



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ - ΤΕΤΑΡΤΗ 9 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2020
Η εκδήλωση θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά (μέσω Zoom) - Ώρα 17:30-18:30
Δήλωση συμμετοχής στη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. έως τις 08/12/20

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ, ΚΕΝΤΡΟ
ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΣΠΑΝΙΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ,
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Συντονιστής Διευθυντής: Σ. Τσαγκαράκης

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

1η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΘΕΜΑ:

«Άνδρας 21 ετών με πολλαπλές ηπατικές βλάβες, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και ιστορικό λήψης συμπληρωμάτων διατροφής»

Παρουσίαση: Διαμαντόπουλος Άρης, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων

Διαφορική Διάγνωση: Παναγόπουλος Φώτης, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Α' Παθολογικό Τμήμα

Σχολιασμός:

1. Δατσέρης Ιωάννης, Συντονιστής Διευθυντής του Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής,

2. Βασιλειάδη Δήμητρα Αργυρώ, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Ασθενής 21 ετών, επαγγελματίας αθλητής. Την τελευταία διετία αναφέρει χρήση κατά τις αγωνιστικές περιόδους πρωτεΐνης, κρεατίνης, καρνιτίνης, νιτρικών, αμινοξέων. Από πενταμήνου εμφάνισε εύκολη κόπωση. Διενεργήθηκε triplex καρδιάς που ανέδειξε σοβαρού βαθμού στένωση και ανεπάρκεια της πνευμονικής βαλβίδας και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια τριγλώχινας, χωρίς επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης που επιβεβαιώθηκαν σε MRI καρδιάς η οποία ήταν αρνητική για ουλή εμφράγματος, ίνωση ή διήθηση του μυοκαρδίου. Στις κατώτερες τομές απεικονίστηκαν αναρίθμητες εστίες παθολογικού σήματος στο παρέγχυμα του ήπατος οπότε ακολούθησαν υπερηχογράφημα και MRI κοιλίας όπου φαίνεται να καταλαμβάνουν όλα τα τμήματα του ήπατος, μ.δ.~30mm, ενώ επιπλέον διαπιστώθηκε σπληνομεγαλία. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε σε Περιφερικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε φυσιολογική ηπατική βιοχημεία ενώ επιπλέον πραγματοποιήθηκε ελαστογραφία ήπατος με $KrA=25.7$ (F4 κατά Metavir), καθώς και μαγνητική τομογραφία με ηπατοειδικό σκιαγραφικό (primavist). Εξήλθε με διάγνωση πολυαδενωματώδους νόσου ήπατος, πιθανώς στα πλαίσια κατανάλωσης συμπληρωμάτων διατροφής. Οι βαλβιδοπάθειες θεωρήθηκαν μάλλον συγγενούς αιτιολογίας ή στα πλαίσια ίνωσης από τη λήψη των συμπληρωμάτων διατροφής και συστήθηκε καρδιοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Ακολούθως παραπέμφθηκε στην Κλινική μας από την καρδιολόγο που εκτίμησε τον ασθενή προεγχειρητικά.

Από το ιστορικό που ελήφθη επιπλέον των ανωτέρω σημειώνουμε ότι υπήρχαν από διαιτίας επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων πολτώδους σύστασης, περίπου 1-2 την εβδομάδα.

Από την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν σε καλή γενική κατάσταση, ύψος: 172cm, βάρος: 63Kg, BMI: 21.3kg/m², W/H: 75/85cm, ΑΠ 120/80mmHg, σφύξεις: 71/min, Sat 98%, θ: 36°C. Δέρμα: Ακμή προσώπου, ερυθρότητα, επεισοδιακό flushing. Τριχοφυΐα: Κατά φύση. Θυρεοειδής: Ψηλαφητός, ελαστική σύστασης. Αναπνευστικό: Ομότιμο αναπνευστικό ψιθύρισμα άμφω. Καρδιαγγειακό: S₁ και S₂ ευκρινείς, ρυθμικοί, ολοσυστολικό φύσημα-ευκρινές σε όλες τις θέσεις ακρόασης, χωρίς οιδήματα κάτω άκρων. Σφύξεις αγγείων: Ψηλαφητές. Κοιλιά: Μαλακή-ευπίεστη-ανώδυνη, ψηλαφητό ήπαρ, ψηλαφητό μόρφωμα αριστερού υποχονδρίου. Όρχεις: Μαλακοί, χωρίς διογκώσεις, μέγεθος~23-25ml.

