

Σκωληκοειδίτις από *Yersinia Pseudotuberculosis*

A. Ισμαήλου-Παράση

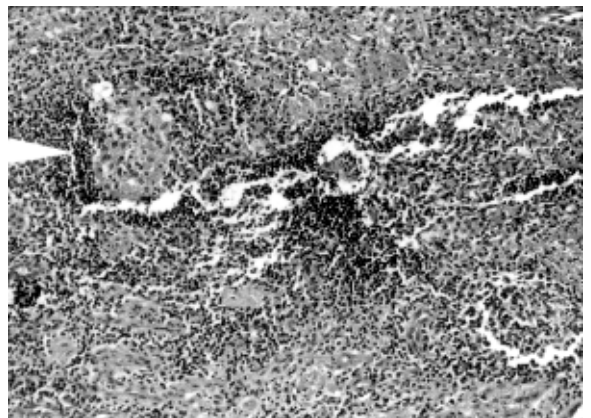
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Πρόκειται για γυναίκα 22 ετών, που προσέρχεται με άλγος, σύσπαση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, πυρετό και λευκοκυττάρωση και νοσηλεύεται σε γυναικολογική κλινική με υπόνοια εξαρτηματίτιδας. Στην ερευνητική λαπαροτομία διαπιστώνεται πλαστρόν της σκωληκοειδούς αποφύσεως, η οποία εξαιρείται. Μακροσκοπικά, η σκωληκοειδής απόφυσις έχει μήκος 8 εκ. και διάμετρο 1,5 εκ. και συμφύεται στερεά με το μεσεντερίδιο. Στις διατομές παρατηρείται στένωση του αυλού της με φαιό περιεχόμενο και σχισμοειδής κοιλότητα, παρά το κορυφαίο άκρο της.

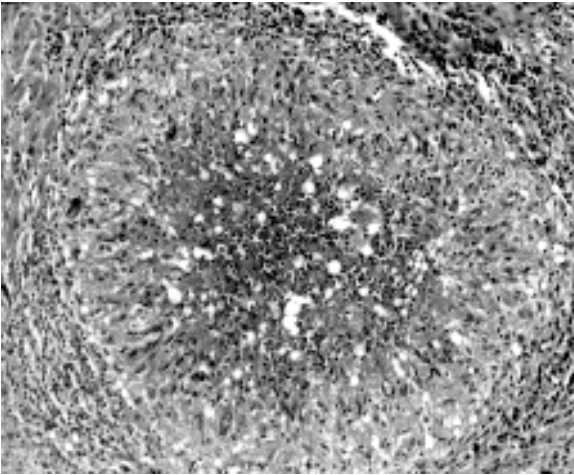
Μικροσκοπικά, ο αυλός της σκωληκοειδούς είναι εστενωμένος από την έντονη υπερπλασία των λεμφοζιδίων, που εμφανίζουν διογκωμένα βλαστικά κέντρα και ο βλεννογόνος πυκνά φλεγμονωδώς διηθημένος, με μικρές, αφθώδεις, ελκώσεις και έξοδο πυωδών στοιχείων προς τον αυλό. Η φλεγμονώδης διήθηση εισδύει βαθιά στο τοίχωμα, με τάση σχηματισμού σχισμών και εκτείνεται μέχρι το μεσεντερίδιο, όπου αναπτύσσεται αποστηματική κοιλότητα. Διακρίνεται μέχρι επιγενής φλεγμονώδης διήθηση του τοιχώματος αγγειακών κλάδων (αγγειίτις). Αρκετά μικροαποστημάτια ανευρίσκονται στο τοίχωμα της σκωληκοειδούς, κατά τόπους με πασσαλιδωτά διατασσόμενα ιστοκύτταρα στην περιφέρεια. Ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι η παρουσία σ' όλο το πάχος του

τοιχώματος υποτυπωδών ή και σαφών κοκκιωμάτων από επιδηλιοειδή ιστοκύτταρα και σπάνια γιγαντοκύτταρα τύπου Langhans ή ξένων σωμάτων, με συνοδό λεμφοκυτταρική διήθηση. Αυτά κατά τόπους αναπτύσσονται χαρακτηριστικά μέσα σε λεμφοζίδια (Εικ. 1), σπανιότερα εμφανίζουν ρευστοποιό νέκρωση και μεμονωμένο περικλείει κεντρικά μικροαποστημάτιο (Εικ. 2).

Τα όλα ευρήματα επιβάλλουν τη ΔΔ μεταξύ κοκκιωματωδών φλεγμονωδών επεξεργασιών και κυρίως φυματιώσεως, νόσου Crohn και λοίμωξης από *Yersinia*. Όμως η χαρακτηριστική εντόπιση των κοκκιωμάτων στα βλαστικά κέντρα, η ρευστοποιός αντί τυροειδούς νέκρωση και κυρίως η κεντρική διαπύηση των κοκκιωμάτων θεωρούνται στοιχεία ενδεικτικά προ-



Εικόνα 1: Λεμφοζίδιο που περικλείει κοκκίωμα από επιδηλιοειδή ιστοκύτταρα (βέλος) A-H x 100.



