



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ - ΤΕΤΑΡΤΗ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2016
«ΔΩΜΑ» ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ (11^{ος})- ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ 13:30

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

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

Συντονιστής Διευθυντής: Καθηγητής Α. Σκουτέλης

ΘΕΜΑ: «Άνδρας 35 ετών με εμπύρετο, πολυορογονίτιδα και αναπνευστική ανεπάρκεια»

Παρουσίαση περιστατικού: Μπεναρδής Ευάγγελος, Ειδικευόμενος Ιατρός,
Ε' Παθολογικό Τμήμα

Διαφορική διάγνωση: Τριγκίδης Κυριάκος, Ειδικευόμενος Ιατρός, Α'
Παθολογικό Τμήμα

Σχολιασμός: Κώνστα Στυλιανή, Ειδικευόμενη Ιατρός, Ρευματολογικό Τμήμα

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:

Άνδρας 35 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου έως 39C με ρίγος, με οπισθοστερνικό άλγος και συνοδά μυοσκελετικά άλγη από 3ημέρου (είχε λάβει παρακεταμόλη και ΜΣΑΦ χωρίς ανταπόκριση). Από το πρόσφατο ιστορικό αναφέρεται εμφάνιση ξηρού βήχα προ μηνός, που υποχώρησε με λήψη αζιθρομυκίνης. Ο βήχας επανεμφανίσθηκε προ 15ημέρου και δεν υποχώρησε με λήψη κλαριθρομυκίνης και εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών-κορτικοειδών.

Ατομικό αναμνηστικό: Ενεργός καπνιστής (20 πακέτα-έτη).

Αντικειμενική εξέταση: Ασθενής με όψη πάσχοντος, αιμοδυναμικά σταθερός, αναπνευστικά επαρκής (SatO₂=98%), με θ=38C, εξέρυθρο φάρυγγα, διογκωμένη εξέρυθρη αριστερή παρίσθμια αμυγδαλή χωρίς πυώδη βύσματα, ρυθμικούς S1S2, τραχύτητα ΑΨ, κοιλία ΜΕΑ με παρόντες εντερικούς ήχους, ήπαρ-σπλήνας αψηλάφητα, ΑΝΕ χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία.

Εργαστηριακός έλεγχος: Λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (WBCs 21.200, 92%POLY), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP=28,7mg/dL, FIB=1049mg/dL, TKE=29mm/h), αυξημένα μυοκαρδιακά ένζυμα AST=62IU/L, LDH=331mg/dl, CPK=260IU/L, CK-MB=45IU/L, Trop-T=431,3 και 872,2mg/dl (σε 2 μετρήσεις της ίδιας ημέρας), ALT=111IU/L, γGT=79IU/L, ALP=84IU/L, TBIL=2,11mg/dl, DBIL=1,56mg/dl.

ΗΚΓ εισαγωγής: SR χωρίς ειδικές αλλοιώσεις.

ΗΚΓ 2ης ημέρας νοσηλείας: SR ταχυκαρδία, αποκλεισμός δεξιού σκέλους.

Echo καρδιάς: Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Αξονική τομογραφία θώρακος εισαγωγής: Ήπια ινώδη στοιχεία γλωσσίδας και έσω τμήματος ΑΚΛ.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ:

Λόγω του φλεγμονώδους κλινικοεργαστηριακού profil και της μυοκαρδιακής ενζυμικής κίνησης, ετέθη η διάγνωση «μυοκαρδίτιδα». Ο έλεγχος προς ανεύρεση υποκείμενου αιτίου (μικροβιολογικός-ιολογικός-ανοσολογικός έλεγχος, μιτωτικοί δείκτες, έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας, Η/Φ λευκωμάτων) ήταν αρνητικός.

Παρά τη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, ακολούθησε κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση με αναπνευστική ανεπάρκεια (SatO₂=87%), εμμονή του εμπυρέτου και περαιτέρω αύξηση δεικτών φλεγμονής, παρά τη χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικής αγωγής.

Νέος απεικονιστικός έλεγχος με αξονικές τομογραφίες, που διενεργήθηκαν 6 ημέρες μετά, κατέδειξε περικαρδιακή συλλογή, πλευριτικές συλλογές, αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα και ηπατοσπληνομεγαλία.

