

case study รายงานผู้ป่วยเด็ก 1 รายที่มีฝีในตับ

ณัฐฤตา ไชยศิลป์, เสาวนีย์ เกิดดอนแฝก

โรคฝีในตับ เป็นโรคที่พบบได้น้อยในเด็ก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตได้ อุบัติการณ์ในประเทศไทยยังไม่แน่ชัด โดยทั่วไปมักพบชนิด pyogenic liver abscess รองลงมาคือ amoebic liver abscess บทความนี้นำเสนอรายงานผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 13 ปี มาด้วยอาการเจ็บใต้ชายโครงขวา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ก่อนหน้ามีประวัติถ่ายเหลวและมีไข้ 12 วันก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคฝีในตับโดยพบจากการทำ CT whole abdomen ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการใส่สายระบายฝีในตับ ในวันที่ 6 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูงขึ้น พบว่ามีภาวะ right pleural effusion แพทย์จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะร่วมกับทำ intercostal drainage จากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น และได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ไข้ลดลง ขนาดของฝีในตับและน้ำในช่องอกลดลง

คำสำคัญ : โรคฝีในตับ, Pyogenic liver abscess, Amoebic liver abscess, *Entamoeba histolytica*

บทนำ

โรคฝีในตับ (liver abscess) เป็นโรคที่พบบได้น้อยในเด็ก⁽¹⁾ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้การติดเชื้อแพร่กระจายเข้ากระแสเลือด และมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต⁽²⁾ อุบัติการณ์ของโรคฝีในตับ ประมาณ 2.3/100,000⁽³⁾ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ยังไม่แน่ชัด จากข้อมูลในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2565 พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคฝีในตับทั้งหมด 3 คน โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปี, 62 ปี และ 78 ปี ไม่เคยมีผู้ป่วยที่เป็นเด็กมาก่อน

อุบัติการณ์ของโรคฝีในตับที่พบในเด็กประมาณ 10/100,000⁽⁴⁾ ส่วนใหญ่เป็นชนิด pyogenic liver abscess (PLA) คิดเป็นร้อยละ 80 ของการติดเชื้อของโรคฝีในตับทั้งหมด⁽⁵⁻⁷⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาโรคนี้พบมากในประเทศอินเดีย มีรายงานอุบัติการณ์ 79/100,000⁽⁸⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา 15.3/100,000 และอัตราการตาย (mortality rate) คิดเป็นร้อยละ 0.8⁽⁹⁾ โรคฝีในตับมักเกิดที่ตับกลีบขวา เนื่องจากเป็นส่วนที่มีขนาดใหญ่ และเลือดไปเลี้ยงมาก⁽¹⁰⁾ เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคมักพบเป็น polymicrobial, mixed enteric facultative และ anaerobic โดยมักตรวจไม่พบเชื้อ anaerobic bacteria เนื่องจากการ

เพาะเชื้อทำได้ยาก⁽¹⁵⁾ ส่วน amoebic liver abscess (ALA) ในเด็กพบบได้น้อยมาก⁽¹¹⁾ ส่วนมากพบที่ประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นไทย อินเดีย อียิปต์ และอเมริกาใต้⁽¹²⁾ และพบว่าน้อยกว่าร้อยละ 1 เป็นการติดเชื้อ *Entamoeba histolytica*⁽¹³⁾ ลักษณะของโรคจะพบเป็น solitary subcapsular mass⁽¹⁴⁾ ที่ตับกลีบขวาส่วนล่างร้อยละ 70-80, อาการนำส่วนใหญ่มาด้วยไข้ (ร้อยละ 90) และปวดท้อง (ร้อยละ 50-75)⁽¹⁵⁾ โดยปวดท้องอยู่ที่ตำแหน่งด้านขวาบน อาการอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอ่อนเพลีย⁽¹⁰⁾ ในผู้ป่วย ALA อาจนำมาด้วยอาการท้องเสีย แต่พบบได้น้อยกว่า 1/3 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹⁴⁾

ปัจจัยที่ทำให้เกิด liver abscess ได้แก่ immunocompromised host, chronic malnutrition, chronic granulomatous disease, sickle cell disease⁽¹⁶⁾ ส่วน immunocompetent host มักเกิดตามหลัง peritonitis จากการแพร่กระจายโดยตรง ทำให้เชื้อแพร่เข้าไป portal circulation ได้แก่ perforated appendicitis, intestinal infection, direct spreading จาก biliary infection หรือแพร่กระจายเข้าเส้นเลือดของเชื้อแบคทีเรีย⁽¹⁰⁾ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ การที่หนองจากก้อนฝีในตับแตกทะลุเข้าไปในเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ⁽⁴⁾

