



PRIKAZ SLUČAJA: RETROPERITONEALNI APSCES KAO UZROK PLEURALNOG IZLJEVA

BOŽAN M.¹, Nedeljković V.¹, Perković M.¹, Dolenc V.¹, Hađak A.¹, Štrajtenberger M.¹

¹ Specijalna bolnica za plućne bolesti, Zagreb, Croatia
Odjel za respiracijsku insuficijenciju i rehabilitaciju disanja

Objective:

Uvod

Pleuralnim izljevom može se manifestirati preko 50 različitih plućnih, izvanplućnih ili sustavnih poremećaja. Analiza pleuralne tekućine uz diferencijaciju transudata od eksudata prvi je korak u dijagnostici pri čemu eksudativni izljev predstavlja dijagnostički izazov zbog veće raznolikosti uzročnih mehanizama. U do 25% slučajeva dijagnostičkom torakocentezom ne nađe se jasan uzrok.

Ovim slučajem prikazuje se retroperitonealni apsces kao rijedak uzrok pleuralnog izljeva po tipu eksudata.

Prikaz slučaja

61-godišnja bolesnica pregledana je zbog dispneje i febriliteta u trajanju od sedam dana. Inicijalnom



obradom verificiraju se povišeni upalni parametri uz parcijalnu respiracijsku insuficijenciju, radiološki opisan suspektan upalni infiltrat desno i manji pleuralni izljev lijevo. Otprije je poznata anamneza arterijske hipertenzije, preboljelog moždanog udara, operirane moždane aneurizme, histerektomije i adnektomije posljedično karcinomu endometrija. Pri hospitalizaciji modificirana je antibiotska terapija iz amoksicilina i klavulanske kiseline u levofloksacin i azitromicin uz tromboprofilaksu, kroničnu te simptomatsku terapiju. Zbog perzistencije febriliteta učinjen je kontrolni RTG srca i pluća koji prikazuje pleuralni izljev desno do prednjeg okrajka trećeg rebra. Torakocentezom je evakuirano 100 mL gnojnog sadržaja s izoliranim beta-hemolitičkim streptokokom grupe D i brojnim Gram negativnim anaerobnim štapićima posljedično čemu je korigirana antibiotska terapija u meropenem i klindamicin. Dodatnom mikrobiološkom obradom (višestruki brisevi na SARS-CoV-2 i virus influenze, hemokulture, antigen Legionella pneumophila iz urina) ne nađe se specifičnog izolata. Ultrazvukom abdomena pokaže se uvećani desni režanj jetre bez žarišnih lezija, a od tumorskih markera povišen je CA-125. Zbog opsežnosti izljeva, postavljen je pleurokan u desno prsište uz drenažu 1030 mL mikrobiološki sterilnog eksudata, uz citološku predominaciju polimorfonukleara.

Usprkos diskretnom padu upalnih parametara i febriliteta, deveti dan hospitalizacije razvija se bolna kolekcija u području desnog hemiabdomena promjera oko 10 cm. Pod sumnjom na akutni abdomen bolesnica je upućena u tercijarnu ustanovu gdje se dijagnosticira retroperitonealni apsces u području od dijafragme do ingvinuma s infiltracijom desnog mišića iliopsoasa. Usprkos redrezaži desnog prsišta i retroperitoneuma dolazi do progresije apscesa te je učinjena desnostrana hemikolektomija uz formiranje ileostome. Patohistološki se postavi dijagnoza adenokarcinoma kolona uz perforaciju tumora (T3N0M0). Provedeno je adjuvantno kemoterapijsko liječenje uz kasniju uspostavu kontinuiteta crijeva te trajno onkološko praćenje.

Zaključak

Različiti intraabdominalni apscesi mogu uzrokovati pleuralni izljev izazivanjem upalnog odgovora dijafragme što je vjerojatno posljedica opsežnog retroperitonealnog apscesa u ovom slučaju. Obzirom na visoku smrtnost bolesnika od navedenih procesa, djelomično uzrokovanu i neuspješnim ili



zakašnjelim dijagnosticiranjem, u slučaju eksudativnog pleuralnog izljeva s predominantnim polimorfonuklearnim leukocitima, a bez patološkog supstrata u plućnom parenhimu, diferencijalno dijagnostički treba isključiti abdominalno upalno zbivanje.