

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ – ΚΑΛΙΦΑΤΙΔΟΥ ΑΝΤΡΗ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ

Ε' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Συνοψίζοντας...

- Άνδρας, 38 ετών
- Επιδεινούμενο κοιλιακό άλγος από 15ημέρου, με επίταση στο επιγάστριο, ζωστηροειδούς χαρακτήρα.
- Από το ατομικό αναμνηστικό: DVT κάτω άκρου προ δετίας
- Αξονική κοιλίας: υπόπυκνη αλλοίωση (2,8εκ) κεφαλής παγκρέατος, αγκιστροειδούς αποφύσεως και στον αυχένα αυτού, όπως και θρόμβωση του δεξιού κλάδου της πυλαίας φλέβας και θρόμβωση της άνω μεσεντερίου φλέβας.
- EUS: εκτεταμένο έλλειμα του αυλού της άνω μεσεντερίου φλέβας και τμήματος της πυλαίας φλέβας καθώς και έτερο έλλειμα ενδοηπατικού κλάδου της πυλαίας φλέβας, ως επί θρόμβωσης, χωρίς ανάδειξη εστιακής αλλοίωσης.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ

Sex, female/male	50/52
Age, median (range)	48 (16-84)
Abdominal pain, n (%)	93 (91)
Fever, n (%)	54 (53)
Ascites, n (%)	39 (38)
Small volume ascites,* n (%)	34 (33)**
Clinical ascites, n (%)	5 (5)
Splenomegaly at imaging, n (%)	38 (37)
Hepatomegaly at imaging, n (%)	25 (25)
Prothrombin ratio, %, median (range)	84 (27-114)
Serum bilirubin, $\mu\text{mol/L}$, median (range)	15 (2-207)
Alanine aminotransferase, median (range)	46 (13-1,484)
Serum creatinine, $\mu\text{mol/L}$, median (range)	76 (28-163)
Hemoglobin, mmol/L, median (range)	8 (3-12.5)
Leukocytes, $10^9/\text{L}$, median (range)	9.3 (1-34)
Platelets, $10^9/\text{L}$, median (range)	274 (55-949)
C-reactive protein, UI, median (range)	52 (1-529)
Elevated C-reactive protein or fever, n (%)	86 (84)

*Only visible at imaging.

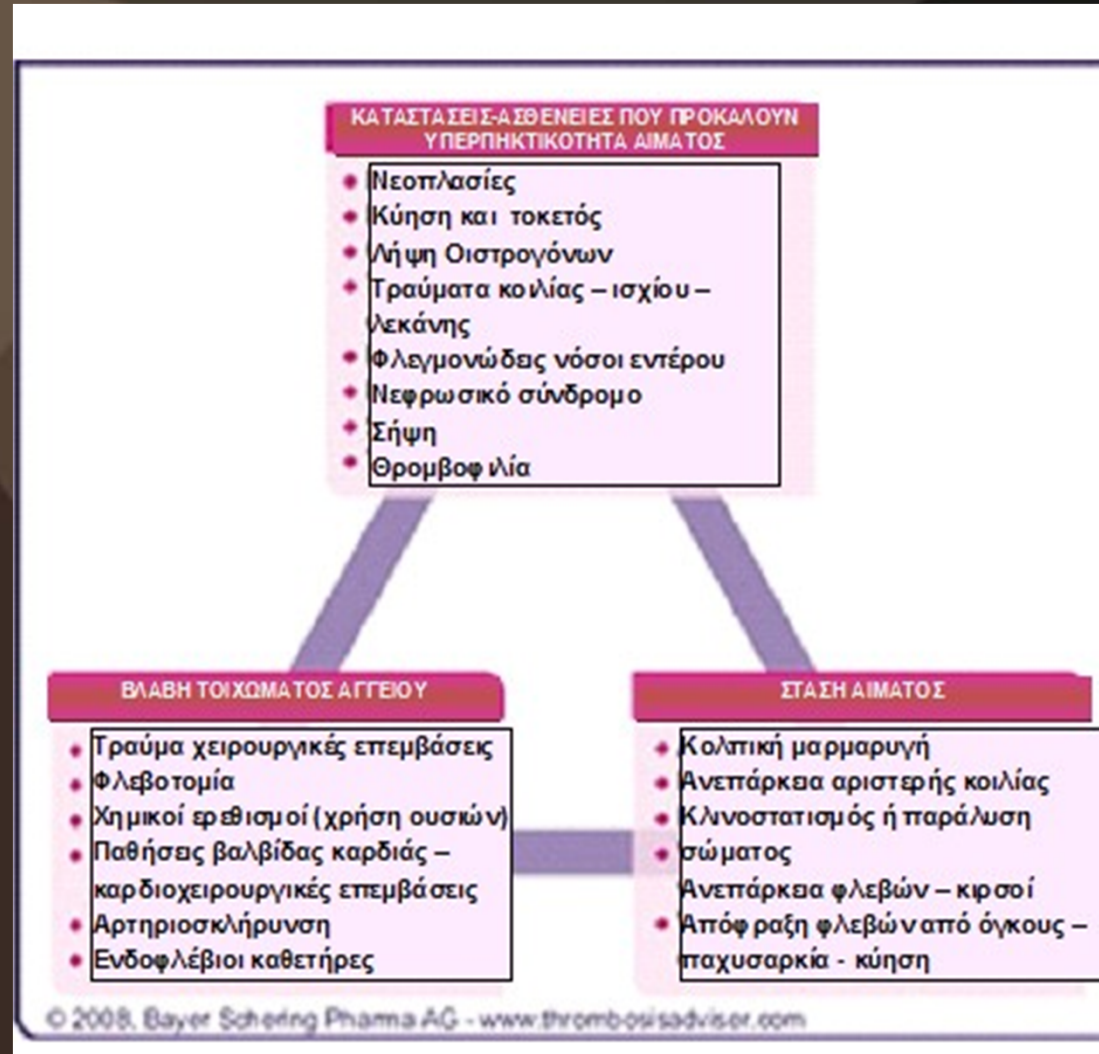
**86% of total ascites.

ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ VIRCHOW

1. Αγγειακή βλάβη (τραύμα, τοποθετήσεις βιομεταλλικών υλικών, βηματοδότη - stent)

2. Στάση (φλεβική στάση, στένωση μιτροειδούς, καρδιακή ανεπάρκεια, παρατεταμένος κλινοστατισμός, κιρσοί φλεβών)

3. Υπερπηκτικότητα του αίματος (θρομβοφιλία, διάχυτη καρκινωμάτωση, κάπνισμα, λήψη αντισυλληπτικών)



ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΤΟΠΙΚΟΙ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΙ

κληρονομικοί

επίκτητοι

● 8-15% των περιπτώσεων είναι αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (Ιδιοπαθείς)

ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (70%)

- Κίρρωση ήπατος
- Κακοήθεια ήπατος-χοληφόρων ή των ενδοκοιλιακών οργάνων
- Χολοκυστίτιδα
- Παγκρεατίτιδα
- Ομφαλίτιδα
- Εκκολπωματίτιδα-Σκωληκοειδίτιδα
- Χειρουργεία γαστρεντερικού συστήματος
κολεκτομή-γαστρεκτομή-χολοκυστεκτομή-σπληνεκτομή
- Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου-Νόσος Crohn
- Έλκος δωδεκαδακτύλου
- Ηπατίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό
- Μεταμόσχευση ήπατος
- Διασφαγιτιδική πυλαιοσυστηματική παράκαμψη(TIPS)
- Ιατρογενώς (FNA μορφωμάτων)
- Φυματιώδης λεμφαδενίτιδα

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (30%)

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ

- Ανεπάρκεια πρωτεΐνης C
- Ανεπάρκεια πρωτεΐνης S
- Ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III
- προθρομβίνη G20210A – γονιδιακή μετάλλαξη
- παράγοντας V-Leiden (G1691A και R2, H1299R) – γονιδιακή μετάλλαξη
- Υπερομοκυστειναιμία από μετάλλαξη του γονιδίου MTHFR (C677T, A1298C)

ΕΠΙΚΤΗΤΟΙ

- Αντιφωσfolιπιδαιμικό σύνδρομο
- Καρκίνος, μυελουπερλαστικά σύνδρομα, πολυκυτταραιμία
- Αυτοάνοσα νοσήματα
- Παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία
- Εγκυμοσύνη
- Χρήση αντισυλληπτικών

ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Λόγω της διαφορετικής κλινικής εκδήλωσης και διαφορετικής κατεύθυνσης στην διαφορική διάγνωση, είναι θεμιτό να απαντηθούν τρία βασικά ερωτήματα.

