



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΚΛΙΝΙΚΗ : 10^η ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ
ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΗΛ. ΚΑΪΝΗΣ

ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ (IPA), ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ, ΥΔΡΟΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Μάλλιου Ιωάννα², Παντέλη Γεωργία¹, Κυπριανού Χάρης¹, Μοσχοτζοπούλου Ελένη, Καΐνης Ηλίας.²

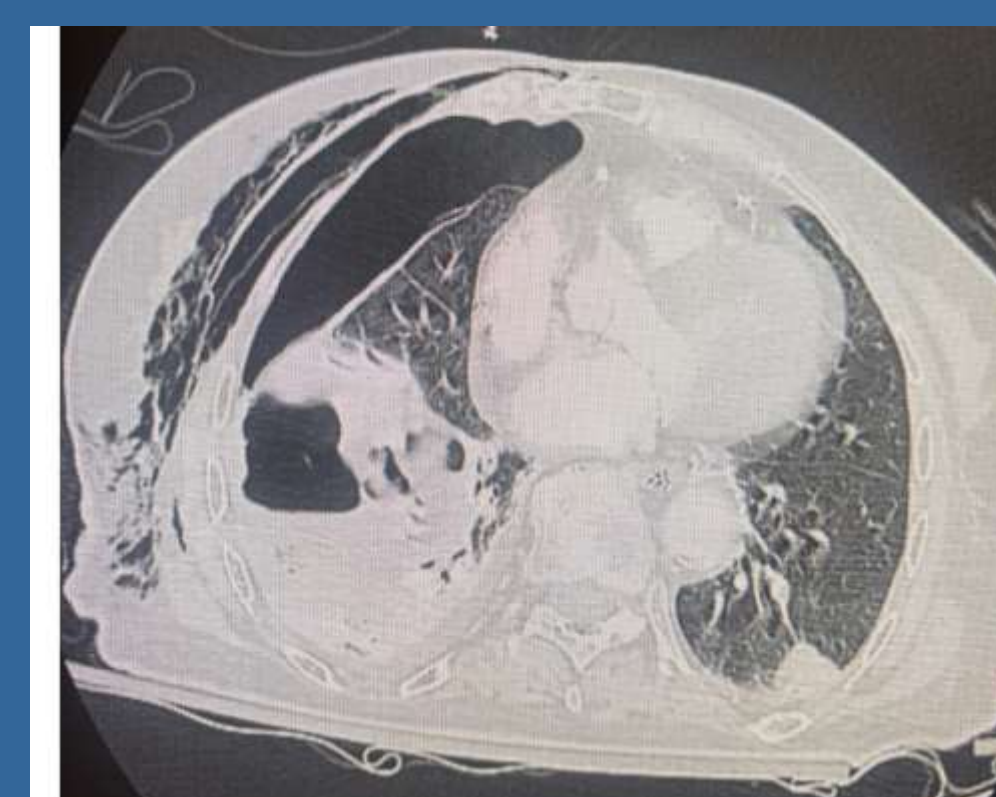
INTRODUCTION

Η νεκρωτική πνευμονία είναι μια σοβαρή μορφή πνευμονίας που προκαλεί νέκρωση και ρευστοποίηση του πνευμονικού ιστού η οποία χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη φλεγμονώδη καταστροφή και ισχαιμική νέκρωση του πνευμονικού παρεγχύματος, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό πολλαπλών ενδοπνευμονικών κοιλοτήτων. Η παθοφυσιολογία της συνδέεται με λοιμώδεις παράγοντες και παραγωγή τοξινών που προκαλούν θρόμβωση μικρών αγγείων και διαταραχή της τοπικής μικροκυκλοφορίας. Κλινικά συσχετίζεται με σοβαρή πνευμονική λοίμωξη. Συχνά παρουσιάζεται με σηπτική εικόνα και αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, όπως εμπύημα, βρογχοπλευρικά συρίγγια και παρατεταμένη αναπνευστική ανεπάρκεια. Η νεκρωτική πνευμονία μπορεί να προκληθεί και από μυκητιασικές λοιμώξεις, αν και πολύ πιο σπάνια σε σχέση με βακτηριακές αιτίες. Συγκεκριμένα, η διηθητική πνευμονική ασπεργίλλωση (Invasive Pulmonary Aspergillosis, IPA) μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμική νέκρωση του πνευμονικού παρεγχύματος, λόγω αγγειοεμβολής του μύκητα και θρόμβωσης των μικρών αγγείων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ισχαιμία, νέκρωση και σχηματισμό κοιλοτήτων.

