

# ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Γ. Τσουρούς, Ι.Τσίμπος, Η. Ευμορφιάδης, Ν. Συμεωνίδης, Β. Θωμόπουλος, Β.Βελισσάρης, Ε. Μανωλέρης, Η. Χούσος, Κ. Τζιρογιάννης, Χριστίνα Κόντου, Π. Μητσέας, Μαρία Κορδώνη, Λεμονιά Παπαδάκη, Ε. Στάμος, Θ.Κατσικας, Π. Τουμάσης, Κ. Μηνόπουλος, Γ. Αθανασίου, Γεωργία Δραγίνη

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

- Η Σπλαχνική Λεισμανίαση (ΣΛ), αποτελεί ανθρωποζωνόσο που ενδημεί στην Αφρική και την Ινδία, ενώ στην Μεσόγειο παρατηρούνται αρκετά σποραδικά κρούσματα<sup>1</sup>
- Προκαλείται κύρια από τα στελέχη *Leishmania Donovani* και *Infantum*
- Στις Μεσογειακές χώρες, ο σκύλος αποτελεί τον κύριο ενδιάμεσο ξενιστή του παρασίτου, το οποίο μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω τσιμπήματος από την μύγα φλεβοτόμο
- 1 στους 30 ανθρώπους που θα μολυνθούν θα εκδηλώσουν τη νόσο της ΣΛ στην Ευρώπη<sup>2</sup>
- Η λοίμωξη είναι συχνά ασυμπτωματική, συνεπεία της ικανότητας του ανοσοποιητικού να ελέγχει τον πολλαπλασιασμό του παρασίτου<sup>2</sup>
- Μετά από περίοδο επώασης 2-6 μηνών, εκδηλώνεται με σταδιακή εμφάνιση πυρετού, εφίδρωσης, απώλειας βάρους, σπληνομεγαλίας, ηπατομεγαλίας και πανκυταροπενίας
- Η κλινική εικόνα μπορεί να τροποποιηθεί σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή<sup>3</sup>

## ΣΚΟΠΟΣ:

- Η παρουσίαση άτυπης περίπτωσης πυρετού αγνώστου αιτιολογίας οφειλόμενου σε ΣΛ, σε ανοσοκατασταλμένο ασθενή

## Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Mediterraneo, Γλυφάδα

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Άνδρας 47 ετών, εισήχθη λόγω απογευματινού πυρετού (έως 38.5 C°), εφίδρωσης, μυαλγιών και επίμονης κεφαλαλγίας (από δεκαήμερου).  
**Ατομικό ιστορικό:** Ρευματοειδής αρθρίτιδα (γνωστή από εικοσαετίας, υπό αγωγή με μεθοτρεξάτη και infliximab), χολολιθίαση

### ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ψηλαφητό χείλος ήπατος (δύο εκατοστά από το πλευρικό τόξο, μαλακό, ανώδυνο).  
Θερμοκρασία: 38.8 C° , Σφύξεις: 80/λεπτό, ΑΠ: 110/70 mmHg