1. Οξεία ή χρόνια θρόμβωση.
2. Σε έδαφος ή μη κίρρωσης ήπατος.
3. Παρουσία ή όχι κακοήθειας.

ΟΞΕΙΑ Ή ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ;

- Στην οξεία ο ασθενής αναφέρει οξύ κοιλιακό άλγος, εμέτους ή εμπύρετο, πρόσφατα αρχόμενη συμπτωματολογία.
- Στην χρόνια η εικόνα είναι λιγότερο θορυβώδης. Συμπτώματα όπως μετεωρισμός, ήπια επιγαστραλγία και δυσπεπτικά ενοχλήματα μπορεί και να απουσιάζουν πλήρως. Η κυκλοφορία του αίματος δεν μπορεί να γίνει φυσιολογικά λόγω της θρόμβωσης. Έτσι δημιουργείται ένα σηραγγώδες δίκτυο είτε διαμέσου του θρόμβου (cavernoma) είτε παραπλεύρως της διαδρομής της πυλαίας φλέβας.

ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την εντόπιση και την έκταση του θρόμβου

- Κοιλιακό άλγος (βύθιο, δυσπεπτικά συμπτώματα, γενική κακουχία)
- Δεκατική πυρετική κίνηση, ή/και ρίγος, επώδυνο ήπαρ (πυλαιοφλεβίτιδα)

Σε προσβολή της μεσεντέριας φλέβας και ανάλογα την έκτασή της:

- Ειλέος, έντονο κοιλιακό άλγος
- Αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις
- Ασκίτης
- Πολυοργανική ανεπάρκεια, ρήξη εντέρου, περιτονίτιδα, shock

Στον ασθενή μας, σύμφωνα με την κλινική εικόνα καθώς και απουσία συμπτωματολογίας πυλαίας υπέρτασης: οξεία θρόμβωση

ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

- Συμπτωματολογία πυλαίας υπέρτασης. Εκδήλωση επιπλοκών όπως αιμορραγία από κισσούς οισοφάγου, σπληνομεγαλία, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ασκίτης.
- Ίκτερος (πυλαία χολοπάθεια)
- Ισχαιμία εντέρου

ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

- Ιολογικός έλεγχος για ηπατίτιδες HBV-HCV-HIV αρνητικός.
- Δεν αναφέρεται κατάχρηση αλκοόλ.
- Οισοφαγογαστροσκόπηση χωρίς παρουσία κισμών οισοφάγου, όμως αναφέρεται πυλαία γαστροπάθεια στην βιοψία.
- Από τον εργαστηριακό έλεγχο θρομβοκυττάρωση, χωρίς παράταση χρόνων, ήπια υπολευκωματαιμία, χωρίς ευρήματα ηπατοπάθειας.
- Από το υπερηχογράφημα κοιλίας δεν διαπιστώνονται διαταραχές αρχιτεκτονικής ή και αδροποίησης ήπατος.



Από τα
ανωτέρω, το
πιθανότερο....

~~ΚΙΡΡΩΣΗ~~

(συνιστάται βιοψία ήπατος)

ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ - ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Στον ασθενή μας...

Από την αξονική τέθηκε η υποψία νεοεξεργασίας παγκρέατος.

Ο εργαστηριακός έλεγχος που εστάλη για έλεγχο νεοπλασματικών δεικτών, ανέδειξε αυξημένο τον Ca 125, τα επίπεδα του οποίου θα μπορούσαν να οφείλονται στην ύπαρξη ασκитικής συλλογής.

Διενεργήθηκε ενδοσκοπικός υπέρηχος EUS για λήψη βιοψίας μορφώματος, κατά τον οποίο δεν διαπιστώθηκαν εστιακές αλλοιώσεις.

Χωρίς περιφερικούς λεμφαδένες ή λεμφαδενοπάθεια στις αξονικές τομογραφίες.

Κυτταρολογική εξέταση ασκитικού υγρού (?)

ΑΙΤΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

Causes of portal vein thrombosis

Abdominal sepsis
Abdominal surgery
Behçet's syndrome
Cirrhosis
Collagen vascular diseases (eg, lupus)
Compression or invasion of the portal vein by tumor (eg, pancreatic cancer)
Endoscopic sclerotherapy
Hepatocellular carcinoma
Inflammatory bowel disease
Inherited thrombophilias
Myeloproliferative syndromes
Omphalitis
Oral contraceptives
Pancreatic islet cell transplantation
Pancreatitis
Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria
Pregnancy
Retroperitoneal fibrosis
Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
Trauma

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

- Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο
- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Ο ασθενής μας ΔΕΝ παρουσιάζει:

Αρθρίτιδα, πλευρίτιδα ή περικαρδίτιδα

Φωτοευαίσθητο εξάνθημα, αλλαγές στο δέρμα συμβατές με σκληροδερμία, δερματομυοσίτιδα ή αγγειίτιδα

Αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία, αυτοάνοση θρομβοπενία
φαινόμενο Raynaud

Εργαστηριακά ευρήματα νεφρικής διαταραχής (π.χ. πρωτεϊνουρία, δύσμορφα ερυθρά ούρων, κ.ά.)

Σύνδρομο Αδαμαντιάδη - Behcet

Κριτήρια για την διάγνωση του συνδρόμου

Απαιτείται η παρουσία υποτροπιάζουσών στοματικών αφθών (τουλάχιστον 3 φορές μέσα σε ένα χρόνο), καθώς και απουσία άλλων συστηματικών νοσημάτων, σε συνδυασμό με 2 από τα παρακάτω:

- Υποτροπιάζουσες γεννητικές άφθες (αφθώδη έλκη ή ουλοποίηση)
- Οφθαλμικές αλλοιώσεις (πρόσθια ή οπίσθια ραγοειδίτιδα, κύτταρα στο υαλοειδές στην εξέταση με σχισμοειδή λυχνία, ή αγγειίτιδα του αμφιβληστροειδούς διαπιστωμένη από Οφθαλμίατρο)
- Δερματικές αλλοιώσεις (οζώδες ερύθημα, ψευδο-αγγειίτιδα, βλατιδοφλυκταινώδεις αλλοιώσεις ή οζίδια τύπου ακμής συμβατά με νόσο Αδαμαντιάδη – Behcet)
- Θετική παθεργική δοκιμασία (βλατίδα που εμφανίζεται 24-48 ώρες μετά από παρακέντηση του δέρματος του αντιβραχίου με βελόνη~5mm)

Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του εντέρου

Κλινική εικόνα ΙΦΝΕ:

- Έντονο κοιλιακό άλγος με απώλεια σωματικού βάρους και επίμονη διάρροια με πρόσμιξη αίματος και βλέννης στα κόπρανα, διάρκειας περισσότερο των 4 εβδομάδων.
- E/E αύξηση WBC, CRP, SGOT/SGPT, ALK, γGT.

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο φλεβικής θρομβοεμβολής συνήθως όμως ΠΕ ή εν τω βάθει φλεβοθρομβώσεις

Πιο ασυνήθεις θέσεις θρόμβωσης είναι η πυλαία, οι μεσεντέριες φλέβες και οι φλέβες του αγγειακού εγκεφαλικού δικτύου.

Ο ασθενής δεν αναφέρει εναλλαγές των κενώσεων ή προσμίξεις στα κόπρανα.

Από τον υπέρηχο άνω και κάτω κοιλίας δίδεται η εντύπωση οιδηματώδους και πεπαχυσμένου τοιχώματος του εντέρου.

Προς επιβεβαίωση συνιστάται η διενέργεια κολονοσκόπησης με λήψη βιοψιών.

ΜΥΕΛΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ I

ΑΛΗΘΗΣ ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

Αυτόνομη αύξηση της μάζας των ερυθροκυττάρων πάνω από 125% του φυσιολογικού, που εκφράζεται ως αύξηση του αιματοκρίτη πάνω από 52% στους άνδρες και πάνω από 47% στις γυναίκες σε υψόμετρο θαλάσσης.

