



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ - ΤΕΤΑΡΤΗ 19 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2016
«ΔΩΜΑ» ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ (11^{ος}) - ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ 13:30

Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος: Π. Αυγερινός, Διευθυντής ΕΣΥ

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«Παρατενόμενο εμπύρετο με διάγνωση εισαγωγής
αλιθιασική χολοκυστίτιδα»**

Παρουσίαση περιστατικού: Λεμπέσης Ιωάννης, Ειδικευόμενος Ιατρός, Γ' Παθολογικό Τμήμα

Διαφορική διάγνωση: Στάμπα Μαρία, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα Α'

Σχολιασμός: Ναξάκη Άννα, Επιμελήτρια Α', Γ' Παθολογικό Τμήμα

Πρόκειται για Καθηγήτρια δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Βιολόγος) 35 ετών που εισήχθη στις 28/09/2016 μετά από εμφάνιση πυρετού έως 38° από 7-ημέρου και προοδευτικά επιδεινούμενης επιγαστραλγίας με χαρακτηριστές πλευριτικού άλγους από πενθημέρου. Από οικογενειακό Ιατρό είχε λάβει αντιβίωση με οξυτετρακυκλίνη επί 5 ημέρες χωρίς υποχώρηση του πυρετού. Από το α.α. αναφέρει σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Αναφέρει επίσης μικρού βαθμού αναιμία στο παρελθόν με χαμηλότερη τιμή Ht στο 32%. Όσον αφορά το κοινωνικό ιστορικό είναι χορτοφάγος και δεν κάνει κατάχρηση αλκοόλ. Από την αντικειμενική εξέταση εισαγωγής τα ζωτικά σημεία: SatO₂: 99%, ΑΠ: 110/80 σφίξεις: 104/λεπτό. Υπήρχε ωχρότητα του δέρματος, άτυπο συστολικό φύσημα καλύτερα ακροατό παραστερνικά αριστερά και ευαισθησία του δεξιού υποχονδρίου. Λόγω της παρουσίας πάχυνσης και διαστρωμάτωσης του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως (επιδεικνύεται το US) χωρίς την παρουσία χολολιθίας η ασθενής εισήχθη στην Α' Χειρουργική Κλινική με την διάγνωση της αλιθιασικής χολοκυστίτιδας. Να σημειωθεί εδώ ότι 5 ώρες μετά το US εισαγωγής (που έγινε στις 1.46 π.μ.) πραγματοποιήθηκε CT κοιλίας (7.00 πμ) που δίνει φυσιολογικό πάχος τοιχώματος χοληδόχου κύστεως και ικανή ποσότητα ασκητικής συλλογής στην ελάσσονα πύελο (που δεν υπήρχε στο αρχικό US). Λόγω της σπανιότητας της αλιθιασικής χολοκυστίτιδας σε ασθενείς της κοινότητας, μη ανταπόκρισης του πυρετού στην αντιβιοτική αγωγή επί 8-ήμερον (συπροφλοξασίνη-μετρονιδαζόλη) και των επιπλέον ευρημάτων όπως αναλύονται πιο κάτω συμφωνήθηκε η μεταφορά της στη Γ' Παθολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση (6/10). Επιπλέον ευρήματα ήταν

η ικανή ποσότητα ασκητικού υγρού στην ελάσσονα πύελο, η μικρή πλευριτική (δεξιά, με gradient αλβουμίνης 1.3) και περιηπατική συλλογή, η παρουσία υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας (Ht: 27% με PLT: 400,000, RDWcv: 14.1 και φερριτίνη: 70.5 ng/mL), η επιμένουσα αύξηση της CRP (7-9 mg/dL) παρά την χορηγούμενη θεραπεία, η ΤΚΕ (98-103), η ηπατομεγαλία (στα 16 εκατοστά), υποαλβουμιναιμία (Alb:3.0-3.1 gr/dL) και η παράταση του χρόνου προθρομβίνης (INR:1.35-1.4). Η ασθενής συνέχισε να έχει πυρετό έως 38.5° ήπια ευαισθησία στο δεξίο υποχόνδριο και CRP εις τα ίδια περίπου επίπεδα παρά την συνέχιση της αντιβιοτικής αγωγής. Σε δεύτερο υπερηχογράφημα κοιλίας (03/10) παρατηρήθηκε υποχώρηση του πάχους του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως (από 11 σε 3.5 χιλ) ενώ σε τρίτο (5/10) με την προοπτική της παρακέντησης υποχώρηση της συλλογής της ελάσσονας πυέλου. Πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση και triplex σπληνοπυλαίου χωρίς παθολογικά ευρήματα. Την έκτη ημέρα νοσηλείας στην Γ'Π (11/10) στα πλαίσια της διερεύνησης του παρατενόμενου εμπύρετου υποβλήθηκε σε triplex καρδιάς και διαπιστώθηκε μόρφωμα 48 X 38 χιλ με ανώμαλη παρυφή εξορμώμενο από το μεσο-κολπιακό ή οπίσθιο τοίχωμα του ΔΕ κόλπου εισερχόμενο και στην δεξιά κοιλία. Η ασθενής χειρουργήθηκε στις 14/10 από τον Κο Χαρίτο για να αφαιρεθεί το μόρφωμα του δεξιού κόλπου. Το περιστατικό παρουσιάζεται για συζητηθεί η ΔΔ των ΧΚΕ της καρδιάς και κατά πόσο οι υπόλοιπες εκδηλώσεις της ασθενούς συνδυάζονται με το εύρημα αυτό.

