

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Διευθυντής: Καθηγητής Σ. Ζακυνθινός

ΘΕΜΑ: «Υπεζωκοτική συλλογή σε ασθενή 50 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα»

Παρουσίαση περιστατικού: Αγαπητού Βαρβάρα, Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, ΚΕΘ/ΠΝ
Διαφορική Διάγνωση: Λιακοπούλου Χριστίνα, Ειδικευόμενη Παθολογίας, Α΄ Παθολογικό Τμήμα
Συζήτηση: Μπακίρη Μαρία, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.
Ροντογιάννη Δήμητρα, Συντονίστρια Διευθύντρια του Παθολογοανατομικού Τμήματος

Ασθενής 50 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ της ΚΕΘ/ΠΝ για διερεύνηση και αντιμετώπιση πλευριτικής συλλογής αριστερά με συνοδό εμπύρετο και δύσπνοια μετά από πρόσφατη 15 ημερών νοσηλεία στο Θριάσιο νοσοκομείο, όπου είχε απευθυνθεί αρχικά αιτιώμενη δύσπνοια-ορθόπνοια. Κατά τη νοσηλεία της στο Θριάσιο παρακεντήθηκε η υπεζωκοτική συλλογή (λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα με αρνητική κυτταρολογική), υποβλήθηκε σε CT-PA: αρνητική για πνευμονική εμβολή - οζόμορφες αλλοιώσεις στους πνεύμονες άμφω οπισθοστερνικά και παρακαρδιακά, αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή και εξήλθε με σύσταση για περαιτέρω αντιμετώπιση στον Ευαγγελισμό.

Ατομικό αναμνηστικό:

- Ποτέ καπνίστρια, αλλεργίες: β-λακτάμες και τη ρανιτιδίνη
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα (οροθετική): Πρόσφατη διάγνωση (προ 6μήνου) υπό αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη (λουπές θεραπείες με μεθοτρεξάτη και tocilizumab)
- Δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης (μετά έναρξη αγωγής με κορτικοειδή), λιπώδης διήθηση ήπατος. Υπόηχες αλλοιώσεις σπληνός γνωστές από 9μήνου (U/S έλεγχος)
- Πολυχονδρίτιδα ωτών-ιριδοκυκλιτιδα προ 20ετίας: Έλαβε αγωγή με κορτικοειδή για 2 έτη – Έκτοτε σε ύφεση
- Χ/α: Σκωληκοειδεκτομή.

Η εν λόγω ασθενής ήταν καλά μέχρι προ 8-9μηνών οπότε παρουσιάζει αιφνιδώς έντονο άλγος αριστερού υποχονδρίου χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Υποβάλλεται σε U/S κοιλίας που ανέδειξε στον σπλήνα δύο υποηχογενείς εστίες, στρογγύλου σχήματος με σαφή και λοβωτά όρια, διαμέτρου ~ 3,5 εκατοστά έκαστη, με διαστάσεις σπληνός ~12 X 4 εκατοστά. Το άλγος υφέθηκε και η ασθενής δεν προχώρησε σε περαιτέρω έλεγχο. 5 μήνες μετά παρουσιάζει φαινόμενο Raynaud, νυχτερινή δεκατική πυρετική κίνηση με κνησμό και πολυαρθραλγία. Νοσηλεύθηκε στη ρευματολογική κλινική του νοσοκομείου μας, όπου διαγνώστηκε με οροθετική ρευματοειδή αρθρίτιδα τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Κατά τη νοσηλεία της τότε υποβάλλεται σε ενδελεχή έλεγχο με αξιολογούμενα ευρήματα τα ακόλουθα:

- Σε U/S άνω και κάτω κοιλίας και CT κοιλίας που επανελέγχεται ο σπλήνας με αυξημένες διαστάσεις καθώς και με παρουσία δύο κύρια υπόηχων (στο u/s) - υπόπυκνων (στη CT) μορφωμάτων σπληνός 2,5 και 2 εκατοστά αντίστοιχα, που μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού δεν παρουσιάζουν τυπικούς απεικονιστικούς χαρακτήρες κύστεων, εμφράκτων, αιμαγγειωμάτων

- **CT θώρακα:** Ινωδοατελεκτατικά στοιχεία μέσου, ΔΕ και ΑΡ κάτω λοβού και ήπια περικαρδιακή πάχυνση προσθίως
- **Υπερηχογράφημα καρδιάς** (λόγω υπονύχιων αιμορραγιών, του ευρήματος στο σπλήνα και φυσιόμενου στην εστία ακρόασης της τριγλώχινας): Μικρή ανεπάρκεια τριγλώχινας, χωρίς εκβλαστήσεις
- **Γαστροσκόπηση:** Εικόνα γαστρίτιδας με παρουσία ελικοβακτηριδίου του πυλωρού
- **Κολονοσκόπηση:** Αιμορροϊδοπάθεια
- **Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς:** Εικόνα χρόνιας θυρεοειδίτιδας.