Νευρομυϊκό: Μυική ισχύς 5/5, ευχερής έγερση από βαθύ κάθισμα. Εγκεφαλικές συζυγίες: Κατά φύσιν. Αισθητικότητα (επιτολής και εν τω βάθει): Κατά φύση.

Ακολούθησαν διαγνωστικοί και θεραπευτικοί χειρισμοί που θα συζητηθούν στην παρουσίαση.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Ετερόζυγος β μεσογειακή αναιμία
- Αλλεργική ρινίτιδα
- Αμυγδαλεκτομή (2010).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Ο πατέρας του είναι 55 ετών υγιής και η μητέρα του, 47 ετών, με ιστορικό ετερόζυγους β μεσογειακής αναιμίας, ημικρανιών και φυσήματος καρδιάς. Έχει έναν αδερφό, 28 ετών, με ιστορικό μελανώματος οφθαλμού (2015) για το οποίο υποβλήθηκε σε laser και έκτοτε είναι υπό παρακολούθηση.

ΦΑΡΜΑΚΑ: Ουδέν.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΤΚΕ - ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

WBC (x103)	7.23	MCV (fl)	56.8	Πολυ/Λεμφ. %	50.7/38.7	PT (sec)	11
RBC (x106)	6.69	MCH (pg)	17.9	Μον/Ήωσ/Βασ. %	8.2/0.6/1.8	APTT (sec)	13.6
HCT %	38	PLT (x103)	226	ΤΚΕ (1 ^η ώρα)	2	INR	1.09

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Σάκχαρο (mg/dl)	75	Χοληστερίνη (mg/dl)	82	CRP (mg/dL)	0
Ουρία (mg/dl)	28	Τριγλυκερίδια (mg/dl)	67	CEA (ng/ml)	1.15
Κρεατινίνη (mg/dl)	1.3	HDL (mg/dl)	43	CA 15-3 (U/ml)	17.4
Na+ (mmol/l)	144	LDL (mg/dl)	26	CA 19-9 (U/ml)	19.4
K+ (mmol/l)	4.4	Ουρικό οξύ (mg/dl)	6.8	AFP (ng/ml)	2.01
Λεύκωμα (gr/dl)	7	CPK / CKMB (IU/l)	53/18	PSA (ng/ml)	0.36
Αλβουμίνες (g/dl)	4.9	Ca++ (mg/dl)	9.4	NSE (ng/ml)	23.1
Σφαιρίνες (g/dl)	2.1	φωσφορος (mg/dl)	5.1	Fe (μg/dl)	112
SGOT (U/L)	13	Mg++ (mg/dl)	2.23	Φερριτίνη (ng/ml)	102
SGPT (U/L)	10	Hba1c %	5.2	B12 (pg/ml)	312
ALP (U/L)	58	Troponin-T high	11	Φυλλικό οξύ (ng/ml)	8.4
γ-GT (U/L)	9	NT-proBNP (pg/ml)	218	Εμ. Χολερυθρ.(mg/dl)	1.14
Χολερυθρίνη (mg/dl)	1.78	Αμ. Χολερυθρ.(mg/dl)	0.64		

ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΜΕΝΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Υπερηχογράφημα καρδιάς: Φυσιολογικές διαστάσεις και συστολική λειτουργία αριστερής κοιλίας με εκτιμώμενο κλάσμα εξώθησης LVEF=50-55%. Διάταση δεξιάς κοιλίας με επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Σοβαρού βαθμού στένωση και ανεπάρκεια της πνευμονικής βαλβίδας. Σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια τριγλώχινας.

MRI καρδιάς: Μικτή βαλβιδοπάθεια πνευμονικής, στένωση καθυπεροχόν (μέτρια προς σοβαρή στένωση και μέτρια ανεπάρκεια). Μέτρια προς σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας σε έδαφος tethering της διαφραγματικής γλωχίνας που εμφανίζει κορυφαία μετατόπιση (ebsteinlike). Οριακά διατεταμένη δεξιά κοιλία με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης και ήπια-μέτρια υπερτροφία Φυσιολογική σε μέγεθος αριστερή κοιλία με φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης. Πνευμονικές αρτηρίες μη στενωτικές. Απουσία αιμοδυναμικά σημαντικού shunt-Qp/Qsratio ~1.1. Απουσία ουλής εμφράγματος, ίνωσης ή διήθησης του μυοκαρδίου. Παθολογία από το ήπαρ.

Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας: Το ήπαρ απεικονίζεται με διαστάσεις αυξημένες. Σε αμφότερους τους λοβούς του ήπατος και ιδιαίτερα στο δεξιό παρατηρούνται πολλαπλές ποικίλου μεγέθους ισοηχοϊκές βλάβες με υποηχοϊκή άλω, με υπερηχογραφικούς χαρακτήρες ύποπτους δυσπλαστικών οζών ή δευτεροπαθών εντοπίσεων. Εύρος ένδο-έξω ηπατικών χοληφόρων μέσα στα φυσιολογικά. Η χοληδόχος κύστη, χοληδόχος πόρος κ.φ. Ο σπλήνας απεικονίζεται με διαστάσεις αυξημένες (μεγίστη κεφαλουραία διάμετρος 15.2cm περίπου), με ομοιογενή ηχοδομή του παρεγχύματος αυτού.

Μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας: Παρουσία αναρίθμητων εστιών παθολογικού σήματος στο παρέγχυμα του ήπατος. Οι βλάβες καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο τμήμα του ηπατικού παρεγχύματος, κατανέμονται σε όλα τα τμήματα και στους δυο ηπατικούς λοβούς και έχουν διαμέτρους από ελάχιστα χιλιοστά έως 30mm περίπου, έχουν πολύ υψηλή ένταση σήματος στις εικόνες T2W, χαμηλή ένταση στις εικόνες T1W και ανομοιογενή υφή εν μέρει με μορφολογία "δίκην στόχου". Οι βλάβες παρουσιάζουν έντονο και ανομοιογενή εμπλουτισμό με σκιαστικό στις πρώτες φάσεις της δυναμικής μελέτης, ενώ φαίνεται να παρουσιάζουν έκπλυση στις επόμενες φάσεις. Ορισμένες από τις μεγαλύτερες φαίνεται να παρουσιάζουν τήξη στο εσωτερικό τους. Το ήπαρ απεικονίζεται διογκωμένο. Δεν παρατηρείται παρουσία χολαγγείων εντός των πολυάριθμων εστιακών βλαβών του ήπατος. Οι βλάβες παρουσιάζουν σαφή περιορισμό της διάχυσης στις εικόνες DWI. Παρατηρείται εικόνα σπληνομεγαλίας με κεφαλουραία διάμετρο σπληνός 172mm. Η πυλαία φλέβα απεικονίζεται βατή. Το πάγκρεας, οι νεφροί, τα επινεφρίδια χωρίς παθολογικά ευρήματα. Παρουσία παθολογικά διογκωμένων λεμφαδένων παραορτικά και παρά το διχασμό της αορτής. Τα ευρήματα είναι συμβατά με διάχυτη νόσο.

Μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας-οπισθοπεριτόναιου με ηπατοειδικό σκιαγραφικό (gadolinium-DTPA): Ηπατομεγαλία έως 23.5εκ. και διόγκωση αριστερού λοβού μέχρι το αριστερό υποχόνδριο. Πολυάριθμες οζώδεις συμπαγείς (>30) με διάχυτη κατανομή στο ηπατικό παρέγχυμα, διαμέτρου από λίγα χιλιοστά έως 2.8εκ. Η μεγαλύτερη από αυτές εμφανίζει κεντρική τήξη. Οι βλάβες έχουν χαμηλό σήμα σε T1 εικόνες, υψηλό σε T2/T2FS και περιορισμό της διάχυσης ως ένδειξη κυτταροβρίθειας. Κατά το δυναμικό έλεγχο παρατηρείται έντονη και ομότιμη πρόσληψη σε αρτηριακή φάση, αρχόμενη έκπλυση σε πυλαία φάση και πλήρη έκπλυση σε ηπατοειδικές φάσεις σκιαγράφησης. Λόγω αιμοδυναμικής συμπεριφοράς η ΔΔ περιλαμβάνει πρωτίστως πολλαπλά αδενώματα στα πλαίσια του αναφερόμενου ιστορικού. Η πιθανότητα οζώδους αναγεννητικής υπερπλασίας δεν υποστηρίζεται από το σήμα σε T1 και T2 εικόνες και την αιμοδυναμική συμπεριφορά των βλαβών. Η οντότητα είναι σπάνια. Σπληνομεγαλία 17.5εκ. Απουσία ασκίτη. Πάχυνση γαστρικού βλεννογόνου. Επίταση φλεβικού δικτύου στην πύλη του σπληνός. Πάγκρεας χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ - ΤΕΤΑΡΤΗ 9 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2020
Η εκδήλωση θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά (μέσω Zoom) - Ώρα 18:30-19:30
Δήλωση συμμετοχής στη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. έως τις 08/12/20

