

## **Bacterascites: A study of clinical features, microbiological findings, and clinical significance**

[Rosalie C. Oey](#), [Henk R. van Buuren](#), [David M. de Jong](#), [Nicole S. Erler](#), [Robert A. de Man](#)

### **Περίληψη άρθρου**

#### **Εισαγωγή & Σκοποί**

Η γνώση πάνω στον βακτηριακό ασκίτη (bacterascites) είναι περιορισμένη και η αντιμετώπιση βασίζεται σε μικρές σειρές ασθενών. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να προσθέσει βαθύτερη γνώση στα κλινικά χαρακτηριστικά, τα μικροβιολογικά ευρήματα και την πρόγνωση ασθενών με βακτηριακό ασκίτη.

#### **Μέθοδοι**

Έγινε αναδρομική ανάλυση των ασθενών με προχωρημένη ηπατική νόσο που διαγνώστηκαν με βακτηριακό ασκίτη και ΑΒΠ μεταξύ Ιανουαρίου 2003 και Αυγούστου 2016.

#### **Αποτελέσματα**

Στην παρούσα μελέτη περιελήφθησαν 123 ασθενείς με 142 επεισόδια βακτηριακού ασκίτη. Το διάμεσο MELD score ήταν 20, ενώ κλινικά συμπτώματα λοίμωξης ήταν παρόντα στο 78% των ασθενών. Εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία ξεκίνησε στο 68% των ασθενών. Μεταξύ 26 ασθενών που δεν έλαβαν θεραπεία και υπεβλήθησαν σε νέα παρακέντηση, 42% διαγνώστηκαν είτε με εμμένοντα βακτηριακό ασκίτη είτε με ΑΒΠ. Η παρουσία σημείων ή συμπτωμάτων λοίμωξης δεν αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα θνητότητας ή αυτόματης λύσης της λοίμωξης. Τα ποσοστά θνητότητας για τον 1ο μήνα και το πρώτο έτος στους 123 ασθενείς που μελετήθηκαν ήταν 32% και 60% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με δεδομένα που αφορούν τη πρόγνωση της ΑΒΠ.

## Συμπεράσματα

Οι ασθενείς με βακτηριακό ασκίτη και ΑΒΠ είναι συγκρίσιμοι ως προς τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου και τη συνολική πρόγνωση. Αν δε θεραπευθεί, ο βακτηριακός ασκίτης είναι πιθανό να επιμείνει ή να εξελιχθεί σε ΑΒΠ σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποστηρίζουν τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την αντιμετώπιση της λοίμωξης του ασκίτικού υγρού, αλλά δεν μπόρεσαν να επιβεβαιώσουν τη προγνωστική σημασία της συμπτωματικής νόσου κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Προτείνουμε ότι ο ουδός έναρξης αντιβιοτικής θεραπείας, ιδίως σε περιπτώσεις προχωρημένης ηπατικής νόσου, θα πρέπει να είναι χαμηλός.

## Σχόλιο άρθρου

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι τα κλινικά -μικροβιολογικά χαρακτηριστικά και η προγνωστική σημασία του βακτηριακού ασκίτη (bacterascites), μιας επιπλοκής του ασκίτη σε ασθενείς με προχωρημένη ηπατική νόσου. Ο βακτηριακός ασκίτης (bacterascites) ορίζεται ως η παρουσία θετικής καλλιέργειας ασκίτικού υγρού, με αριθμό πολυμορφοκυττάρων ασκίτικού υγρού κάτω των 250/μL, απουσία ενδοκοιλιακής, χειρουργικά θεραπεύσιμης εστίας λοίμωξης. Η συχνότητά του σε ασθενείς με κίρρωση και ασκίτη εκτιμάται στο 8-11%, ενώ επικρατέστερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι εκείνος της βακτηριακής μετάθεσης (translocation) από το έντερο ή από εξωεντερικές εστίες. Η απουσία φλεγμονής στο ασκίτικό υγρό παρά την παρουσία μικροβίου, μπορεί να ερμηνευτεί είτε ως πρώιμη φάση ΑΒΠ, είτε ως αυτομάτως λυθείσα λοίμωξη του ασκίτικού υγρού λόγω επάρκειας των αμυντικών μηχανισμών ή λόγω μειωμένης λοιμογόνου ικανότητας των παθογόνων.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της AASLD συστήνουν εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία στους ασθενείς με βακτηριακό ασκίτη, εφόσον συνυπάρχουν συμπτώματα ή σημεία λοίμωξης<sup>1</sup>. Η σύσταση αυτή βασίζεται σε μια μελέτη 36 ασθενών με βακτηριακό ασκίτη και επαναλαμβανόμενες παρακεντήσεις, κατά τις οποίες στο 62% των ασθενών ο βακτηριακός ασκίτης λύθηκε αυτόματα ενώ στο 38% εξελίχθηκε σε