Εικόνα 2. Ευμέγεθες κοκκίωμα με ρευστοποιό νέκρωση και κεντρική διαπύηση. A-Hx100.

σβολής από *Yersinia*. Έτσι συνιστάται ο προσδιορισμός σχετικού τίτλου αντισωμάτων, που αποδίδει ενδεικτικός πρόσφατης προσβολής από *Yersinia Pseudotuberculosis*.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Φλεγμονώδεις εντερίτιδες, που οφείλονται σε στελέχη *Yersinia* παρουσιάζονται με αυξημένη συχνότητα τα τελευταία χρόνια, έχουν οικουμενικό χαρακτήρα και σχετίζονται με κακές υγειονομικές συνθήκες. Αιτιολογικοί παράγοντες είναι: η *Yersinia Enterocolitica* (παιλαιότερα *Pasteurella Pseudotuberculosis*) και η *Yersinia Pseudotuberculosis*, που περιλαμβάνει τις 6 ορολογικές ομάδες. Η νόσος μεταδίδεται με μολυσμένη τροφή ή νερό και από άτομο σε άτομο, προσβάλλει συχνότερα παιδιά, ηλικίας κάτω των 5 ετών και νέους. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν διάρροια και πυρετό και λιγότερο από 10% πρόσμιξη αίματος στα κόπρανα. Άλλες φορές προέχει το κοιλιακό άλγος και λόγω της εντοπίσεως της ευαισθησίας στο δεξιό λαγόνιο βόδρο και της μεγάλης λευκοκυτταρώσεως, οι ασθενείς υφίστανται συχνά λαπαροτομία και σκωληκοειδεκτομή. Εγχειρητικά, διαπιστώνεται συχνότερα μεσεντέρια λεμφαδενίτις, που μπορεί να συνοδεύεται από τελική ειλεΐτιδα, σπανιότερα από σκωληκοειδίτιδα και ακόμη σπανιότερα από προσβολή του τυφλού και ανιόντος κόλου και περιτονίτιδα. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί, ότι οι περισσότερες περιπτώσεις μεσεντέριας

λεμφαδενίτιδας δεν οφείλονται σε *Yersinia*, αλλά σε άλλους βακτηριακούς ή ιογενείς παράγοντες. Της εντερικής φλεγμονής συχνά προηγείται η προσβολή της ανώτερης αναπνευστικής ή πεπτικής οδού (φαρυγγίτιδα, αμυγδαλίτιδα, επιχώρια λεμφαδενίτιδα). Η προσβολή του εντερικού βλεννογόνου και κυρίως των παύερειων οδών (PP) θεωρείται επιγενής, από κατάποση, όμως υπάρχουν ενδείξεις και σηψαιμικής προσβολής του. Σε μικρότερο αριθμό περιπτώσεων, κυρίως επί *Yersinia Enterocolitica*, έχει εμφανισθεί εκτεταμένη προσβολή του ΓΕΣ από το στόμαχο μέχρι το κόλον, με ανάπτυξη διάσπαρτων ελκώσεων και συνεπεία αυτών υποπρωτεϊναιμία, καθώς και άλλες συστηματικές εκδηλώσεις όπως σηπτική αρθρίτις, οζώδες ή διάχυτο ερύδημα, οξεία ή χρόνια ηπατική βλάβη και βαρεία, ακόμη και θανατηφόρος σηψαιμία (επί αυξημένου Fe ορού).

Μακροσκοπικά, οι μεσεντέριοι λεμφαδένες, συνήθως της ειλεοτυφλικής περιοχής συμφύονται, είναι διογκωμένοι, μαλθακοί, ερυθρόφαιοι και μπορεί να περικλείουν μικροαποστημάτια. Ο τελικός ειλεός, η σκωληκοειδής, το τυφλό και το ανιόν μπορεί να εμφανίζουν οίδημα, υπεραϊμία, πάχυνση των PP και εξελκώσεις, χωρίς πάντως στοιχεία χρονιότητας. Έτσι σπάνια απαιτείται χειρουργική εκτομή, λόγω στενώσεων ή επιμόνων ελκώσεων.

Ιστολογικά, δεν αναφέρονται σαφείς διαφορές μεταξύ των αλλοιώσεων, που προκαλούνται από *Yersinia Enterocolitica* και *Pseudotuberculosis* και έτσι η ακριβής διάγνωση βασίζεται στα αποτελέσματα των καλλιεργειών και των ορολογικών τεστ. Πάντως, η παρουσία κοκκιωματώδους αντίδρασης τονίζεται επί *Y.Ps*. Αναλυτικότερα, σε μία σειρά 70 περιπτώσεων, με ορολογικά αποδεδειγμένη λοίμωξη από *Y. Ps* και σκωληκοειδεκτομή σε 18 περιπτώσεις, βρέθηκαν οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της νόσου μόνο σε 7 σκωληκοειδείς. Αυτές περιγράφονται να αναπτύσσονται σε 4 στάδια. Το πρώτο χαρακτηρίζεται από διάχυτη λεμφοζιδιακή υπερπλασία με διόγκωση των βλαστικών κέντρων, το δεύτερο από διάχυτη ιστοκυτταρική υπερπλασία και το τρίτο από παρουσία κοκκιωμάτων. Αυτά εμφανίζονται στους μεν λεμφαδένες στην παραφλοιώδη κυρίως ζώνη, στη δε σκωληκοειδή και στις PP, κυρίως στα βλαστικά κέντρα των λεμφοζιδίων και τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Στο τέταρτο στάδιο, εμφανίζεται κεντρική ρευστοποιός νέκρωση και διαπύηση, που μπορεί να οδηγήσει σε εξέλ-

