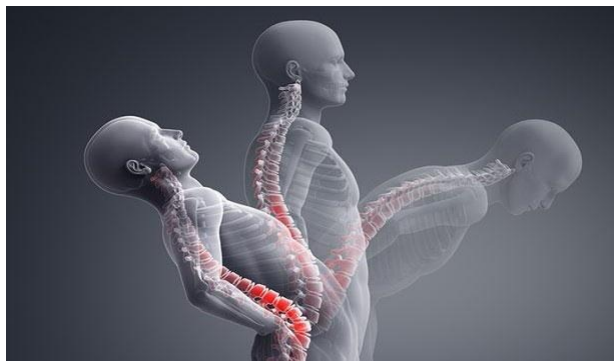




Παρουσίαση Περιστατικού: ασθενής με ΡΑ, εμπύρετο και πολυαρθρίτιδα



Παρουσίαση: Κοττάς Κωνσταντίνος MD, Ειδικευόμενος Ρευματολογίας
Σχολιασμός: Γκίκας Κατσιφής MD, PhD, RhMSUS
Ρευματολογική Κλινική NNA

Εαρινές Ημέρες Ρευματολογίας, Πόρος, 13-15 Μαΐου 2022

Παρουσίαση Περιστατικού

Ασθενής ♂ 60 ετών με ιστορικό RA (-) προσέρχεται στο Ρευματολογικό Ιατρείο λόγω επίμονης αρθρίτιδας ώμων, ΠΧΚ + ΜΚΦ άμφω και ΑΡ ΠΔΚ, από ημερών.

Λοιπό ατομικό Ιστορικό: αυτοάνοση ηπατίτιδα

Φαρμακευτικό ιστορικό: Tocilizumab 720mg/μήνα (IV) τελευταία έγχυση προ 3 εβδ., Citalopram 20mg : ½ x1, Rabeprazole 20mg x1.

Προηγούμενα αγωγή για την RA: Prezolon, MTX, Abatacept, Adalimumab, Infliximab, με ανεπαρκή ανταπόκριση και συμμόρφωση

Κλινική εξέταση: απύρετος, αρθρίτιδα ΠΧΚ + ΜΚΦ άμφω, ΑΡ ΠΔΚ, οίδημα κι άλγος ΑΡ γαστροκνημίας, πλήρης αδυναμία ανύψωσης ΔΕ άνω άκρου + οίδημα ΔΕ βραχίονα, έλκος δείκτη ΑΡ χειρός.

Λοιπή εξέταση κφ.

Πορεία νόσου

Παρούσα νόσος: Είχε προηγηθεί προσθήκη Prezolon. 7,5mg x1

Κατά τη λεπτομερέστερη λήψη ιστορικού:

προ εβδομάδος λοίμωξη μαλακών μορίων στον δείκτη AP άκρας χειρός.

Διάνοιξη και καθαρισμός του τραύματος κι εμπειρική αγωγή με Αμπικιλλίνη/
Κλαβουλανικό.

