



#### ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Παναγιώτης Παναγιωτίδης  
Γρηγόριος Καλτσάς  
Δημήτριος Νιάκας

#### ΑΝΑΠΗΡΩΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Νικόλαος Τεντολούρης  
Κωνσταντίνος Μακρυλάκης  
Μαρία-Χριστίνα Κυρτσώνη  
Μαρία Τεκτονίδου  
Αλέξανδρος Κόκκινος

#### ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ Ε.Σ.Υ.

Δρ. Άγγελος Τόσκας  
Δρ. Ευανθία Διακουμοπούλου  
Μεγακλής Αρβανίτης

#### ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Α΄ Ε.Σ.Υ.

Δρ. Σταύρος Λιάτης

#### ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Β΄ Ε.Σ.Υ.

Δρ. Φωτεινή Ντζιώρα  
Μαρία Μυλωνά

#### ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ Ε.Σ.Υ.

Δρ. Αικατερίνη Λάσκαρη  
Αικατερίνη Μπιτσάνη

#### ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΙ ΥΠΟΤΡΟΦΟΙ

Δρ. Άννα Αγγελούση  
Δρ. Κρυσταλένια Αλεξανδράκη  
Δρ. Μαρία Δήμου  
Δρ. Ιωάννα Ελευθεριάδου  
Δρ. Δημήτριος Μαλτέζας  
Δρ. Καλλιόπη Φραγκιαδάκη  
Καλλιόπη-Βασιλική Μπουρνιά  
Θεόδωρος Ηλιάκης

#### ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ Ε.Λ.Κ.Ε

Ευρυδίκη Κραββαρίτη  
Γεώργιος Πεντάζος  
Νικόλαος Βλαχόγιαννης

#### ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Παρασκευή Προβίδου

#### ΔΙΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΤΗΣ Α΄ ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

6<sup>η</sup> ΚΛΙΝΙΚΟ-ΠΑΘΟΛΟΓΟ-ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ 2017-2018

Πέμπτη 26 Απριλίου 2018, Ώρα 1.00 μ.μ.,

Αμφιθέατρο «Φαίδων Φέσσας» Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»

Ιστορικό ασθενούς από την Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Η Παμμακάριστος»

**Παρουσίαση:** Δανάη Μπαρλαμπά, Ειδικευόμενη ιατρός, Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Η Παμμακάριστος»

Στέλλα Καρδούτσου, Ειδικευόμενη ιατρός, Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Η Παμμακάριστος»

**Συζήτηση:** Νικόλαος Σύψας, Αναπλ. Καθηγητής, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών – ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Σχόλιο:** Ιωάννης Κωνσταντινίδης, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική - Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»

**Στοιχεία ασθενούς:** Άνδρας 48 ετών με καταγωγή από τις Φιλιππίνες, κάτοικος Ελλάδος από 10ετίας.

**Αιτία εισόδου:** Αδυναμία, καταβολή, διάρροιες και έμετοι.

**Παρούσα νόσος:** Άρχεται από 10ημέρου, οπότε ο ασθενής παρουσίασε επανειλημμένους τροφώδεις εμέτους και διάρροιες, καθώς και προοδευτική έκπτωση επιπέδου επικοινωνίας. Αναφέρει πρόσφατο ταξίδι στις Φιλιππίνες και νοσηλεία σε τοπικό νοσοκομείο προ 4μήνου λόγω αναφερόμενου διαβητικού έλκους στο αριστερό πόδι.

**Συνήθειες και τρόποι ζωής:** Συστηματική κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης.

**Ατομικό αναμνηστικό :** Αναφερόμενος σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Γενικευμένες αρθραλγίες, αναφερόμενη αρθρίτιδα αριστερής πηχεοκαρπικής άρθρωσης από τρίμηνο.

**Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή:** Λήψη άγνωστης ποσότητας μεθυλπρεδνιζολόνης 16 mg per os το τελευταίο τρίμηνο, καθώς και διαλείπουσα λήψη δισκίων σελεκοξίμπης και δικλοφενάκης.

**Κληρονομικό ιστορικό:** Άγνωστο.

**Επάγγελμα:** Εργαζόμενος στην καθαριότητα εστιατορίου.

**Ανασκόπηση συστημάτων:** Ουδέν πέραν των αναφερομένων στην παρούσα νόσο.

**Αντικειμενική εξέταση:** Ο ασθενής μετεφέρθη με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ. Όψη πάσχοντος, ασθενής αποπροσανατολισμένος. Θ: 36.8°C, ΑΠ: 90/70 mmHg, σφύξεις: 84/λεπτό, SpO2: 97%.

