



**ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ - ΤΕΤΑΡΤΗ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2021**

Η εκδήλωση θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά (μέσω Zoom) - Ώρα 18:30
Δήλωση συμμετοχής στη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. έως τις 13-10-21 & ώρα 1μμ.

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ "Α. ΜΠΙΛΛΗΣ", Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη: Χ. Χριστοδουλίδου, Νεφρολόγος,
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.

*Πρόεδρος: Γ. Μαρακομιχελάκης, Παθολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Δ' Παθολογικού Τμήματος*

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«Αιμοκαθαρόμενος ασθενής με νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις
και διφορούμενο εργαστηριακό εύρημα»**

**Παρουσίαση: Σκόνδρα Χριστίνα Δανάη, Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Νεφρολογικό
Τμήμα «Α. Μπίλλης»**

**Διαφορική Διάγνωση: Εμμανουήλ Αγγελική, Ιατρός, Ειδικευόμενη στο
Ρευματολογικό Τμήμα**

Σχολιασμός: Μελάνης Κωνσταντίνος, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Νευρολογικό Τμήμα

Ασθενής 68 ετών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) υπό αιμοκάθαρση από τετραμήνου προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 38°C με συνοδό επεισόδιο αιμοδυναμικής αστάθειας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης. Αφού χορηγήθηκε βανκομυκίνη, αμικασίνη και κεφτριαξόνη διεκομίσθη στην Κλινική μας.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρονται:

- 10/2020: ΣΝ με τριπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη (LIMA-LAD, SVG-OM1, SVG2-PDA).
- ΧΝΝΤΣ από 6μήνου (βιοψία νεφρού 2017 μεσαγγειοπερπλαστικό πρότυπο με full house ανοσοφθορισμό σε έδαφος διαβητικής νεφρικής νόσου).
- Αρτηριακή υπέρταση.
- Αδιαφοροποίητο νόσημα συνδετικού ιστού (αισθητική νευροπάθεια, περικαρδίτιδα, θετικός ρευματοειδής παράγοντας), διάγνωση 2003.
- 2003: Λήψη 8gr Endoxan, Azathioprin και κορτικοστεροειδή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ασθενής βραδυψυχικός, SpO₂=85%, HR=75/min, ΑΠ=70/50mmHg, S1-S2 ρυθμικοί χωρίς πρόσθετους ήχους, μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα αριστερά, κοιλιά μαλακή ευπίεστη, περιφερικό οίδημα: Όχι.

Αφού ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος τόσο από τον μόνιμο σφαγιτιδικό καθετήρα αιμοκάθαρσης όσο και περιφερικά έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με Briklin και Voncon.

Μετά την απομόνωση *Klebsiella pn* στα ούρα έγινε τροποποίηση της αντιβιοτικής αγωγής στις 20/11 σε Ciproxin, Collistin με συνοδό πτώση των δεικτών φλεγμονής. Λόγω εκ νέου ανόδου των δεικτών φλεγμονής παρά τη λήψη αντιβιοτικής αγωγής και εμμένουσας δεκατικής πυρετικής κίνησης αποφασίστηκε η αφαίρεση του μόνιμου σφαγιτιδικού καθετήρα. Στις 23/11 παρατηρήθηκε πτώση του επιπέδου επικοινωνίας με συνακόλουθη πτώση εξ ιδίου ύψους στα πλαίσια συγχυτικού επεισοδίου. Στην αξονική εγκεφάλου δεν απεικονίστηκε οξεία παθολογία. Στην αδρή νευρολογική εξέταση ο ασθενής ήταν βύθιος, προσανατολισμένος σε εαυτό αλλά αποπροσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο. Στην ΟΝΠ δεν παρατηρήθηκε οξεία παθολογία πλην ενός κυττάρου κκχ, εύρημα το οποίο δεν αξιολογήθηκε ως παθολογικό.

Λόγω εμμένουσας δεκατικής πυρετικής κίνησης πραγματοποιήθηκε αξονική θώρακος με ατελεκτασία του αριστερού κάτω λοβού και ατελεκτατικά στοιχεία του δεξιού κάτω λοβού με παχυπλευριτικές αλλοιώσεις άμφω. Στη βρογχοσκόπηση (25/11) απεικονίστηκαν τα στόμια άμφω βατά χωρίς ενδοβρογχικές βλάβες ενώ στο BAL δεν απομονώθηκε παθογόνο. Στις 30/11 παρατηρήθηκε νέα έκπτωση του επιπέδου επικοινωνίας με συνοδό υπερκαπνία. Ο ασθενής ετέθη σε bīpar με βελτίωση της ανταλλαγής αερίων. Πραγματοποιήθηκε παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής αριστερά (pH: 7.25) με ανάδειξη λεμφοκυτταρικού υγρού με στοιχεία εξιδρώματος και εστάλησαν καλλιέργειες, κυτταρολογική και ADA.