Πορεία νόσου

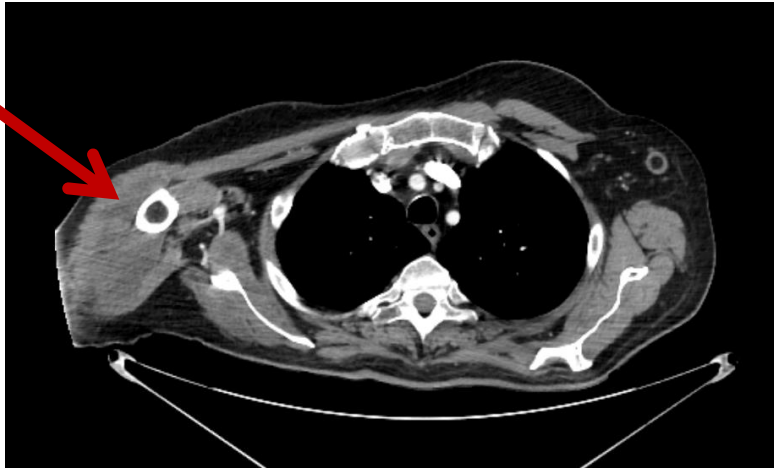
- *Εργαστηριακά:*

ΤΚΕ:65mm/h, Hct:40,2%, WBC: 6.490/μL (Neut:73,6%), plts:95.000/μL, CRP:107mg/L

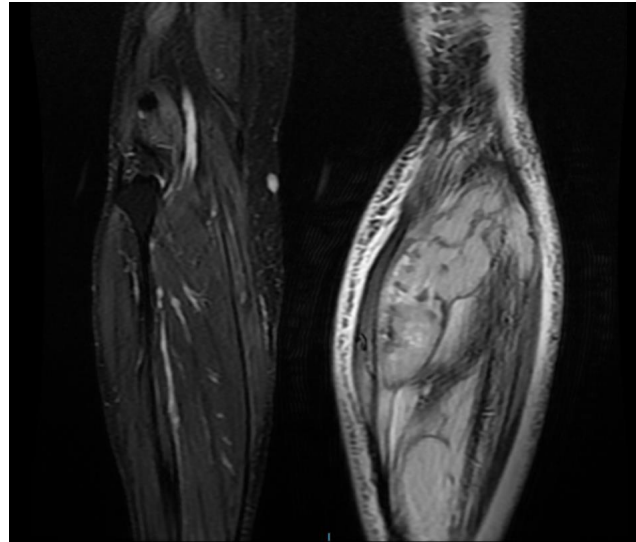
- Triplex φλεβών AP γαστ/μίας: (-) DVT, (+) συλλογή υγρού
- CT θώρακος: παρουσία *συλλογής υγρού* μεταξύ μυών ΔΕ ωμικής ζώνης με περιχάρακωση και διαφραγμάτια.
- MRI AP κνήμης: εκτεταμένες πολύχρωρες *πυοαιματηρές συλλογές*, με μέγεθος 30 x 9,5 x 6 cm από τον ιγνυακό βόθρο έως την αρχή του αχιλλείου τένοντα
 - AMK + Έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με :
Πιπερακιλλίνη/Ταζομπακτάμη + Βανκομυκίνη + Μετρονιδαζόλη .

Πορεία νόσου

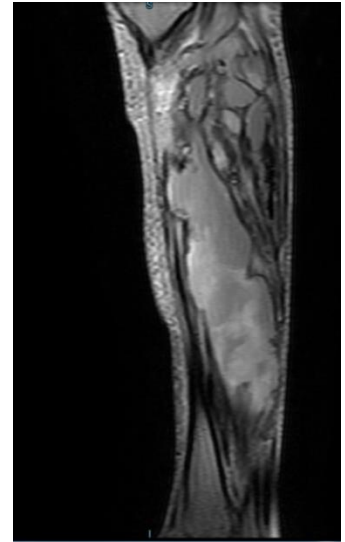
CT θώρακος



STIR



T2



Πορεία νόσου

Εμφάνιση εμπυρέτου έως 38°C + καχεξία

Από ΑΜΚ, κ/α πύου – **staph. aureus**

πυομοσίδια ΑΡ γαστροκνημίας + ΔΕ ώμου

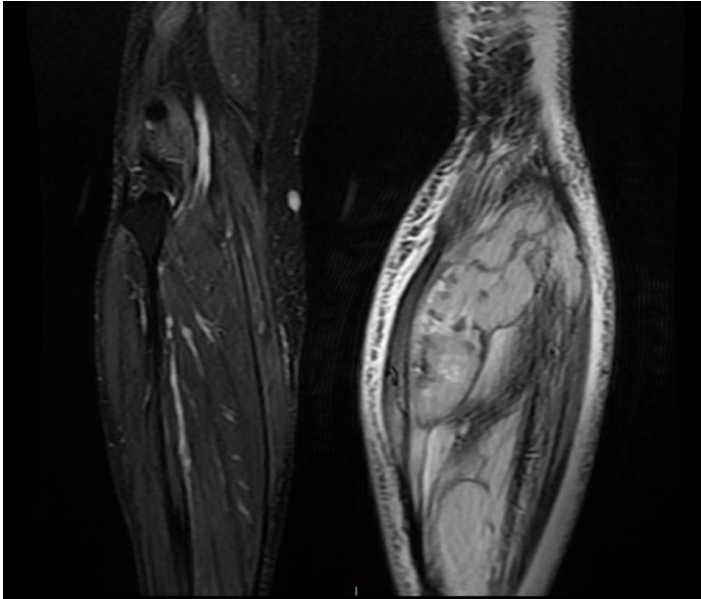
Διενεργήθηκε επανελημμένα χειρουργική διάνοιξη, παροχέτευση και καθαρισμός αποστημάτων (ΔΕ ώμο & ΑΡ γαστροκνημία), με λήψη δείγματος πύου και ιστού για καλλιέργεια.

