

AA083: ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μαρίνα Βρούτση, Μαρία Στρέμπελα, Καλλιόπη Τανού, Ιωάννης-Ανδρέας Πίνας, Βασίλειος Λιάκος, Ηλίας Γεωργιάδης, Αναστασία Αναστασίου-Κατσιαρδάνη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Νομός Μαγνησίας

Εισαγωγή: Πολύ σπάνια σε μηνιγγίτιδα, βακτηριακή ή ιογενή, μπορεί να μην καταστεί δυνατό να απομονωθεί ο αιτιοπαθογόνος παράγοντας.

Σκοπός: Να παρουσιάσει μια περίπτωση μηνιγγίτιδας σε έφηβη και να περιγράψει τη διαγνωστική και θεραπευτική της προσέγγιση στην πορεία της νόσου.

Έφηβη 15 ετών παραπέμπεται από ιδιώτη παιδίατρο λόγω εμπυρέτου από πενταήμερου. Από 24ωρου αναφέρεται αύξηση της συχνότητας και του ύψους των πυρετικών κυμάτων, με συνοδό κεφαλαλγία και αυχεναλγία που δεν υποχωρούν με τα κοινά αντιπυρετικά. Η ασθενής ήταν υπό αγωγή με κεφουροξίμη (S:500mg x 1) από τετραήμερου ως επί αμυγδαλιτιδας. Από το ατομικό της ιστορικό αναφέρεται πρόσφατη νοσηλεία λόγω οξείας μέθης και επιπλέον φέρει café au lait κηλίδες στα πλάισια νευροϊνωμάτωσης.

Εργαστηριακός έλεγχος:

- (9/12/2019): WBC:4,4K/μl N:36%, L:56%, M:5%, CRP:5mg/lit, CPK:43IU/lit
- (10/12/19): WBC:6,2K/μl, N:52%, L:39%, M:7,5%, PLT:170.000/μl, TKE:18mm/h, CRP:17,03mg/lit, Βιοχημικός έλεγχος: κφ
- (13/12/19): Ιολογικός έλεγχος: HSV ½ IgM αντισώματα (+) & EBV IgG αντισώματα (+)
- (14/12/2019): WBC:15,8K/μl, N:72,6%, L:19,4%, M:7,8%, PLT:241.000/μl, TKE:18mm/h, CRP:17,03mg/lit, Βιοχημικός έλεγχος: κφ, Πηκτικός έλεγχος: κφ
**ENY:800c/mm3 (N:89%, L:11%),
Glu:52mg/dl,
Λεύκωμα:80,3mg/dl, LDH:19IU/lit**

Η κλινική εικόνα της ασθενούς, σε συνδυασμό με τα ευρήματα από το ENY, και λαμβάνοντας υπόψιν την ήδη υπάρχουσα αντιβιοτική κάλυψη, άρα την πιθανότητα ατελώς θεραπευθείσας μηνιγγίτιδας οδήγησε στην κάλυψη με κεφτριαξόνη και βανκομικίνη καθώς και χορήγηση δεξαμεθαζόνης.

Έχοντας το αρνητικό αποτέλεσμα της PCR για βακτήρια από το EKAM, καθώς και ιολογικό έλεγχο συμβατό με πρόσφατη λοίμωξη από ερπητοϊό, έγινε διακοπή της δεξαμεθαζόνης και στην αγωγή προστέθηκε ακυκλοβύρη.

Η ασθενής, και ενώ συνέχιζε να αναφέρει άλγος κατά μήκος της στήλης και στο σημείο της παρακέντησης, ήδη από το πρώτο 24ωρο, 12 ώρες μετά τη διακοπή της δεξαμεθαζόνης εμφάνισε εκ νέου πυρετό. Επομένως κρίθηκε απαραίτητη η παραπομπή της σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για απεικονιστικό έλεγχο με MRI εγκεφάλου και περαιτέρω διερεύνηση.

Ο απεικονιστικός και περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος με επαναλαμβανόμενες ΟΝΠ, που έλαβαν χώρα στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο, δεν απέβησαν ιδιαίτερα διαγνωστικοί. Επιπλέον διεκόπησαν η ακυκλοβύρη και η βανκομικίνη.

Αποτελέσματα ΟΝΠ σε

βάθος 3 εβδομάδων:

- 400c/mm3
- 57c/mm3
- 53c/mm3

Συμπέρασμα: Με βάση την πορεία του περιστατικού και την κλινικοεργαστηριακή εικόνα της ασθενούς, θεωρούμε ότι αιτιοπαθογόνος παράγοντας ήταν ο ερπητοϊός HSV ½ ο οποίος πιθανά ακολούθησε λοίμωξη από ερπητοϊό EBV, βάσει του ιολογικού ελέγχου. Η δε λοίμωξη παρατάθηκε και λόγω της διακοπής της ακυκλοβύρης, με αποτέλεσμα η έφηβη να νοσηλευτεί συνολικά για 35 ημέρες. Ο HSV στο στάδιο της πρωτολοίμωξης, μπορεί να προκαλέσει μηνιγγίτιδα (25%) και ριζομυελίτιδα, συμπτωματολογία και της δικής μας ασθενούς. Επιπλέον, το DNA του ιού, δεν ανιχνεύεται στο ENY ασθενών χωρίς υποκείμενο νευρολογικό νόσημα.

Βιβλιογραφία:

1. Pediatric Aseptic Meningitis, Updated: Mar 15, 2019 Author: Daniel Owens, BM, MRCPCH(UK) Clinical Research Fellow, NIHR Clinical Research Facility, Southampton General Hospital, UK
2. Epidemiology of herpes simplex and varicella zoster virus in cerebrospinal fluid of patients suffering from meningitis in Iran. Authors: A Pormohammad, H Goudarzi, G Eslami, F Falah, F Taheri, N Ghadirri, F Faghiblo