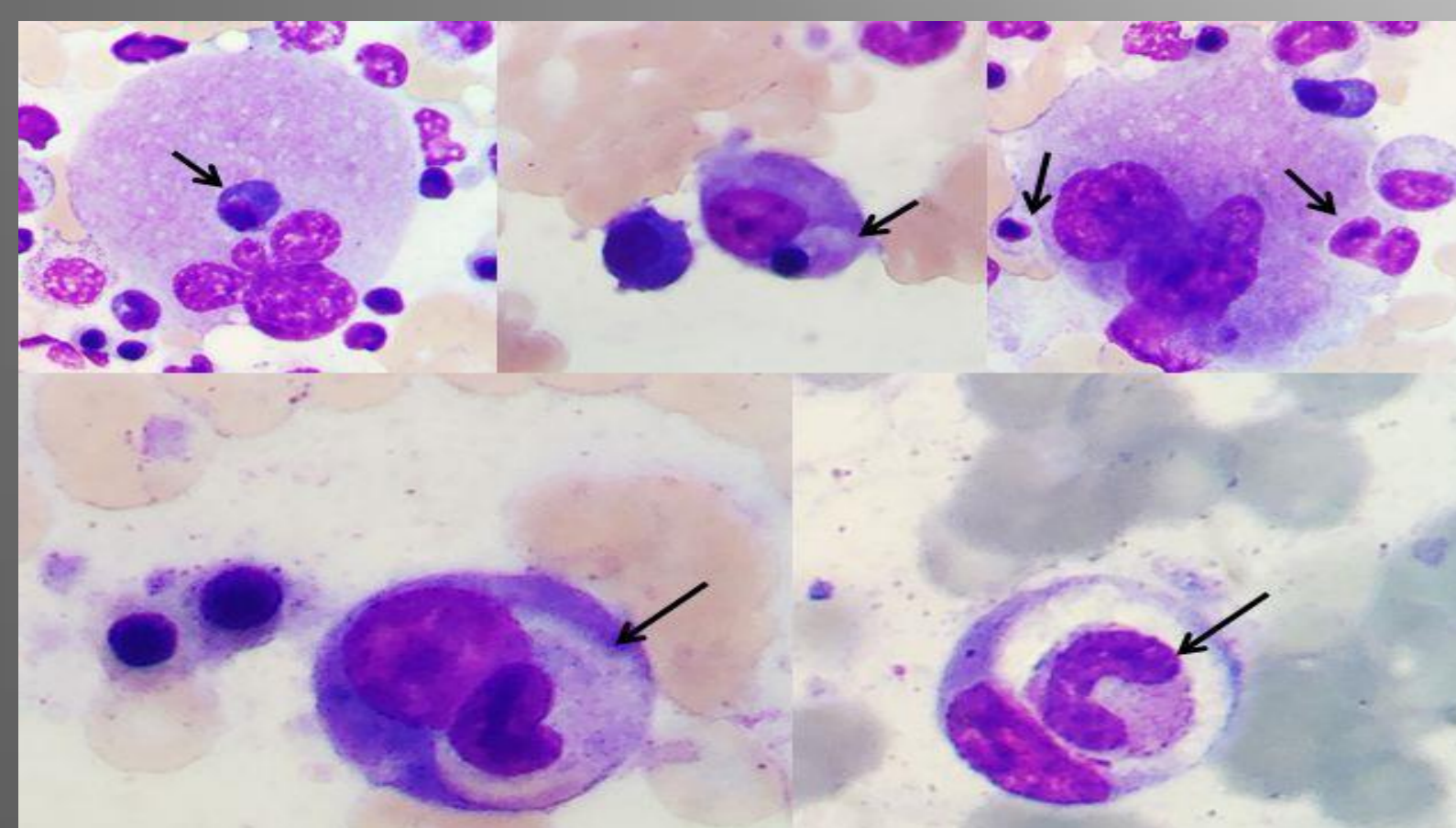
### ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΙΣΟΔΟΥ

Hct	41%	Bil (mg/dl) (Dir./Ind.)	0.63 (0.35/0.28)
WBC (κ/μl)	5580	Na (mmol/l)	139
(Neut/Lymp)	42%/45%		
PLT (κ/μl)	153000	K (mmol/l)	3.8
TKE	8	Ca (mmol/l)	9
CRP (mg/dl)	<b>0.84</b>	Ουρικό (mg/dl)	4
INR	1.2	Λευκώματα (mg/dl)	6.3
APTT	34	Αλβουμίνη	3.9
Σάκχαρο (mg/dl)	109	Σφαιρίνες	2.5
Ουρία (mg/dl)	28	LDH (mg/dl)	253
Creat. (mg/dl)	0.9	CPK (mg/dl)	45
AST (U/L)	28	Ινωδογόνο (mg/dl)	213
ALT (U/L)	36	Αμυλάση ορού (mg/dl)	33
ALP (U/L)	56	Αμυλάση ούρων (mg/dl)	187
γGT (U/L)	32	Γεν. ούρων	(Κφ)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