แต่เป็นภาวะที่พบได้น้อย จากการศึกษาของ Jun CH และคณะ ในเกาหลีใต้พบภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ร้อยละ 3.8 โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 602 คน⁽¹⁷⁾ และพบว่าก้อนฝีที่มีขนาดใหญ่กว่า 6 เซนติเมตร ร่วมกับภาวะตับแข็งคือ ปัจจัยความเสี่ยงหลักในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 13 ปี ภูมิลำเนา อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

อาการสำคัญ ปวดท้อง และเจ็บใต้ชายโครงขวา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

อาการปัจจุบัน 12 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ถ่ายเหลว 3 ครั้งต่อวัน มาโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยเป็น acute gastroenteritis ได้ยาปฏิชีวนะรับประทาน (norfloxacin) เป็นเวลา 5 วัน อาการถ่ายดีขึ้น แต่ยังมีไข้ และปวดท้อง

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บใต้ชายโครงข้างขวา ร่วมกับมีปวดท้องด้านขวาล่างเวลาขยับตัวและมีไข้สูงขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว แข็งแรงดี มาตลอด ไม่มีประวัติเบื่ออาหาร ไม่มีประวัติน้ำหนักลด ไม่มีอาการปวดท้องหรือท้องเสียเรื้อรัง ไม่มีประวัติสัมผัสวันโรค ชอบรับประทานอาหารดิบ เช่น กุ้งเต้นสด ยำปูม้าสด ชกเล็กหนู และชอบเล่นน้ำในคลอง

ตรวจร่างกายแรกรับ

Vital sign: BT 38.5 °C, PR 128/min, RR 24/min, SpO₂ 98% (RA), BP 130/83 mmHg, BW 44 kg (P25-50), Height 149 cm (P10-25)

General appearance: good consciousness, well co-operative, no jaundice, no pallor

HEENT: no dry lips, no sunken eyeball

Heart: normal S1S2, no murmur

Lung: decreased breath sound at right lower lung, no adventitious sound

Abdomen: soft, tender at McBurney's point and

right abdomen, Fist's test positive, no rebound tenderness, no guarding, no hepatomegaly, no splenomegaly

Impression: Acute appendicitis with complication

Management: NPO, intravenous fluids, consult surgery

การดำเนินโรคในโรงพยาบาล

Day 1 of admission

ผลตรวจ complete blood count (CBC) พบ Hb 10.9 g/dL, WBC 20,500 cell/cu mm, N 70, L 20, E1, Mo 8, platelet 882,000 cell/cu mm, liver function test (LFT) พบว่ามีผลผิดปกติดังนี้ AST 53 , ALT 72 U/L ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบความผิดปกติ (รูปที่ 1) ทำการตรวจเพิ่มเติม CT whole abdomen พบ mild hepatomegaly with a 7.4x6.0x7.6-cm thick rim-enhancing, hypodense lesion with double target sign in hepatic segment V and VI, likely liver abscess, multiple tiny gallstones or sandstones in gallbladder. No acute cholecystitis., A 0.9-cm appendicolith in normal air-filled appendix. No acute appendicitis. (รูปที่ 2)



รูปที่ 1 แสดงลักษณะ chest x-ray ปอดปกติ

จากผล chest X-ray พบมี right pleural effusion คิดถึง complication จาก liver abscess จึงได้ปรับยาปฏิชีวนะเป็น piperacillin-tazobactam และส่ง CT chest with contrast เพิ่มเติม พบ right pleural effusion (about 3.9-cm in maximal thickness) with lobulated contour at dependent portion. Associated passive atelectasis of RLL and plate-like atelectasis of RUL, RML can be seen. There is no lung infiltration or nodule. An ill-defined hypodense lesion with internal PCD at right hepatic lobe is about 4.6 cm. (ดังรูปที่ 6 และ 7)



