



Παρουσίαση Περιστατικού

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ

11 ΜΑΙΟΥ 2017

- ▶ Άνδρας, 46 ετών, χειρωνακτικά εργαζόμενος στην υπηρεσία ύδρευσης
- ▶ Νοσηλεύεται στην Ρευματολογική κλινική λόγω οξέος διαρροϊκού συνδρόμου (από 10ημέρου) 4-5 κενώσεις με πρόσμιξη βλέννης, άλγος αρ κάτω κοιλίας, πυρέτιο.
- ▶ Συνοδές αρθραλγίες ΠΔΚ, οιδήματα σφυρών.
- ▶ Πρόσφατη εμφάνιση ελκωτικής βλάβης στο πέος - άφθες στοματικής κοιλότητας.

Ατομικό αναμνηστικό

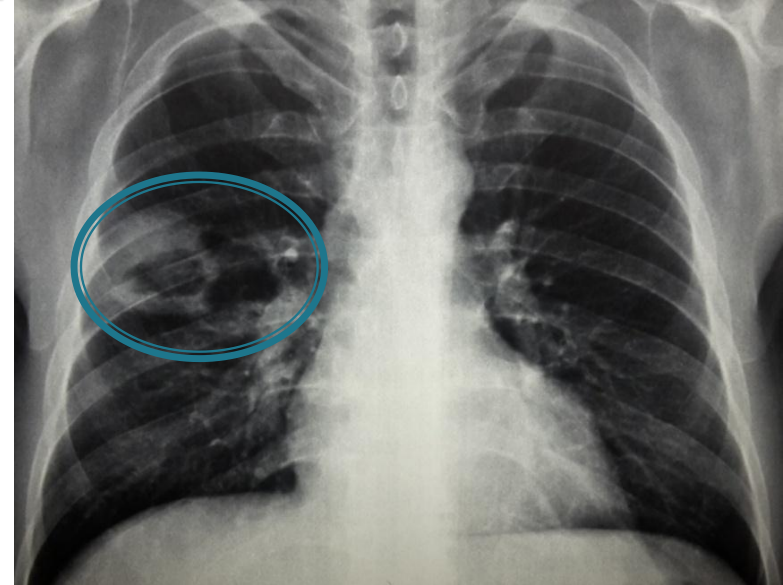
- **ΑΦ από 2012 τουλάχιστον 5 επεισόδια**
 - U/S καρδιάς 25/3/2016: ήπια διάταση LA_t, EF 60%, μικρή MVR, TrR (PASP 45mmHg),
 - έχει εγκαταλείψει μετοπρολόλη, LMWH
- **ΣΔ τ. II (2011) υπό δισκία**
 - έχει εγκαταλείψει αγωγή
- **Υποτροπιάζοντα επεισόδια επιπολής θρομβοφλεβίτιδας από 2ετίας**
- Έξεις-τρόπος ζωής → καπνιστής 30pack-years
- Οικογενειακό ιστορικό : ΣΔ (πατέρας & 2 αδέρφια)
Ca ενδομητρίου μητέρα

Πρόσφατο ατομικό αναμνηστικό

- ⊙ Παρόμοιο επεισόδιο προ έτους (μετά λήψη ναπροξένης) διάρροιες με προσμίξεις +Αρθρίτιδα αρ γόνατος & ΠΔΚ, ΜΤΦ άμφω με απώλεια βάρους 25kg, νυχτερινές εφιδρώσεις → ύφεση με κορτικοειδή
- ▶ ANA, aCCP, RF (—)

Πρόσφατο ατομικό αναμνηστικό

- ▶ **HRCT**→Κορυφοπίσθιο τμήμα δε άνω λοβού & κορυφαίο κάτω λοβού: ευμεγέθης, κοιλοματοποιημένη αλλοίωση με παχύ τοίχωμα 4.8 x 5.2 cm σε επαφή με την σύστοιχη μείζονα μεσολόβιο σχισμή και τον παρακείμενο πλάγιο υπεζωκότα
- ▶ Πέριξ: πυκνωτικά στοιχεία, 3 κοιλοματοποιημένοι δορυφόροι όζοι 6-7 mm -Ολιγάριθμοι μεσοθωρακικοί ΛΝ ως 1cm