Σημείωση:

Η παρακολούθηση του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της Επιστημονικής Ένωσης είναι ελεύθερη και χορηγούνται βεβαιώσεις παρακολούθησης.

Η Ε.Ε.Π.Ν.Ε. θα προσφέρει στους συμμετέχοντες καφέ, ελαφρύ γεύμα και αναψυκτικά.

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Διευθυντής, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος: Μ. Βασιλαματζής

Θέμα: «Διερεύνηση όζου σε ασθενή με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα»

Παρουσίαση περιστατικού: Δημητριάδου Αρετή, Ειδικευόμενη Ιατρός, Ογκολογικό Τμήμα

Διαφορική Διάγνωση: Παπακωνσταντίνου Νικόλαος, Ειδικευόμενος Ιατρός, Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα

Σχολιασμός: 1.Δημητριάδου Αρετή, Ειδικευόμενη Ιατρός, Ογκολογικό Τμήμα,

2.Μαρία Σκυλακάκη, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα,

3.Θεόδωρος Αργυράκος, Επιμελητής Α', Παθολογοανατομικό Τμήμα

Ασθενής 57 ετών, με ατομικό αναμνηστικό ΣΔ, ΧΑΠ, ΑΥ, καταθλιπτική συνδρομή, καπνίστρια 360 pack/year, διακομίστηκε από την Πολυκλινική, όπου νοσηλευόταν για παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, στην ΚΕΘ/ΠΝ του Ευαγγελισμού για διερεύνηση μάζας στον αριστερό πνεύμονα.

Κατά τη νοσηλεία υπεβλήθη σε:

- 1. CT θώρακος:** Block διογκωμένων λεμφαδένων ΔΕ παρατραχειακά και ολιγάριθμους αορτοπνευμονικούς λεμφαδένες ΑΡ παραπυλαία, ευμεγέθη συμπαγή εξεργασία ΑΑΛ με λοβωτά όρια 7,3 X 6,7 cm, που περιβρόγγχιζε τον ΑΡ στελεχιαίο βρόγχο καθώς και τον ΑΡ κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας. Στο κορυφαίο τμήμα του ΑΑΛ αναγνωρίστηκε οζώδης αλλοίωση, με λοβωτά όρια, διαμέτρου 2,5 εκ. και μια μικρότερη οζώδης αλλοίωση στο πρόσθιο τμήμα του ΔΑΛ διαμέτρου 1,2 εκ.
- 2. CT εγκεφάλου:** Αρνητική.
- 3. Βρογχοσκόπηση:** 70% στένωση του στομίου του κάτω λοβαίου βρόγχου του αριστερού στελεχιαίου και πυώδεις εκκρίσεις. Κατά τη διέλευση του βρογχοσκοπίου μέσω αυτού του στομίου στον έξω του κάτω αριστερά παρατηρείται ογκόμορφη αλλοίωση απ' όπου και πάρθηκαν βιοψίες.
Βιοψία: Οίδημα, ήπια χρόνια φλεγμονώδη διήθηση του χορίου.
- 4. Νέα βρογχοσκόπηση** για νέες βιοψίες οι οποίες ήταν εκ νέου αρνητικές για κακοήθεια.
- 5. Μεσοθωρακοσκόπηση:** Αφαιρέθηκε λεμφαδένας μδ 0,9 εκ. Η μικροσκοπική εξέταση ανέδειξε πλήρη διήθηση λεμφαδένα από καρκίνωμα με μορφολογικό και ανοσοφαινοτυπικά χαρακτηριστικά (CK8.18 +, dot like, CD56 +, SYN +, TTF1 +, Vim -) συμβατά με **νευροενδοκρινές καρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης μικροκυτταρικού τύπου**.

