

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ:

No conflict
of interest

✓ **ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΕ
ΓΥΝΑΙΚΑ 43 ΕΤΩΝ**

✓ **ΑΝΔΡΑΣ 48 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ
ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
Γ.Ν.Α ΛΑΙΚΟ**

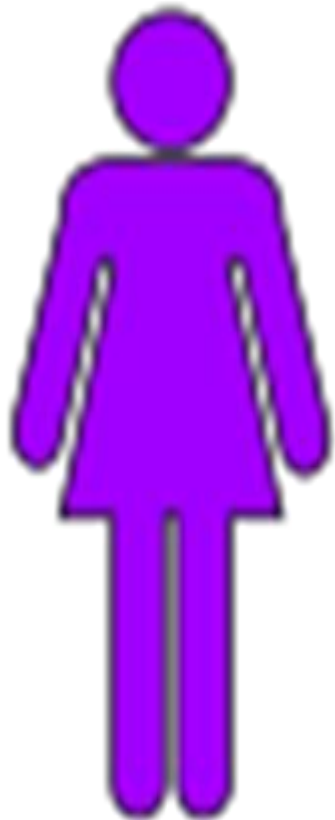
ΒΟΛΟΣ 2018



ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 43 ΕΤΩΝ





❑ **Στοιχεία ασθενούς:** Γυναίκα 43 ετών, Ελληνικής καταγωγής, κάτοικος Αθηνών, ιδιωτική υπάλληλος

❑ **Αιτία παραπομπής:** Αμφοτερόπλευρη διόγκωση παρωτίδων



✓ Παρούσα νόσος

- Άρχεται περίπου από μηνός με:
- Προοδευτικά επιδεινούμενη αμφοτερόπλευρη διόγκωση παρωτίδων και δακρυϊκών αδένων
- Ήπια αδυναμία – καταβολή
- Δεν ανέφερε πυρετό ή δεκατική πυρετική κίνηση
- Δεν ανέφερε άλλα κλινικά συμπτώματα



✓ **Συνήθειες και τρόπος ζωής**



✿ Δεν καπνίζει

✿ Δεν καταναλώνει οινόπνευμα

✿ Δεν διαθέτει κατοικίδια ζώα

✿ Δεν έχει ταξιδέψει στο
εξωτερικό τα τελευταία 2 χρόνια

✓ **Ατομικό αναμνηστικό:** Ελεύθερο

✓ **Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή:**

✿ Ουδεμία

✓ **Κληρονομικό ιστορικό:** Ελεύθερο



✓ Αντικειμενική εξέταση

- **Ζωτικά σημεία:** ΑΠ: 105/60 mmHg, σφύξεις: 72/λεπτό, SpO₂: 98% στον αέρα, αναπνοές: 15/λεπτό, GCS: 15/15.
- **Κατά συστήματα εξέταση:** χωρίς παθολογικά ευρήματα, πλήν:
- **Κεφαλή/τράχηλος:**
 - ✿ Αμφοτερόπλευρη διόγκωση παρωτίδων, οι οποίες στην ψηλάφηση ήταν σκληρής υφής, μη κινητές, ανώδυνες με διάχυτη διόγκωση
 - ✿ Αμφοτερόπλευρη διόγκωση δακρυϊκών αδένων: σκληροί, ακίνητοι, ανώδυνοι με διάχυτη διόγκωση
 - ✿ Μικροί < 1 cm μαλακοί, ευκίνητοι, ανώδυνοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες



ΕΑΡΙΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΒΟΛΟΣ 2018



✓ Αμφοτερόπλευρη διόγκωση παρωτίδων και δακρυϊκών αδένων



TKE: **45** mm/h, CRP: 4,8 mg/l (φ.τ <5), I mg/dl, PCT:
0.1 ng/ml, aPTT : 29.5 sec

Hct: **33,5** %, Hb: **10,6** g/dl , MCV: 94 fl

WBC: **3680** κ/μl (Πολύ 67%, Λεμφο 15%), PLTs:
185000 /μl

Glu: 85 mg/dl, Ur: 21 mg/dl, Cr: 0.7 mg/dl, Na:
142 mmol/l , K: 3.9 mmol/l , Ca: 8.9 mg/dl, Mg:
2.1 mg/dl, AST: 21 U/l (φ.τ.: 15-35), ALT: 7 U/l,
ALP: 90 U/l , γ-GT: 12 U/l, TBil: 0.6 mg/dl ,
AMS: 35 U/l , LDH: 137 U/l, UA: 3.4 mg/dl

