s vysokou hodnotou titru 1 : 512 vykazalo již první vyšetření vzorku séra na amébové protilátky metodou nepřímé imunofluorescence (NIF). Toto i všechna další vyšetření byla prováděna s antigenem připraveným v naší laboratoři z trofozoitů *E. histolytica* kmene A (poskytnut laskavostí dr. Červy, ILF Praha) - viz obr. 3.

V prvních dnech hospitalizace trvaly intermitentní teploty až 38 °C, s poklesem TK a snížením diurézy. Rehydratační a antibiotická léčba (ampicilin + oxacilin + gentamycin; tetracyklin) vedla k lytickému poklesu teplot. Současně podáván amebicidní preparát Avrazor Spofa (ornidazolum 500 mg tbl.). Po 5 dnech bylo nutno pro



Obr. 1



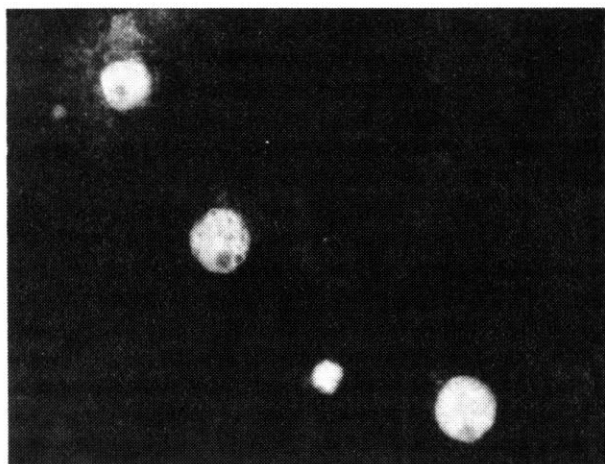
Obr. 2

zvětšující se dyspeptické potíže přejít na parenterální podávání metronidazolu (Efloran Krka) v dávce 500 mg 3 x denně. Kontrolní CT vyšetření po 7 dnech prokázalo však další progresi nálezů (zvětšení abscesu o cca 1,5 cm).

Po 10 dnech uvedené konzervativní léčby byla provedena chirurgická revize. Játra shledána makroskopicky bez patologického nálezu; při jemné palpaci povrchu pravého laloku zřetelná fluktuace. Provedena punkce, incize a revize dutiny, jejíž průměr byl již 9 cm. Odsáto

200 ml světle hnědé tekutiny. Mikrobiologické a parazitologické vyšetření punktátu bylo negativní. Dutina abscesu byla drénována.

V pooperačním průběhu podáván dále TTC a Efloran. Postupně se snížila sekrece z drénu. Nemocný propuštěn zhojen p. p. po 25 dnech hospitalizace. Během domácího léčení při pravidelných kontrolách došlo k normalizaci laboratorních nálezů. Sérologická vyšetření amébových protilátek NIF vykazovala plynulý pokles titrů. Kontrolní



Obr. 3

CT vyšetření za 5 týdnů od operace prokázalo pouze drobné hypodenzní ložisko v pravém jaterním laloku. Po 3 měsících provedené scintigrafické vyšetření jater a sleziny svědčilo pro hraniční distribuci radiofarmaka (^{99m}Tc -S-kol) s určitým přesunem aktivity do mezilalokové oblasti.

Nemocný absolvoval lázeňské doléčení. Za 34 týdnů konstatováno plné uzdravení.

Některé uvedené klinické údaje shrnuje přehledně graf č. 1.

Diskuse

Extraintestinální formy amebózy se vyvíjejí s různě dlouhou latencí, přičemž primární postižení střeva chybí až u poloviny případů (12, 13). Absces jater amebové etiologie je diagnostikován zřídka u našich občanů, ale i u cizinců s dlouhodobým pobytem u nás (5, 7, 9). Diferenciálně diagnostické odlišení je nutné zejména proti akutní cholecystitidě, případně jiným zánětlivým afekcím podjaterní krajiny, nebo jaternímu abscesu bakteriální

etiologie. Vedoucí příznaky (bolest, intermitentní teploty, zvýšená FW, neutrofilní leukocytóza) jsou převážně shodné. Prognóza a léčebný úspěch je u těchto onemocnění nejlepší u případů včas rozpoznávaných a komplexně léčených (6, 8, 13). Amebicidní preparáty a antibiotika mohou zmírnit, eventuálně zastít celkové příznaky, nejistou prognózu však zcela neovlivní. Proto i u amébových abscesů je většinou indikována chirurgická revize. Přednost má incize před pouhou evakuační punkcí, kdy dutina abscesu častěji perzistuje (10, 13).

