

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETO LIGONINĖ
KAUNO KLINIKOS
GASTROENTEROLOGIJOS KLINIKA



Klinikinis atvejis

Neaiškios kilmės ascitas

Gyd. rez. Egidijus Morkūnas

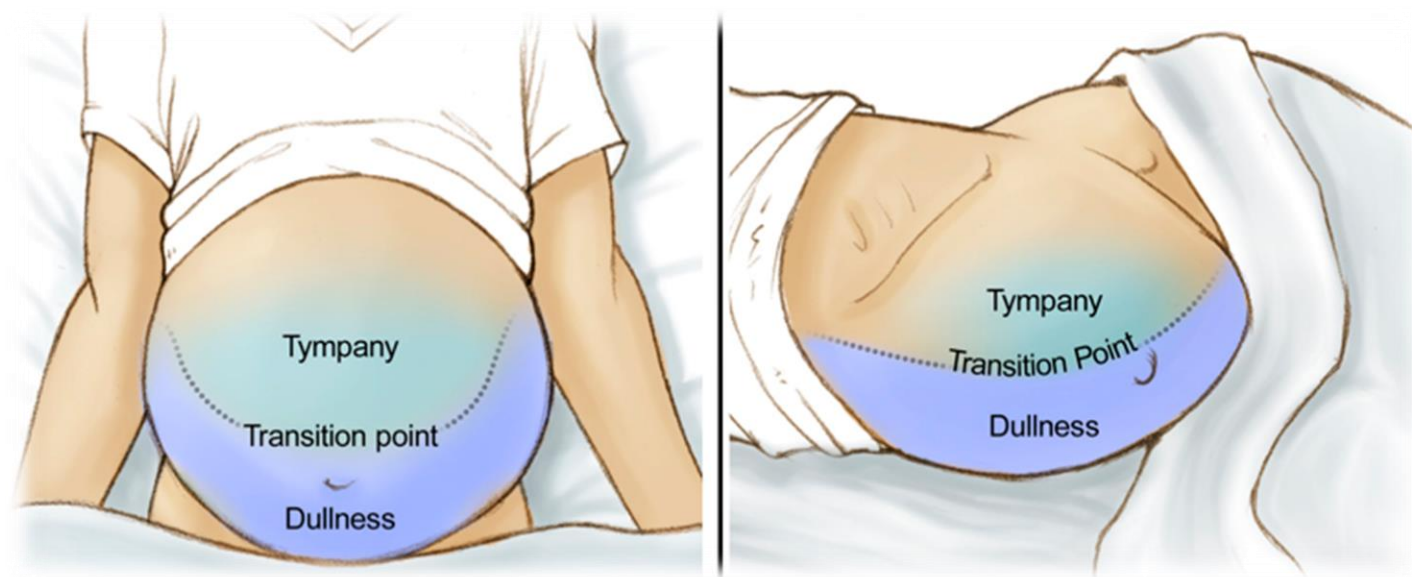
Kaunas, 2019-06-07



Anamnezė (1)

29 m. vyras A. K. 2018 10 07 kreipėsi į LSMUL KK SPS ir skundėsi:

- bendru silpnumu;
- apetito stoka;
- dusuliu;
- **pilvo skausmu (VAS 6 b.);**
- **pilvo apimties didėjimu.**



Anamnezė (2)



- Nusiskundimai progresavo ~ 2 savaites.
- Gretutinės ligos: –
- Medikamentai: –
- Operacijos: vaikystėje atlikta apendektomija;
- Traumos: ~ 1 mėn. iki stacionarizavimo pateko į muštynes;
- Žalingi įpročiai: vartoja alkoholį, rūko;
- Alergijų nepastebėjo;
- Darbas: statybininkas.

Objektyviai



- Asteninės kūno sandaros.
- Sąmoningas, kontaktiškas, orientuotas.
- Liežuvis sausas, be apnašo. Oda ir matomos gleivinės rausvos. Širdies tonai ritmiški, aiškūs, ūžesių nėra. AKS 138/78 mmHg, **ŠSD 102 k./min;**
- Plaučiuose ausavimas vezikulinis, susilpnėjęs, be karkalų, KD 18 k/min, SpO2 96 proc. be pap. O2;
- **Pilvas padidėjęsios apimties dėl ascito, skausmingas visame plote,** be raumenų tempimo ir pilvaplėvės dirginimo, peristaltika (+).
- Sutrenkimo simptomai (-). Kojose edemų (-).