**Αναπνευστικό:** Αναπνευστικό ψιθύρισμα κ.φ. άμφω.

**Κυκλοφορικό:** S1 και S2 βύθιοι και ρυθμικοί με συστολικό φύσημα 4/6 στην εστία ακρόασης της αορτικής βαλβίδας.

**Κοιλία:** Μετεωρισμένη. Μαλθακή και ευπίεστη στην ψηλάφηση, με διάχυτη ευαισθησία στην ψηλάφηση. Δίδεται η εντύπωση αναπηδώσας ευαισθησίας. Εντερικοί ήχοι παρόντες με αυξημένη συχνότητα και φυσιολογική χροιά. Ήπαρ και σπλην δεν ψηλαφώνται.

**Νευρολογική εξέταση:** Ασθενής αποπροσανατολισμένος σε χώρο, χρόνο και πρόσωπα. Χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία, χωρίς σημεία μηνιγγικού ερεθισμού. Κόρες φυσιολογικού μεγέθους, αντιδρώσες στο φως.

**Δέρμα/μυοσκελετικό:** Χροιά δέρματος κ.φ., γενικευμένη μείωση μυϊκής ισχύος, εκτεταμένα ζυμώδη οιδήματα κάτω άκρων, επιφανειακή εξέλκωση γαστροκνημίας αριστερά ~4 x 5 cm.

**Λεμφαδένες:** Μη ψηλαφητοί τραχηλικοί, μασχαλιαίοι και βουβωνικοί λεμφαδένες.

**Εργαστηριακός έλεγχος:** CRP: 45 mg/l (φ.τ.: <5), Ht: 39.7%, Hb: 13.9 g/dl, MCV: 92 fl, MCH: 32 pg, WBC: 15.9 K/μl (Πολυ: 7.2 K/μl Λεμφο: 4.5 K/μl, Ηωσιν: 4.9 K/μl), PLT: 320.000/μl. INR: 1.46, PT: 18.5", APTT: 50.90". Γλυκόζη: 72 mg/dl, ουρία: 71 mg/dl, κρεατινίνη: 1.70 mg/dl, Na: 122 mmol/l, K: 3.3 mmol/l, Ca: 6.7 mg/dl, AST: 40 U/l, ALT: 31 U/l, γ-GT: 42 U/l, LDH: 604 U/l (φ.τ.: 135-225), CK: 81 U/l, ALP: 562 U/l (φ.τ.: 40-129), ολική χολερυθρίνη: 0.32 mg/dl, αμυλάση: 13 U/l, ουρικό οξύ: 11.4 mg/dl, ολικά λευκώματα: 3.6 g/dl, αλβουμίνη: 1 g/dl. Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών: Αλβ: 37.36%, α1: 5.84%, α2: 8.42%, β: 8.86%, γ: 39.52%. Αέρια φλεβικού αίματος: pH: 7.26, pCO<sub>2</sub>: 32 mmHg, pO<sub>2</sub>: 28 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 14.4 mmol/l, SatO<sub>2</sub>: 42%. Γενική ούρων: pH: 6.0, ειδικό βάρος: 1011, Λεύκωμα: (±), Αιμοσφαιρίνη: (-), Γλυκόζη: (-), Οξόνη: (-), νιτρώδη: (-), Πυοσφαίρια: **άφθονα**, Ερυθρά: **σπάνια**, Μικροοργανισμοί: λίγοι. ΗΚΓ: φλεβομβικός ρυθμός, 91 σφ/λεπτό, LAH. Α/α θώρακος: Άμβλυση δεξιάς πλευροδιαφραγματικής γωνίας, παχυπλευρίτιδα περιφερικά άμφω. Υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας: Μικρή ασκτική συλλογή, λιπώδης διήθηση του ήπατος, παρουσία χολολίθων, σπλην φυσιολογικών διαστάσεων.

**Πορεία νόσου** Κατά την εισαγωγή ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων και έγινε έναρξη σιπροφλοξασίνης 400 mg x 2 iv και μετρονιδαζόλης 500 x 3 iv. Παρασιτολογική εξέταση κοπράνων ήταν αρνητική, ενώ καλλιέργεια κοπράνων και εξέταση για τοξίνη Cl. difficile απέβησαν θετικές. Τέσσερις μέρες μετά την εισαγωγή διεκόπη η σιπροφλοξασίνη και προσετέθη βανκομυκίνη po 250 mg x 4 και iv 1g x 2. Επιπλέον, οι καλλιέργειες αίματος απέδωσαν St. epidermidis και των ούρων St. aureus.

