

**5^η ΔΙΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ
ΤΗΣ Α΄ ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ**

Πέμπτη 18 Απριλίου 2019

**Άνδρας ασθενής 80 ετών με εμπύρετο και
κοιλιακό άλγος**

Παρουσίαση: Κοψαυτοπούλου Αναστασία, Ειδικευόμενη Ιατρός, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών - ΓΝΑ «Λαϊκό»

Συζήτηση: Βασιλόπουλος Δημήτριος, Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών – ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

Σχόλιο: Χατζηδιονυσίου Αικατερίνη, Επίκουρη Καθηγήτρια Ρευματολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών – ΓΝΑ «Λαϊκό»





Αιτία εισόδου

- ▶ Άνδρας 80 ετών, Ελληνικής καταγωγής, κάτοικος Αττικής, συνταξιούχος εργαζόμενος σε βιοτεχνία ενδυμάτων, προσήλθε στο ΤΕΠ Παθολογικού λόγω εμπυρέτου με συνοδό κοιλιακό άλγος.

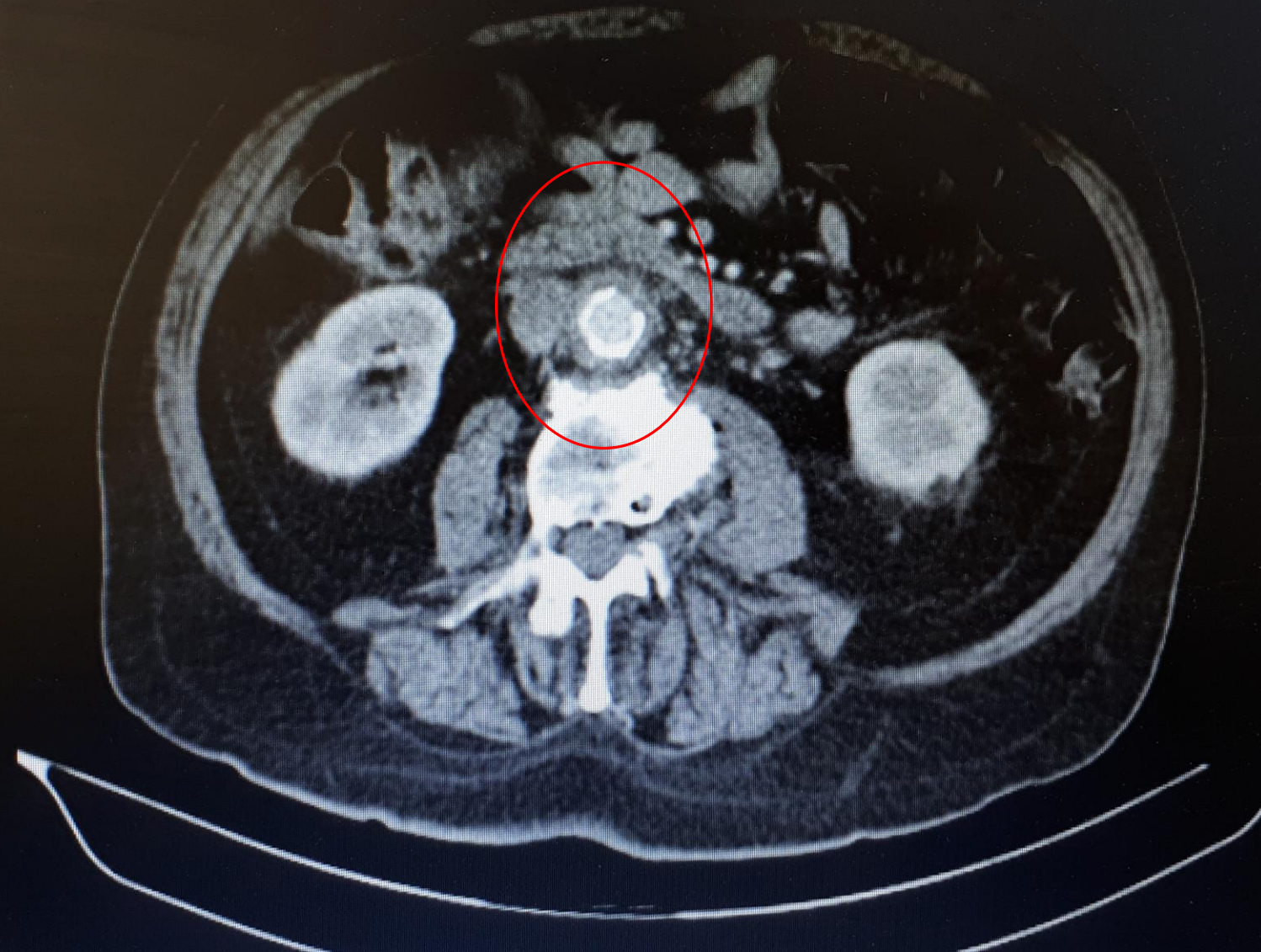
Παρούσα νόσος

- Άρχεται από **5ημέρου**, όταν ο ασθενής παρουσίασε **εμπύρετο έως 39°C** με **ρίγος**, ιδίως τις νυχτερινές ώρες, με συνοδό **περιομφαλικό κοιλιακό άλγος** με επέκταση στο **υπογάστριο και στην οσφύ**, εντονότερο με την εισβολή του πυρετού.
- Τα συμπτώματα υποχωρούσαν μερικώς με λήψη αντιπυρετικών.

Παρούσα νόσος (2)

- Εκτιμήθηκε σε ΤΕΠ άλλου 3 βάρθμιου νοσοκομείου: **Λευκοκυττάρωση**, γενική ούρων-βιοχημικός έλεγχος: κατά φύσιν