รูปที่ 6, 7 แสดง right pleural effusion

ปริกษาศัลยกรรมได้ทำการใส่ intercostal drainage ได้ pleural fluid สี orange-cloudy ปริมาณ 5 cc, RBC 255,000 cell/cu mm, WBC 4,500 cell/cu mm (N 63, M 37%), pH 9.0, glucose 43 mg/dL, total protein 6.1 g/dL,

LDH 2827 U/L คิดสัดส่วนของ pleural protein/serum protein 0.7, pleural LDH/serum LDH 10.24 ลักษณะเข้าได้กับ exudative pleural effusion (Light's criteria), pleural gram stain, culture ไม่พบการติดเชื้อ, wet smear for parasite ไม่พบการติดเชื้อ หลังจากทำการ drainage ไข่ลดลงดี มีการตรวจติดตาม CT chest and upper abdomen (day 13 of admission) พบ slightly decrease right lobulated pleural effusion (3.0 cm in thickness), decrease size of a liver abscess with internal PCD insertion 1.4x2.6x2.1cm (from 7.4x6.0x7.6-cm)

วิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้ สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวมาก่อน มาด้วยปวดชายโครงข้างขวา และมีไข้แบบ subacute fever ประวัติเพิ่มเติม ชอบทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และเล่นน้ำคลอง วินิจฉัยเป็น liver abscess ได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ gram negative และ anaerobic bacteria ร่วมกับการทำ percutaneous drainage หนองที่ดับแล้ว ต่อมาพบมีไข้ขึ้นใหม่ ตรวจพบ complication คือ pleural effusion โดยจากการศึกษา McDonald MI และคณะ พบว่า chest imaging จะมีกระบังลมขยับสูงขึ้นและพบฝ้าขาวบริเวณฐานปอดขวา หรือพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้ (ร้อยละ 25-35)⁽¹⁸⁾ ในผู้ป่วยรายนี้ ตรวจ CT whole abdomen พบ rim-enhancing hypodense lesion with double target sign ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของ liver abscess แต่ไม่สามารถแยกชนิดว่าเป็น PLA และ ALA จากภาพ imaging⁽¹⁹⁾ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ผล serology พบ *E. histolytica* positive, แต่ liver pus gram stain พบ gram-negative cocci, pus culture ไม่พบเชื้อ โดยจากการศึกษาของ Kaplan GG และคณะพบผู้ป่วย liver abscess มีผลเพาะเชื้อขึ้นได้เพียงร้อยละ 50 และในบางรายอาจไม่พบเชื้อเลยก็เป็นได้เนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (norfloxacin) มาก่อนเช่นกัน การตรวจ stool exam for parasite, pus exam for parasite ไม่พบการติดเชื้อ (ความไวร้อยละ 60)⁽³⁾ จากการ

ศึกษาพบว่าการตรวจ microscopy for trophozoites ก็พบได้เพียงร้อยละ 20 เท่านั้น⁽¹⁴⁾ การตรวจแยกเชื้อ ALA ที่น่าเชื่อถือได้แก่ การส่ง serology and antigen detection พบมีความไวและความจำเพาะร้อยละ 95⁽²⁰⁾ แต่ในพื้นที่ที่เป็น endemic area ประชากรมากกว่าร้อยละ 35 พบ anti-amebic antibodies positive จากการที่เคยติดเชื้อมาก่อนแล้ว⁽²¹⁾ เพราะฉะนั้น การตรวจ serology ผลเป็นลบสามารถตัดโรคออกได้ แต่ถ้าเป็นบวก จะไม่สามารถแยกแยะระหว่างกำลังติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อมาก่อนได้⁽²²⁾ การตรวจ DNA PCR จาก liver abscess มีความไวและความจำเพาะเกือบร้อยละ 100 ถึงแม้การตรวจแบบ PCR จะมีประสิทธิภาพสูง แต่การส่งตรวจยังไม่แพร่หลายมากนักในประเทศไทย และในผู้ป่วยรายนี้ถึงผล serology for *E. histolytica* positive แต่อยู่ใน endemic area อาจพบผลบวกได้ จึงสรุปไม่ได้แน่ชัดว่าเป็นเชื้อก่อโรคชนิดใด เพราะฉะนั้นในผู้ป่วยรายนี้จึงทำการรักษาควบคู่ทั้ง ameobic liver abscess และ pyogenic liver abscess โดยการรักษาต้องพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อทั้ง streptococci, enteric gram-negative bacilli และ anaerobes รวมทั้งอาจพิจารณาครอบคลุม *E. histolytica* ด้วย⁽¹⁰⁾ และถึงแม้ว่าจะทราบผลเพาะเชื้อแล้ว ระยะเวลาของการให้ยาแนะนำให้ 4-6 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยที่ระบายนองได้ดี และตอบสนองต่อการรักษาดี พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด 2-4 สัปดาห์ แต่ในผู้ป่วยที่ระบายนองได้ไม่ดี แนะนำให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด 4-6 สัปดาห์ การรักษาอาจเปลี่ยนเป็นยารับประทานต่อจนครบได้ โดยพิจารณาให้เหมาะสมต่อเชื้อที่พบ แต่ถ้าหากผล culture ไม่พบ สามารถเลือกใช้ amoxycillin-clavulanate หรือ fluoroquinolone ร่วมกับ metronidazole ได้⁽¹⁰⁾ ในผู้ป่วยรายนี้ รักษาโดยการให้ ceftriaxone ประมาณ 1 สัปดาห์ ต่อด้วย piperacillin-tazobactam เป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ และต่อด้วยยารับประทาน amoxycillin-clavulanate อีก 2 สัปดาห์ (รวมยาปฏิชีวนะทั้งหมดประมาณ 5 สัปดาห์), metronidazole หลอดเลือดเป็นเวลา 2 สัปดาห์และต่อด้วยยารับประทาน 2 สัปดาห์

