



ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΗ ΩΣ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Φώτιος Κυριάκου¹, Ίρμα Μπράτσκα¹, Γεράσιμος Ευαγγελάτος², Αθανασία Βέργου¹, Κίμωνας Κεχρής¹, Λυδία Πιτσαχτσή¹, Αλεξάνδρα Χροναίου¹, Ευαγγελία Χονδρού¹

¹ 4^η πνευμονολογική κλινική ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», ² Ρευματολογικό κέντρο Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

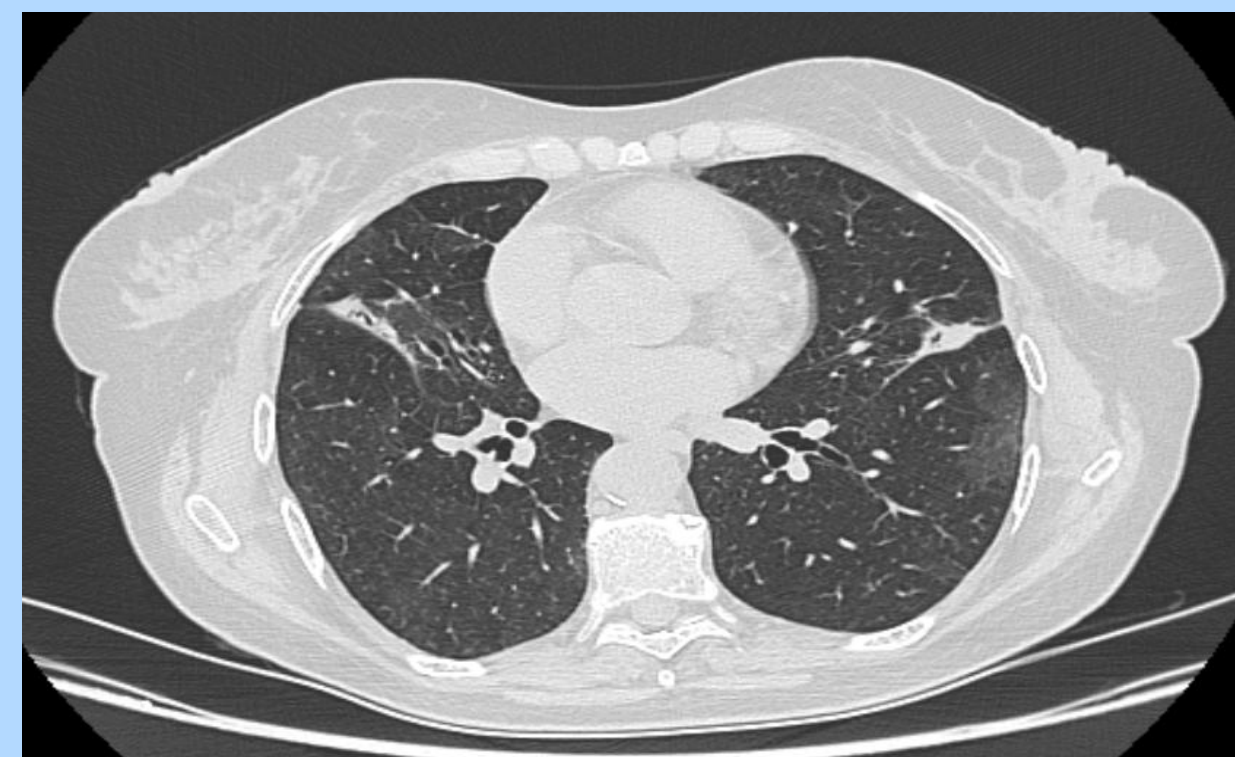
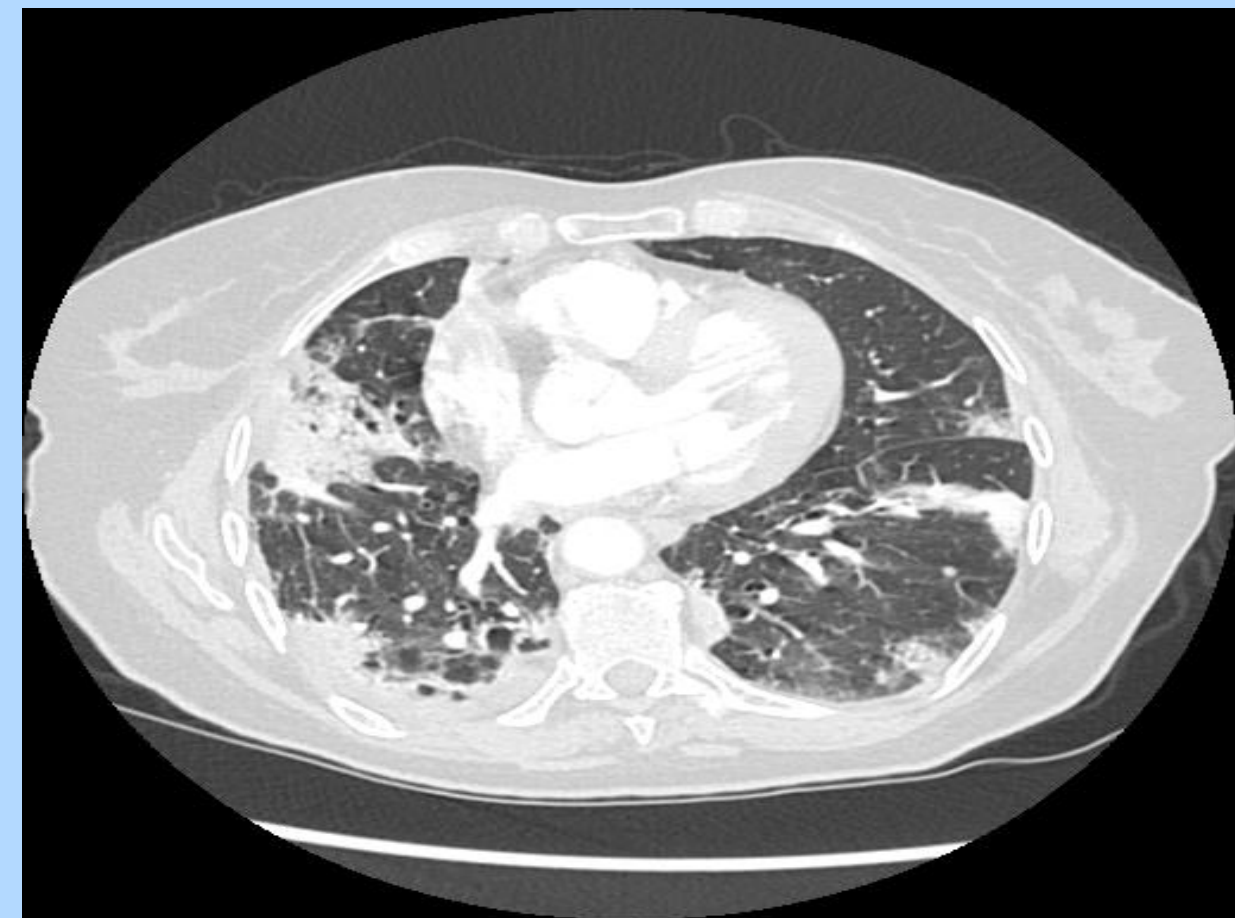