Η ασθενής στο ΤΕΠ ήταν δυσπνοϊκή, ορθοπνοϊκή και ταχυπνοϊκή με όψη πάσχοντος και προσωπείο Cushing, εμπύρετη (38C), ταχύκαρδη, αιμοδυναμικά σταθερή και αναπνευστικά επαρκής (SpO₂: 93% σε FiO₂:21%). Ακρόαση θώρακος: Εξάλειψη του αναπνευστικού ψιθυρίσματος ΑΡ από τη μεσότητα, S1S2 ρυθμικοί ευκρινείς. Άλγος στις αρθρώσεις των αγκώνων και των ώμων. Μη ψηλαφητοί λεμφαδένες. **Α/Α θώρακος:** Ευμεγέθης πλευριτική συλλογή ΑΡ.

Εισαγωγή στην ΚΕΘ/ΠΝ - Παρακέντηση του πλευριτικού υγρού:

Ξανθοχρωματικό υγρό, λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα (95% λεμφοκύτταρα) με pH: 7.4 και Glu:160. Καλλιέργεια υγρού για κοινά και β-Koch αρνητική, κυτταρολογική: Αρνητική για κακοήθεια. Ανοσοφαινότυπος πλευριτικού υγρού: Κυρίως T λεμφοκύτταρα CD3+CD4+ και CD3+CD8+.

Από τον **εργαστηριακό έλεγχο:** Λευκοκυττάρωση, αυξημένη γ-GT, χολερυθρίνη, LDH και δείκτες φλεγμονής. **Mantoux** αρνητική.

Βρογχοσκόπηση με BAL στο μέσο: Στο ΑΡ βρογχικό δέντρο αποπλατυσμένη η τρόπιδα μεταξύ ιδίως άνω και γλωσσίδας από όπου ελήφθησαν βιοψίες και έγινε brushing. Στενωμένη ήταν η είσοδος στον ΑΡ κάτω λοβό και στους υποτμηματικούς ως επί πιέσεως εκ των έξω.

Οι καλλιέργειες για κοινά, CMV, νοκάρδια, μύκητες και β-Koch από το BAL ήταν αρνητικές, το ίδιο και η κυτταρολογική από το BAL και το Brushing. Η **βιοψία** της δευτερεύουσας τρόπιδας ήταν αρνητική για κακοήθεια και ανέδειξε μόνο ήπια χρονίζουσα φλεγμονώδη διήθηση.

ΗΚΓ: SR. **Triplex καρδιάς:** ΑΡ κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων και πάχους τοιχωμάτων. Ικανοποιητική συσπαστικότητα με κλάσμα εξώθησης ~60%. Χωρίς σημαντικές βαλβιδοπάθειες. Μικρή περικαρδιακή συλλογή.

Απεικονιστικός έλεγχος: CT εγκεφάλου: κφ, **CT-κοιλίας:** «δύλοβο κλεψυδροειδές συνοθήλευμα στο σπλήνα, που προσομοιάζει με βαράκια-αλτήρες». Λοιπά όργανα χωρίς παθολογικά ευρήματα. Χωρίς λεμφαδενικές διογκώσεις. **U/S κοιλίας:** Ο σπλήνας ελέγχεται με αυξημένες διαστάσεις (13 X 5,6 εκ). Στον κάτω πόλο σημειώνεται υποηχογενές ανομοιογενές μόρφωμα μεγίστης διαμέτρου 5 εκ. Μετά από την έγχυση σκιαγραφικού δεν εμφανίζει ενίσχυση.

Ανοσολογικός έλεγχος: Ασθενώς θετικό αντιπηκτικό λύκου χωρίς προηγηθείσα λήψη αντιπηκτικών και καρκινικοί δείκτες, συμπεριλαμβανομένης της β2-μικροσφαιρίνης που είχε χαμηλή τιμή (επισυνάπτονται αποτελέσματα).

Η ασθενής έλαβε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με μοξιφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη και αντιπηκτική αγωγή (πιθανά έμφρακτα σπληνός).

Προχωρήσαμε σε συγκεκριμένη εξέταση η οποία έθεσε την διάγνωση.

Σημείωση: Η παρακολούθηση του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. είναι ελεύθερη και χορηγούνται θεβαιώσεις παρακολούθησης. Θα προσφερθεί στους συμμετέχοντες καφέ, ελαφρύ γεύμα και αναψυκτικά.