Laboratoriniai tyrimai



- **BKT:**

- er. $4,31 \times 10^{12}/l$; Hb 123 g/l (MCV 88,4 fl, MCH 29,7 pg/l); leuk $8 \times 10^9/l$ (neutr. $6,2 \times 10^9/l$); tromb. **817** $\times 10^9/l$;

- **Biocheminis kraujo tyrimas:**

- kreatininas 74 $\mu\text{mol}/l$; **albuminas 24 g/l**; bendras baltymas 73 g/l; bendras bilirubinas 6 $\mu\text{mol}/l$; tiesioginis bilirubinas 0,6 $\mu\text{mol}/l$; gliukozė 5,7 mmol/l; šlapalas 2,9 mmol/l; K 4,6 mmol/l; ALT 36 IU/l; AST 30 IU/l; ŠF 80 IU/l; GGT 40 IU/l; alfa-amilazė 46 IU/l; **CRB 155 mg/l**; Na 141 mmol/l;

- **Kraujo krešumo tyrimas:**

- SPA 78 %, INR 1,11;

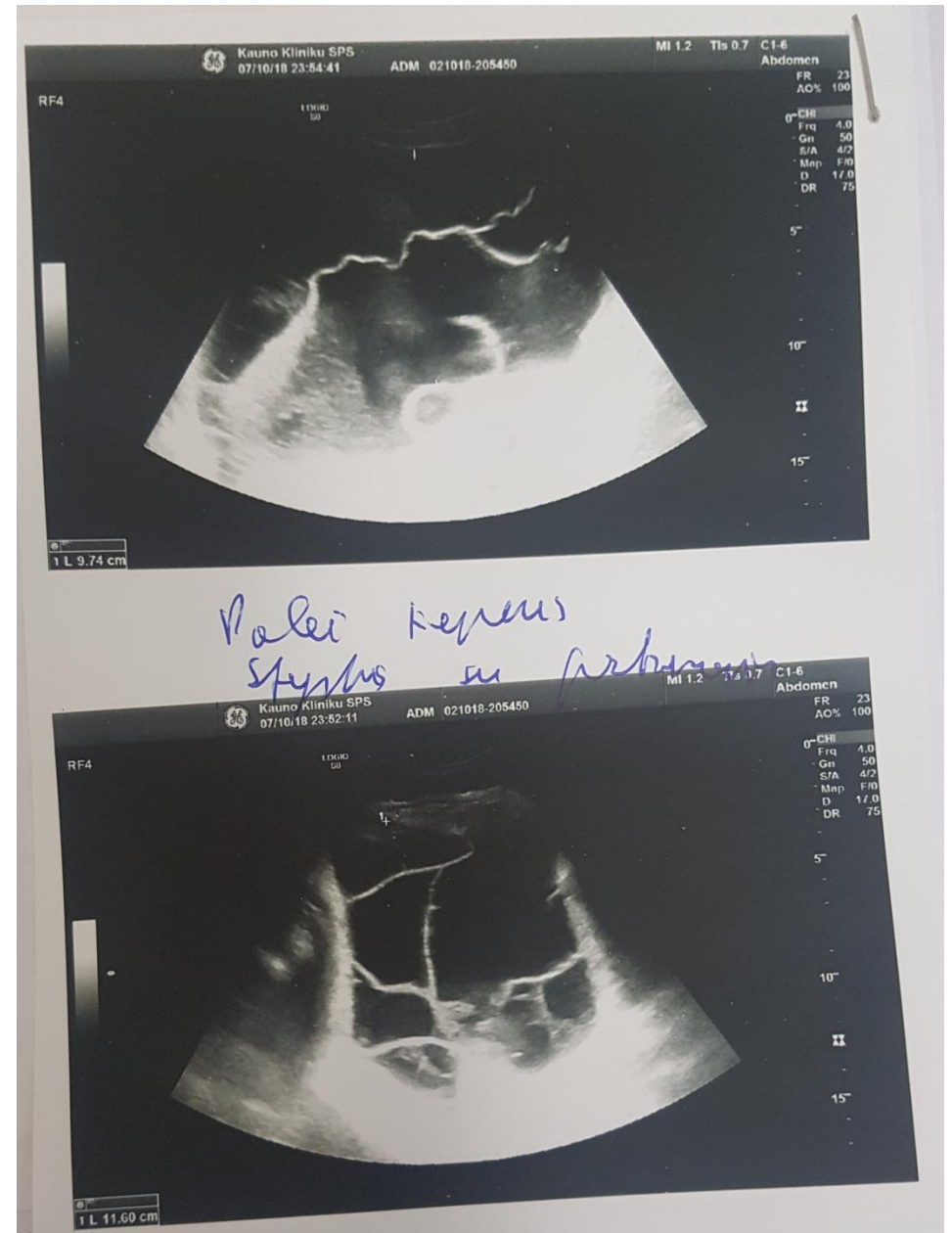
- **BŠT:** norma.