การพิจารณาทำ surgical drainage ในผู้ป่วย PLA ขึ้นอยู่กับขนาดและจำนวนของฝีในตับ ถ้าเป็น single, unilocular และขนาด ≤ 5 เซนติเมตร พิจารณาการใส่ percutaneous drainage with catheter หรือ needle aspiration ก็ได้ แต่ถ้าขนาด ≥ 5 เซนติเมตร แนะนำ percutaneous drainage with catheter มากกว่า needle aspiration โดยใส่ catheter นานจนกว่าขนาด liver abscess เล็กลง (โดยทั่วไปมักนานมากกว่า 7 วัน) จากการศึกษาพบว่า การทำ percutaneous drainage with catheter จะสามารถลดระยะวันนอนโรงพยาบาลได้มากกว่าการทำ needle aspiration⁽²³⁾ แต่ถ้าเป็น ALA การระบายหนองไม่ได้เป็นหลักในการรักษาที่สำคัญ ยกเว้นว่าอาจมี complication เช่น cyst rupture หรือไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการรักษาแบบควบคู่ เนื่องจากฝีมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร จึงพิจารณาใส่ percutaneous drainage with catheter โดยใส่ percutaneous drainage เป็นเวลาทั้งสิ้น 16 วัน

หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านทานยาปฏิชีวนะจนครบ 14 วัน ได้นัดติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยสบายดี ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ทานอาหารได้ปกติ ติดตามค่า liver function อยู่ในเกณฑ์ปกติ และผล U/S upper abdomen: inhomogeneous hypoechoic lesion size 2.7x2.3 cm. มีขนาดเล็กลง

สรุป

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 13 ปี มาด้วยอาการไข้ ปวดใต้ชายโครงขวา วินิจฉัยเป็น liver abscess ซึ่งเป็นโรคที่พบไม่บ่อยโดยเฉพาะในเด็ก หากผู้ป่วยมาด้วยอาการดังกล่าว ควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ตามมา การตรวจร่างกายร่วมกับการ imaging สามารถช่วยวินิจฉัยได้ แต่ผลเลือด และผลเพาะเชื้ออาจไม่สามารถแยก pyogenic liver abscess และ amoebic liver abscess ออกจากกันได้อย่างชัดเจน เพราะฉะนั้นในผู้ป่วยรายนี้จึงพิจารณารักษาแบบควบคู่