Figure 1. Αξονικές θώρακος πριν και μετά την λήψη θεραπείας .

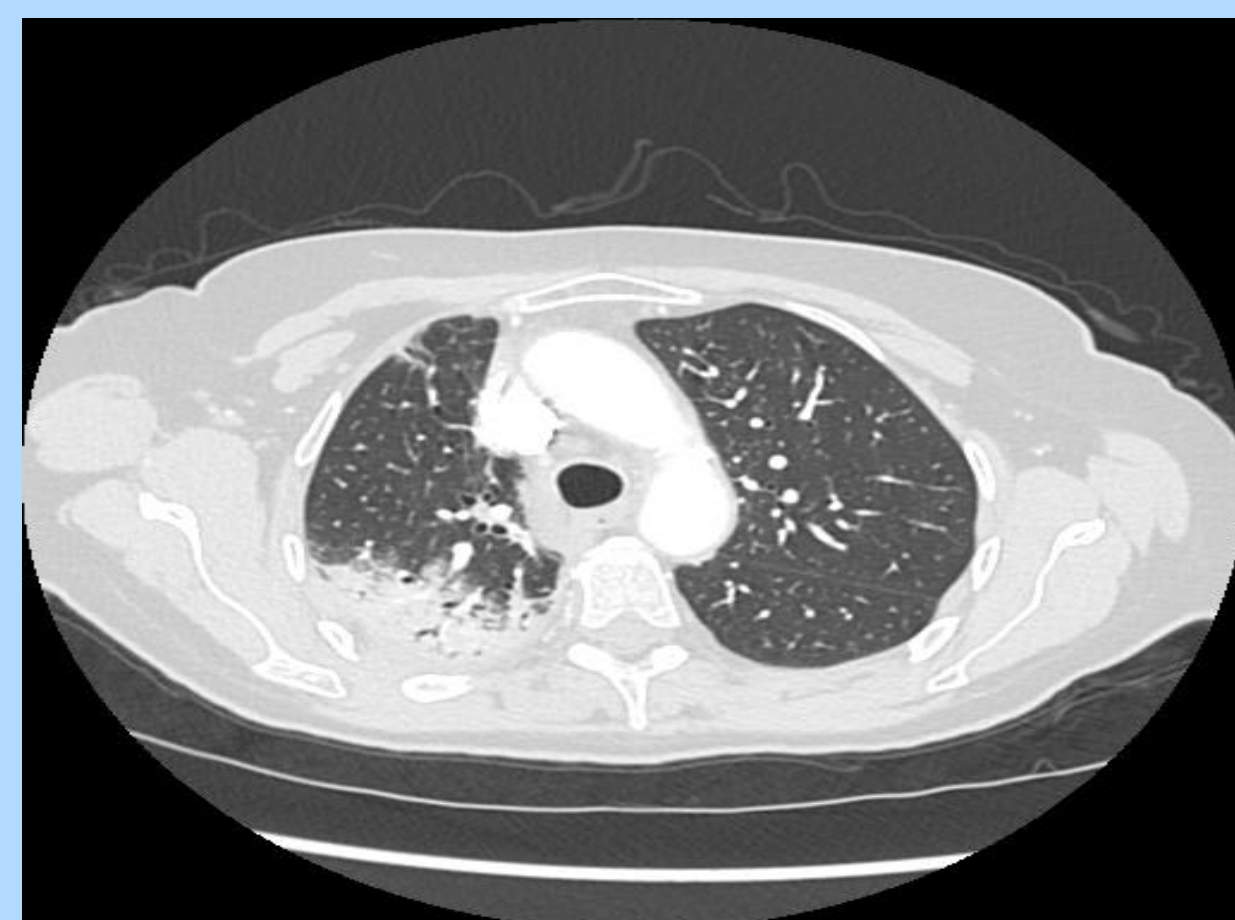


Figure 2. Αξονικές θώρακος πριν και μετά την λήψη θεραπείας .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Κοκκιωμάτωση με Πολυαγγειίτιδα (κοκκιωμάτωση Wegener) είναι μια πολυσυστηματική αυτοάνοση αγγειίτιδα σε επίπεδο κυρίως μικρών αγγείων. Σχετίζεται με ANCA αντισώματα και προσβάλλει κυρίως τους αεραγωγούς -ανώτερους και κατώτερους- και τους νεφρούς.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Κοκκιωμάτωση με Πολυαγγειίτιδα αποτελεί άγνωστης αιτιολογίας αυτοάνοση αγγειίτιδα με προσβολή των μικρών αγγείων. Το κατώτερο αναπνευστικό συμμετέχει σε ποσοστό περίπου 85% και η παθολογική ακτινογραφία θώρακος αποτελεί ένα από τα τέσσερα κριτήρια διάγνωσης της νόσου. Τα απεικονιστικά ευρήματα περιλαμβάνουν συχνότερα πολλαπλές αμφοτερόπλευρες οζώδεις βλάβες τυχαίας κατανομής με τάση κοιλοποίησης. Πυκνωτικά και θαμβής υάλου διηθήματα συνιστούν το δεύτερο σε συχνότητα εύρημα. Κυψελιδικά διηθήματα (αιμορραγία), υπεζωκοτική συλλογή και λεμφαδενοπάθεια ανευρίσκονται σπανιότερα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 66 ετών, μη καπνίστρια, με ιστορικό πρόπτωσης μήτρας και αναφερόμενη αλλεργία σε μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη, εισήχθηκε στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου, δύσπνοιας, βήχα, παθολογικής απεικόνισης θώρακα με υπεζωκοτική συλλογή δεξιά και πνευμονικά διηθήματα -πυκνοατελεκτασικά και θαμβής υάλου - ιδίως δεξιά και αυξημένες τιμές δεικτών φλεγμονής. Έλαβε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και βανκομυκίνη παρουσιάζοντας κλινική και εργαστηριακή βελτίωση και συνέχισε με κεφιξίμη και λεβοφλοξασίνη κατ'οίκον. 