Instrumentiniai tyrimai (1)

- **VPAE:**

kepenys padidėjusios, normalaus echogeniškumo, kontūrai lygūs, kampai smailūs, aiškių židinių pakitimų nematyti. Biliarinis medis neplėstas. Tulžies pūslė normalaus tūrio, koncrementų nematyti. Kasa matomoje dalyje normalaus storio, homogeniška, d. pancreaticus neplėstas. **Pilvaplėvės ertmėje gausu laisvo skysčio su fibrino pertvaromis.**



Instrumentiniai tyrimai (2)



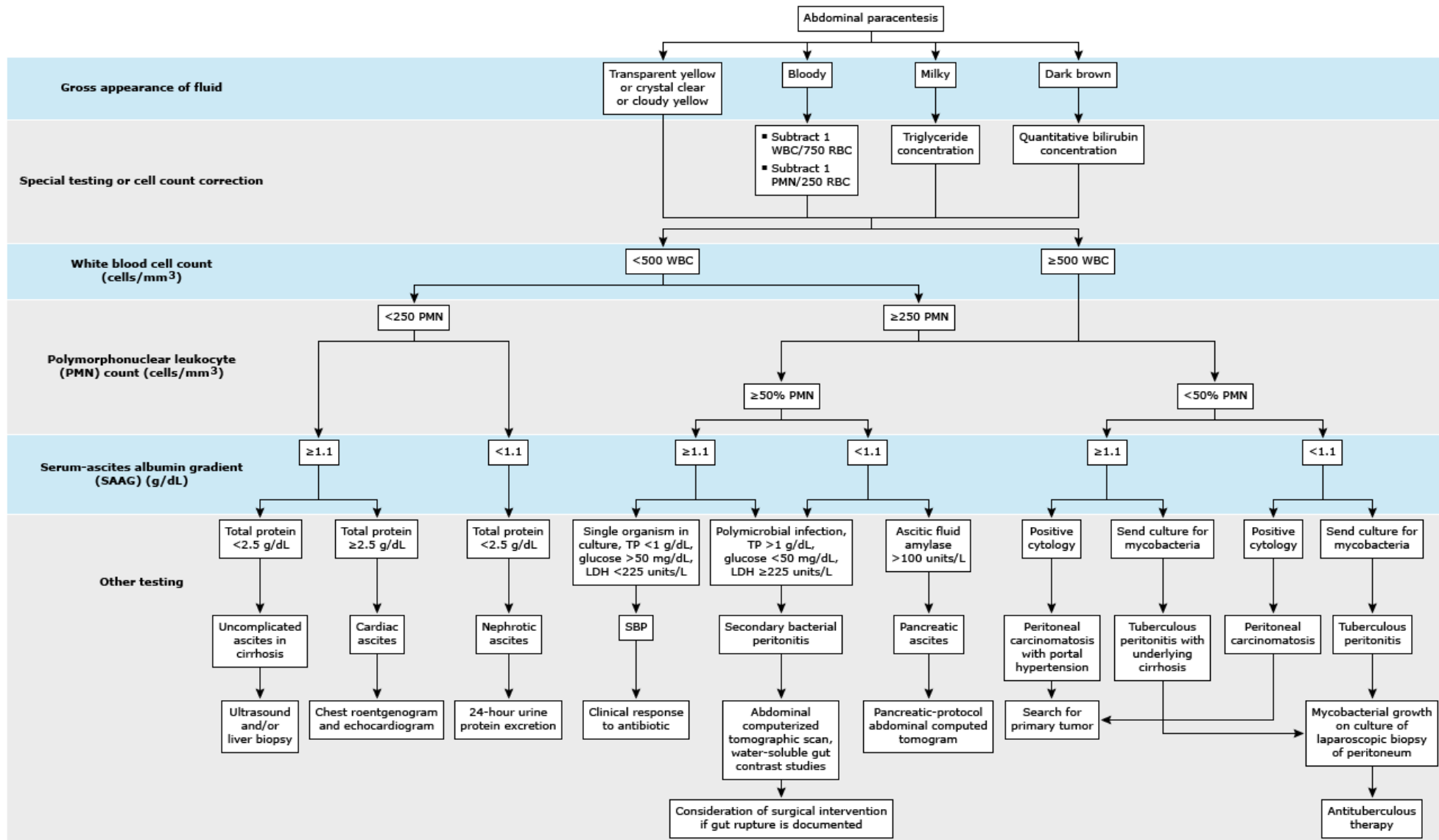
- **Pilvo apžvalginė r-ma:**

- laisvo oro po diafragma, ileus požymių nematyti.

- **Krūtinės laštos r-ma:**

- pleuros sinusuose k>d yra nedidelis skysčio kiekis. Kairėje lateraliai panašu, jog pasieninė pleura sustorėjusi.

Differential diagnosis of ascites



WBC: white blood cell; RBC: red blood cell; PMN: polymorphonuclear leukocyte; TP: total protein; LDH: lactate dehydrogenase; SBP: spontaneous bacterial peritonitis.

Modified with permission from: *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management, 7th Edition, Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH (Eds), WB Saunders Company 2002. Copyright © 2002 WB Saunders Company.*