เอกสารอ้างอิง

1. Vanni LA, Lopez PB, Porto SO. Solitary pyogenic liver abscess in children. JAMA Pediatr. 1978;132:1141-2.
2. Czerwonko ME, Huespe P, Bertone S, et al. Pyogenic liver abscess: Current status and predictive factors for recurrence and mortality of first episodes. The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association. 2016;18:1023-1030.
3. Kaplan GG, Gregson DB, Laupland KB. Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. Clin Gastroenterol Hepatol. 2004 ; 2: 1032-8.
4. Robert M. Kliegman. Nelson textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020.
5. Hendricks MK, Moore SW, Millar AJ. Epidemiological aspects of liver abscesses in children in the Western Cape Province of South Africa. J Trop Pediatr. 1997 ; 43: 103-105.
6. Guittet V, Ménager C, Missotte I, Duparc B, Verhaegen F, Duhamel JF. Hepatic abscesses in childhood: retrospective study about 33 cases observed in New-Caledonia between 1985 and 2003. Arch Pediatr. 2004; 11: 1046- 1053.
7. Moore SW, Millar AJ, Cywes S. Conservative initial treatment for liver abscesses in children. Br J Surg. 1994; 81: 872-874.
8. Kumar A, Srinivasan S, Sharma AK. Pyogenic liver abscess in children - South Indian experiences. J Pediatr Surg. 1998;33: 417-421.
9. Thavamani A, Umapathi KK, Khatana J, Roy A, Augustin T, Radhakrishnan K. Incidence Trends, Comorbidities, and Outcomes of Pyogenic Liver Abscess Among Children: A Nationwide Population-based Analysis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;71: 106-111.
10. Joshua Davis. Pyogenic liver abscess. [Internet]. 2020 Aug. [cited 2022 Aug 20]. Available from <https://www.uptodate.com/contents/pyogenic-liver-abscess>
11. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. N Engl J Med. 2003; 348:1565-1573.
12. Salles JM, Moraes LA, Salles MC. Hepatic amebiasis. Braz J Infect Dis. 2003 ; 7: 96-110.
13. Wells CD, Arguedas M. Amebic liver abscess. South Med J. 2004; 97: 673-682.
14. Karin Leder. Extraintestinal Entamoeba histolytica amebiasis. [Internet]. 2022. [cite 2022 Aug 28]. Available from <https://www.uptodate.com/contents/extraintestinal-entamoeba-histolytica-amebiasis/print>
15. Huang CJ, Pitt HA, Lipsett PA, et al. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years. Ann Surg 1996; 223:600.
16. Waghmare M, Shah H, Tiwari C, Khedkar K, Gandhi S. Management of Liver Abscess in Children: Our Experience. Euroasian J Hepatogastroenterol. 2017;7:23-26.
17. Jun CH, Yoon JH, Wi JW, et al. Risk factors and clinical outcomes for spontaneous rupture of pyogenic liver abscess. J Dig Dis 2015; 16:3.
18. McDonald MI, Corey GR, Gallis HA, Durack DT. Single and multiple pyogenic liver abscesses. Natural history, diagnosis and treatment, with emphasis on percutaneous drainage. Medicine (Baltimore) 1984; 63:291.
19. Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, et al. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. Trop Med Int Health 2004; 9:718.
20. Digamber Chaubey, Anand Pandey, Piyush Kumar. Liver abscess in children: Challenges in management. International Surgery journal. Chaubey D Et al. Int Surg J. 2017 Jan; 4(1):107-110.
21. Joyce MP, Ravdin JI. Antigens of Entamoeba histolytica recognized by immune sera from liver abscess patients. Am J Trop Med Hyg 1988; 38:74.

22. Aucott JN, Ravdin JI. Amebiasis and “nonpathogenic” intestinal protozoa. *Infect Dis Clin North Am* 1993; 7:467.
23. Cai YL, Xiong XZ, Lu J, et al. Percutaneous needle aspiration versus catheter drainage in the management of liver abscess: a systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)* 2015; 17:195.

Case report: Liver abscess

Nattakritta Chaisinlapa, Saowanee Kerddonfak

Department of Pediatric of Banphaeo General Hospital

Liver abscess is a rare disease in children. If it is not treated promptly, the risk of fatality can increase. The most two common types of liver abscess are pyogenic liver abscess and amoebic liver abscess. However, the incidence in Thailand is still unclear. Case presentation, A 13-year-old boy presented with right upper abdominal pain one day prior to admission. He had diarrhea and fever for 12 days before the admission. He was diagnosed liver abscess by CT whole abdomen. He was treated with empirical treatment, but the fever still persisted. At the 6th day of admission, we found right pleural effusion. Accordingly, a five-week treatment of antibiotics, percutaneous drainage and intercostal drainage were provided. As a result, fever resolved, size of liver abscess and pleural effusion improved.

Keyword: liver abscess, pyogenic liver abscess, amoebic liver abscess, *Entamoeba histolytica*