



**ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ - ΤΕΤΑΡΤΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019  
«ΔΩΜΑ» ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ (11<sup>05</sup>) - ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ 13:30**

**ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**

**Συντονιστής Διευθυντής: Γ. Μάντζαρης**

**Πρόεδρος: Β. Σεβαστιανός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»**

**ΘΕΜΑ: «Οξεία Βαριά Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Εντεροπάθεια:  
Όταν αποτυγχάνουν τα κορτικοειδή»**

**Παρουσίαση περιστατικού:**

**Βράκα Μαρίνα, Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα**

**Διαφορική διάγνωση - Σχολιασμός:**

**Καραμπέκος Γεώργιος, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα**

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ - ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:**

Ασθενής 18 ετών, με εικόνα μέτριας προς βαριά κολίτιδα, πιθανώς Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Εντεροπάθεια, διακομίζεται από το άλλο Γαστρεντερολογικό Τμήμα για να διερευνηθεί η φύση της πάθησης και να χορηγηθεί κατάλληλη θεραπεία.

**ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ελεύθερο. Δεν καπνίζει, δεν πίνει. Δεν αναφέρονται άλλες εθιστικές συνήθειες. Ιστορικό εμβολιασμών: Επαρκές για όλα τα συνήθη νοσήματα. Ιστορικό Χειρουργικών επεμβάσεων: Αρνητικό.

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ**

Ο ασθενής μετά από λήψη ΜΣΑΦ παρουσίασε αίμα στις κενώσεις (1-2/ημέρα, σχηματισμένες, τον 7/2018). Υπεβλήθη σε κολοσκόπηση και διαπιστώθηκε ήπιο εστιακό οίδημα και ερυθρότητα στο κατιόν και το ορθό, με φυσιολογικό τον τελικό ειλεό και τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε φυσιολογικό τελικό ειλεό και εστιακές μη ειδικές αλλοιώσεις ενεργού κολίτιδας και δ/δ φαρμακευτικής, λοιμώδους ή ελκώδους κολίτιδας. Ο εργαστηριακός έλεγχος καθώς και οι καλλιέργειες για κοινά μικρόβια, τοξίνες του *Cl. difficile* και παράσιτα απέβη αρνητικός. Δόθηκε εμπειρική θεραπεία με enema Salofalk.

Το επόμενο 5μηνο η παρουσία αίματος ήταν συνεχής αλλά οι κενώσεις (2-3/ημέρα) ήταν πλέον διαρροϊκές. Επανέρχεται στο ίδιο Νοσοκομείο (12/18) και υποβάλλεται σε νέα μερική κολοσκόπηση (έως την αρ. κολική καμπή) οπότε διαπιστώθηκε διάχυτο οίδημα και ερυθρότητα του βλεννογόνου και παρουσία αφθωδών ελκών. Οι βιοψίες ήταν συμβατές με ελκώδη κολίτιδα. Δεν είχε πυρετό, αναιμία ή δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ: 15, CRP: 0.32, Hb: 13.1) και αντιμετωπίστηκε ως ήπιας βαρύτητας αριστερόπλευρη ελκώδης κολίτιδα. Στην τοπική αγωγή προστέθηκε μεσαλαζίνη 3gr. per os. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση και συνέχισε θεραπεία με μεσαλαζίνης από το στόμα και σε υποκλυσμούς.

Τον Μάρτιο του τρέχοντος έτους εμφανίζει 4-5 διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος, χωρίς κοιλιακό άλγος ή πυρετό. Υποβάλλεται σε πλήρη κολοσκόπηση και διαπιστώνεται διάχυτο οίδημα και ερυθρότητα και αφθώδη έλκη. Επείγουσες εξετάσεις έδειξαν ΤΚΕ: 30, CRP: 1.04, Hb: 13.1, καλπροτεκτίνη κοπράνων 1432μg/g κοπράνων, αρνητικές καλλιέργειες κοπράνων και τοξίνες του *Cl. difficile*. Παρά τη φύση των ελκών θεωρήθηκε και αντιμετωπίστηκε ως έξαρση μέτριας βαρύτητας ΕΚ με 40mg/ημέρα πρεδνιζολόνης. Ο ασθενής παρουσίασε άμεση κλινική βελτίωση (σχηματισμένες κενώσεις χωρίς αίμα και σταδιακή αποκατάσταση δεικτών φλεγμονής).