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

Συντονιστής Διευθυντής: Γ. Μάντζαρης

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

**2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΘΕΜΑ: «Ασθενής με ηπατική ανεπάρκεια.
Οι δυσκολίες στη διαφορική διαγνωστική»**

Παρουσίαση: Γεωργιάδη Τερέζα, Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα

Διαφορική Διάγνωση: Παναγόπουλος Χρήστος, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Γ' Παθολογικό Τμήμα

Σχολιασμός:

1.Μάγκου Χριστίνα, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Παθολογοανατομικό Τμήμα,

2.Γεωργιάδη Τερέζα, Ιατρός, Ειδικευόμενη, Μελά Μαρία, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογικό Τμήμα

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ - ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Ασθενής 41 ετών παραπέμπεται στην Κλινική από ιδιώτη ιατρό λόγω πιθανής αλκοολικής ηπατίτιδας, μη ανταποκρινόμενης σε αγωγή με κορτιζόνη.

ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πρόκειται για ασθενή με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος γνωστή από διμήνου που είχε αποδοθεί σε κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης.

Καπνιστής (+).

Λοιπό ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο.

Οικογενειακό ιστορικό: Η μητέρα απεβίωσε στα 40 έτη λόγω πρωτοπαθούς χολικής χολαγγειίτιδας (PBC).

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ

Ασθενής με ιστορικό κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης (~160g/ημέρα) από 20 έτη, χωρίς συνοδά προβλήματα, παρουσιάζει ασκίτη υπό τάση (3^{ου} βαθμού) και οιδήματα κάτω άκρων τον 08/2020 και νοσηλεύεται στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων (13-27/08/2020). Διαπιστώθηκε μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος. Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του έγινε παρακέντηση ασκίτικης συλλογής με ευρήματα υπέρ πυλαίας υπέρτασης. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση με ανάδειξη στον οισοφάγο μιας κίρσικης στήλης 1^{ου} βαθμού, απουσία κίρσων θόλου καθώς και κολονοσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο που εστάλη ενδεικτικά αναφέρεται ANA θετικά 1:160, αντιθρυψίνη=200mg/dl, AMA (+), SLA/LP (-), σερουλοπλασμίνη=30mg/dl, αντιM2 (-), αντι ENA (-), αντι LKM1 (-), αντι LKM3 (-), LC1(-), αντι dsDNA (-), αντιM2 (EP) IgA=500 (θετικά), αντιRo 52 IgG (+), SMA (+) 1:80, Ca 19-9: 32.7U/ml, AFP=4.39ng/ml, ανοσοκαθίλωση

λευκωμάτων με μικρή ζώνη IgG-λ, IgG=2030mg/dl, IgA=985mg/dl, IgM=347mg/dl, IgE=4980IU/ml, δείκτες HBV, HAV, HCV, HIV αρνητικοί, απτοσφαιρίνες=0.243ng/ml. Εργαστηριακά εξόδου του ασθενούς: HT/HB=25/8, AST=208, ALT=67, ALP=91, γGT=669, tbil=3.5, dbil=1.6, INR=1.58.

Ακολούθως ο ασθενής παρακολουθείται από ιδιώτη ηπατολόγο, ενώ λαμβάνει συστηματικά διουρητική αγωγή καθώς και καρβεδιλόλη που όμως τελικά διεκόπη λόγω συχνών επεισοδίων υπότασης. Έγινε στο πλαίσιο απεικονιστικού ελέγχου MRI AKK (29/09/2020): Υπεζωκοτική συλλογή άμφω, κυρίως αριστερά, ασκίτικη συλλογή, διόγκωση AP λοβού ήπατος με ήπια πολυλοβωτή παρυφή, σπληνομεγαλία, μόρφωμα 1.1cm με κυστικούς χαρακτήρες σε όριο ουράς παγκρέατος πέριξ χοληδόχου κύστης.