Neaiškios kilmės ascitas (1)

- **Ascito punkcija:**

- Gauta 3 l skaidraus skysčio;
- Ascito punktato tyrimas:

- RBC $2 \times 10^9/l$;
- **WBC $571 \times 10^6/l$;**
- **MN $534 \times 10^6/l$;**
- PMN $37 \times 10^6/l$;



SBP (-)

- B. bilirubinas - $5,3 \mu\text{mol/l}$;
- T. bilirubinas - $0,4 \mu\text{mol/l}$;
- B. baltymas - 49 g/l ;
- **Albuminas - 24 g/l ;**
- **Gliukozė - $3,91 \text{ mmol/l}$;**
- Kreatininas - $60 \mu\text{mol/l}$;
- Alfa-amilazė - 26 U/l ;
- Trigliceridai - $0,42 \text{ mmol/l}$;



SAAG $<11 \text{ g/l}$ (0 g/l)

Neaiškios kilmės ascitas (2)



Ascito priežastys pagal SAAG

SAAG \geq 11 g/l	SAAG $<$ 11 g/l
Cirozė	Pilvaplėvės karcinomatozė / mezotelioma
Alkoholinis hepatitas	Tuberkuliozė
Kardiogeninis ascitas	Pankreatinis ascitas
Dauginės mts kepenyse	Tulžinis ascitas
Žaibiškas kepenų nepakankamumas	Nefrozinis sindromas
Budd-Chiari sindromas	Jungiamojo audinio liga <i>ANA, ENA, ASMA, anti-dsDNR, anti-KL, anti-β2GP (—)</i>
Vartų venos trombozė	Chiliozinis ascitas
Venų okliuzinė liga	Žarnų obstrukcija/ nekrozė

Neaiškios kilmės ascitas (3)