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«Πανκυτταροπενία - Ηπατοσπληνομεγαλία σε ασθενή
με ιστορικό θεραπείας μελιταίου πυρετού προ 6μήνου»**

Παρουσίαση περιστατικού: Παπαποστόλου Ανδρονίκη, Ειδικευόμενη Ιατρός, Γ' Παθολογικό Τμήμα

Διαφορική διάγνωση: Νέγκα Μάρθα, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μικροβιολογικό Τμήμα

Σχολιασμός: Τσιάματος Παντελής, Επικουρικός Επιμελητής, Γ' Παθολογικό Τμήμα

Το περιστατικό αφορά ασθενή 26 ετών εργαζόμενο σε γαλακτοκομική επιχείρηση (με βασική ενασχόληση την παστερίωση του γάλατος) ο οποίος εισήχθη λόγω πυρετικής κίνησης έως 37.8° χωρίς συνοδά συμπτώματα από πενθημέρου και διαπίστωσης πανκυτταροπενίας σε γενική αίματος.

Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται εμπύρετο με οσφυαλγία, μυαλγίες-αρθραλγίες τον Απρίλιο του 2016 για το οποίο εκτιμήθηκε στο ΓΝ Χαλκίδας όπου με βάση τον υψηλό τίτλο Wright-Coombs (1/1280) διεγνώσθη μελιταίος πυρετός. Εδόθη θεραπεία με συνδυασμό τριμεθοπρίμης-σουλφιζοξαζόλης και οξυτετρακυκλίνης με αποτέλεσμα την υποχώρηση του πυρετού την τρίτη ημέρα μετά την έναρξη της αγωγής (την οποία έλαβε κατ'οίκον επί έξη συνολικά εβδομάδες).

Από την κλινικο-εργαστηριακή εκτίμηση στην εισαγωγή διαπιστώθηκε πυρετός έως 38.4° ηπατοσπληνομεγαλία (υπερηχογράφημα με ήπαρ στα 17 και σπλήνα στα 19 εκ), γενική αίματος με πανκυτταροπενία (Λευκά: 2600 με πολυμορφοπύρην:36%,

λεμφοκύτταρα: 59.5%, αιματρίτη: 34.1% με μορφολογία ερυθρών ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική και αιμοπετάλια 92,000) και ήπια αύξηση των τρανσαμινασών (ALT: 60, ALT: 93). Η ΤΚΕ:7 και η CRP: 0.77 mg/dL. Πραγματοποιήθηκε επίσης μυελόγραμμα και OMB.

Ο έλεγχος αντισωμάτων για το ενδεχόμενο υποτροπής ή νέας λοίμωξης από βρουκέλλα έδειξε τα εξής:

Wright (συγκολιτινοαντίδραση): 1/40.

Αντισώματα (IFA-ELISA) για Βρουκέλλα: IgM: (-), IgA:1/40, IgG:1/1280.

Η Wright Coombs ήταν θετική σε υψηλό τίτλο (1/2560).

Η PCR μυελού για βρουκέλλα και Λείσμανία ήταν αρνητικές.

Το περιστατικό παρουσιάζεται για να συζητηθεί η ερμηνεία των ευρημάτων αυτών κατά πόσο δηλαδή μπορεί να οφείλονται στην προηγηθείσα λοίμωξη ή σε υποτροπή της βρουκέλλωσης.

Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με περαιτέρω έλεγχο στην συνέχεια.