1 Staphylococcus aureus			
1 S. aureus			
Drug	MIC	Interps	Origin
Amox/K Clav	<=4/2	S	
Ampicillin	<=0.25	BLAC	
Cefoxitin Screen	<=4	NEG	
Ceftaroline	<=0.5	S	
Ciprofloxacin	<=1	S	
Clindamycin	<=0.25	S	
Daptomycin	2		
Erythromycin	<=0.5	S	
Fosfomicin	<=32	S	
Gentamicin	4	S	
Levofloxacin	<=1	S	
Linezolid	4	S	
Mupirocin	<=256	S	
Nitrofurantoin	<=32		
Oxacillin	<=0.25	S	
Penicillin	<=0.12	BLAC	
Pristinamycin	<=1	S	
Synercid	<=1	S	
Teicoplanin	<=2	S	
Tetracycline	<=1	S	
Tobramycin	<=1	S	
Trimeth/Sulfa	<=2/38	S	
Vancomycin	2	S	

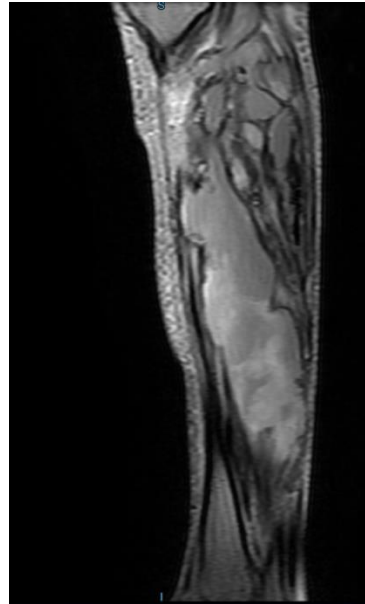
MRI AP κνήμης

προ χειρ/ου

STIR

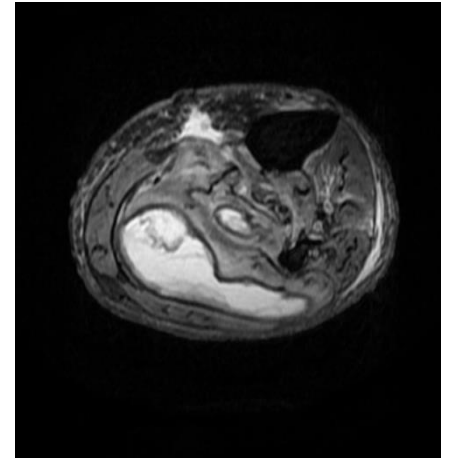


T2



μετά χειρ/ου

T2



Πορεία νόσου

Αλλαγή της αγωγής σε Αμπικιλλίνη/ Σουλμπακτάμη + Κλινδαμυκίνη (+ Βανκομυκίνη)
(βάσει αντιβιογράμματος).

Με διαθωρακικό triplex καρδιάς αποκλείστηκε το ενδεχόμενο λοιμώδους
ενδοκαρδίτιδας.

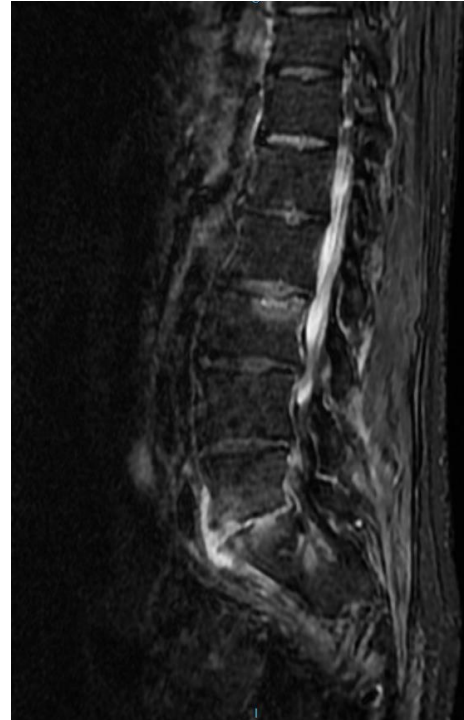
Εμφάνιση χαμηλής οσφυαλγίας: MRI ΟΜΣΣ: *σπονδυλοδισκίτιδα Ο2-Ο3-Ο4, Ο5-Ι1.*

Βάσει των ευρημάτων αλλαγή αγωγής σε Λινεζολίδη + Ριφαμπικίνη + Δαπτομυκίνη

MRI ΟΜΣΣ

διαδοχικές εξετάσεις κατά τη νοσηλεία

STIR



Πορεία νόσου

Σταδιακά, ο ασθενής απυρέτησε και βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά με βελτίωση της μυικής ισχίος AP κάτω άκρο, αλλά με μικρή μόνο βελτίωση στο ΔΕ ώμο, μετά από συνεδρίες φυσικοθεραπείας.

Εξιτήριο μετά από 2,5 μήνες νοσηλείας,

με οδηγίες για Ριφαμπικίνη, Λινεζολίδη, Σιπροφλοξασίνη
κι εντατικές φυσικοθεραπείες.

Follow-up

Σε επανεκτίμηση του ασθενούς 1,5 μήνα μετά το εξιτήριο, βελτίωση κινητικότητας (όχι πλήρης κίνηση) ΔΕ άνω άκρου.

Έχει ολοκληρώσει αγωγή με Ριφαμπικίνη, Λινεζολίδα.