Συμπτώματα: εξέρυθρο πληθωρικό προσωπείο, υπεραιμία επιπεφυκότων, τόφοι ουρικού οξέος, σπληνομεγαλία, ερυθρομελαλγία.

Συχνές φλεβικές θρομβώσεις, πιο συχνά επιπολείς φλεβοθρομβώσεις ή θρομβώσεις των ηπατικών φλεβών (Budd-Chiari → πολυκυτταραιμία)

Θρομβώσεις πυλαίας και των μεσεντέριων φλεβών, πιο σύνηθη στην αληθή πολυκυτταραιμία με μετάλλαξη του γονιδίου JAK2.

ΜΥΕΛΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ II

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Αύξηση των αιμοπεταλίων πάνω από 450000/L

- α. Πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής, εντάσσεται στα μυελουπερπλαστικά νεοπλάσματα (πολυκυτταραιμία, χρόνια μυελογενή λευχαιμία).
- β. Δευτεροπαθής, η οποία συνοδεύει διάφορες παθολογικές καταστάσεις (φυματίωση, χρόνια εμπύρετο).
- Κλινική εικόνα: ερυθρομελαλγία, διόγκωση του σπληνός (συνήθως μετάπτωση σε μυελοϊνωση).
- Θρομβωτικές επιπλοκές-πρώτο διαγνωστικό σύμπτωμα στις 15-20% των περιπτώσεων.
- Συχνότερες θρομβώσεις στις JAK2 V617 θετικές
- Μεγάλη αύξηση των PLT και των WBC, σε άτομα >60ετών, υπερλιπιδαιμία, ΣΔ, ΑΥ, κάπνισμα.

ΜΥΕΛΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ III

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΜΥΕΛΟΙΝΩΣΗ

- Χρόνια κατάσταση όπου ο μυελός απωθείται λόγω αθρόας ανάπτυξης ινώδους ιστού και την αιμοποιητική λειτουργία αναλαμβάνει ο σπλην
- Κλινική εικόνα: προοδευτικά επιβαρυνόμενη κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους, ενίοτε κνησμός μετά από θερμό λουτρό, μικρή πυρετική κίνηση.
- Β -συμπτωματολογία- δυσμενή πρόγνωση, τεράστια διόγκωση του σπληνός, έντονη κυκλοφορική συμφόρηση με πυλαία υπέρταση (κίρσοι οισοφάγου/ασκίτης) και σπληνική υδραιμία.
- Εργ.ευρήματα: ποικιλόσχημα μεγάλα ερυθροκύτταρα (δακρυοκύτταρα) και πολυάριθμοι ερυθροβλάστες.
- Ενίοτε η λευκοκυττάρωση παίρνει χαρακτήρα χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας και εξελίσσεται προς οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία.

KPITHPIA PV KAI ET

Polycythemia vera (PV)^a

Essential thrombocythemia (ET)^b

Major criteria

- 1 Hemoglobin > 16.5 g/dL (men) Hemoglobin > 16.0 g/dL (women) or Hematocrit > 49% (men) Hematocrit > 48% (women) or increased red cell mass (RCM)^c
- 2 BM biopsy showing hypercellularity for age with trilineage growth (panmyelosis) including prominent erythroid, granulocytic and megakaryocytic proliferation with pleomorphic, mature megakaryocytes (differences in size)
- 3 Presence of *JAK2* or *JAK2* exon 12 mutation
- 4

Platelet count $\geq 450 \times 10^9/L$

BM biopsy showing proliferation mainly of the megakaryocyte lineage with increased numbers of enlarged, mature megakaryocytes with hyperlobulated nuclei. No significant left-shift of neutrophil granulopoiesis or erythropoiesis and very rarely minor (grade 1) increase in reticulin fibers^d

Not meeting WHO criteria for *BCR-ABL1* + CML, PV, PMF, MDS, or other myeloid neoplasms

Presence of *JAK2*, *CALR* or *MPL* mutation

Minor criteria

- 1 Subnormal serum erythropoietin level

Presence of a clonal marker (e.g., abnormal karyotype) or absence of evidence for reactive thrombocytosis

ΝΥΚΤΕΡΙΝΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΥΡΙΑ

Επίκτητη κλωνική διαταραχή του αρχέγονου αιμοποιητικού κυττάρου, που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενδαγγειακής αιμόλυσης, θρομβωτικών διαταραχών και σπάνια εκτροπής προς οξεία λευχαιμία.