- **Αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας:**
 - πάχυνση του τοιχώματος της κοιλιακής αορτής κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών με θολερότητα παραορτικού ιστού και φυσιολογική εγκάρσια διάμετρο της αορτής
 - εκκολπώματα στο κατιόν κόλον, χωρίς σημεία φλεγμονής και
 - μικρού βαθμού διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων
- Παραπομπή στην Α'ΠΠΚ για περαιτέρω αντιμετώπιση από θεράποντες ρευματολόγους

Abdomen^AbdMu
Arteria



Ατομικό αναμνηστικό

- **Κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα** από 2ετίας υπό μεθυλπρεδνιζολόνη 6 mg x 1 (από μηνός), p.os μεθοτρεξάτη 2.5 mg (5tabs/week)
- Έναρξη ως παρατεινόμενο εμπύρετο. Η διάγνωση ετέθη με ανοσολογικό έλεγχο και θετικό PET-SCAN που ανέδειξε προσβολή πνεύμονος
- 2 υποτροπές σε μείωση κορτικοστεροειδών, τελευταία προ 7μήνου
- **Αρτηριακή υπέρταση**
- **Δυσλιπιδαιμία**
- **Φαρμακευτική οστεοπόρωση**
- **Καλοήθης υπερπλασία προστάτη**
- **Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση**



Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή

- νεμπιβολόλη 5 mg 1x1
- ατορβαστατίνη 20 mg 1x1
- ασβέστιο-βιτ. D3 1000 mg 1x1
- αλενδρονάτη 70 mg 1/week
- αλφουζοσίνη 10 mg 1x1
- εσομεπραζόλη 20 mg 1x1