Ca ούρων 24ώρου: 104 (φ.τ: 100-300 mg/24h)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων:

Alb: 57,2 % (φ.τ.: 55.8-66.1), α1: **5,5** % (φ.τ.: 2.9-4.9),
α2: 9,5 % (φ.τ.: 7.1-11.8), β: 10,2 % (φ.τ.: 8,4-13,1), γ:
17,7% g/l (φ.τ.: 7.1-15.8).

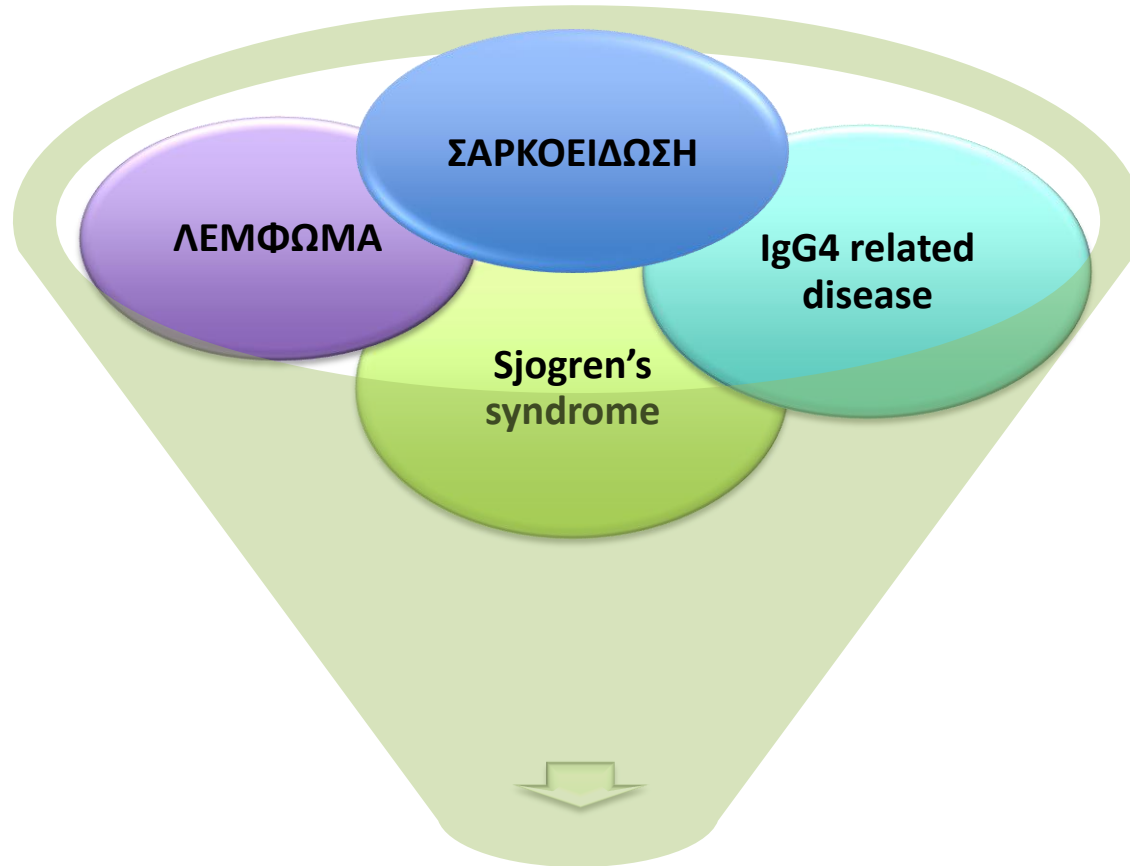
Mantoux: (-), IgG4: **57,3** mg/dl (φ.τ <135),
ACE: **50** U/L (φ.τ : 8-52)

ANA: (-), anti-dsDNA: (-), RF: (-), pANCA: (-),
cANCA: (-), C3: 140 mg/dl (φ.τ: 90-180), C4:
24,5 mg/dl (φ.τ: 10-40)



ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

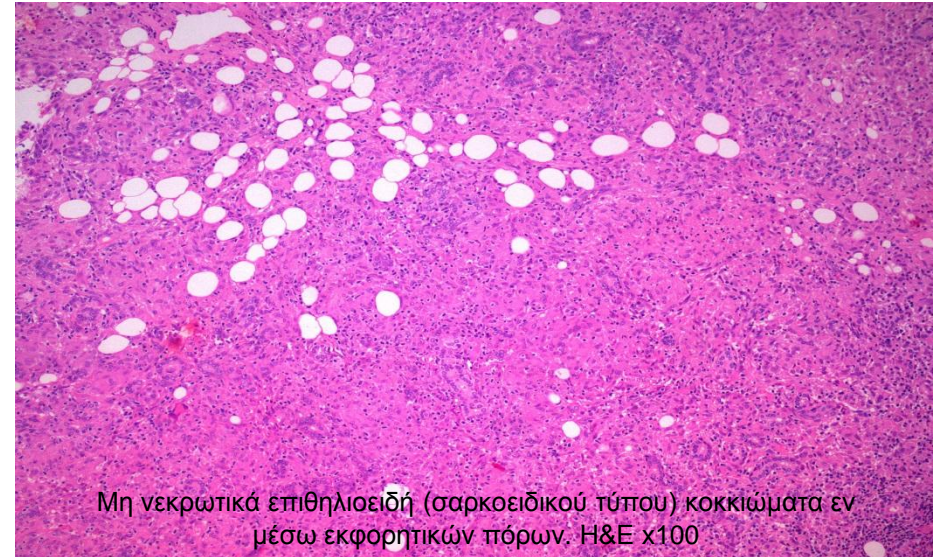
- Ακτινογραφία θώρακος : χωρίς σημεία ενεργού νόσου από το πνευμονικό παρέγχυμα, διάταση πυλών (-).
- HRCT ΘΩΡΑΚΟΣ : χωρίς ουσιώδη παθολογικά ευρήματα, δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες.
- CT ΚΟΙΛΙΑΣ: χωρίς εμφανή παθολογία από τα συμπαγή όργανα της κοιλιάς, δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες.