κωση. Ο διατηρούμενος βλεννογόνος μπορεί να εμφανίζει υπερπλασία του επιθηλίου των κρυπτών. Σπανιότερα, παρατηρείται πασσαλιδωτή διάταξη των ιστιοκυττάρων γύρω από αποστημάτια, όπως επί ν. εξ ονύχων γαλής και αφροδισίου λεμφοκοκκιώματος. Η ανάπτυξη αγγειΐτιδας και περισκωληκοειδικού αποστήματος, όπως στην περίπτωση μας, περιγράφεται και βιβλιογραφικά και αποδίδεται στην επέκταση της φλεγμονής διά του τοιχώματος ή του τελικού ειλεού.

Η ιστολογική ΔΔ περιλαμβάνει: τη ν. Crohn, που συνηδέστερα προσβάλλει νέους ενήλικες και όχι παιδιά, εμφανίζει συνήθως στοιχεία χρονιότητας, ανάπτυξη σχισμών και κυρίως κοκκιώματα χωρίς νέκρωση ή κεντρική διαπύση. **Τη φυμαιώδη εντερΐτιδα** με τυροειδή νέκρωση στα κοκκιώματα και παρου-

σία αφδόνων γιγαντοκυττάρων Langhans. Πάντως, βιβλιογραφικά αναφέρεται αδυναμία ΔΔ από τον τύπο V της Υ.ΡS, την **σαρκοείδωση**, σπανιότατη στον πεπτικό σωλήνα και πάντοτε επί συστηματικής νόσου, παρασιτώσεις, (σχιστοσωμίαση), εν τω βάθει μυκώσεις (βλαστομύκωση, ιστοπλάσμωση), γενικευμένες λοιμώξεις, όπως τουλαραιμία και βρουκέλλωση και τέλος **τον τυφοειδή πυρετό**, που χαρακτηρίζεται ιστολογικά από ιστιοκύτταρα ειδικής μορφολογίας και απουσία κοκκιωμάτων.

Η **διάγνωση** της νόσου βασίζεται στα ενδεικτικά ιστολογικά ευρήματα, όμως τίθεται με ασφάλεια μόνο μετά καλλιέργεια κοπράνων, αίματος, προσβεβλημένων μεσεντερίων λεμφαδένων, σκωληκοειδούς, ενδοσκοπικά ληφθέντος υλικού ή με την ανεύρεση τίτλου αντισωμάτων στον ορό μεγαλύτερου του 1:512.

SUMMARY

Acute appendicitis due to Yersinia Pseudotuberculosis. Case report. Parasi-Ismailou C.

Pathology Department Gen. Hospital Nikea, Piraeus.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Maraghi NR, Mair NS: Histopathology of enteric infection with Yersinia Pseudotuberculosis. AJCP 1979, 71:6, 631-639.
2. Bradford WB, Noce PS, Gutman LT, Durham NC: Pathologic features of Enteric Infection with Yersinia enterocolitica. Arch Pathol 1974, 98:17-22.
3. Gutman LT, Ottesen EA, Quan TJ, et al: An inter-familial outbreak of Yersinia enterocolitica enteritis. N Engl J Med 1973, 288:1372.
4. Generalized Yersinia enterocolitica infection. J Infect Dis 1975, 131:447.
5. Gleason TH, Patterson SD: The Pathology of Yersinia enterocolitica ileocolitis. Am J Surg Pathol 1982, 6:347-355.
6. Saebo A, Lassen J: Acute and Chronic liver disease associated with Yersinia enterocolitica infection: a Norwegian 10-year follow up of 458 hospitalized patients. J Intern Med 1992, 231(5):531-5.
7. Tak PP, Kluin PM, et al. A young man with fever, splenomegaly, hepatic granulomas and lymphocytic bone marrow infiltrates. Ann Hematol 1993, 66(2):97-102.
8. Okamura S, Ohashi S, et al: [A case of Yersinia enterocolitis diagnosed by culture of the biopsy specimen taken through colonofiber scope]. Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi 1993, 90(2):169-72.
9. Mantle M, Atkins E, et al: Effects of Y.E. infection on rabbit intestinal and colonic goblet cells and mucin: Morphometrics, histochemistry and biochemistry. Gut 1991, 32(10):1131-8.