Οδηγίες για συνέχιση αγωγής με Σιπροφλοξασίνη για 1 μήνα.

Follow-up

MRI ΟΜΣΣ (STIR)



Συμπερασματικά

- Ασθενείς υπό bDMARD έχουν αυξημένο κίνδυνο για λοιμώξεις
- Ενδεδειγμένη λήψη ιστορικού και πλήρους φυσική εξέταση
- Έγκαιρη αντιμετώπιση των λοιμώξεων για πρόληψη επιπλοκών
- Δ/δ μεταξύ έξαρσης νόσου και λοιμώδους αρθρίτιδας

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

Πυομοσίδαι σε έδαφος RA

- Caldwell DS. *Pectoralis pyomyositis: an unusual cause of chest wall pain in a patient with diabetes mellitus and rheumatoid arthritis*. J Rheumatol. 1986.
- Aynaci O. *Anterior tibial compartment syndrome due to the pyomyositis in a patient with rheumatoid arthritis*. A case report. Joint Bone Spine. 2003 Feb.
- Hossain A. *Nontropical pyomyositis: analysis of eight patients in an urban center*. Am Surg. 2000 Nov.
- Drosos G. *Pyomyositis. A literature review*. Acta Orthop Belg. 2005 Feb.
- Kaushik RM. *Tropical pyomyositis in a case of rheumatoid arthritis*. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2006 Sep.
- Maravelas R. *Pyomyositis in the United States 2002-2014*. J Infect. 2020 May.
- Crum NF. *Bacterial pyomyositis in the United States*. Am J Med. 2004 Sep.
- Lachiewicz PF. *Spontaneous pyomyositis in a patient with Felty's syndrome: diagnosis using computerized tomography*. South Med J. 1986 Aug

Συνήθως από *Staph. aureus*, *Pseudomonas* spp.

Υπόστρωμα: αιμ. κακοήθειες, HIV, ΣΔ, ρευματολογικά (ΡΑ, ΣΕΛ), ΧΝΑ, κίρρωση, μεταμοσχευμένοι
Συνήθως μονοεστιακή προσβολή σε κάτω άκρα (μηρός, γαστροκνημία, ψοίτης) ή στον δελτοειδή.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

Of the cases of pyomyositis, 16.67% also had osteomyelitis, 8.80% had septic arthritis, 1.51% had an open wound

Nearly half (49.9%) of patients with pyomyositis also carried a diagnosis of muscle abscess, and 31% carried a diagnosis of bacteremia and/or septicemia.

Age-Adjusted Odds Ratios of Candidate Risk Factors

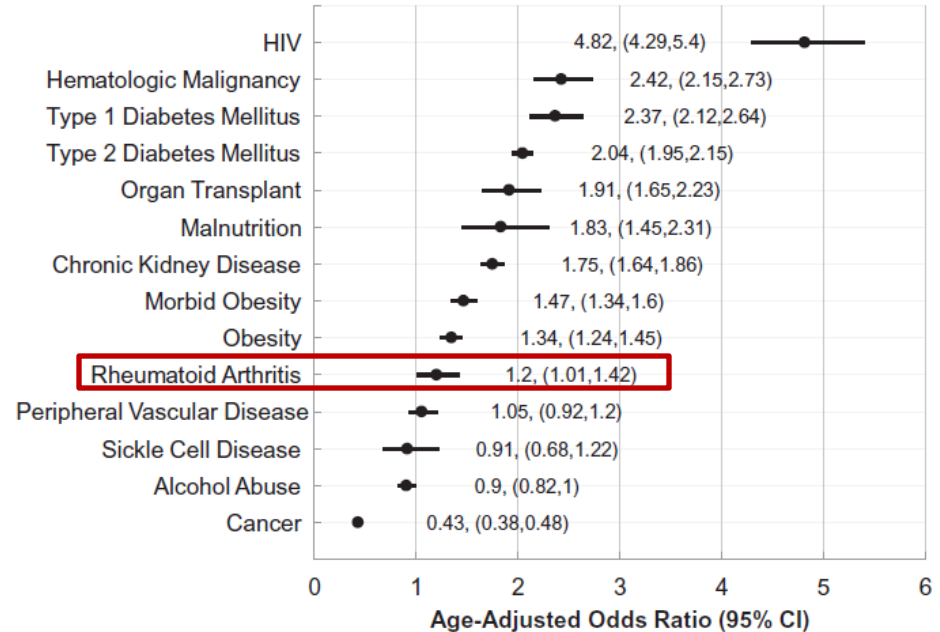


Fig. 4. Age-adjusted odds ratios of candidate risk factors for pyomyositis in the United States.

Σας ευχαριστώ!



Joan Miró, The Ladder of the Escaping Eye (1971)