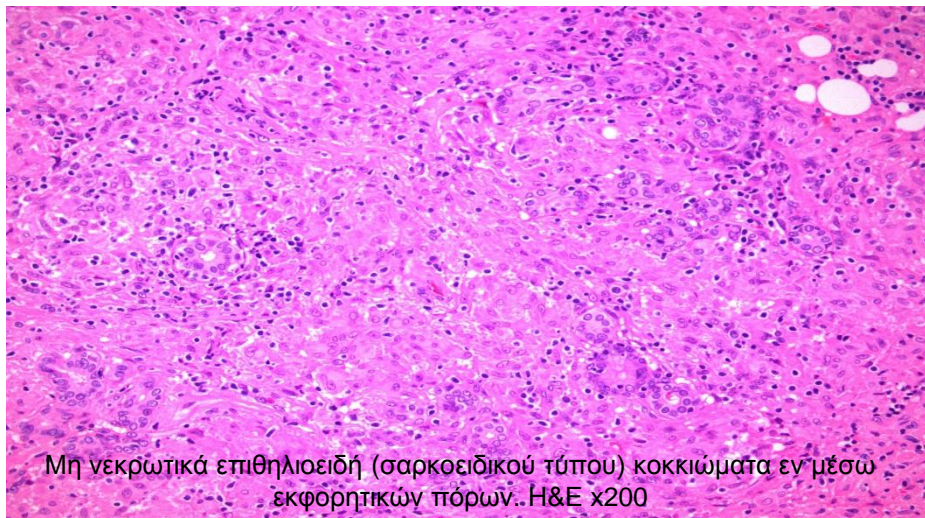


ΕΑΡΙΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΒΟΛΟΣ 2018

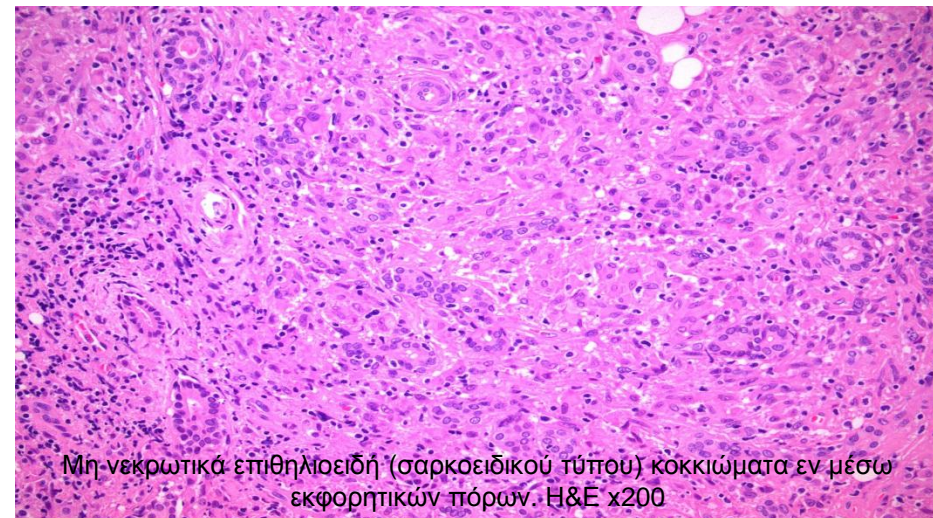
- ✓ Βιοψία παρωτίδας:
- ✓ Μη νεκρωτική κοκκιωματώδης φλεγμονή (σαρκοειδικού τύπου).
- ✓ Ανοσοιστοχημικός έλεγχος έναντι της IgG και του υποτύπου της IgG4 ήταν αρνητικός.



Μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή (σαρκοειδικού τύπου) κοκκιώματα εν μέσω εκφορητικών πόρων. H&E x100



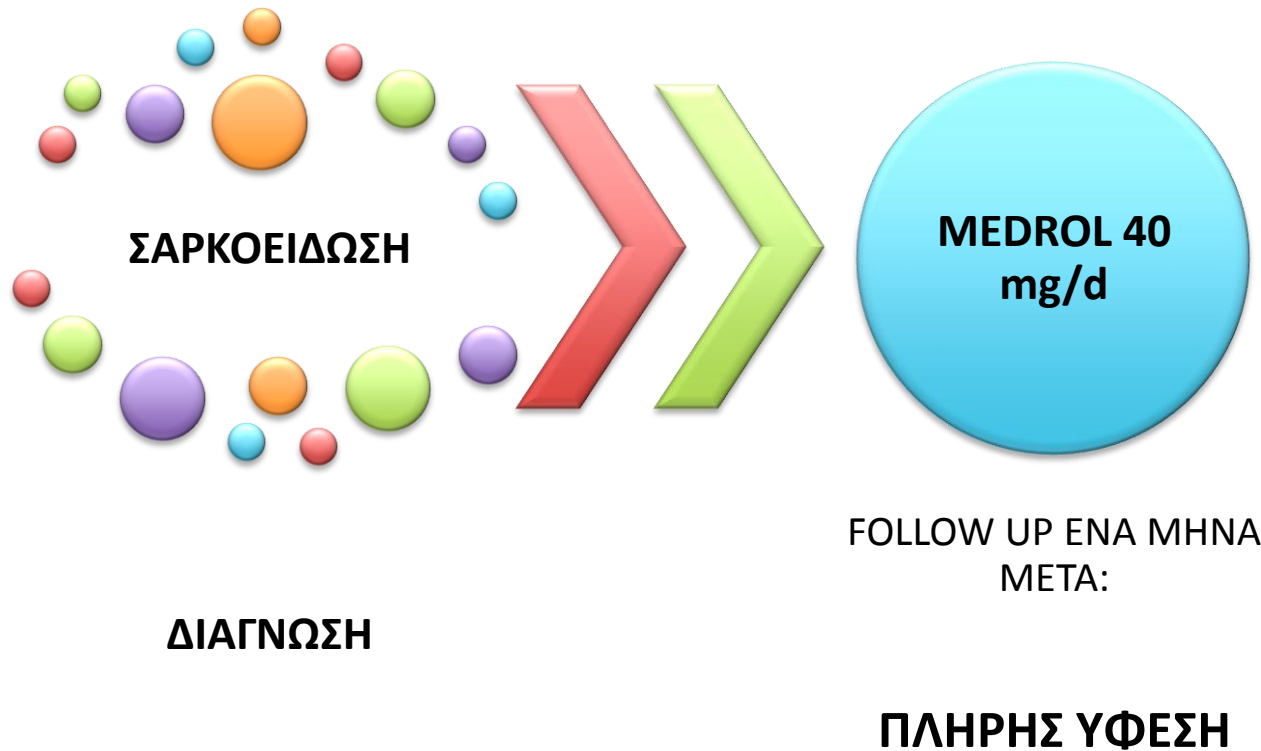
Μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή (σαρκοειδικού τύπου) κοκκιώματα εν μέσω εκφορητικών πόρων. H&E x200