Κατά τη μείωση της πρεδνιζολόνης σε 35mg/ημέρα ο ασθενής εμφάνισε εκ νέου διαρροϊκές κενώσεις χωρίς αίμα, ήπιο υπογαστρικό άλγος και επεισόδια εμέτων. Η ακτινογραφία κοιλίας ήταν φυσιολογική και ο έλεγχος κοπράνων αρνητικός. Λόγω επιδεινούμενης κλινικής εικόνας, σταδιακής αύξησης της CRP και κορτικοανθεκτικότητας της νόσου έγινε έναρξη θεραπείας με Vedolizumab (1η δόση 8/4/19). Από την επόμενη εμφάνισε 6-7 διαρροϊκές κενώσεις χωρίς αίμα και εισήχθη για να λάβει ενδοφλέβια prednisolone 50mg/ημέρα, θρομβο-προφύλαξη, μεσαλαζίνη και προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή με ciproxin-flagyl. Το ciproxin διεκόπη λόγω αλλεργικής αντίδρασης. Ακολούθησε νέος ενδοσκοπικός έλεγχος στις 11/4/19 που έδειξε εκτεταμένη κολίτιδα (ερύθημα, οίδημα, χωρίς ευθρυπτότητα) και διάχυτη τελική ειλεΐτιδα και ιστολογικά ικανής βαρύτητας ελκωτική ενεργό τελική ειλεΐτιδα και χρονίζουσα ελκωτική κολίτιδα ως επί ενεργού ελκώδους κολίτιδας και παλίνδομης ενεργού ελκωτικής τελικής ειλεΐτιδας. Ο ανοσο-ιστοχημικός έλεγχος για CMV καθώς και το PCR-CMV ήταν αρνητικά. Η Γαστροσκόπηση ήταν αρνητική για αυτοάνοση γαστρίτιδα, ΙΦΝΕ, κοιλιοκάκη ή μικροβιακή/παρασιτική νόσο. Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος αλλά οι κενώσεις αυξήθηκαν σε 6-12 ημερησίως, χωρίς αίμα. Άρχισε παρεντερική σίτιση. Παράλληλα, τέθηκε ενδοσκοπική κάψουλα, η οποία ανέδειξε εικόνα βαριάς τελικής ειλεΐτιδας (εξέρυθρος, αιμορραγικός βλεννογόνος, χωρίς να είναι εφικτή η εκτίμηση της έκτασης της νόσου). Δύο εβδομάδες μετά την αρχική δόση έλαβε τη 2η δόση Vedolizumab (20/4/19). Επειδή όμως δε βελτιώθηκαν οι διάρροιες υπεβλήθη σε νέα κολοσκόπηση (χωρίς βελτίωση) και ΑΤ κοιλίας (φλεγμονώδης στένωση του αυλού του τελικού ειλεού).