Στις 6/12 διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου II. Λόγω απουσίας φωτοκινητικού αντανάκλαστικού ζητήθηκε σε επείγουσα βάση νέα αξονική εγκεφάλου με σκιαγραφικό. Η αξονική αποκάλυψε μικρές υποσκληρίδιες συλλογές (δδ αποτιτανώσεις/δδ αιμορραγίες) που έρχονταν περαιτέρω ελέγχου με μαγνητική εγκεφάλου που λόγω τεχνικών δυσκολιών δεν κατέστη εφικτή. Πραγματοποιήθηκε N/X εκτίμηση χωρίς αναγκαιότητα παρέμβασης.

Στον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε υψηλός τίτλος anti GMB (100). Λόγω του υψηλού τίτλου και επί υποψίας πιθανής συμμετοχής ΚΝΣ στα πλαίσια συστηματικού νοσήματος αποφασίστηκε η χορήγηση 500mg Endoxan στις 11/12/2020 και 500mg Solumedrol για 3 ημέρες. Στις 11/12 πραγματοποιήθηκε νέα ΟΝΠ χωρίς παθολογία.

Στις 14/12 ο ασθενής διεκομίσθη στη ΜΕΘ του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου για συνέχιση νοσηλείας.

2^η ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Επάνοδος από τη ΜΕΘ του Ιπποκρατείου μετά από δεκαπενθήμερη νοσηλεία (14/12-29/12) ύστερα από διασωλήνωση στην κλινική μας λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου II και έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας. Στη νοσηλεία του στη ΜΕΘ του Ιπποκρατείου απομονώθηκε *Candida* στα πτύελα και *Burkholderia gladioli* στο αίμα (15/12) για τα οποία καλύφθηκε με Tazosin, Colistin, Daptomycin, Ecalta. Επιπλέον λόγω θετικού Quantiferon με ανάδειξη λεμφοκυτταρικού εξιδρώματος ετέθη σε Rifinah. Κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΘ του Ιπποκρατείου υποστηριζόταν με συνεχή μέθοδο αιμοδιαδιήθησης. Ο ασθενής αποσωληνώθηκε στις 28/12 και στις 29/12 μεταφέρθηκε στην Κλινική μας αιμοδυναμικά σταθερός. Υπό Μάσκα Venturi 30% παρουσίασε ικανοποιητική ανταλλαγή αερίων (pH: 7.36, pO₂: 102mmHg, pCO₂: 40.8, SpO₂: 99.8, HCO₃: 22.8) οπότε και σταδιακά μειώθηκαν τα μείγματα οξυγόνου και ο ασθενής ήταν αναπνευστικά επαρκής στον αέρα.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Πραγματοποιήθηκε ρευματολογική επανεκτίμηση.

Σχετικά με το υποκείμενο αυτοάνοσο νόσημα ο ασθενής είχε στο παρελθόν εμφανίσει τις ακόλουθες εκδηλώσεις: Πολυνευροπάθεια χωρίς να γνωρίζουμε εάν επρόκειτο για απομυελινωτικού ή αξονικού τύπου, περικαρδίτιδα, μεσαγγειοπεριπλαστικό πρότυπο (με full house ανοσοφθορισμό) στη βιοψία νεφρού το 2017 (τιμή κρεατινίνης τότε 1.4mg/dl) με γνωστό διαβήτη και θετικό ρευματοειδή παράγοντα. Δεν υπάρχουν πληροφορίες από το

άμεσο περιβάλλον του για φαινόμενο Raynaud, φωτοευαισθησία, εξελκώσεις βλεννογόνων, ειδικό εξάνθημα.

Από ρευματολογικής πλευράς το μόνο νόσημα που θα μπορούσε να εκδηλωθεί με παρόμοιο τρόπο είναι ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ) παρά το γεγονός ότι δεν πληροί επί του παρόντος κριτήρια ταξινόμησης. Από ανοσολογικής πλευράς (με την εξαίρεση του RF και των anti GBM τα υπόλοιπα ανοσολογικά είναι αρνητικά. Στα διαθέσιμα ενημερωτικά για την περίοδο προ αιμοκάθαρσης αναφέρονται άπαξ θετικά ANA σε τίτλο 1/320 στο Γενικό Κρατικό το 2017. Ο πολύ υψηλός τίτλος των anti GBM ενδέχεται να προήλθε λόγω πνευμονικής λοίμωξης. Η βιοψία νεφρού το 2017 απομακρύνει το ενδεχόμενο νεφρικής συμμετοχής σε σύνδρομο Goodpasture ή anti GBM σύνδρομο ή αγγειίτιδας.