Οικογενειακό ιστορικό

▶ Ελεύθερο

Συνήθειες και τρόπος ζωής

- Έγγαμος, έχει 2 υγιή τέκνα, δεν καπνίζει, δεν κάνει χρήση αλκοόλ



Ανασκόπηση συστημάτων

- ▶ Χρόνια δυσκοιλιότητα, συχνουρία από ετών
- 

Κλινική εξέταση

- Απύρετος, όψη-θρέψη: καλή, ΑΠ: 100/60 mmHg, SpO₂: 96%, HR: 69/min
- Αναπνευστικό: Αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο άμφω, υποτριζόντες βάσεων άμφω
- Κυκλοφορικό: S1 και S2 ρυθμικοί-ευκρινείς, χωρίς φυσήματα, χωρίς πρόσθετους τόνους
- Κοιλία: ευπίεστη, μαλακή, ανώδυνη στην επιπολής και ηπίως **ευαίσθητη περιομφαλικά**, καθώς και **σε ΑΡ και ΔΕ λαγόνιο βόθρο στην εν τω βάθει ψηλάφηση**, χωρίς παλίνδρομη ευαισθησία, Giordano: (-), Murphy: (-), Mc Burney: (-), εντερικοί ήχοι παρόντες, φυσιολογικής συχνότητας, ήπαρ/σπλην: αψηλάφητα

Κλινική εξέταση (2)

- ▶ Νευρολογική εξέταση: GCS 15/15, αυχ. δυσκαμψία: (-), σημείο Brudzinski: (-) σημείο Kernig: (-), εγκ. συζυγίες κφ, προσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο
- ▶ Δέρμα/Μυοσκελετικό: Χωρίς εξάνθημα, χωρίς σημεία ενεργού αρθρίτιδος
- ▶ Λεμφαδένες: Αψηλάφητοι

Εργαστηριακές εξετάσεις εισόδου

Hct	38.9%
Hb	12.7 g/dl
MCV	90fl
MCH	29pg
RBC	4.25 M/μl
WBC	13.370 /μl (Πόλυ: 12.300 /μl, Λέμφο: 590 /μl)
PLT	334.000/μl
CRP	224 mg/l (φ.τ.: <5),

Προκαλσιτονίνη	1.39 ng/ml(φ.τ.: 0.02 -0.50)
Γλυκόζη	218 mg/dl
Ουρία/κρεατινίνη	47 /0.86 mg/dl
Νάτριο/ Κάλιο	139/4.4mmol/l
Ασβέστιο	8.2 mg/dl
Ολικές πρωτεΐνες	59 g/l (φ.τ.: 60-79 g/l)
Αλβουμίνη	33.8 g/l (φ.τ.: 35.7- 55.5)
LDH	286 U/l (φ.τ.: 135- 225)

Εργαστηριακές εξετάσεις εισόδου (2)

Αμυλάση	54 (φ.τ.: 28-100 U/l)
AST/ALT	12/17 U/l (φ.τ.: <41)
γGT/ALP	32/75 U/l
TBil	0.54 mg/dl
Fe	19 μg/dl (φ.τ.: 59-158)
Ferritin	562 ng/ml (φ.τ.: 30-400)

Ινωδογόνο	789 mg/dl (φ.τ.: 180-400 mg/dl)
d-dimers	0.90 μg/ml (φ.τ.: <0.5)
APTT	34.1"
PT	13.4"

ΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

HBsAg: (-)

HBcAb: (+)

HBsAb: (+)

HCVAb: (-)

HIVAb: (-)

Εργαστηριακές εξετάσεις εισόδου (3)

Γενική ούρων

E.B. 1030

pH=6

Λεύκωμα: 20 mg/dl

αιμοσφαιρίνη: μέτρια

γλυκόζη: (-)

οξόνη: (-)

ουροχολινογόνο: (-)

χολερυθρίνη: (-)

νιτρώδη: αρνητικά

πυοσφαίρια: 20-25 ΚΟΠ

ερυθρά: 8-10 ΚΟΠ (>50% σπειραματικής προέλευσης)

επιθήλια: λίγα, πλακώδη

Εργαστηριακές εξετάσεις εισόδου (4)