Μη νεκρωτικά επιθηλιοειδή (σαρκοειδικού τύπου) κοκκιώματα εν μέσω εκφορητικών πόρων. H&E x200



ΕΑΡΙΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΒΟΛΟΣ 2018





🌀 ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ

Ungprasert P et al. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.2016
Funk M et al. Int J Gen Med. 2009
Ianzuzzi MC et al. New Engl j Med.2007

- Πολυ συστηματική νόσος αγνώστου αιτιολογίας. Συχνότερα προσβάλλονται γυναίκες 3^{ης} και 4^{ης} δεκαετίας
- Heerdtfordt's syndrome : αμφοτερόπλευρη διόγκωση παρωτίδων, ραγοειδίτιδα, παροδική
- Οι παρωτίδες προσβάλλονται στο 1-15% παράλυση προσωπικού νεύρου. ενώ σπάνια < 5% η προσβολή τους αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου.
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ: αυτόματη υποχώρηση εντός 6 εβδομάδων ή κορτικοστεροειδή ή εναλλακτικά ανώδυνη, διαχυτή, μεθοτρεξάτη, αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη, υδροξυχλωροκίνη.
- Συχνά συνυπάρχει διόγκωση δακρυϊκών αδένων, προσβολή πνευμόνων, λεμφαδένων, σπληνός.
- Ανθεκτικές περιπτώσεις : anti-TNFα κυρίως infliximab.





✓ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:

ΑΝΔΡΑΣ 48 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ





- ❑ **Στοιχεία ασθενούς:** Άνδρας 48 ετών, Ελληνικής καταγωγής, κάτοικος Λέρου, δύτης

- ❑ **Αιτία παραπομπής:** Εκτεταμένη προσβολή μαλακών μορίων αριστερού άνω άκρου





✓ Παρούσα νόσος

- Άρχεται περίπου από 5 μήνου όταν:
- Δύο ημέρες μετά από έλασσον τραυματισμό κατά τη διάρκεια της εργασίας του σε πλοίο στη θάλασσα



- οίδημα και ερυθρότητα στη ραχιαία επιφάνεια της εγγύς μεσοφαλαγγικής άρθρωσης του 2^{ου} δακτύλου της ΑΡ άκρας χειρός.





✓ Παρούσα νόσος

- Εκτιμήθηκε στο κέντρο υγείας της περιοχής του και ετέθη σε χαμηλή δόση κορτικοστεροειδών με προοδευτική μείωση (7ήμερο σχήμα).
- Τέσσερις ημέρες μετά ο πόνος και το οίδημα επεκτάθηκαν στη ραχιαία και παλαμιαία επιφάνεια όλων των αρθρώσεων της αριστεράς άκρας χειρός με συνοδό διάχυτο οίδημα.
- Ακολούθησαν τοπικές ενδοαρθρικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών και MTX (per os) με αποτέλεσμα





✓ **Ατομικό αναμνηστικό:**

- ✓ Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα με προσβολή αξονικού σκελετού και περιφερικών αρθρώσεων.

✓ **Φαρμακευτική αγωγή:**

- Infliximab για 8 χρόνια ακολούθως
- Adalimumab 40 mg/μήνα τα τελευταία 3 χρόνια



- **Κληρονομικό ιστορικό:**
Ελεύθερο

- **Συνήθειες και τρόπος ζωής:**
Δεν καπνίζει, δεν καταναλώνει αλκοόλ, δεν έχει κατοικίδια ζώα.