ΑΒΠ<sup>2</sup>. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της EASL συστήνουν επαναλαμβανόμενες παρακεντήσεις σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με βακτηριακό ασκίτη, και θεραπεία στη συνέχεια όσων αναπτύξουν ΑΒΠ<sup>3</sup>.

Στην μεγαλύτερη έως τώρα μελέτη αποκλειστικά ασθενών με βακτηριακό ασκίτη (n=123), οι Oey et al. διερευνούν τα κλινικά και τα μικροβιολογικά χαρακτηριστικά του βακτηριακού ασκίτη. Η πλειονότητα των ασθενών (78%) εμφάνισε ένα ή περισσότερα συμπτώματα/ σημεία λοίμωξης, χωρίς να προκύπτει από τη στατιστική ανάλυση συσχέτιση της ύπαρξης συμπτωμάτων με παράγοντες κινδύνου ή βαρύτερη πρόγνωση. Ως προς τη μικροβιολογία συχνότερα απομονούμενα παθογόνα ήταν οι Σταφυλόκοκκοι (43%) και ακολουθούσαν οι Στρεπτόκοκκοι (17%), οι Εντερόκοκκοι (14%) και η E.Coli (11%). Πολυανθεκτικά παθογόνα απομονώθηκαν σε έναν στους 4 ασθενείς, με συχνότερα απαντώμενα τους Ανθεκτικούς στη Μεθικιλίνη Σταφυλοκόκκους και τα ESBL βακτήρια. Ως προς την πρόγνωση του βακτηριακού ασκίτη η παρούσα μελέτη αναδεικνύει εξαιρετικά δυσμενή πρόγνωση των ασθενών αυτών (θνητότητα 1 μήνα: 36%, 3 μηνών: 56%, 6 μηνών: 62%, 1 έτους: 66%), η οποία είναι συγκρίσιμη με την πρόγνωση της Αυτόματης Βακτηριακής Περιτονίτιδας). Ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης στους 3 μήνες ανεδείχθη στην ανάλυση το MELD score.

Το κλινικό ερώτημα που προκύπτει από την αναδρομική μελέτη αφορά το κατά πόσο θεραπεύουμε το βακτηριακό ασκίτη ή τον παρακολουθούμε με παρακεντήσεις. Στην παρούσα μελέτη, τα 2/3 των ασθενών έλαβαν αντιβιοτική θεραπεία, ενώ στο άλλο 1/3 που δε θεραπεύτηκε, στις μισές περίπου περιπτώσεις εξ αυτών ο βακτηριακός ασκίτης, είτε επέμενε είτε εξελίχθηκε σε ΑΒΠ. Δεδομένης της βαριάς πρόγνωσης του βακτηριακού ασκίτη, και της απουσίας συσχέτισης της έκβασης με την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων, οι ερευνητές συστήνουν χαμηλό ουδό έναρξης αντιβιοτικής θεραπείας στο βακτηριακό ασκίτη, ιδίως σε ασθενείς με υψηλό MELD score. Απαιτούνται ωστόσο προοπτικές μελέτες προκειμένου να καθορισθεί τόσο η φυσική ιστορία, η πρόγνωση, όσο και η βέλτιστη διαγνωστική και θεραπευτική στρατηγική του βακτηριακού ασκίτη.

**Link άρθρου:** <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/liv.13929>

### **Σχετική Βιβλιογραφία:**

1. Runyon BA, Aasld. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. *Hepatology*. 2013;57(4):1651-1653.
2. Runyon BA. Monomicrobial nonneutrocytic bacterascites: a variant of spontaneous bacterial peritonitis. *Hepatology*. 1990;12(4 Pt 1):710-715.
3. European Association for the Study of the L. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol*. 2010;53(3):397-417.

**Αστέριος Ι. Σαΐτης**

**Παθολόγος**

**Υποψήφιος Διδάκτωρ**

**Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο**

**Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**