- ΗΚΓ: Φλεβοκομβικός ρυθμός, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις.
- A/a θώρακος: Χωρίς σαφή σκίαση, διάχυτο δικτυοοζώδες πρότυπο
- A/a κοιλίας (σε όρθια θέση): Κατά φύσιν
- Υπερηχογράφημα ΝΟΚ: Νεφροί φυσιολογικού μεγέθους με αυξημένη ηχογένεια παρεγχύματος, χωρίς πυελοκαλυκτικές διατάξεις, ουροδόχος κύστη με αυξημένο πάχος τοιχώματος και δοκίδωση αυτού), αποτιτανώσεις προστάτη αδένα
- Ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου γρίπης: Αρνητική

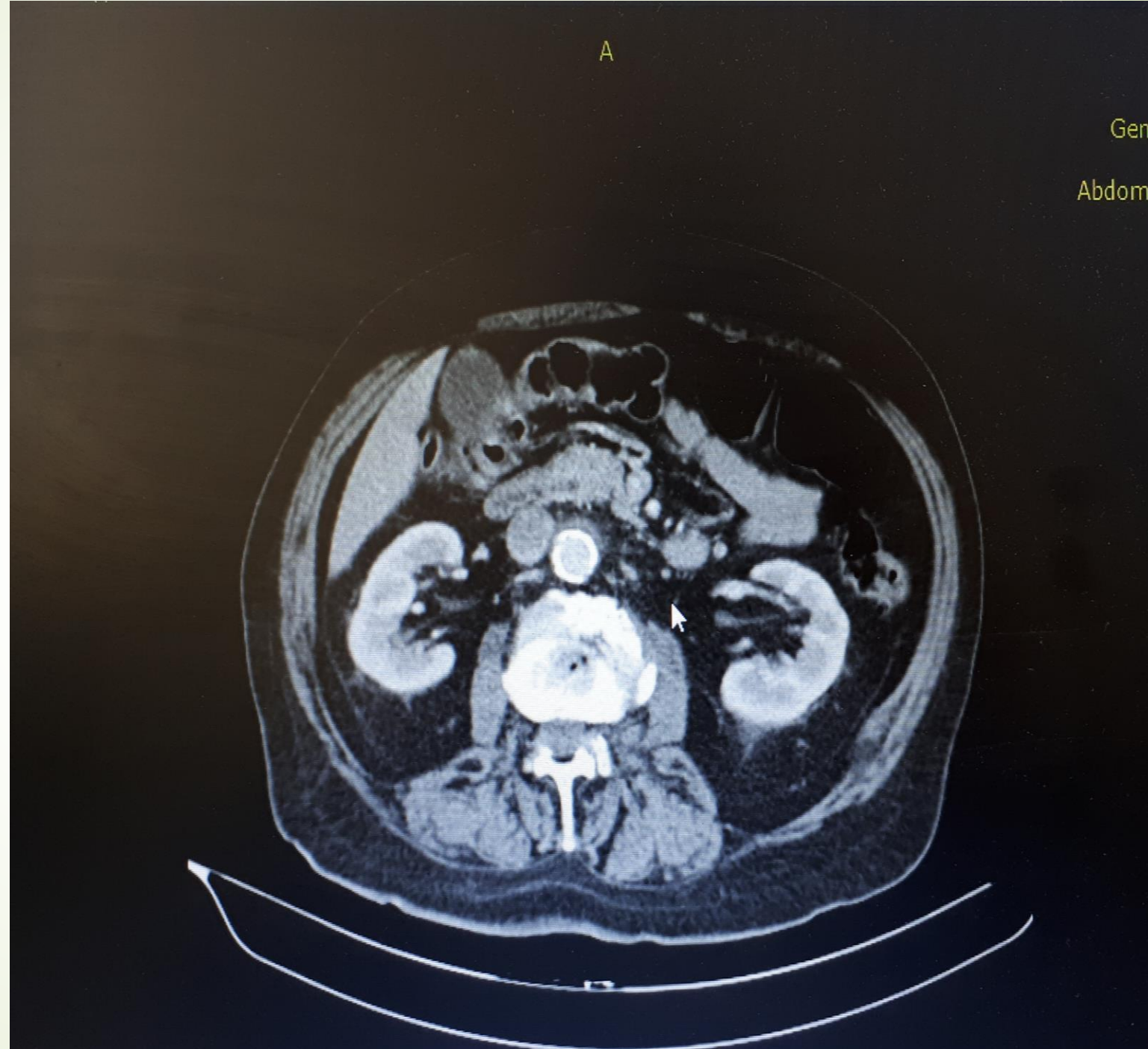
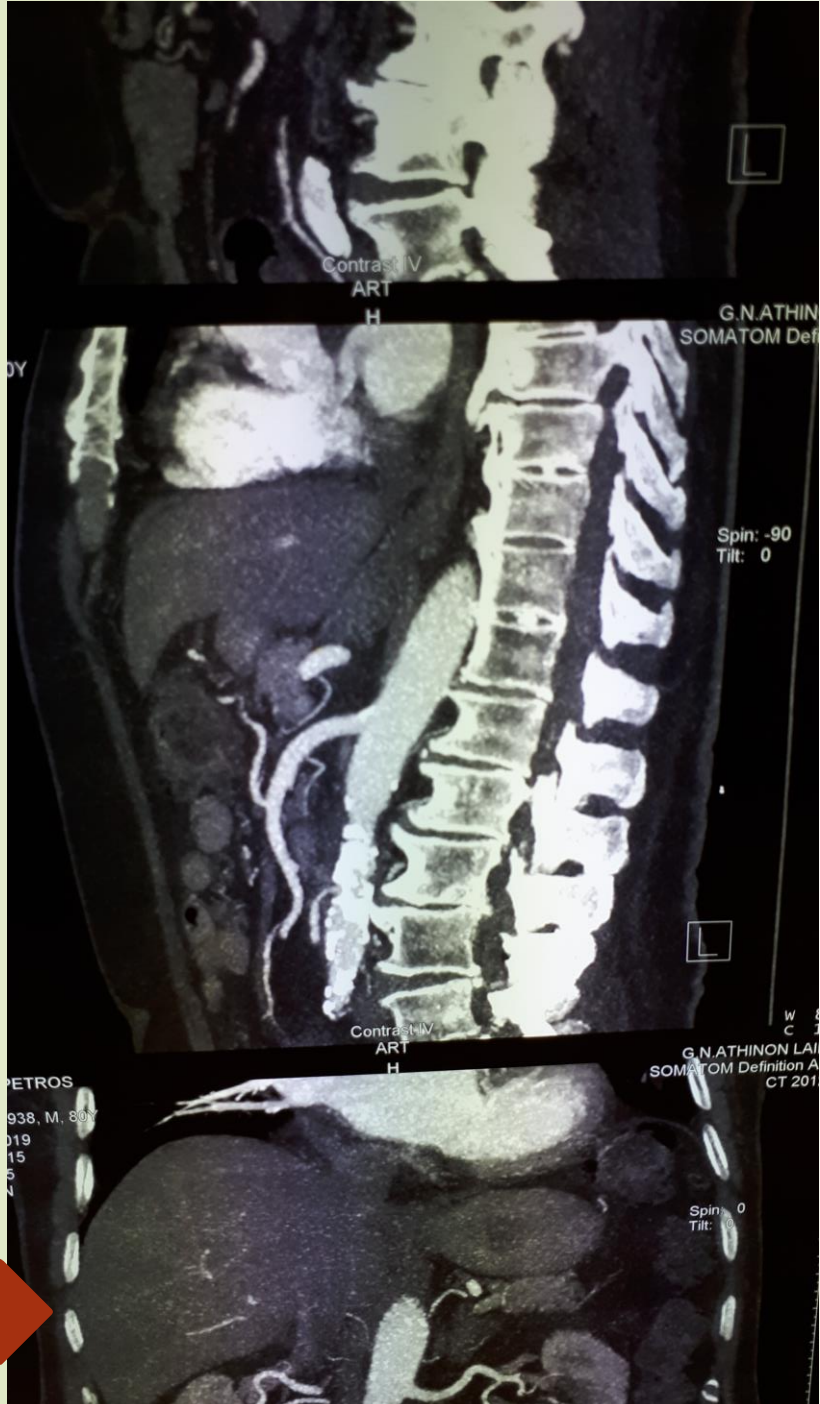
Πορεία νόσου