Η PNH οφείλεται σε σωματική μετάλλαξη του PIG-A γονιδίου.

Κλινική εξέταση: γενικευμένη κόπωση, δύσπνοια, κοιλιακό άλγος, πνευμονική υπέρταση, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Θρομβώσεις - εγκεφαλικές φλέβες (οβελιαίες και κόλποι), πνευμονική εμβολή (σπάνια), δερματικές φλέβες (κατά προτίμηση στο πρόσωπο και στα άνω άκρα), κοιλιακές φλέβες (ηπατικές φλέβες: σύνδρομο Budd-Chiari η πιο συχνή περιοχή θρόμβωσης).

Ύπουλη έναρξη: κοιλιακό άλγος, ηπατομεγαλία, ίκτερος, ασκίτης, αύξηση σωματικού βάρους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

	Number Tested	Number Positive	Number Positive/Number Tested (%)
Mveloproliferative disease	102	21	21
JAK 2-positive	82	14	16
Antiphospholipid syndrome	90	8	8
Protein C deficiency	86	1	1
Protein S deficiency	85	5	5
Antithrombin deficiency	89	2	2
Prothrombin gene mutation	98	14	14
Factor V Leiden	94	3	3
Homozygous MTHFR mutation	78	9	11
Hyperhomocysteinemia	69	8	11
Number of prothrombotic disorders, 0/1/2		49/43/10	48/42/10
Connective tissue disease	101	4	4
Hormonal contraception or replacement therapy, n (%)	50	22	44
Personal history of deep vein thrombosis	100	14	14
Family history of deep vein thrombosis	96	23	24
Local factor*	102	22	21
Acute Pancreatitis		8	8
Cholecystitis or cholangitis		6	6
Liver abscess		5	5
Gastritis		2	2
Inflammatory bowel disease		1	1
Diverticulitis		1	1
Cytomegalovirus hepatitis		1	1
Abdominal trauma		1	1
General prothrombotic disorder in patients with a local factor		8	36
No causal factor		25	25

*Patients may have two local factors.

ΑΙΤΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

Causes of portal vein thrombosis

Abdominal sepsis
Abdominal surgery
Behçet's syndrome
Cirrhosis
Collagen vascular diseases (eg, lupus)
Compression or invasion of the portal vein by tumor (eg, pancreatic cancer)
Endoscopic sclerotherapy
Hepatocellular carcinoma
Inflammatory bowel disease
Inherited thrombophilias
Myeloproliferative syndromes
Omphalitis
Oral contraceptives
Pancreatic islet cell transplantation
Pancreatitis
Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria
Pregnancy
Retroperitoneal fibrosis
Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
Trauma

ΕΛΕΓΧΟΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ

Ο ασθενής μας, 38 ετών, προσήλθε με οξεία θρόμβωση πυλαίας φλέβας.

Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται, προ 8ετίας, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (η οποία είχε αποδωθεί σε ρήξη κύστης Baker).

Θεωρώ πως εφόσον έχουν μερικώς αποκλειστεί τα τοπικά αίτια θρομβώσεως της ΠΦ και τα επίκτητα συστηματικά...

....είναι αναγκαίο να ελεγχθεί με μοριακό έλεγχο για κληρονομικά αίτια θρομβοφιλίας:

Ανεπάρκεια πρωτεΐνης C,

Ανεπάρκεια πρωτεΐνης S,

Ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III,

Προθρομβίνη G20210A,

Παράγοντας V-Leiden (G1691A και R2, H1299R),

Υπερομοκυστεΐναιμία από μετάλλαξη του γονιδίου MTHFR (C677T, A1298C)

...η πιθανότερη διάγνωση...χωρίς να μπορούν να αποκλειστούν άλλα αίτια, τα οποία και δεν έχουμε απόλυτα αποκλείσει με τα τωρινά δεδομένα...

Τι θα θέλαμε:

1. Έλεγχο θρομβοφιλίας (μοριακός στην παρούσα φάση)
2. Βιοψία ήπατος (κίρρωση ή όχι)
3. CD55 και CD59 μόρια

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ!!