✓ Αντικειμενική εξέταση

- **Ζωτικά σημεία:** ΑΠ: 120/60 mmHg, σφύξεις: 82/λεπτό, SpO₂: 98% στον αέρα, αναπνοές: 15/λεπτό, GCS: 15/15.
- **Κατά συστήματα εξέταση:** χωρίς παθολογικά ευρήματα, πλήν:
 - **Μυοσκελετικό:**
 - ✿ Εκτεταμένο οίδημα αριστεράς άκρας χειρός με συνοδές ερυθρές πλάκες στη ραχιαία επιφάνεια όλων των σύστοιχων μικρών αρθρώσεων (MCPs, PIPs και DIPs)
 - ✿ Πολλαπλά υποδόρια οζίδια στη ραχιαία και παλαμιαία επιφάνεια αριστεράς άκρας χειρός και αριστερού αντιβραχίου με “σποροτριχωτική κατανομή” και εκροή υλικού ‘δίκηνη κιμωλίας’.
- **Περιφερικοί λεμφαδένες:** μικροί < 1 cm, μαλακοί, επώδυνοι, ευκίνητοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (AP).



ΕΑΡΙΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΒΟΛΟΣ 2018



Αντικειμενική εξέταση





TKE: **45** mm/h, CRP: **6** mg/l, Ινωδογόνο: **513** mg/dl,
PCT: 0.03 ng/ml, aPTT : 29.5 sec

Hct: 40,2 %, Hb: 13,7 g/dl , MCV: 85,7 fl

WBC: **14880** κ/μl (Πολύ **78%**, Λεμφο **16%**),
PLTs: 335000 /μl

Glu: 85 mg/dl, Ur: 21 mg/dl, Cr: 0.7 mg/dl, Na:
142 mmol/l, K: 3.9 mmol/l , Ca: 8.9 mg/dl, Mg:
2.1 mg/dl,

alb: 41,5 g/l, TP: 72 g/l, AST: 15 U/l (φ.τ.: 15-
35), ALT: 7 U/l, ALP: 90 U/l , γ-GT: 12 U/l, TBil:
0.6 mg/dl , AMS: 35 U/l , LDH: 137 U/l, UA:
3.4 mg/dl

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων:

Alb: **52,55** (φ.τ.: 55,8-66,1), α1: **5,7** % (φ.τ.: 2,9-4,9),
α2: 11,6 % (φ.τ.: 7,1-11,8), β1: 6,9 (φ.τ.: 4,7-7,2), β2:
8,8 % (φ.τ.: 3,2-6,6), γ: 14,5 % (φ.τ.: 11,1-18,8).

Γενική ούρων: κ.φ, καλλιέργεια ούρων: στείρα

Καλλιέργεια υλικού από τις δερματικές βλάβες
(πολλαπλά δείγματα) για κοινά και μύκητες:
ΣΤΕΙΡΑ



Mantoux: (-), Quantiferon: (-), ASTO: (-),
VDRL: (-), Wright: (-).
HBsAg: (-), anti-HCV: (-), HIV: (-),

Βιοψία υποδόριου οζιδίου: Αλλοιώσεις
χρόνιας υμενίτιδας χωρίς
παθολογνομονικούς χαρακτήρες

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ANA: (-), anti-dsDNA: (-),
RF: (-), p-ANCA: (-), c-ANCA: (-),
C3: 140 mg/dl (φ.τ.: 90-180),
C4: 24.5 mg/dl (φ.τ.: 10-40).



✓ Απεικονιστικός έλεγχος:

■ ΗΚΓ: Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

■ Α/α θώρακος: Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

■ U/S καρδιάς: Χωρίς παθολογικά ευρήματα

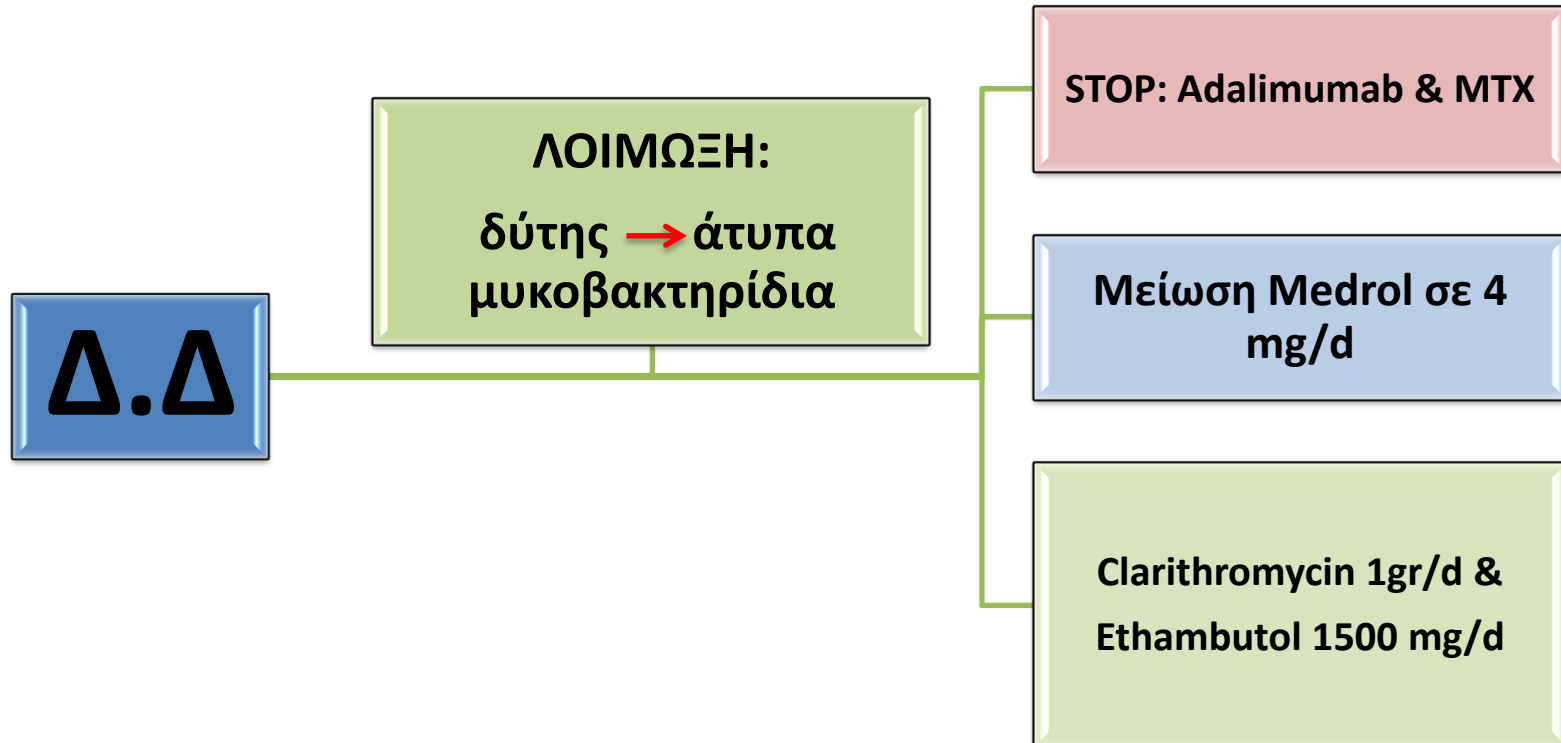
■ MRI (AP) ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ:

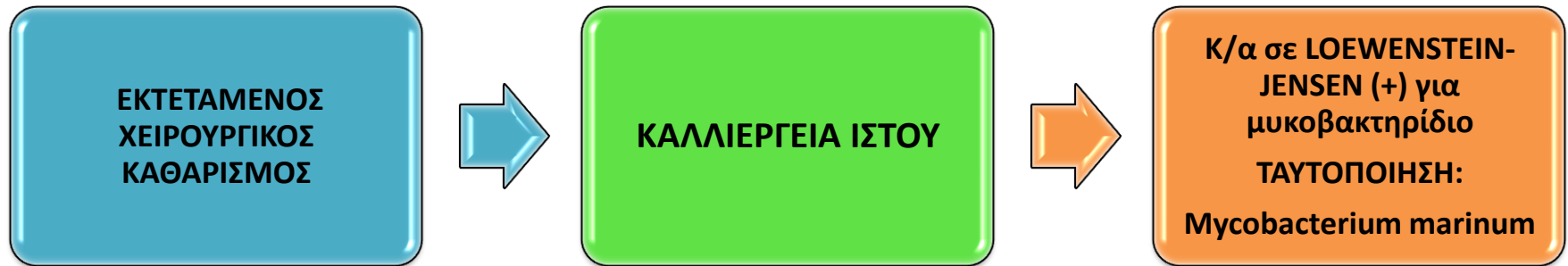
- Εκτεταμένο οίδημα του υποδόριου κυτταρολιπώδους ιστού κατά μήκος της ραχιαίας και παλαμιαίας επιφάνειας όλων των δακτύλων.
- Πολλαπλοί οζόμορφοι συμπαγούς σύστασης σχηματισμοί εντός του υποδόριου κυτταρολιπώδους ιστού.