- ▶ Τέθηκε σε εμπειρική **αντιμικροβιακή αγωγή** με λεβοφλοξασίνη και πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη
- ▶ 1ο 48ωρο παρουσίασε **2 πυρετικά κύματα με ρίγος ως 38°C** τις **βραδινές ώρες** και **συνοδό κοιλιακό άλγος**, υφιόμενα με λήψη παρακεταμόλης
- ▶ **Επιδείνωση του ιζήματος ούρων** το 2ο 24ωρο νοσηλείας με **30-35 ερυθρά**, στην πλειοψηφία τους σπειραματικής προέλευσης
- ▶ Συλλογή **λευκώματος ούρων 24ώρου** ήταν **φυσιολογική** με τιμή 0.172 g/24h



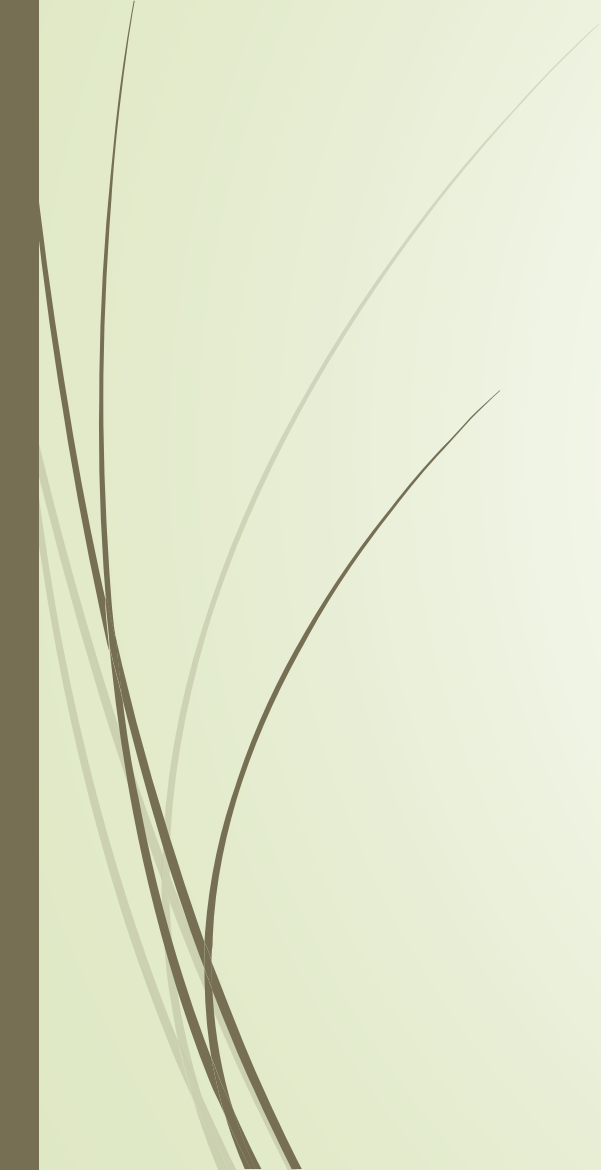
Πορεία νόσου (2)

- ▶ **Αξονική αγγειογραφία αορτής** που δεν έδειξε μεταβολή της ακτινολογικής εικόνας σε σχέση με την αξονική τομογραφία την ημέρα εισαγωγής, χωρίς εικόνα μείζονος ενεργού εξαγγείωσης ή ανευρυσματικής διάτασης της κοινής αορτής
- ▶ Έγινε μικρή αύξηση της δόσης μεθυλπρεδνιζολόνης σε 16 mg ημερησίως





➤ Έγινε διαγνωστική εξέταση...