CLINICAL PRESENTATION

- Ασθενής με πρόσφατη διάγνωση, πνευμονικής ασπεργίλλωσης, θετικά Ag GM washing, β-D γλυκάνη στον ορό υπό ισαβουκοναζόλη, ανθεκτικό άσθμα σε υψηλές δόσεις μεθυλπρεδνιζολόνης, στεφανιαία νόσος, αρτηριακή υπέρταση, υπερθυρεοειδισμό, μη καπνίστρια, προσήλθε λόγω αδυναμία, καταβολή, ρίγος, αιμόφυρτα πτύελα και Covid 19(+).
- Επισκέπτεται τα ΤΕΠ σε σηπτική κατάσταση, με υδροπνευμοθώρακα δεξιά και υποδόριο εμφύσημα, για το οποίο τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας σε αναρρόφηση.
- Πλευριτικό υγρό: λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα pH 7.49, glu 60.
- Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης αναπνευστικής και αιμοδυναμικής η ασθενής μεταφέρθηκε σε πολυδύναμη ΜΕΘ, όπου πραγματοποιήθηκε CTPA, θετική για πνευμονική εμβολή σε τμηματικούς και υποτμηματικούς ΔΕ και ανάδειξη νεκρωτικής πνευμονίας.
- Triplex φλεβών κάτω άκρων αρνητικό, αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα, κολλαγονικός, μοριακός έλεγχος θρομβοφιλίας αρνητικός.
- Απομονώθηκε Ps. Auruginosa από καλλιέργεια πτυέλων (πυοσφαίρια > 10⁵.)

- Τέθηκε σε διπλή αντιψευδομοναδική αγωγή, κεφτολοζάνη/ταζομπακτάμη, κολυμικίνη, σταδιακή μείωση της κορτιζόνης. Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας η κολυμικίνη τροποποιήθηκε σε λεβοφλοξασίνη.
- Έγιναν προσπάθειες αποδέσμευσης από τον θωρακοσωλήνα χωρίς επιτυχία με αποτέλεσμα την παραμονή του σε αναρρόφηση έως και την έξοδο της από την ΜΕΘ.
 - Μετά από αρκετές προσπάθειες απογαλακτισμού από το Billau, στην κλινική, την 14^η ημέρα νοσηλείας της έγινε επιτυχή αφαίρεση με σημαντική έκπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος.



DISCUSSION

Ο Aspergillus εισβάλλει στον πνεύμονα, τα αιμοφόρα αγγεία, προκαλώντας νέκρωση, αιμορραγία, αιμόπτυση, έμφρακτα και κοιλότητες. Η IPA εμφανίζεται σε ανοσοκατασταλμένα άτομα, μεταμοσχευμένους, κακοήθειες αιματολογικές και ιογενείς λοιμώξεις (COVID-19, AIDS). 1^η γραμμής θεραπεία Ισαβουκοναζόλη και βορικοναζόλη, ενώ Αμφοτερικίνη Β ως 2^η γραμμής.

Η συνύπαρξη: ιογενούς πνευμονικής λοίμωξης, SARS-CoV-2, ανοσοκαταστολής, παρατεταμένη χορήγηση κορτικοειδών σε υψηλές δόσεις, δημιούργησε το υπόστρωμα της διηθητικής πνευμονικής ασπεργίλλωσης. Εξελήχθη, σε νεκρωτική πνευμονία, λόγω της αγγειοεμβολής του Aspergillus fumigatus, προκαλώντας ισχαιμία, θρόμβωση και νέκρωση. Δημιουργήθηκαν κοιλότητες υποϋπεζωκοτικά, οδηγώντας σε ρήξη του υπεζωκότα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία επικοινωνίας μεταξύ σπλαχνικού και τοιχωματικού υπεζωκότα.

Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο υπό αντιμυκητιασική θεραπεία με ισαβουκοναζόλη αρχικά για 6 μήνες και επανεκτίμηση. Σε επαναληπτική HR CT που διενεργήθηκε, αναδείχθηκε μεγάλη βελτίωση, με μεγάλο βαθμό επούλωσης του κοιλοτηκού σχηματισμού.



REFERENCES

- Dominic Wichmann¹ · Martin Hoenigl^{2,3} · Philipp Koehler^{4,5} · Christina Koenig¹ · Frederike Lund⁶ · Sebastian Mang¹ · Richard Strauß⁷ · Markus A. Weigand⁶ · Christian Hohmann^{8,9} · Oliver Kurzai^{10,11} · Claus Heußel^{12,13,14} · Matthias Kochanek⁴. 'Diagnosis and treatment of invasive pulmonary aspergillosis in critically ill intensive care patients: executive summary of the German national guideline (AWMF 113-005)' Infection (2025) 53:1299–1310 <https://doi.org/10.1007/s15010-025-02572-2>
- Benjamin W. Teh,^{1,2,3} Daniel K. Yeoh,^{2,3,4} Gabrielle M. Haeusler,^{1,2,3,5,6} Costas K. Yannakou,⁷ Shaun Fleming,⁸ Julian Lindsay,^{2,3,9} and Monica A. Slavin,^{1,2,3,10} Australasian Antifungal Guidelines Steering Committee, 'Consensus guidelines for antifungal prophylaxis in haematological malignancy and haemopoietic stem cell transplantation, 2021', Internal Medicine Journal (2021) 51(Suppl. 7) 67–88 © 2021 Royal Australasian College of Physicians
- Frederic Lamothe and Thierry Calandra, 'Pulmonary aspergillosis: diagnosis and treatment, Eur Respir Rev 2022; 31: 220114
- Devika Dixit, Nelson T. Kuete, Philip Bene, Imran Khan, Gabriela Oprea-Illies, Eric Flenaugh, [Invasive Pulmonary Aspergillosis with Hydropneumothorax in a Patient Taking High-Dose Glucocorticoids](#), DOI: 10.12659/AJCR.928499 Am J Case Rep 2020; 21:e928499