Δεξιά θωρακοτομή – Εξαίρεση αποστηματοποιημένης κοιλότητας στο ΔΑΛ πνεύμονα

ΒΙΟΨΙΑ: Νέκρωση με αποστηματοποίηση που περιβάλλεται από ινώδη ιστό με πυκνές φλεγμονώδεις διηθήσεις μικτού τύπου
Εστιακά λίγα μικρά επιθηλιοειδή κοκκιώματα με γιγαντοκύτταρα τύπου Langerhans και ξένου σώματος
Υπερπλασία BALT πνευμονοκυττάρων τ. II
Ziehl-Nielsen, PAS, Gomori (-)
Υποτροπιδικός ΛΝ: μη νεκρωτική κοκ/δης λεμφαδενίτιδα

Αντικειμενική εξέταση

- ▶ Άφθες στοματικού βλεννογόνου και γλώσσας
- ▶ Μικρή λευκωπή φουσάλιδα σε ερυθματώδη βάση στη βάλανο
- ▶ S1 S2 σαφείς άρρυθμοι
- ▶ Διογκωμένες & επώδυνες αρθρώσεις:
 - αρ γόνυ, ΠΔΚ & εγγύς ΜΤΦ άμφω

Εργαστηριακός έλεγχος

Hb 12.3

- ▶ ΤΚΕ 69, CRP:9,21(<0,08)
- ▶ WBC:8,9x10³/μl
- ▶ Glu:224mg/dl
- ▶ Άμεσο παρασκεύασμα κοπράνων
 - WBC: 50–60 κοπ
 - C. difficile Ag & Toxins A, B (–)
 - κ/α κοπράνων για εντεροπαθογόνα (–)
 - παρασιτολογική κοπράνων (–)

- ▶ IgA/G/M, IgG4, RF/C3/C4 εφο
- ▶ ANA 1:80 (–)
- ▶ ANCA, MPO, PR3 (–)
- ▶ AMA (–)
- ▶ PCA (+) 1:80
- ▶ Treponema IgM/G (–), RPR (–)
- ▶ CMV IgM (–)
- ▶ HBsAg (–), αHBs (–), αHBc (–), αHCV (–)
- ▶ HIV Ag Ab (–)
- ▶ Mantoux (–), Quantiferon (–)
- ▶ κ/α πτυέλων για οξεάντοχα (–)

Ενδοσκοπικός έλεγχος

Βιοψία τελικού ειλεού→Μη ειδικά φλεγμονώδη στοιχεία

Βιοψία παχέος εντέρου→ Κατά θέσεις **διάταση, υπερπλασία, εστιακά ελίκωση των κρυπτών**. Το χόριο εμφανίζει εστίες ίνωσης, αγγεία διατεταμένα και μέτριου βαθμού φλεγμονώδεις διηθήσεις.

Τα φλεγμονώδη στοιχεία κατανέμονται σχετικά ανισότιμα στο χόριο και αποτελούνται **από λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, εμφανή αριθμό ηωσινοφίλων και ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα**. Τα τελευταία εστιακά διηθούν το επιθήλιο των κρυπτών. → **Εικόνα συμβατή με ν. Crohn.**

Αν και τα ως άνω ευρήματα θα μπορούσαν να παρατηρηθούν και επί νόσου Behcet, η απουσία αγγειίτιδος, εξελκώσεων και η παρουσία εμφανούς αριθμού ηωσινοφίλων καθιστά το ενδεχόμενο αυτό λιγότερο πιθανό.