Διενεργήθηκε υπολογιστική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας: Πάχυνση του εντερικού και κολικού τοιχώματος, ασκτική συλλογή, καθώς και λεμφαδενικές διογκώσεις: μεσεντέριοι λεμφαδένες έως 12 mm, μετρίως διογκωμένοι λεμφαδένες παρά την ηπατική πύλη, χωρίς παθολογικά διογκωμένους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες. Εικόνα ως επί φλεγμονώδους εντεροκολίτιδας.

Υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε ασβέστωση αορτικής βαλβίδας με καλό κλάσμα εξωθήσεως και χωρίς άλλα αξιόλογα ευρήματα.

Την 8η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρέμενε σε βαριά κατάσταση με γενικευμένα οιδήματα και χωρίς καλό επίπεδο επικοινωνίας, ενώ ήδη από την 6<sup>η</sup> ημέρα είχε εμφανίσει και πυρετό έως 38.2°C. Οι διάρροιες συνεχίζονταν και η τοξίνη του Cl. difficile παρέμενε θετική ενώ η νέα παρασιτολογική και καλλιέργεια κοπράνων ήταν αρνητικές. Παρέμενε ηωσινοφιλία (3.55 K/μl) και υπήρξε επιδείνωση των χρόνων πήξης (INR: 1.91 και στη συνέχεια 2.32). Νέες καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Χορηγήθηκαν ανθρῶπειος λευκωματίνη και φουροσεμίδα για την αντιμετώπιση των γενικευμένων οιδημάτων, καθώς και βιταμίνη Κ. Τη 10<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας διενεργήθηκε κολονοσκόπηση που δεν ανέδειξε ευρήματα βαριάς εντεροκολίτιδας από Cl. difficile, αλλά εστιακή υπεραϊμία βλεννογόνου σιγμοειδούς και εγκαρσίου. Οι βιοψίες ανέδειξαν βλεννογόνο παχέος εντέρου με οίδημα και ήπια αύξηση των χρόνιων φλεγμονωδών στοιχείων στο υπόστρωμα με συμμετοχή ηωσινοφίλων και λίγων ουδερετεροφίλων ως επί λοιμώδους κολίτιδας σε αποδρομή. Παράλληλα, ο ασθενής εξακολουθούσε να πυρέσει. Ελήφθησαν νέες καλλιέργειες αίματος και ούρων και έγινε έναρξη αγωγής με κεφταζιμίνη 1 g x 3 και ιμιπενέμη 500 mg x 4 iv. Λόγω φλεγμονής της αριστερής πηχεοκαρπικής άρθρωσης χορηγήθηκαν tb ιμπουπροφαίνης 400 mg x 2 για 3 ημέρες. Τη 16<sup>η</sup> ημέρα αρνητικοποιήθηκε η τοξίνη του κλωστρηδίου, ενώ την επομένη υποτροπίασε ο πυρετός ο οποίος είχε υφεθεί, με κύματα έως 39.3°C. Σε καλλιέργειες του άκρου της κεντρικής φλεβικής γραμμής και του περιφερικού αίματος απομονώθηκε Candida albicans. Έγινε έναρξη αντιμυκητιασικής αγωγής αρχικά με φλουκοναζόλη 400 mg x 1 και στη συνέχεια με κασποφουγκίνη 50 mg x 1 iv. Αντισώματα για κοιλιοκάκη και πλήρης ανοσολογικός έλεγχος (ANA, Anti-ENA, Anti-RNP, Anti-Sm, Anti-SSA, Anti-SSB, p-ANCA, c-ANCA, Anti-CCP, RF) ήταν αρνητικά.

Ο ασθενής εξακολούθησε να ευρίσκεται σε βαριά κατάσταση, ενώ στη νευρολογική εξέταση εμφάνισε εικόνα μωπάθειας, με δεσμιδώσεις κυρίως στους εγγύς μύες και στη γλώσσα. Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε αξιόλογα ευρήματα. Έγινε οσφυονωτιαία παρακέντηση: 10 κύτταρα (λεμφοκύτταρα), λεύκωμα: 109 mg/dl και λόγος γλυκόζης ENY/ορού: 43/123 mg/dl. Καλλιέργειες ENY για κοινά μικρόβια, PCR για TBC και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικά. Έγινε έναρξη αγωγής με ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη και πρεδνιζολόνη 25 mg x 2 iv με σταδιακή μείωση της δόσης της τελευταίας. Η κλινική εικόνα του ασθενούς εμφάνισε ελαφρά βελτίωση. Επαναληπτική ΟΝΠ απέδωσε παρόμοια ευρήματα με την πρώτη: 6 λεμφοκύτταρα, λεύκωμα: 110 mg/dl και λόγος γλυκόζης ENY/ορού 0.57.

Έγιναν διαγνωστικές εξετάσεις.