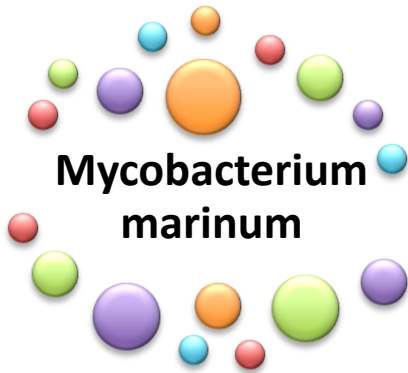


✓ **Απεικονιστικός έλεγχος:**

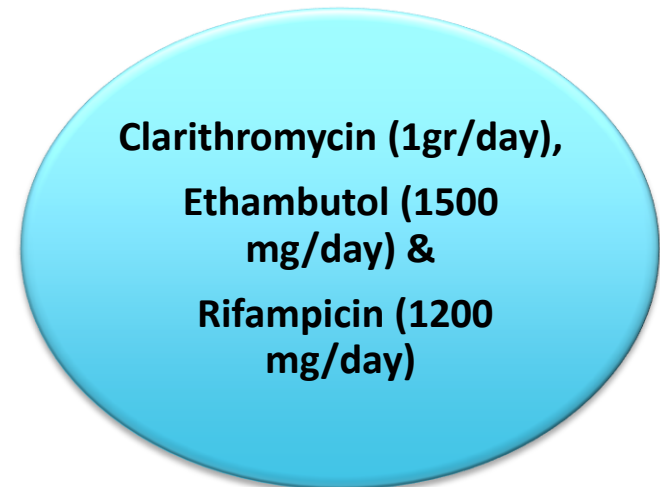
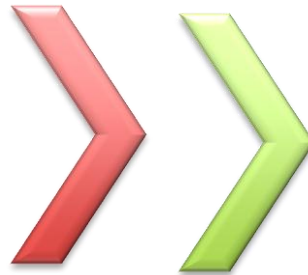








ΔΙΑΓΝΩΣΗ



FOLLOW UP 15
ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ:

ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ



IRIS syndrome
λόγω απόσυρσης
του anti- TNF



**ΕΚ ΝΕΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ &
ΠΡΟΣΘΗΚΗ MEDROL 16
mg/day**

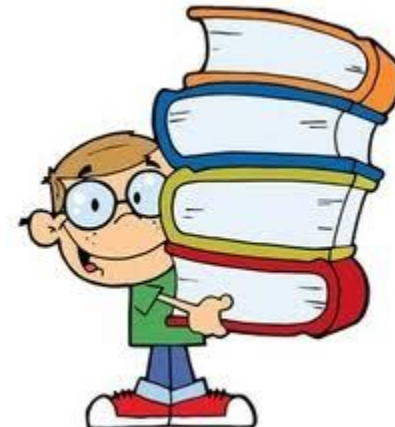
**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΕ 1
ΕΒΔΟΜΑΔΑ**





❑ Συμπερασματικά :

- ✓ Η εντατική ανοσοκατασταλτική θεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο των ευκαιριακών λοιμώξεων.
- ✓ Η έκθεση σε υδάτινο περιβάλλον πρέπει να αυξάνει την υποψία λοίμωξης από *Mycobacterium marinum*.
- ✓ Στις μυκοβακτηριβιακές λοιμώξεις σε ασθενείς υπο anti-TNF θεραπεία η απόσυρση του βιολογικού παράγοντα μπορεί να οδηγήσει σε παροδική οξεία έξαρση νόσου (σύνδρομο IRIS).





ΕΑΡΙΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΒΟΛΟΣ 2018

An aerial photograph of a coastal landscape. In the foreground, there is a bay with exceptionally clear, turquoise water. The surrounding land is a mix of sandy areas, sparse green vegetation, and rocky terrain. In the background, there are more hills and a larger body of water under a clear blue sky.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