10 ημέρες αργότερα, επανεισήχθηκε στο νοσοκομείο λόγω υποτροπής των συμπτωμάτων και επιδείνωσης της ακτινολογικής εικόνας με επέκταση των διηθημάτων και εμφάνιση κεντρολοβιδιακών οζιδίων δεξιά με tree-in-bud μορφολογία. Κατά τη δεύτερη νοσηλεία, έλαβε μεροπενέμη και λινεζολίδη και παρουσίασε κλινική βελτίωση. Ωστόσο, λίγες ημέρες μετά το εξιτήριο, παρουσίασε εκ νέου δύσπνοια και αποκορεσμό και επανεισήχθηκε στην πνευμονολογική κλινική. Διενεργήθηκαν νέα αξονική τομογραφία θώρακος με εμφάνιση νέων πυκνοατελεκτασικών και θαμβής υάλου διηθημάτων αριστερά, ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση με ενδοσκόπηση που δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα, βρογχοσκόπηση στην οποία διαπιστώθηκε διάχυτα οιδηματώδης υπεραϊμικός βλεννογόνος με λήψη BAL η εξέταση του οποίου έδειξε αυξημένο ποσοστό λεμφοκυττάρων, κολλαγονικός έλεγχος με θετικά RF, ANA και PR-3 και λειτουργικός έλεγχος πνευμόνων με μειωμένη διαχυτική ικανότητα. Η ασθενής εκτιμήθηκε από Ρευματολόγο και τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη, ριτουξιμάμπη και αβακοπάμη ως επί κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα. Παρουσίασε ταχέως κλινική και ακτινολογική βελτίωση με σχεδόν πλήρη υποχώρηση των πνευμονικών διηθημάτων σε αξονική τομογραφία δύο μήνες μετά.