1 <sup>η</sup> -3 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας	4 <sup>η</sup> -8 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας	9 <sup>η</sup> -10 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας	• 11 <sup>η</sup> -14 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας
<ul style="list-style-type: none"> <li>Συνεχής πυρετός (2 κύματα, έως 39 C<sup>0</sup>), μυαλγίες, κεφαλαλγία</li> <li>Εμπειρική αντιβιοτική αγωγή (κεφτριαξόνη-λεβοφλοξασίνη)</li> <li>Καλλιέργειες αίματος (4): Στείρες</li> <li>Καλλιέργεια ούρων: Στείρα</li> <li>Ακτινογραφία θώρακος-ιγμορείων: αρνητικά</li> <li>Υπερηχογράφημα κοιλίας: Χολολιθίαση-πάχυνση τοιχώματος χοληδόχου κύστης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εμμονή πυρετού</li> <li>Τροποποίηση αντιβιοτικής αγωγής (πιπερασιλλίνη-ταζομπακτάμη-λεβοφλοξασίνη)</li> <li>Septifast (-), Mantoux (-), Quantiferon (-),</li> <li>Ανοσολογικός ,ορολογικός έλεγχος: (-) (Πιν. 3)</li> <li>CT scan εγκεφάλου-θώρακος-κοιλίας: Αρνητική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εμμονή πυρετού-κεφαλαλγίας</li> <li>Τροποποίηση αγωγής (μεροπενέμη, τείκοπλανίνη, δοξουκυκλίνη, ασυκλοβίρη)</li> <li>Βυθοσκόπηση-ΟΝΠ: (-)</li> <li>Βιοψία κροταφικής αρτηρίας: (-)</li> <li>Διοισοφάγιο υπερηχογράφημα καρδιάς: (-)</li> <li>MRI κοιλίας-MRCP: Χολολιθίαση, χωρίς σημεία φλεγμονής χοληδόχου κύστης, ηπατο-σπληνική διόγκωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εμμονή πυρετού</li> <li>Πτώση τιμής αιματοκρίτη, αιμοπεταλίων, παρατάσεις INR-υποϊνωδογοναιμία (Πιν. 3)</li> <li>Επίχρισμα περιφερικού αίματος: Αρνητικό, λίγα στοιχεία αιμοφαγοκυττάρωσης (Εικ. 1)</li> <li>PET Scan (Πιν. 3)</li> <li>Οστεομυελική βιοψία (Πιν. 3)</li> </ul>

## ΕΙΚΟΝΑ 1. ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ



## ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Hct	4 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας 38.4%	11 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας 32%
WBC(K/μl) (Neut/Lym)	5580 27%/71%	6070 30%/65%
PLT (K/μl)	155000	<b>150000</b>
INR	1.2	<b>1.4</b>
Ινωδογόνο (mg/dl)	200	<b>140</b>
Αιμοκαλλιέργειες (-), Καλλιέργειες-παρασιτολογικές κοπράνων (-), HIV (-), HBsAg (-), HCV-Ab (-), FA έναντι EBV (-), CMV (-), ParvoB19 (-), West Nile virus (-), Dengue fever virus (-), Chikungunya virus (-), Brucella (-), Leptospira (-), Bartonella (-), Borellia (-), Chlamydia (-), Coxiella (-), ρικέτσιες (-), FTA-Abs (-), PCR έναντι ερπητοϊών, Πλ. ελονοσίας, λειψμάνια, MB Φυματίωσης (-), Galactomannan ορού (-)		
ANA (-), Anti DNA (-), Συμπλήρωμα (κφ)	ANCA (-) Anti ENA Ra test (+)	Κρυσταλλίνες (-)
Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών (κφ), Έλεγχος παραπρωτεϊναιμίας (-)		
PET scan: Αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα σπληνός με συνοδό σπληνομεγαλία (SUVmax: 5.2), μεγαλύτερη αυτής του ήπατος (SUV max: 4.6)		
Οστεομυελική βιοψία: Μυελός με αλλοιώσεις κοκκιωματώδους μη νεκρωτικής φλεγμονής. Λίγα στοιχεία αιμοφαγοκυττάρωσης. Ιστοχημικός έλεγχος (χρώσεις PAS, Ziehl-Nielsen) αρνητικός για μικροοργανισμούς		

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ:

PCR μυελού των οστών: Ανίχνευση DNA των πρωτοζώων του γένους *Leishmania*

Έναρξη αγωγής με λιποσωμική αμφοτερικίνη Β και εν συνεχεία (λόγω δυσανεξίας), με άλατα πενταθενούς αντιμονίου

Σταδιακή υποχώρηση του πυρετού (μετά εβδομάδα)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

• Η ΣΛ πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς

• Η διάγνωση της είναι συχνά δυσχερής με τις συνήθεις μεθόδους και απαιτεί ενδελεχή διερεύνηση και αναζήτηση του παρασίτου με μοριακές τεχνικές

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ready PD. Epidemiology of visceral leishmaniasis. Clin Epidemiol 2014;6:147-154
2. Arosen N, Herwaldt BL, Libman M, et al. Diagnosis and treatment of leishmaniasis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). Am. J. Trop. Med. Hyg. 2017;96: 24-45
3. Ramos J, Leon R, Merino E, et al. Is visceral Leishmaniasis Different in Immunocompromised Patients Without Human Immunodeficiency Virus? A Comparative Retrospective Cohort Analysis. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2017;97 (4): 1127-1133