

Ascesso epatico in gravidanza.

Case report

Rosa Maria Di Lauro, Mariapia Foppoli, Concettina Matarazzo, Ermete Valter Scotti, Benedetto De Pasquale, Giovanna Farina*

U.O. di Ostetricia e Ginecologia Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, Presidio Ospedaliero di Sondalo (Direttore Dott. B. De Pasquale)

*U.O. di Medicina Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, Presidio Ospedaliero di Sondalo

Riassunto

Questo case report descrive un raro caso di ascesso epatico in gravidanza in una donna in buona salute, senza precedenti affezioni epatiche. In particolare viene descritto il percorso che ha portato alla diagnosi e ha permesso un adeguato e tempestivo trattamento della patologia, consentendo la regolare prosecuzione della gravidanza con la guarigione completa della madre e la nascita di una bambina sana.

Parole chiave

Ascesso epatico
Gravidanza
Drenaggio percutaneo dell'ascesso

Summary

Liver abscess during pregnancy. Case report

This case report sets out a rare case of liver abscess of a pregnant healthy woman, without any previous liver disease. In particular, in this case study is described the route that has lead to the diagnosis which has permitted an appropriate and timely treatment of the pathology, enabling the normal prosecution of the pregnancy with the complete mother's recovery and the birth on a healthy baby.

Key words

Liver Abscess
Pregnancy
Percutaneous aspiration of the abscess

INTRODUZIONE

La frequenza delle suppurazioni epatiche ad evoluzione ascessuale è considerevolmente diminuita negli ultimi anni, soprattutto grazie alla terapia antibiotica precocemente istituita nel corso delle varie infezioni da cui può avere origine un ascesso epatico. Inoltre la maggiore attenzione alle regole di asepsi in caso di chirurgia addominale, la maggiore attenzione dei pazienti stessi ai sintomi e ai segni clinici che possono permettere una diagnosi tempestiva, le generali migliori condizioni di vita, contribuiscono ad abbassare la frequenza di questa grave patologia. Tuttavia l'ascesso epatico è una patologia tuttora osservabile ed esige un riconoscimento tempestivo ed un pronto intervento terapeutico. Infatti, anche nei casi diagnosticati e correttamente trattati, la letalità è di circa il 20-40% ed è ancora più elevata in caso di ascessi multipli.

Con gli ascessi multipli secondari a batteriemia sistemica o con infezione del tratto biliare, l'esordio è acuto e i sintomi principali della malattia originaria dominano il quadro. Con gli ascessi singoli si ha un'insorgenza subacuta che può prolungarsi per varie settimane. Sebbene alcuni pazienti rispondano positivamente alla sola terapia antibiotica, la maggior parte necessita l'evacuazione del pus. Il catetere percutaneo di drenaggio, se tecnicamente applicabile, è generalmente preferibile alla chirurgia, stabilito che non sussista nessun'altra indicazione per la laparotomia (1). Il caso clinico che presentiamo è particolarmente significativo in quanto dimostra che può capitare nella pratica clinica di imbatte-

si in una patologia così grave anche in una paziente gravida, patologia ancor più grave perché presentatasi con una sintomatologia clinica sfumata e una anamnesi non particolarmente significativa.

La gravidanza modifica il decorso delle malattie infettive, spesso in senso peggiorativo, perché altera la risposta del sistema immunitario alle infezioni (3). In questo caso, inoltre, il tutto è stato reso più difficile dal fatto che la gravidanza ha condizionato l'atteggiamento della paziente sia nel riferire i sintomi sia nell'accettazione degli esami diagnostici e dei trattamenti terapeutici, nel timore infondato di recare danno al feto.

