

ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ - «ΔΩΜΑ» ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ (11^{ος})
ΤΕΤΑΡΤΗ 4 ΜΑΡΤΙΟΥ 2015 - ΩΡΑ 13³⁰ - 15⁰⁰

ΘΕΜΑ: «Γυναίκα 40 ετών με καχεξία»

Παρουσίαση περίπτωσης: **Μ. Τζιχάτ**, Ειδικευόμενος Ιατρός, Γ' Παθολογικό Τμήμα
Θ. Κοντοπούλου, Επιμελήτρια Α', Γ' Παθολογικό Τμήμα
Δ. Καραγιάννης, Κλινικός Διαιτολόγος, Τμήμα Διατροφής

Διαφορική διάγνωση: **Δ. Λαπατσάνης**, Διευθυντής, Δ' Χειρουργικό Τμήμα

Σχολιασμός: **Θ. Κοντοπούλου**, Επιμελήτρια Α', Γ' Παθολογικό Τμήμα
Α. Μπασχαλή, Κλινική Διαιτολόγος, Προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής
Δ. Λαπατσάνης, Διευθυντής, Δ' Χειρουργικό Τμήμα

25-10-2014 Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ:

Ασθενής 40 ετών προσεκομίσθη λόγω εμμένουσας καχεξίας προς διερεύνηση αυτής.
Πρόκειται για απισχνασμένη ασθενή η οποία αναφέρει ότι από διμήνου έχει σταθερό σωματικό βάρος παρά την αυξημένη λήψη τροφής-άνευ επεισοδίων εμετών ή διαρροϊκών κενώσεων.
Η ασθενής έχει πρόσφατη νοσηλεία στον Ευαγγελισμό-διασωλήνωση λόγω ΑΑ τύπου Ι στα πλαίσια λοίμωξης αναπνευστικού-ασυστολίας, η οποία ανετάχθη μετά τη διενέργεια ΚΑΡΠΑ.
U/s καρδιάς (9/14) με EF 60%.
Διπολική διαταραχή
Υποθυρεοειδισμός
Διακοπή εμμ. ρύσεως από ετών-οστεοπενία.
Χωρίς μείζων σηπτικό επεισόδιο στη ΜΕΘ1 μετά την ανάνηψή της από το αρχική αιμοδυναμική αστάθεια.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Από το ατομικό της αναμνηστικό πρόκειται για ασθενή αρχικά υπέρβαρη με ιστορικό επεμβάσεων βαριατρικής 2006-γαστρικός δακτύλιος, 2008 sleeve γαστεκτομή-γαστρικό bypass λόγω αποτυχίας των προηγθέντων.

Βαριατρικές επεμβάσεις: 2006 Γαστρικός δακτύλιος
2007 Αφαίρεση δακτυλίου
2008 sleeve gastrectomy
2008 γαστρικό bypass

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: Tb Seroquel 300 mg 1 x 1 πρωί
Tb Seroquel 100 mg 1 x 2 απόγευμα-βράδυ
Tb Xanax 0,5 mg 1/2- 1/2- 1
Tb Efexor 75 mg 1 x 1
Tb T4 125 1 x 1
Tb Neurontin 300 mg 1 x 2

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

Ασθενής απισχνασμένη, βραδυψυχική.
Αρτηριακή πίεση 100/65, SPO2 98%(A), σφύξεις 92/min
Θερμοκρασία 36,8
Ακρόαση πνευμόνων Εντύπωση ήπιας μείωσης του αναπνευστικού ψιθυρίσματος.
Ακρόαση καρδιάς S1,S2 ρυθμικοί ευκρινείς.
Κοιλία μαλακή ευπείστη ανώδυνη εντερικοί ήχοι παρόντες.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ:

Η ασθενής ετέθη σε iv ενυδάτωση με ΜVI και σε δίαιτα υπερλευκωματούχο. Λόγω του ιστορικού της η ασθενής εκτιμήθηκε επανειλημμένως από τους ψυχιάτρους του νοσοκομείου (κα Δραγούμη).

Προγραμματίστηκε και υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, έλεγχο αναιμίας και απεικονιστικό έλεγχο.

Το υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας γνωματεύθηκε ως εξής:

Δυσχερής ο έλεγχος λόγω σωματοδομής της ασθενούς. Το ήπαρ ελέγχεται με φυσιολογικό μέγεθος και ηχογένεια.

