



#### ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Παναγιώτης Παναγιωτίδης  
Γρηγόριος Καλτσάς  
Νικόλαος Τεντολούρης  
Δημήτριος Νιάκας

#### ΑΝΑΠΗΡΩΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

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. 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

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

Πέμπτη 24 Μαΐου 2018, Ώρα 1.00 μ.μ.,

Αμφιθέατρο «Φαίδων Φέσσας» Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»

Ιστορικό ασθενούς από την Α΄ Ουρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών- ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Παρουσίαση:** Δημήτριος Μπασούλης, Παθολόγος - Εξειδικευόμενος ιατρός Λοιμωξιολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών - ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Συζήτηση:** Ευάγγελος Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης, Καθηγητής, Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικών»

**Σχόλιο:** Διονύσιος Μητρόπουλος, Καθηγητής, Α΄ Ουρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών- ΓΝΑ «Λαϊκό»

Ευάγγελος Φραγκιάδης, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Α΄ Ουρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών- ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Στοιχεία ασθενούς:** Άνδρας 29 ετών, Ελληνικής καταγωγής, κάτοικος Αθηνών.

**Αιτία εισόδου:** Διόγκωση οσχέου

**Παρούσα νόσος:** Άρχεται περίπου από μηνός, οπότε ο ασθενής, λόγω δυσουρικών ενοχλημάτων, υπεβλήθη σε ουρηθροσκόπηση από ιδιώτη ιατρό και εμφάνισε πυρετό με ρίγος έως 39°C και επώδυνο διόγκωση του οσχέου με ιδιαίτερη ευαισθησία κατά μήκος της αριστερής επιδιδυμίδος. Σε εξωτερική βάση υπεβλήθη σε καλλιέργεια ούρων όπου απομονώθηκαν *P.aeruginosa* και *E.coli* σε ανάπτυξη >100.000 cfu/ml. Triplex οσχέου που ακολούθησε είχε τα εξής ευρήματα: «όρχεις με φυσιολογικό μέγεθος και παρεγχυματική σύσταση και ικανοποιητική αγγείωση, ολιγάριθμες μικρές ηχωανακλαστικές εστίες ως επί μικρολιθιάσεως, δεξιά επιδιδυμίδα φυσιολογικού μεγέθους και παρεγχυματικής σύστασης, αριστερά επιδιδυμίδα διογκωμένη, οίδηματώδης, υπεραϊμική, κυρίως στην περιοχή της ουράς, εύρημα χαρακτηριστικό οξείας επιδιδυμίτιδος». Με βάση τα ευρήματα αυτά, αποφασίστηκε εισαγωγή του ασθενούς στην Α΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου για αντιμετώπιση. Ετέθη σε αγωγή με κεφεπίμη 2g x3 και αμικασίνη 1g/d iv. Την 5<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας, εμφάνιζε πλήρη ύφεση του πυρετού και σημαντική βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Έλαβε εξιτήριο και συνέχισε αγωγή με αμικασίνη im για 10 ημέρες ακόμη. Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, υπεβλήθη σε νέο υπέρηχο οσχέου όπου περιγράφηκε η αριστερά επιδιδυμίδα ως «οίδηματώδης και υπεραϊμική στην περιοχή της ουράς, εύρημα που παριστά επιδιδυμίτιδα σε αποδρομή», ενώ το σώμα και η κεφαλή της επιδιδυμίδας δεν εμφάνιζαν φλεγμονώδη στοιχεία. Νέα καλλιέργεια ούρων ήταν στείρα. Περίπου 20 ημέρες μετά (40 ημέρες μετά το αρχικό επεισόδιο), ο ασθενής επανήλθε αναφέροντας εκ νέου διόγκωση του οσχέου και ήπιο άλγος, χωρίς πυρετό.