CT εντερογραφία

- ▶ Χωρίς πάχυνση τελικού ειλεού ή παθολογική πρόσληψη σκιαγραφικού από το τοίχωμά του.
- ▶ Πολυάριθμοι διογκωμένοι ΛΝ στη ρίζα και στα φύλλα του μεσεντερίου ως 0,9cm
- ▶ Πολυάριθμοι διογκωμένοι ΛΝ ως 1,2cm με τάση συρροής μεταξύ αορτής - ΚΚΦ και παρα-, προ- αορτικά
- ▶ ΛΝ μη παθολογικά διογκωμένοι <1cm στις αλύσους κοινών και έξω λαγονίων

Διαφορική διάγνωση

- ▶ Αιματηρές κενώσεις
- ▶ Αρθροπάθεια
- ▶ QFT (–)
 - ευαισθησία 81%
 - ειδικότητα 85%
- ▶ Εντόπιση στο ΠΕ και όχι στην ειλεοτυφλική
- ▶ Εξωεντερική εκδήλωση – κοκκιωματώδης πνευμονική νόσος
- ▶ Νυκτερινές εφιδρώσεις
- ▶ Απώλεια ΣΒ
- ▶ Πνευμονική νόσος
- ▶ Ψευδοπολύποδες
- ▶ ΛΝπάθεια
- ▶ 25% επί πνευμονικής φυματίωσης

Νόσος Crohn

Εντερική Φυματίωση

Φαρμακευτική αγωγή

- ▶ Πρεδνιζολόνη 30mg x1
- ▶ Έναρξη Azathioprine σταδιακή ↑ στα 175mg



Υποτροπή στη ↓ των κορτικοειδών εντός 2 μήνου
(WBC 15.1×10^3 (PMN), Hb 14.3g/dl (νορμ), CRP x4)



Νέα εισαγωγή στη Γαστρ/κή Κλινική



Αλλά
και...ορθόπνοια, εύκολη
κόπωση από βδομάδος
ΗΚΓ: AF, $\approx 130/\text{min}$

Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος

- ▶ Κλινικά οίδημα κάτω άκρων, ταχύπνοια, όψη πάσχοντος
- ▶ Ro θώρακος πλευριτική συλλογή ΔΕ & αύξηση ακτινοσκιερότητας



Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια – Διατακτικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια
– πρόσφατη έναρξη AF μη ανταποκρινόμενη σε φαρμ.αγωγή



Μεταφορά στην καρδιολογική κλινική

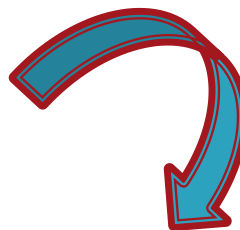
Παράμετρος	Φυσ. Τιμή	Μέτρηση	Παράμετρος	Φυσ. Τιμή	Μέτρηση
Αορτική Ρίζα	20-38 mm	30	Τελοδιαστολική Διάμετρος Αρ. Κοιλίας (LV)	36-56 mm	51
Αρ. Κόλπος (LA)	19-39 mm	40	Τελοδιαστολική Διάμετρος Αρ. Κοιλίας (LV)	25-37 mm	
Δεξ. Κοιλία (RV)	7-25 mm		Κλάσμα βρόχυνσης LV	29-44 %	
Μεσοκοιλιακή Διάσταση (IVS)	7-11 mm	10,5	Κλάσμα Εμβώσεως	> 55 %	25-30
Οπίσθιο τοίχωμα (PW)	7-11 mm	10			
Περικαρδιακή συλλογή	Καθόλου	Μικρή	Μεγάλη		Στοιχεία επιπωματισμού
DOPPLER Μετρήσεις					
Μιτροειδής	Em:	Am:	DTE:	MVA:	
Αορτή	Max Vel:	LVOT:	Peak Grad:	Mean Grad:	AVA:
Πνευμονική	Max Vel:				
Τριγώνω	Etv:	Atv:	PASP:		