Η χοληδόχος κύστη ελέγχεται με παρουσία μικρής ποσότητας ιζήματος και μικρολιθιασικών στοιχείων. Δεν παρατηρείται διάταση των ένδο- και έξω- ηπατικών χοληφόρων. Το πάγκρεας δεν απεικονίστηκε λόγω αεροπλήθειας. Ο σπλην έχει φυσιολογικές διαστάσεις και είναι ομοιογενής σε ηχοδομή. Αμφότεροι οι νεφροί ελέγχονται με φυσιολογικές διαστάσεις, χωρίς πυελοκαλυκτική διάταση. Η ουροδόχος κύστη με ελάχιστη ποσότητα ούρων δίνεται η εντύπωση παχύνσεως του τοιχώματος αυτής συστήνεται επανέλεγχος σε τακτική βάση. Απουσία ασκίτου.

Σε αξονική τομογραφία θώρακος με +IVC:

Εμφυσηματικός πνεύμονας. Πάχυνση διάμεσου ιστού. Εκσεσημασμένη οστεοπενία. Μεσοθωράκιο ελεύθερο. Μικρή ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη.

Σε CT κοιλίας με +IVC διαπιστώθηκαν:

Μετεγχειρητικά ευρήματα στομάχου. Διάταση του κοινού χοληδόχου πόρου στο ύψος της πύλης του ήπατος. Εικόνα διάτασης δωδεκαδακτύλου. Ευχερής η διέλευση του σκιαγραφικού μέχρι το τυφλό.

Από τη γαστροσκόπηση: Στόμαχος κατά τόπους με διαβρώσεις στο άντρο πλησίον του πυλωρικού στομίου το οποίο φαίνεται αποφραγμένο ελέγχεται ΓΕΑ με έλικες λεπτού έντερου, οι οποίες είναι βατές με μακροσκοπικά φυσιολογικό βλεννογόνο. Ελήφθησαν βιοψίες.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε θარიούχο γεύμα από το οποίο διαπιστώθηκε:

Ιστορικό πολλαπλών χειρουργικών επεμβάσεων για παχυσαρκία. ΓΕΑ, λειτουργούσα ικανοποιητικά. Το σκιαγραφικό διέρχεται εκ της αναστομώσεως, μη καθιστώντας εφικτό τον έλεγχο του περιφερικού πυλωρικού άντρου.

Η ασθενής ετέθη σε παρεντερική σίτιση και μεταφέρεται στην Δ'Χ αιμοδυναμικά σταθερή, απύρετη για χειρουργική αντιμετώπιση της δυσανορρόφησης λόγω των βαριατρικών επεμβάσεων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ Δ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (17/11/2014):

GLU	69	Εξετάσεις 16/11/14		RDW-SD	49,1
UREA	28	WBC	3,51	RDW-CV	13,1
CREA	0,51	NEU%	34,8	PLT	221
Na	143	LYM%	59,5	PDW	15,6
K	4,34	MONO%	4	MPV	12,5
TP	4,49	BASO%	1,1	P-LCR	44,7
ALB	2,4	EOS%	0,6	PCT	0,28
GLOB	2,09	NEU%	1,22	Εμπύρηννα ερυθρά (NRBC%)	0
A/G	1,15	LYM%	2,09		
AST	50	MONO%	0,14		
ALT	31	BASO%	0,04		
ALP	94	EOS%	0,02		
GGT	34	RBC	3,09		
TBIL	0,18	HCT	31,7		
Ca	7,3	HGB	10,2		
PHOS	1	MCV	102,6		
Mg	1,82	MCH	33		
CRP	0,2	MCHC	32,2		

Γενική αίματος		Βιοχημικός Έλεγχος				Αιμόσταση	
Hct (%)	30	Glu (mg/dl)	60	SGOT (IU/L)	111	PT	11
Hb (gr/dl)	9.8	Ur (mg/dl)	30	SGPT (IU/L)	109	INR	0.92
Λευκά	2.55	Cr (mg/dl)	0.56	γGT (IU/L)	190	aPTT	23.2
		Na (mmol/l)	139	ALP (IU/L)	182		
Λ	41,6	K (mmol/l)	4.68	TBIL (mg/dl)	0.56		
H	1,2	Ca (mg/dl)	7.53	CRP mg/dl	9.1		
ΔΕΚ (%)	2.85	LDH IU/L	252	Λευκώματα (g/dl)	4.84		
ΑΜΠ	223	Αμυλάση	58	Αλβουμίνη (g/dl)	2.4		
				Σφαιρίνη	2.42		