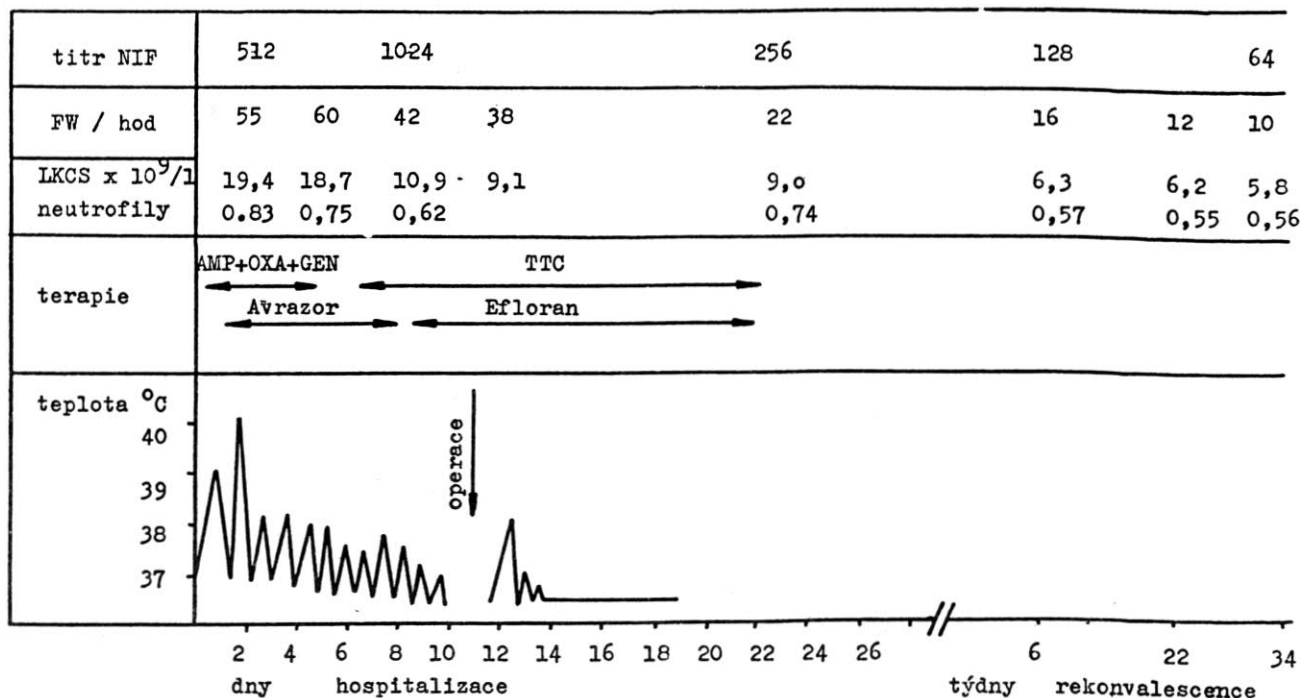
U našeho nemocného se podařilo souběžným klinicko-parazitologickým vyšetřením stanovit diagnózu včas; klinický průběh byl však rozhodujícím způsobem ovlivněn chirurgickým výkonem.

Souhrn

Uvedená kasuistika 55letého nemocného s extraintestinální formou amebózy. K onemocnění došlo po 4 týdnech od návratu z krátkodobého pobytu v endemické oblasti (Thajsko). Klinické a parazitologické vyšetření prokázalo solitární absces pravého jaterního laloku amebové etiologie. Kombinovaná antibiotická a amebicidní léčba byla doplněna chirurgickým výkonem (incize a drenáž abscesu). Pooperační průběh i další dlouhodobé sledování bylo bez komplikací. Případ demonstruje názorně význam a nezastupitelnost souběžného provedení ultrasonografie, počítačové tomografie a specifického sérologického vyšetření pro rychlou diagnostiku obdobných stavů a současné terapeutické možnosti.

Literatura

- ČERVA, L. et al.: Three years experience with the serodiagnosis of *E. histolytica* infections. VI. international symposium on immunodiagnosis of tropical parasit. and actual problems of tropic med. Liblice, 1987. Praha, UK 1988.



2. GRANZ, W - ZIEGLER, K.: Klinisch-parasitologische Basis diagnostik der extraintestinalen Amöbiasis und Wertigkeitsvergleich verschiedener Methoden zur Erfassung und Verlaufsbewertung amöbenbedingter Leberabszesse. U. ges. inn. Med., 37, 1982, č. 10, s. 285-295.
3. International Travel and Health-Vaccination Requirements and Health Advice (situation as on 1st January 1990). WHO- Geneva 1990, s. 51-52
4. JANUSKIEWITCZ, J. - OSZAK, A. - PLEWSKA-JESKE, H.: Amöbenabszess bei Tropenrückkehrern. Dtsch. Gesundh. Wes., 38, 1983, č. 36, s. 1410-1412.
5. JEDLIČKA, J. - ŠULCOVÁ, M.: Importované střevní parazity v ČSR. Prakt. Lék., 70, 1990, č. 4, s. 124-126.
6. KLAUS, H. - HEISSIG, N. - HARTMANN, H.: Autochthone Amöbenabszess der Leber. Med. Welt., 34, 1983, č. 38, s. 1034 až 1036.
7. KOSINA, P. - KALHOUSOVÁ, V. - ŠVEJDA, J.: Jaterní absces amébového původu. Prakt. Lék., 64, 1984, č. 8, s. 296-297.
8. MARKWALDER, K. - RÖTIMANN, S.: Amöbenleberabszess. Praxis, 73, 1984, č. 2, s. 33-38.
9. MELICHAR, F.: Jaterní amebiaza v ČSSR. Vnitř. Lék., 13, 1967, s. 1204-1206.
10. PRICE, M. E.: Amoebic liver abscess in factory worker in Norfolk. Brit. med. J., 283, č. 6300, s. 1175.
11. SCHMAUSS, A. - BARNDT, J.: Amöben-tropischer-Abszess der Leber. Med. Akt., 6, 1980, č. 10, s. 454-455.
12. ŠERÝ, V. et al.: Lékařství v tropech a subtropích. Praha, Avicenum 1984. 496 s.
13. THOMPSON, J. - PARLENZA, S. - VERMA, R.: Amebic liver abscess. Rev. inf. Dis., 7, 1985, č. 2, s. 171-179.

Klíčová slova: Extraintestinální amebóza; Amébový absces jater; Diagnostika; Léčba.