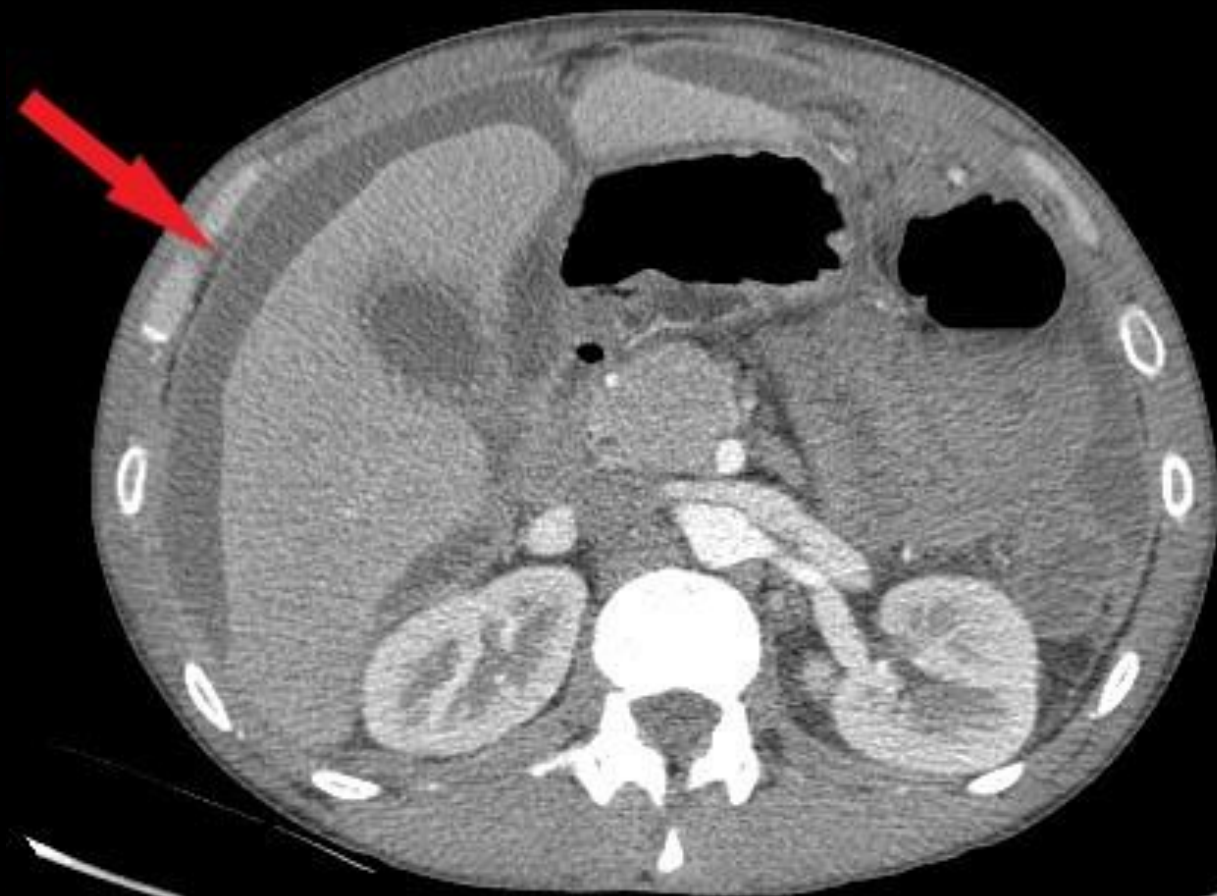
Krūtinės, pilvo ir dubens KT:

Dešinėje pleuros ertmėje iki 1,5 cm storio skysčio ruožas, kairėje pleuros ertmėje - iki 2,5 cm storio inkapsuliuoto skysčio ruožai. **Pleura abipus, labiau kairėje, sustorėjusi iki 0,4 cm.**

Tr. coeliacus, AMS, AMI, inkstų arterijos, v. portae, v. lienalis, v. cava inf. k/m pildosi tolygiai – **trombozės požymių nematyti.**

Pilvo ertmėje gausu aukšto tankio laisvo skysčio, **pilvaplėvė sustorėjusi iki 0,3 cm, kaupia k/m – pagal KT uždegiminė – peritonito požymiai.**

Taukinė suspausta, panašu, kad infiltruota, dėl skysčio – nevertinama. Stebimi **daugybiniai 1,2 x 0,7 cm dydžio l/m paraaortaliai, pasaitė, kepenų vartų srityje bei parailiakaliai.**





Neaiškios kilmės ascitas (4)

Ascito punktatas:

- pasėlyje bakterijos neišaugo;
 - **mikroskopiškai RAB nerasta; BACTEC (-);**
 - navikinių ląstelių nerasta.
-
- **Vėžiniai žymenys:**
 - Ca 125: **263 kU/l** (n<35), CEA 1,6 kU/l (n<5,8);
 - Išliekant ↑ uždegiminiams rodikliams, taikyta empirinė a/b terapija cefuroksimu ir metronidazoliu → Unasyn i/v (CRB 155→42 mg/l).