Τα αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης και B2 GPI (IgM, IgG), η Coombs άμεση και έμμεση ήταν αρνητικά. Ζητήθηκαν επιπλέον και παρά τον αρνητικό τίτλο των ANAs αντί Ro, αντί La και αντισώματα έναντι ριβοσώματος P τα οποία ήταν αρνητικά.

Με το ιστορικό διάγνωσης αδιαφοροποίητου νοσήματος συνδετικού ιστού και νεφρίτιδας έγινε έναρξη με Plaquenil. Λόγω επαναλαμβανόμενων υψηλών τίτλων anti GBM έγινε επανάληψη του Endoxan (500mg) στις 14/1.

Από τη CTA προκύπτει βόειο αορτικό τόξο ως επί ανατομικής παραλλαγής, έντονα ασβεστωμένο με συνοδό ασβέσωση στένωση αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας. Στο triplex αρτηριών τραχήλου, για αποκλεισμό συνδρόμου υποκλοπής υποκλειδίου είτε από έσω μαστική αρτηρία (LIMA) είτε από AP σπονδυλική αρτηρία, δεν παρατηρήθηκαν ανάστροφες ροές ή σοβαρού βαθμού στενώσεις. Παρατηρήθηκε κατά τη νοσηλεία ότι η διατήρηση ενός υψηλού στόχου αρτηριακής πίεσης (150-160 συστολική) είναι καλά ανεκτή από τον ασθενή.

Σχετικά με το νευρολογικό status:

Ο ασθενής προ εξιτηρίου είναι τετρακινητικός με μειωμένη μυϊκή ισχύ δεξιού άνω και κάτω άκρου σε πλήρη εγρήγορηση και προσανατολισμένος κατ' άτομο, χώρο και χρόνο. Η μαγνητική εγκέφαλου (1/2021) δυστυχώς δεν ήταν διαγνωστική λόγω πολλών artefacts.

Συνολικά εδόθησαν 6 κύκλοι Endoxan των 500mg και ο ασθενής ετέθη σε θεραπεία συντήρησης με MMF με σαφή βελτίωση του νευρολογικού του status, ώστε να είναι δυνατή η προσέλευσή του στη μονάδα τεχνητού νεφρού με τα πόδια.

Ελήφθησαν εκ νέου anti GBM προ και μετά αιμοκάθαρσης. Σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο σε άλλο ίδρυμα τα επίπεδα ήταν μη ανιχνεύσιμα.

Πιθανώς πρόκειται για διασταυρούμενη αντίδραση, τα θετικά επίπεδα λαμβάνονται υπ' όψιν αλλά δεν αξιολογούνται.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ - ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Σας ενημερώνουμε ότι η παρουσίαση της Κλινικής Περίπτωσης θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά μέσω ZOOM. Οι οδηγίες-κωδικοί σύνδεσης στο ZOOM, θα αποσταλούν εγκαίρως, σε όσους δηλώσουν συμμετοχή στη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. έως τις 13-10-21 και ώρα 1μμ., αποστέλλοντας το Έντυπο Δήλωσης Συμμετοχής ηλεκτρονικά στο e-mail: sseh.evangelismos@gmail.com.

✚ Δωρεάν παρακολούθηση - Δήλωση συμμετοχής με e-mail στη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε.

✚ Χορήγηση ηλεκτρονικών πιστοποιητικών παρακολούθησης με μόρια Σ.Ι.Ε. - CME-CPD credits (απαραίτητη προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού είναι η παρακολούθηση του συνολικού χρόνου της εκδήλωσης και της συμπλήρωσης του Εντύπου Αξιολόγησης).

✚ Ο μέγιστος αριθμός συμμετοχής έχει οριστεί στα 100 άτομα και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

✚ Πληροφορίες - Εγγραφές - Έντυπο Δήλωσης Συμμετοχής:

<https://www.evangelismos-hosp.gr/index.php/ekpaideftika-programmata-epistimonikon-tmimaton/tetarti-2021-2022>

* Οι εκπαιδευτικές συνεδρίες μαγνητοσκοπούνται και το υλικό αναρτάται στην ιστοσελίδα της Ε.Ε.Π.Ν.Ε., στο site του Νοσοκομείου, για on demand παρακολούθηση.