CASO CLINICO

Una donna di 35 anni alla sua seconda gravidanza giungeva alla nostra osservazione per una sintomatologia dolorosa al fianco dx, ad insorgenza acuta e persistente da qualche ora con rialzo della temperatura corporea (39°). La gravidanza era alla 25a settimana e fino ad allora con decorso regolare. La paziente era stata sottoposta ad amniocentesi alla 15a settimana per età materna, senza complicanze per la procedura invasiva. Riferiva una sindrome influenzale nei giorni precedenti con una lieve interessamento delle prime vie aeree e nessun altro sintomo degno di nota. Al momento dell'ingresso gli esami urgenti evidenziavano uno stato di flogosi acuta con leucocitosi (G.B. 23.000) e PCR aumentata (209 mg/l). All'esame obiettivo si rilevava un segno di Giordano nettamente positivo a dx e una dolenzia alla pressione dei punti ureterali a dx.

È stata ipotizzata una cistopielite, evento abbastanza frequente in gravidanza e per tale motivo si è iniziato un trattamento antibiotico ad ampio spettro e per via endovenosa (Ampicillina/Sulbactam. 3 gr x 2 / die). Il giorno successivo, la paziente ha riferito un netto miglioramento della sintomatologia con attenuazione del dolore al fianco e scomparsa della febbre. Nel pomeriggio si è registrato un ulteriore rialzo della temperatura (38°) e nel corso della notte è ricomparsa la sintomatologia dolorosa al fianco dx. Nei due giorni successivi non ci sono stati episodi febbrili ma persistevano gli episodi di dolore al fianco dx che si risolvevano con terapia antidolorifica. Nel frattempo era giunto l'esito della coltura delle urine con risultato negativo per infezione e l'esame ecografico dei reni e delle vie urinarie era nella norma. Dopo tre giorni è ricomparsa la febbre e si è rilevato un aumento della PCR (245 mg/dl); si associava una leggera ipossiemia (sat O₂ 93%) e all'esame obiettivo del torace si reperiva una ipofonesi della base polmonare di Dx con assenza del murmure vescicolare. In seguito a valutazione pneumologica è stato ipotizzato un interessamento flogistico della base polmonare di dx, senza peraltro poter eseguire una radiografia del torace, rifiutata dalla paziente. Per tale motivo si è modificata la terapia antibiotica (ceftriaxone 2 gr/die e.v. + azitromicina 500 mg/die per os) previo invio di campione ematico per coltura (risultato in seguito negativo) e per ricerca degli anticorpi per Citomegalovirus, (IGM negative), degli antigeni per Legionella Pneumophila (negativo), degli antigeni per Pneumococco (negativo) e degli anticorpi per Micoplasma pneumoniae (debolmente positivo). Nelle ore successive, nonostante la paziente riferisse un netto miglioramento dei sintomi, con l'intento di anticipare una dimissione allo scopo di occuparsi dei figli rimasti a casa, gli esami ematici, l'emogasanalisi e i segni clinici non si erano sostanzialmente modificati (PCR 130,9). A questo punto si è deciso di effettuare una ecografia dell'addome, anche con l'intento di evidenziare la presenza o meno di un versamento pleurico. All'esecuzione dell'ecografia si evidenziava la presenza di un ascesso epatico a livello dell'VIII segmento di circa 6 cm di diametro massimo e a livello del torace un versamento pleurico basale

dx in parte organizzato. La successiva RMN confermava tale diagnosi, evidenziando 2 ascessi epatici contigui, per cui la paziente è stata trasferita presso un centro di II livello, con un reparto di radiologia interventistica, dove è stato eseguito il drenaggio percutaneo delle raccolte ascessuali.

Alla dimissione la paziente è stata seguita dal nostro reparto per i controlli in gravidanza e ha effettuato un'ecografia epatica di controllo dopo 20 giorni con referto normale. La paziente è perfettamente guarita e ha partorito a termine.

DISCUSSIONE

Gli ascessi piogenici del fegato sono una patologia non molto frequente con una prevalenza autoptica dello 0,29-1,47% che raggiunge 8-15 casi per 100.000 abitanti. Nei paesi in via di sviluppo c'è una maggiore incidenza. La 4a-6a decade della vita è la fascia di età più colpita.