Neaiškios kilmės ascitas (5)

Diagnostinė laparotomija



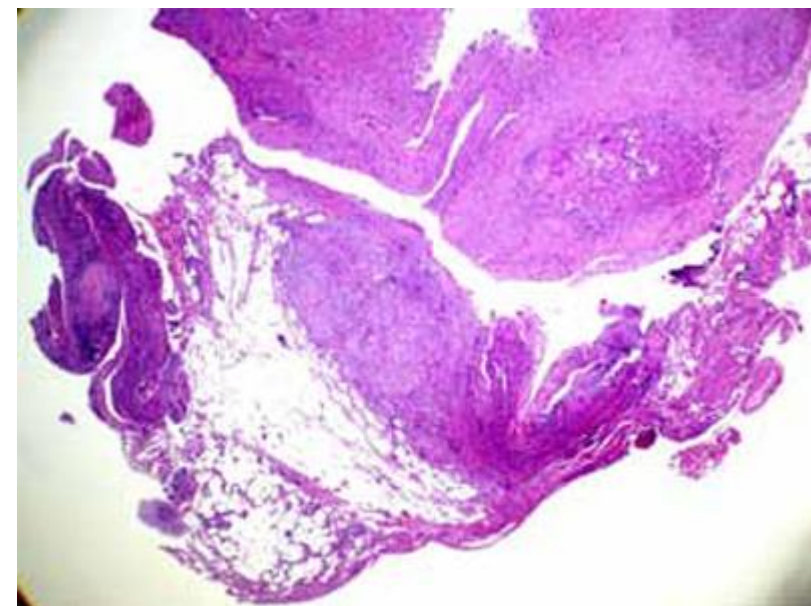
Histologinis tyrimas

Mikroskopinis aprašymas:

Audinių fragmentuose rasta masyvi infiltracija, formuojama kompaktiškai besidėstančių, įvairaus diametro **granuliomų**, kurių daugumos centrinėje dalyje rasti įvairaus pločio nekrozės plotai. Dalyje nekrozės plotų rasti pavieniai **Langhanso tipo, daugiabranduoliai gigantai**. Audiniuose struktūrų, pozityvių ZN histocheminei reakcijai, nerasta.

Išvada/Diagnozė:

Nekrotizuojantis granulomatozinis uždegimas.



Diagnozė – pilvaplėvės tuberkuliozė



- Gydytojų konsiliumo sprendimu pacientas 2018-11-06 tolimesniam gydymui perkeltas į Romainių tuberkuliozės ligoninę, Ekstrapulmoninės tuberkuliozės skyrių.
- Gydytas iki 2019-05-21:
 - 2 mėn. – rifampicinu, izoniazidu, etambutoliu, pirazinamidu;
 - 4 mėn. – rifampicinu, izoniazidu;
 - Gydymo eigoje pilvo skausmas praėjo, pilvo apimtis sumažėjo, CRB ↓ iki 2 mg/l.
 - Išleidžiant rekomenduota tęsti gydymą rifampicinu ir izoniazidu dar 3 mėn.



Pilvaplėvės tuberkuliozė (1)

- Ekstrapulmoninė TB - ~15 % visų TB atvejų (LT, 1996-2008 m.);
- Pilvaplėvės TB - 6,2 % ekstrapulmoninės TB (JAV, 2017 m.);
- Lėtinės TB reaktyvacija / hematogeninis plitimas;
- Formos: šlapioji, fibrozuojanti, inkapsuluota.



Pilvaplėvės tuberkuliozė (2)

- Diagnostika:
 - Anamnezė:
 - persirgta TB, kontaktas su TB;
 - Klinika:
 - ascitas (93%), pilvo skausmas (73%), karščiavimas (58%);
 - Laboratoriniai tyrimai:
 - anemija, normalus leukocitų kiekis, ↑ ENG, ↑ CRB, ↑ CEA, ↑ Ca125;
 - Instrumentiniai tyrimai:
 - pilvo UG / KT: ascitas, l/m, infiltruotas pasaitas, taukinė, pilvaplėvė, sąaugos;
 - Diagnostinė paracentezė:
 - vyrauja limfocitai, SAAG <11 g/l, mikroskopija dėl RAB, pasėlis;
 - Pilvaplėvės biopsija:
 - mikrobiologinis ir histologinis įvertinimas;
- Gydymas:
 - Vaistai, trukmė, schemos – kaip plaučių TB.