6. PET CT: Παρατηρείται παθολογική πρόσληψη της 18FDG.

- Στην εκτεταμένη παραφυλαία ΧΚΕ στον ΑΡ πνεύμονα, η οποία πιέζει τον αριστερό άνω λοβαίο βρόγχο και περιβρογχίζει τον αριστερό κάτω λοβαίο βρόγχο έχει διαμέτρο 7,5 εκ. (SUV max 17.8)
- Σε δύο πνευμονικούς όζους στον μέσο λοβό και στον αριστερό άνω πνευμονικό λοβό αντίστοιχα (SUVmax 2.8).
- Στους εξής λεμφαδένες (SUVmax 13.8)
-παραοισοφαγικούς και παρατραχειακούς δεξιά, άνω ομάδα, block υποτροπιδικών, μικρό ενδοπαρωτιδικό αριστερά
- Στο πλάγιο τόξο της 10^{ης} πλευράς δεξιά (SUV max 5)
- Σε ηπατικές β'παθείς εντοπίσεις στα τμήματα VII και VI του δεξιού ηπατικού λοβού (SUV max 9.2).

Στη συνέχεια η ασθενής προσήλθε στο Ογκολογικό Τμήμα του Ευαγγελισμού, όπου έλαβε συνολικά **8 κύκλους CAVE** (3/7/2012 έως 21/12/2012) (Adriblastina-Oncovin-Endoxan-Veresid) με αποτέλεσμα πλήρη απεικονιστική (CT θώρακος & κοιλίας) ύφεση της νόσου.

Τότε έγινε νέο **PET CT**: Δεν παρατηρείται παθολογική πρόσληψη της 18FDG, επανελέγχονται οι δύο πνευμονικοί όζοι στον μέσο λοβό και στον αριστερό άνω λοβό σαφώς μειωμένοι σε διαστάσεις στην CT και χωρίς παθολογική πρόσληψη της 18FDG. Νέο εύρημα αποτελεί μικρό πνευμονικό οζίδιο στο κορυφαίο βρογχοπνευμονικό τμήμα του αριστερού άνω πνευμονικού λοβού υποϋπεζωκοτικό, διαμέτρου 6,5 χιλ. περίπου, το οποίο δεν προσλαμβάνει 18FDG πιθανώς λόγω του μεγέθους του.

Έγινε νέα **βρογχοσκόπηση**: Χωρίς ενδοβρογχική βλάβη.

Τότε η ασθενής θεωρήθηκε ότι ήταν σε CR (πλήρη ύφεση) και μπήκε σε παρακολούθηση με απεικονιστικό έλεγχο (4/2013-6/2013-8/2013-10/2013) όπου το μόνο που απεικονιζόταν ήταν διήθημα στον ΑΑΛ περίπου 1εκ στη θέση όπου υπήρχε η αρχική ΧΚΕ.

Νέο **PET CT** 9/2014: Δεν παρατηρείται παθολογική πρόσληψη της 18FDG και παρατηρούνται τα εξής:

- Μικρή αύξηση των διαστάσεων και κυρίως διαφοροποίηση της μορφολογίας της οζώδους αλλοιώσεως στο κορυφοπίσθιο βρογχοπνευμονικό τμήμα του αριστερού άνω πνευμονικού λοβού, η οποία στην παρούσα εξέταση απεικονίζεται μικτή (part-solid)
- Δύο παρακείμενα πνευμονικά οζίδια στο έξω βρογχοπνευμονικό τμήμα του μέσου λοβού, της τάξεως των 7χιλ περίπου έκαστον σε μέγιστη διάμετρο, το οποίο αναπτύσσεται σε έδαφος ινωτικών αλλοιώσεων.
- Όλες οι ανωτέρω αλλοιώσεις δεν προσλαμβάνουν 18FDG.

Η ασθενής παραμένει σε follow up και έτσι προσκομίζει νέες CTs 1/2015 όπου επανελέγχονται τα 2 οζίδια στον δεξιό μέσο λοβό μεγαλύτερα σε διάμετρο ~1εκ και 6 χιλ. Στις CTs 2/2015 και 5/2015 παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων της οζώδους βλάβης στον δεξιό πνεύμονα (1,3 εκ. έναντι 1εκ.).

Νέα **βρογχοσκόπηση**: Αρνητική.

Τότε το περιστατικό συζητήθηκε με την Χ/Θ με σκοπό τη διερεύνηση της υπάρχουσας παθολογίας.