Πορεία νόσου (3)

- Από την 1^η αιμοκαλλιέργεια απομονώθηκε **salmonella enterica**
- Τροποποίηση αγωγής βάσει αντιβιογράμματος σε **κεφτριαξόνη iv 2 g x1**
- Ο ασθενής **απυρέτησε το 3^ο 24ωρο νοσηλείας, με ύφεση κοιλιακού άλγους**, χωρίς νέα θετική αιμοκαλλιέργεια
- Λόγω κλινικής εικόνας, συμβατής απεικόνισης και μικροβιολογικού δεδομένου: **αορτίτιδα από σαλμονέλλα**
- **Αρνητικοποίηση ιζήματος ούρων την 3^η ημέρα νοσηλείας** (πιθανή σπειραματονεφρίτιδα λόγω μικροβαιμίας, σε μικροβαιμία από σαλμονέλλα 3% προσβολή ουροποιητικού, case reports σπειραματονεφρίτιδας)

Πορεία νόσου (4)

- Αγγειοχειρουργική και λοιμωξιολογική εκτίμηση: συντηρητική αντιμετώπιση εφόσον παραμένει κλινικά σταθερός με αντιμικροβιακή αγωγή τουλάχιστον 6 εβδομάδων και τακτική παρακολούθηση
- Έλαβε 4 εβδομάδες ενδοφλέβια αγωγή
- Έγινε νέα αξονική αγγειογραφία την 15^η ημέρα αγωγής λόγω κοιλιακού άλγους: χωρίς μεταβολές, χωρίς: ανευρυσματική διάταση, ρήξη, διαχωρισμό
- Έξοδος με επανεκτίμηση μετά το πέρας 6 συνολικά εβδομάδων αγωγής και με νέα μαγνητική αγγειογραφία



Λοιμώδης Αορτίτιδα

- ▶ Την εποχή των αντιβιοτικών αποτελεί **πολύ σπάνια οντότητα (2.6% των αορτικών ανευρυσμάτων** οφείλονται σε λοιμώδη αορτίτιδα)
- ▶ Χωρίς θεραπεία οδηγεί **πάντα σε σχηματισμό ανευρύσματος**
- ▶ **Υψηλή θνητότητα: 100%** χωρίς θεραπεία, **40%** με συνδυασμό αντιμικροβιακής και αγγειοχειρουργικής θεραπείας

Λοιμώδης αορτίτιδα

Παθογένεση

- Συχνότερα μέσω μικροβιαμίας σε έδαφος προϋπάρχουσας βλάβης ενδοθηλίου (συχνότερα σε αθηρωματικές πλάκες, προϋπάρχοντα ανευρύσματα, συγγενείς αγγειακές ανωμαλίες)
- Πιο σπάνια σε λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα μέσω **σηπτικών εμβόλων των vasa vasorum** του αορτικού τοιχώματος ή μέσω λεμφαγγειακής διασποράς
- Μέσω επινέμησης **κατά συνέχεια ιστού** από γειτονική εστία (πχ σπονδυλοδισκίτιδα)
- Μέσω άμεσης **τραυματικής** επιμόλυνσης
- **Ιατρογενώς**

Λοιμώδης αορτίτιδα

Αιτιολογία

- **60% gram (+)** μικροοργανισμοί: *staphylococcus spp*, *streptococcus pneumoniae*, *enterococcus spp*
- **Salmonella spp** σε περίπου **40%** των περιπτώσεων, κυρίως **non-typhi species (NTS)** (ιδίως *Salmonella choleraesuis* and *typhimurium*) με τροπισμό για την **κοιλιακή αορτή** (συχνότερα στο υπονεφρικό της τμήμα)
- Σπανιότερα αίτια την εποχή των αντιμικροβιακών (αναπτυσσόμενες χώρες):
- **Mycobacterium tuberculosis**
- **Treponema pallidum**
- **Μύκητες**: *candida*, *aspergillus spp*