Gli ascessi epatici sono di solito amebici o batterici (da piogeni). Gli agenti infettivi possono localizzarsi nel fegato attraverso la circolazione arteriosa, nel corso di batteriemie derivanti da infezioni originate in altri organi quali il polmone o l'apparato urinario oppure attraverso il circolo portale, durante infezioni addominali, o ancora per diffusione dall'albero biliare in corso di colangite.

La patogenesi degli ascessi epatici si è modificata negli ultimi anni, poiché attualmente le vie biliari rappresentano con il 35% la sorgente più comune di infezione batterica del fegato. La patogenesi portale, che in passato superava il 50%, attualmente non raggiunge il 25%, secondaria in genere a diverticolite, malattia infiammatoria intestinale e neoplasie del colon. La via ematogena in corso di sepsi e quella diretta, da ferite penetranti o da traumi chiusi, non superano il 10-15%. In passato il 40% degli ascessi non trovavano una causa nota (criptogenetici). Attualmente questa percentuale è in riduzione ma si registra un incremento degli ascessi su base iatrogena (procedure invasive diagnostiche e terapeutiche sul fegato).

Gli streptococchi e gli stafilococchi sono i batteri più comuni nelle infezioni che originano da una batteriemia sistemica. Le infezioni causate da batteri provenienti dal tratto biliare contengono invece solitamente bacilli aero-

bi gram negativi mentre quelli secondari a batteriemia portale secondaria a un'infezione intra-addominale contengono sia bacilli aerobi gram negativi che batteri anaerobi.

Il quadro clinico può essere paucisintomatico sin dall'inizio con esordio acuto e con i segni comuni dei processi suppurativi: attacchi di febbre intermittente preceduti da brivido e distanziati da intervalli di durata variabile, sudorazioni profuse, anoressia, calo ponderale. A questi segni vanno aggiunti quelli causati dalla patologia che ha originato il processo infettivo. Segni che suggeriscono un interessamento epatico sono il dolore all'ipochondrio destro, la dolorabilità alla palpazione del fegato e l'epatomegalia, che tuttavia sono presenti in circa la metà dei casi. Talvolta il paziente riferisce solo un senso di peso o d'indolenzimento alla base dell'emitorace di dx, mentre all'ispezione si riscontra una ridotta espansione polmonare con i movimenti respiratori, con ipofonesi della base polmonare destra, riduzione del murmure vescicolare e talvolta con rumori di fregamento pleurico.

Le alterazioni ematologiche riscontrabili sono: aumento della fosfatasi alcalina nel 95-100%, leucocitosi neutrofila nel 75-96% dei casi, VES e PCR elevate e livelli di bilirubina moderatamente elevati. Le emocolture sono positive solo in pochi casi (33-65% dei casi), mentre la pus-coltura è positiva nel 73-96% dei casi, a volte con polimicrobismo.

Un ascesso piogeno deve essere differenziato da quello amebico. Quest'ultimo si riscontra più facilmente in soggetti provenienti da zone endemiche per l'amebiasi ed è possibile l'isolamento di Entamoeba Histolitica nelle feci o nel pus e la sierologia è positiva.

L'ecografia è la metodica diagnostica di prima istanza con una sensibilità superiore al 90%, con una buona specificità per le lesioni superiori a 2 cm. La TAC ha una sensibilità paragonabile all'ecografia, poiché l'ascesso è una lesione avascolare(4); ed è più utile negli ascessi multipli.

Nel 50% dei pazienti le radiografie del torace evidenziano alterazioni della base dx (atelettasia, polmonite, versamento pleurico o sopraelevazione del diaframma)(5). La diagnosi può avvalersi della RMN e della tomografia ad emissione di positroni.