**Συνήθειες και τρόπος ζωής:** Μονογαμικός, ετεροφυλόφιλος, καπνιστής (10 packyears), κοινωνικός πότης.

**Ατομικό αναμνηστικό:** Καταθλιπτική συνδρομή, χωρίς αγωγή.

**Επάγγελμα:** Ιδιωτικός υπάλληλος.

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

**Αντικειμενική εξέταση:** Όψη, θρέψη καλή. Θ 36.7°C, Α.Π.: 120/70 mmHg, σφύξεις: 82/λεπτό, Αναπνοές: 17/λεπτό, SO<sub>2</sub> 98% με FiO<sub>2</sub> 21%.

**Κεφαλή/τράχηλος:** Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

**Αναπνευστικό:** Χωρίς παθολογικά ευρήματα, ομότιμο φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα.

**Κυκλοφορικό:** S1/S2 ρυθμικοί, ευκρινείς, χωρίς φυσήματα, περιφερικές σφύξεις ομότιμα ψηλαφητές στα άνω και κάτω άκρα, σφαγιτίδες μη διατεταμένες.

**Κοιλία:** Μαλθακή, ανώδυνη, ευπίεστη, εντερικοί ήχοι παρόντες, με φυσιολογική συχνότητα. Ήπαρ και σπλην δεν ψηλαφώνται.

**Νευρολογική εξέταση:** Προσανατολισμένος σε χώρο, χρόνο, πρόσωπα, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία, χωρίς σημεία μηνιγγικού ερεθισμού. Τενόντια αντανακλαστικά εκλύονται κατά φύσιν.

**Δέρμα/Μυοσκελετικό:** Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

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

**Γεννητικά όργανα:** Διογκωμένο όσχεο, ήπια ευαισθησία στην ψηλάφηση κατά μήκος της αριστεράς επιδιδυμίδας.

**Εργαστηριακός έλεγχος:** CRP: **10** mg/l (φ.τ.: <5), Ht: 45.7%, Hb: 15.8 g/dl, MCV: 83.4 fl, MCH: 28.8 pg, WBC: **11.000** K/μl (Πολυ: **7.7** K/μl, Λεμφο: 2.29 K/μl), PLT: 212.000/μl. INR: 0.95, PT: 11.2 sec, Γλυκόζη: 79 mg/dl, ουρία: 33 mg/dl, κρεατινίνη: 0.88 mg/dl, Na: 142 mmol/l, K: 4.4 mmol/l, Ca: 9.5 mg/dl, Mg: 1.38 mg/dl, AST: 23 U/l (φ.τ.: 15-40), ALT: 27 U/l (φ.τ.: <41), ALP: 65 U/l (φ.τ.: 40-129), γ-GT: 17 U/l (φ.τ.: 8-61), ολική χολερυθρίνη: 0.52 mg/dl (φ.τ.: 0.3 -1.2), LDH: 178 U/l (φ.τ.: 135-225), ουρικό οξύ 5.3 mg/dl., HBsAg, HBcAb, HCVAb, HIVAb (δισ) αρνητικά, HBsAb θετικά, AFP: 1.93 ng/ml (φ.τ. <10), β-hCG <0.1 mU/ml (φ.τ. <2) Γενική ούρων: pH: 6, Λεύκωμα: 20 mg/dl, πυοσφαίρια: 60-70 κ.ο.π., ερυθρά αιμοσφαίρια: 6-8 κ.ο.π.