Αορτίτιδα από *salmonella* spp

➤ Κλινικές οντότητες λοίμωξης από *salmonella* spp:

1. Γαστρεντερίτιδα
2. Εντερικός πυρετός
3. Μικροβαιμία
4. Εξω-εντερική εστιακή λοίμωξη (οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, ενδαγγειακή λοίμωξη, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα, πνευμονική προσβολή, χολαγγειίτιδα)
5. Χρόνια φορεία

➤ Σε γαστρεντερίτιδα το 5% παρουσιάζει μικροβαιμία

➤ Το 25% ασθενών >50 ετών με μικροβαιμία αναπτύσσει ενδαγγειακές λοιμώξεις

Αορτίτιδα από *salmonella* spp

- Προγνωστικό score 2012 για πρόβλεψη αγγειακής λοίμωξης σε ασθενείς >50 ετών με μικροβιαμία από non-typhi *salmonella* spp
- Ανάγκη για **CT scan** σε όλους με σκορ >1
- Υψηλή αρνητική προγνωστική αξία και ευαισθησία
- Χαμηλή ειδικότητα

				NTSVI Score
Variable	aOR	95% CI	P	Model 2
Hypertension	6.09	2.93–12.66	<.0001	+1
Sex, male	4.13	1.95–8.72	<.0001	+1
Serogroup C1 NTS	4.03	1.91–8.51	<.0001	+1
Coronary arterial disease	2.50	1.14–5.49	.02	+1
Malignancy	0.38	.15–1.00	.05	-1
Immunosuppressive therapy	0.20	.05–.90	.04	-1

Αορτίτιδα από *salmonella* spp

Διάγνωση

- Στηρίζεται:
 1. Στην κλινική εικόνα (εμπύρετο, θωρακικό, κοιλιακό άλγος, ρίγος, έμετοι, διάρροια)
 2. Στη μικροβιολογική και ορολογική επιβεβαίωση και
 3. Τη συμβατή απεικόνιση (σε CT αγγειογραφία ή τομογραφία)
- Εξέταση εκλογής η **CT τομογραφία με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό:**
- Πάχυνση αγγειακού τοιχώματος, πυκνότητα μαλακών μορίων περιαορτικού ιστού, σκιαγραφική ενίσχυση τοιχώματος, περιαορτικός αέρας, περιαορτική συλλογή υγρού, διάσπαση ασβεστοποίησης τοιχώματος, σακκοειδές ή ατρακτοειδές ανεύρυσμα, διάβρωση γειτονικού σπονδυλικού σώματος

Αορτίτιδα από *salmonella* spp

Θεραπεία

- Υπεροχή στην επιβίωση με **συνδυασμό αντιμικροβιακής αγωγής και έγκαιρης αγγειοχειρουργικής επέμβασης**
- **Θνητότητα μόνο με συντηρητική αντιμετώπιση: 96-100%**
- **Θνητότητα με συνδυασμό: 40%**
- Αγγειοχειρουργική επέμβαση: Ανοικτή με αφαίρεση επιμολυσμένου τμήματος και τοποθέτηση μοσχεύματος (αυξημένος κίνδυνος επιμόλυνσης) ή παράκαμψης (αυξημένος κίνδυνος θρόμβωσης)
- Εναλλακτικά ενδαγγειακή αποκατάσταση (EVAR) σε αιμοδυναμική αστάθεια
- Διάρκεια αντιμικροβιακής αγωγής: όχι σαφείς οδηγίες, τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά την αγγειοχειρουργική παρέμβαση, ίσως και εφόρου ζωής χημειοκαταστολή

Ευχαριστούμε για την προσοχή σας