A queste indagini diagnostiche non invasive

può associarsi la diagnostica invasiva mediante prelievo percutaneo con ago e sottoguida ecografica. Questa procedura consente di ottenere un campione da sottoporre ad analisi microbiologiche (per eventuali terapie antibiotiche mirate) e, allo stesso tempo, l'aspirazione completa della lesione rappresenta il primo e spesso sufficiente atto terapeutico degli ascessi epatici. Le indicazioni chirurgiche per il trattamento degli ascessi epatici sono da riservare come seconda istanza ai casi che non si risolvono con il drenaggio percutaneo e ai casi che devono essere comunque sottoposti ad intervento chirurgico per la patologia primitiva che ha causato l'ascesso (es calcolosi biliare, appendicite, etc) e agli ascessi non raggiungibili per via percutanea.

Il miglioramento delle capacità diagnostiche (ecografia, TAC e RMN), che consente di arrivare ad una diagnosi più precocemente, e il drenaggio ecoguidato hanno cambiato la storia naturale di questa patologia con una netta riduzione della mortalità (2,6).

I fattori che condizionano la prognosi sono l'età, la presenza di lesioni multiple, patologie associate, sviluppo di sepsi e shock settico (7).

La gravidanza influenza il decorso delle malattie infettive rendendo l'organismo più predisposto alle complicanze. Ricerche immunologiche hanno dimostrato che nella gravidanza ci sono alcune modificazioni della risposta immunitaria, quali la riduzione delle cellule Natural Killer, riduzione del rapporto T Helper/ T Suppressor e la riduzione della risposta linfocitaria a vari stimoli (8). Le modificazioni immunitarie, inoltre, non si verificano in modo uniforme in tutte le gravide.

CONCLUSIONI

L'ascesso epatico multiplo in questa paziente è stato determinato probabilmente da una primitiva infezione polmonare insorta quale complicanza di una virosi influenzale. La paziente non ha dato peso ai sintomi dei giorni precedenti e non ha trattato in modo ade-

guato la sintomatologia respiratoria. Per quanto riguarda la diagnosi, questa è stata condizionata dalla rarità della patologia, per cui si è ipotizzato in un primo momento un problema diverso, molto più comune in gravidanza quale la cistopielite, e anche dal miglioramento della sintomatologia con l'inizio della terapia antibiotica.

Alla diagnosi di ascesso epatico si è giunti con l'ecografia, consentendo la risoluzione adeguata del caso. È stata sufficiente l'evacuazione ecoguidata delle lesioni ascessuali e la terapia antibiotica per ottenere la guarigione della paziente senza ricorrere ad un intervento chirurgico. Il riscontro di una patologia così rara e letale in una paziente gravida, nonostante la paziente stessa dichiarasse un miglioramento dei sintomi, dimostra ancora una volta l'importanza di una attenta valutazione clinico-strumentale senza lasciarsi condizionare dall'atteggiamento dei pazienti, che possono fuorviare il percorso diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

1. Gyorfy EJ et al. Pyogenic liver abscess. Diagnostic and Therapeutic strategies. *Ann. Surg.* 206:699,1987
2. Srivastava ED, Mayberry JF. Pyogenic liver abscess: a review of aetiology, diagnosis and intervention. *Dig Dis* 1990;8:287-297
3. Pecorari D, Bellone F. Malattie infettive in

gravidanza, *Federazione Medica*, XL :519-525, 1987

4. Caremani et al. Trattamento per cutaneo sotto guida ecografica delle lesioni infettive del fegato. *Giorn It di Ecografia* 2004;23-232
5. Harrison et al. *Principi di Medicina Interna*. Mc Graw Hill, 696-697, XII edizione 1992
6. Back SY et al. Therapeutic percutaneous

aspiration of hepatic abscess. *AJ Roent* 1993, Aprile;160(4):799-802

7. Ruiz-Hernandez JJ et al. Pyogenic liver abscess: mortality-related factors. *Eur J Gastroenterol Hepathol* ,2007 oct; 19 (10):853-8
8. Balbi L, Donvito V, Maina A. *Medicina Interna in gravidanza*. C&G Edizioni Medico Scientifiche. Ed 1998;285-286