Αποφασίστηκε αλλαγή βιολογικού παράγοντα σε infliximab (1<sup>η</sup> δόση 5mg/kg στις 25/4/19). Αρχικά παρουσίασε μικρή βελτίωση, με 4 κενώσεις χωρίς αίμα, ελαφρώς πολτώδεις και στη συνέχεια αύξηση εκ νέου σε 6-7/ημέρα με δεκατική πυρετική κίνηση, μεταγευματικό κοιλιακό άλγος και συνέχιση της απώλειας βάρους. Μετά 2 εβδομάδες έγινε η 2<sup>η</sup> έγχυση Remicade 10mg/kg (9/5). Μετά από 1 ημέρα (10/5/19) έγινε νέα κολοσκόπηση [έως 5εκ. εντός του τελικού ειλεού, ο οποίος ελέγχεται με μικροεξελκώσεις, εύθρυπτο και αιμορραγικό βλεννογόνο και δεν επιτρέπει την περαιτέρω προώθηση του ενδοσκοπίου. Τυφλό και ανιόν με παρόμοια εικόνα με προηγούμενο έλεγχο και κατά τόπους οιδηματώδεις και λαχνωτής υφής περιοχές (ψευδοπολύποδες?). Παρόμοια εικόνα στο ΑΡ κόλον. Στο ορθό επιδείνωση της φλεγμονής με παρουσία εξελκώσεων και αιμορραγικό βλεννογόνο]. Ο ασθενής διακομίστηκε στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας (11/5/19).

## ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ

Κατά την εισαγωγή ήταν απύρετος αλλά με όψη έντονα πάσχοντος, κάτισχνος, με υποθρεψία (απώλεια ~30kg ΣΒ συνολικά). Αναφέρει 3-5 διαρροϊκές κενώσεις χωρίς αίμα και ήπιο διαλείπον κοιλιακό άλγος χωρίς τυμπανισμό. Κεντρομελική αδυναμία, ήπιο πετεχειώδες εξάνθημα. Κοιλία με ήπια ευαισθησία στην εν τω βάθη ψηλάφηση. GCS 15/15 χωρίς νευρολογική σημειολογία. SatO<sub>2</sub>: 99%, Σφύξεις: 75/λεπτό, Θερμοκρασία: 36.6°C, ΗΚΓ: Φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Εξετάσεις εισαγωγής: WBC: 6700, Hb: 13.1, PLT: 371, CRP: 1.13 (<0.5), TKE: 8, αλβουμίνη: 2.7, Ca: 8.0, Mg: 1.5, Na: 136, K: 3.8. Α/α κοιλίας ύπτια: Διατεταμένες έλικες λεπτού εντέρου, οίδημα και “δακτυλικά αποτυπώματα” (thumb printings) στο παχύ έντερο.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ασθενής με χρόνια εντεροπάθεια που κυριαρχείται από κοιλιακό άλγος, διαρροϊκές μη αιματηρές κενώσεις, απουσία ειδικών παθογόνων ή τοξινών στα κόπρανα, απώλεια λευκώματος στο πεπτικό, υποθρεψία, σημαντική απώλεια ΣΒ, χωρίς ανταπόκριση στα αντιβιοτικά, κορτικοειδή, την αντι-ιντεγκρίνη vedolizumab και πτωχή ανταπόκριση σε θεραπεία εφόδου με αντι-TNFα (infliximab).

**Ομάδα Πολυ-Ειδικοτήτων (Multi-Disciplinary Team) οργάνωσε την περαιτέρω διαγνωστική και Θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.**

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η παρακολούθηση του Εκπαιδευτικού Προγράμματος της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. είναι δωρεάν, με απαραίτητη τη δήλωση συμμετοχής, πριν την έναρξη της Επιστημονικής Εκδήλωσης. Μετά τη λήξη του/των περιστατικού/κών, θα χορηγείται πιστοποιητικό παρακολούθησης, από τη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε., μοριοδοτούμενο από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, με μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits). Προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού είναι η παρακολούθηση του συνολικού χρόνου της εκδήλωσης και της συμπλήρωσης του εντύπου αξιολόγησης.

Η Ε.Ε.Π.Ν.Ε. θα προσφέρει στους συμμετέχοντες καφέ, ελαφρύ γεύμα και αναψυκτικά. Γραμματεία Ε.Ε.Π.Ν.Ε.: Τηλ.: 213-2041744, e-mail: sseh.evaagelismos@gmail.com.