3^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΘΕΜΑ: **«Σιδηροπενική αναιμία σε ασθενή** **με αγγειεκτάσιες Χειλέων - Δακτύλων»**

Παρουσίαση περιστατικού - Σχολιασμός: Παναγόπουλος Ανδρέας, *Ειδικευόμενος Ιατρός, Γ' Παθολογικό Τμήμα*

Διαφορική διάγνωση: Τσιάκαλου Βασιλική, *Ειδικευόμενη Ιατρός, Ρευματολογικό Τμήμα*

Το περιστατικό αφορά αγρότισσα 66 ετών (πρώην εργαζόμενη σε βιοτεχνία ξηρών καρπών) που προσήλθε στα Επείγοντα Περιστατικά του Νοσοκομείου μας λόγω αδυναμίας και δύσπνοιας κατά την κόπωση με εμέτους μετά την σίτιση από εβδομάδος. Σε εξωτερικό αιματολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία με Ht-22%. Προ πενταμήνου είχε Ht 28% με αποτέλεσμα να της συστηθεί η λήψη σκευάσματος σιδήρου το οποίο ελάμβανε περιστασιακά.

Από το ατομικό αναμνηστικό: Αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση για την οποία ελάμβανε ιβεσαρτάνη-υδροχλωροθειαζίδη (150/12.5 mg). Επίσης ελάμβανε ραμπεπραζόλη 20mg, μονονιτρικό-5-ισοσορβίτη 20mg, αλπραζολάμη καθώς και αγωγή για δυσλιπιδαιμία. Δεν υπήρξε ποτέ καπνίστρια. Ανέφερε επίσης ωχρότητα άκρων χειρών (με σαφές όριο μεταξύ ωχρότητας και φυσιολογικού δέρματος) κατά την έκθεση στο κρύο.

Από την αντικειμενική εξέταση: Ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, ΑΠ:160/80 mmHg, SpO2:93% (2 1%), ταχυκαρδική με 105 ρυθμικές σφύξεις/λεπτό, απύρετη, με ωχρότητα δέρματος, τηλεαγγειεκτασίες δακτύλων (φωτογραφία) και κάτω χείλους. Διαπιστώθηκε επίσης λάμπον όμμα και Lid-lag κατά την στροφή του βλέμματος προς

τα κάτω με φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα, καρδιακοί τόνοι: Με συστολικό φύσημα τύπου στενώσεως αορτής και δακτυλική εξέταση αρνητική για μέλαινα.

Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος στο νοσοκομείο μας ανέδειξε υπόχρωμη (MCH:17.3) μικροκυτταρική αναιμία (MCV:64.3) με αυξημένο δείκτη RDWcn (21.7), φερριτίνη: 34 (28-298 ng/mL) χωρίς αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP:0.6 mg/dL και ΤΚΕ:23). Το υπερηχογράφημα άνω κάτω κοιλίας δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα έδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Στην ακτινογραφία θώρακος υπήρχε μικρή αύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη, αποστιάνωση του αορτικού τόξου, χωρίς ενεργό νόσο από το πνευμονικό παρέγχυμα και άμβλυνση των πλευροδιαφραγματικών χώρων. Στα πλαίσια της διερεύνησης του συστολικού φύσηματος τύπου στενώσεως αορτής πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς το οποίο ανέδειξε μέτριου βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας, διάταση αριστερού κόλπου και έντονη ασβέστωση μιτροειδούς βαλβίδας με σοβαρού βαθμού στένωση αυτής. Έλαβε 2 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών και ΕΦ σίδηρο με σταδιακή άνοδο του αιματοκρίτη (δύο μήνες μετά) στο 36,9% (με MCH: 23.9 και MCV: 75.5). Λόγω της μορφολογίας των ερυθρών στην γ. Αίματος διενεργήθηκαν δύο γαστροσκοπίσεις, λόγω παρουσίας τροφώδους περιεχομένου τόσο στον οισοφάγο (αμέσως μετά την είσοδο του ενδοσκοπίου) όσο και στον στομάχο στην πρώτη (παρά την σωστή προετοιμασία της ασθενούς που είχε μείνει νήστις απο 12 ώρες). Στην 2η Γ/ση (όπου είχε μείνει νηστική επί 18 ώρες) σημειώνεται οισοφάγος Barrett, ευμεγέθης διαφραγματοκοίλη και ατροφία του βλεννογόνου του στομάχου. Η κολονοσκόπηση ήταν σε γενικές γραμμές χωρίς ευρήματα αλλά με περιορισμένη διαγνωστική αξία λόγω ατελούς προετοιμασίας. Όσον αφορά την παρουσία lid-lag αποδόθηκε στην αγχώδη προσωπικότητα της ασθενούς μια και οι εξετάσεις έδειξαν ότι είναι ευθυρεοειδική.

Με βάση το ιστορικό και τον έως εκείνη την στιγμή κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο πραγματοποιήθηκαν τρεις ακόμα εξετάσεις που έβαλαν σε γενικότερο πλαίσιο την σιδηροπενική αναιμία της ασθενούς.

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