Αορτική ρίζα: Φυσιολογική
 Άνωσθα αορτή: Φυσιολογική
 Αορτική βαλβίδα: Τρίπτυχος με καλό εύρος διάνοιξης
 Αρ. κόλπος: διατεταμένος
 Μεσοκοιλιακή βαλβίδα: Μορφολογικώς φυσιολογική
 Αρ. Κοιλία: Φυσιολογική σε μέγεθος, με καλο παχος τοιχωμάτων και σοβαρά επηρεασμένη λειτουργικότητα με διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων
 Δεξ. Κοιλότητες: Φυσιολογικές
 Doppler μελέτη: Μικρη ανεπαρκεια μιτροειδους, Ανεπαρκεια τριγωνινας με υπολογιζομενη PASP=50mmHg. Ομαλή ροή δια της πνευμονικής και του αορτικού ισθμού
 Περικαρδιακή συλλογή: Ελαχιστη περικαρδιακη συλλογη
 Ρόλια: Συνισταται διοισοφαγειο υπερηχογραφημα για το ενδεχομενο της ηλεκτρικης αναταξης

ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ένδειξη: Κάπνισμα, Σακχαρώδης διαβήτης, Αρτηριακή υπέρταση, AF, Διερεύνηση μυοκαρδιοπάθειας
 Προσπέλαση: Δεξιά κερκιδική αρτηρία.
 Καθετήρες: 6F JL4, 6F JR4, 6F Pigtail
 Σκιαγραφικό:
 Επιπλοκές: Όχι

Αριστερή στεφανιαία αρτηρία:
 Στέλεχος: Χωρίς βλάβες
 Πρόσθιος κατιών: Χωρίς σημαντικές στενώσεις
 Περισπωμένη: Χωρίς σημαντικές στενώσεις
Δεξιά στεφανιαία αρτηρία: Χωρίς σημαντικές στενώσεις
Συμπέρασμα: Στεφανιαία αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις. Μυοκαρδιοπάθεια μη ισχαιμικής αρχής
Συνιστώμενη θεραπεία: Συντηρητική



Νέο u/s καρδιάς → **μέτρια προς σοβαρά** επηρεασμένη λειτουργ/τητα AP κοιλίας με διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων, **KE 30-35%**, μικρή MVReg Και διάταση LA(40mm), PASP 45mmHg

Αγωγή KA (blockatens, triatec, lasix) + AF(Angoron, eliquis)

Εν τω μεταξύ...

Πρόσφατη HRCT→

Σε οπίσθιο ΔΛΒ αερώδης σχηματισμός 5 x 2,2 x 3 cm, λεπτοτοιχωματικός που επικοινωνεί με υποτμηματικό βρογχικό κλάδο

Ολιγάριθμοι μη παθολογικά διογκωμένοι ΛΝ μεσοθωρακίου ως 6mm

Αμετάβλητος έσω μαστικός 4mm.

Πνευμονολογική εκτίμηση

- ▶ Λόγω υποψίας Tb έναρξη INH 300mg για 9 μήνες

Παρούσα κλινική κατάσταση

- ▶ 3-4 κενώσεις ημισχηματισμένες χωρίς παθολογικές προσμίξεις - **κλινικοεργαστηριακή ύφεση υπό AZA 175mg**
- ▶ Παρακολούθηση από καρδιολόγο & πνευμονολόγο
- ▶ Φαρμακευτική αγωγή ΚΑ

Σκέψεις για μελλοντική θεραπευτική αντιμετώπιση

- ▶ Anti-TNF α \rightarrow

Contraindication TBC + CF NYHA III/IV [EF \leq 35%]

Vedolizumab \rightarrow IgG₁ monoclonal antibody to $\alpha_4\beta_7$ integrin

Mongersen ?

Ustekinumab \rightarrow IgG1 κ monoclonal antibody to interleukin (IL)-12/23

- Contraindication TBC