Ο ασθενής παρέμενε σε σταθερή κλινική κατάσταση μέχρι τον Οκτώβριο οπότε παρουσίασε σημαντική επιδείνωση με εμφάνιση ικτέρου και αύξηση τραναμινασών, χολερυθρίνης και γGT. Υπεβλήθη σε triplex σπληνοπυλαίου άξονα (15/10/2020) όπου απεικονίζεται διάταση πυλαίας φλέβας χωρίς ενδείξεις θρόμβωσης, ανάστροφη ροή σε AP γαστρική φλέβα, μικροί κισσοί στον θόλο του στομάχου και σπληνογαστρικές αναστομώσεις. Αντιμετωπίστηκε από τον θεράποντα ιατρό ως αλκοολική ηπατίτιδα με έναρξη πρεδνιζολόνης στις 16/10/2020 σε δόση 20mg/ημέρα και προοδευτικό tapering με ταχεία μείωση κατά 5mg κάθε 3 μέρες, χωρίς κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, οπότε και παραπέμπεται στην κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση/αντιμετώπιση.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ

Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής ήταν άπυρετος με έντονο ίκτερο, ασκίτη και οιδήματα κάτω άκρων, αγγειωματώδεις σπίλους κεφαλής/αυχένα/κορμού, ΑΠ: 90/60mmHg, HR: 76/min, ΗΚΓ: SR, GCS 15/15 χωρίς σημειολογία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνεται λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία με HT/HB: 20/6.5, PLT: 161000, Na=123mmol/L, K=5.6mmol/L, AST=438, ALT=296, ALP=81, dbil=6.58mg/dl, Alb=2.5g/dl, INR=1.87, άμμεση και έμμεση Coombs (-), Crp=1.83mg/dl. Εστάλη ρινοφαρυγγικό επίχρισμα SARS CoV 2 που ήταν αρνητικό. Έγινε US AKK όπου ήπαρ με αδροποίηση παρεγχύματος και οζώδη παρυφή, σπλήνας με αυξημένο μέγεθος 15 x 4 εκ., ασκίτικη συλλογή περιηπατικά και σε όλα τα διαμερίσματα της κοιλιακής χώρας. Πραγματοποιήθηκε διαγνωστική παρακέντηση ασκίτικης συλλογής, όπου κλίση αλβουμίνης (SAAG)=2.1 με ολικές πρωτεΐνες ασκίτικού υγρού < 2.5g/dl, γενική ασκίτικού < 250 κύτταρα, αρνητική κυτταρολογική εξέταση για κακοήθεια και στείρες καλλιέργειες. Από το επίχρισμα περιφερικού αίματος ανισοκυττάρωση, ποικιλοκυττάρωση, μακροκυττάρωση, παρουσία ακανθοκυττάρων, κοκκίωση ουδετεροφίλων, ευρήματα συμβατά με κίρρωση και υπερσπληνισμό.

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ελήφθη καθημερινά εργαστηριακός έλεγχος. Ακολούθησαν νέες διαγνωστικές σκέψεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ασθενής με πρόσφατη διάγνωση μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος που είχε αποδοθεί σε χρόνια κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης νοσηλεύεται στο νοσοκομείο λόγω πιθανής αλκοολικής ηπατίτιδας μη ανταποκρινόμενης σε αγωγή με κορτιζόνη. Λόγω της επιδείνωσης του εργαστηριακού ελέγχου του ασθενούς παρά τις θεραπευτικές ενέργειες ακολούθησαν νέες διαγνωστικές παρεμβάσεις.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ - ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Σας ενημερώνουμε ότι η παρουσίαση των Κλινικών Περιπτώσεων θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά μέσω Zoom. Οι οδηγίες-πληροφορίες σύνδεσης στο Zoom, θα αποσταλούν εγκαίρως, σε όσους δηλώσουν συμμετοχή στη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. έως τις 08/12/20, αποστέλλοντας το Έντυπο Δήλωσης Συμμετοχής ηλεκτρονικά στο e-mail: sseh.evaggelismos@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 (προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού είναι η παρακολούθηση του συνολικού χρόνου της εκδήλωσης και της συμπλήρωσης του Εντύπου Αξιολόγησης που θα αποσταλεί ηλεκτρονικά στους συμμετέχοντες μετά την εκδήλωση).

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

✚ Πληροφορίες - Εγγραφές - Έντυπο Δήλωσης Συμμετοχής:

<https://www.evaggelismos-hosp.gr/index.php/tetarti-2020-2021>