**ΗΚΓ:** φλεβοκομβικός ρυθμός, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις.

**Α/α θώρακος:** χωρίς παθολογία.

**Υπολογιστική τομογραφία θώρακος:** «Δεν παρατηρείται χωροκατακτητική εξεργασία ή ενεργός φλεγμονώδης αλλοίωση από τον έλεγχο του πνευμονικού παρεγχύματος. Πολύ μικρή πλευροπαρεγχυματική βλάβη ινώδους το πιθανότερο αρχής, στο έξω βασικό βρογχοπνευμονικό τμήμα του αριστερού κάτω λοβού. Πολύ μικρής εκτάσεως ινώδη στοιχεία απεικονίζονται στο δεξιό μέσο λοβό. Δεν παρατηρούνται παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο, στις πνευμονικές πύλες και σε αμφότερες τις μασχαλιαίες κοιλότητες. Με φυσιολογικό εύρος ελέγχεται η θωρακική αορτή. Πολύ μικρής εκτάσεως υπολειμματικά στοιχεία θύμου αδένος παρατηρούνται στο ανώτερο πρόσθιο μεσοθωράκιο. Δεν παρατηρείται περικαρδιακή ή υπεζωκοτική συλλογή. Μαλακά μόρια θωρακικού τοιχώματος χωρίς εμφανή παθολογικά ευρήματα».

**Triplex οσχέου:** «Οι όρχις ελέγχονται με σχετικά ασύμμετρο μέγεθος και παρεγχυματική σύσταση, όντας φυσιολογικά δεξιά. Παρατηρείται αυξημένο μέγεθος αριστερά όπου ο όρχις έχει και περισσότερο υποηχογενή σύσταση (οίδημα;), παρουσιάζοντας και σχετικά αυξημένη παρεγχυματική αγγείωση σε σύγκριση με τον δεξιό όρχι, ως επί μη ολοκληρωτικά αποδραμούσας φλεγμονής. Βάσει του ιστορικού, υπήρχε οξεία φλεγμονή με έντονη συμπτωματολογία προ διμήνου. Επανελέγχεται η παρουσία των διάσπαρτων στικτών ηχωνακλαστικών εστιών ως επί μικρολιθίασης. Η δεξιά επιδιδυμίδα έχει φυσιολογικό μέγεθος και παρεγχυματική σύσταση. Η αριστερή επιδιδυμίδα είναι ελαφρώς διογκωμένη – οιδηματώδης κυρίως στην περιοχή της ουράς, χωρίς ωστόσο να παρουσιάζει υπεραϊμία. Δεν παρατηρείται ελεύθερη ή εγκυστωμένη συλλογή».

**Πορεία νόσου:** Προ της εισαγωγής, ο ασθενής είχε μόνος του ξεκινήσει αγωγή με λεβοφλοξασίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Με βάση το προηγούμενο ιστορικό ετέθη σε αγωγή με κεφεπίμη 2 g x 3 και αμικασίνη 1 g/d iv, εν αναμονή αποτελεσμάτων καλλιέργειών ούρων και αίματος, που απέβησαν αρνητικές. Την 5<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής ετέθη επιπλέον σε αγωγή με δοξυκυκλίνη 100 mg x 2 po, χωρίς κλινική ανταπόκριση. Παραλλήλως εστάλη ο ακόλουθος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος: VDRL: αρνητική, Wright: αρνητική, PCR για χλαμύδια στα ούρα: αρνητική, Mantoux: αρνητική (0mm), TSH: 1.31 mU/l (φ.τ. 0.17 – 4.05 mU/l), C3: 129 mg/dl (φ.τ. 90-180), C4: 33.7 (φ.τ. 10 – 40 mg/dl), RF: <9.1 U/ml (φ.τ. <20), ANA: αρνητικά.

Την 10<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας ο ασθενής υπεβλήθη σε ορχεκτομή, η βιοψία της οποίας ανέδειξε: «Πλήρη κάλυψη του παρεγχύματος από μικρού και μεσαίου μεγέθους κοκκιώματα εν μέρει συρρέοντα με κεντρικά μικροαποστημάτια. Τα εν λόγω κοκκιώματα περιβάλλονται από λεμφοκυτταρικές διηθήσεις. Τα αγγεία του σπερματικού τόνου δεν παρουσιάζουν αλλοιώσεις, ενώ αναγνωρίζονται ήπιες αλλοιώσεις χρόνιας κοκκιωματώδους φλεγμονής στο τοίχωμα του σπερματικού πόρου».

Έγιναν διαγνωστικές εξετάσεις.