



Θ. Θωμάς<sup>1</sup>, Μ. Κανάκης<sup>2</sup>, Κ. Πετσάνης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ιδιώτης ενδοκρινολόγος, Λεωφόρος Κηφισίας 5, Αθήνα

<sup>2</sup> Επιμελητής Α, Καρδιοχειρουργικό τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

<sup>3</sup> Ιδιώτης ενδοκρινολόγος

## Σύνοψη:

Ασθενής με νόσο Graves, εμμένουσα για > 5 χρόνια, η οποία μπήκε σε πλήρη κλινική και εργαστηριακή ύφεση μετά την λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής λόγω κοκκιωμάτωσης Wegener (με πρώτη κλινική εκδήλωση οξύ αορτικό διαχωρισμό τύπου Ι κατα DeBakey).

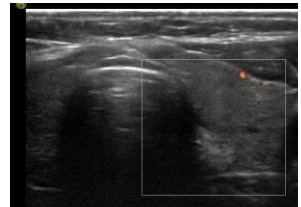
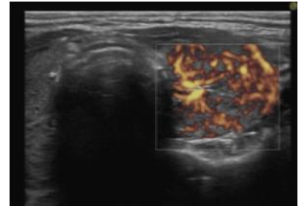
## Περιγραφή περιστατικού:

- Πρωτοδιάγνωση νόσου Graves 07/2016 σε γυναίκα 46 ετών με έκδηλο κλινικό υπερθυρεοειδισμό και υψηλό τίτλο TSI αντισωμάτων.
- Ελέγχος του υπερθυρεοειδισμού με υψηλές αρχικά δόσεις Unimazole. Σταδιακή μείωση ως τα 5 mg/d, αλλά υποτροπή σε κάθε προσπάθεια μείωσης.
- Μετά από 2 χρόνια ενεργού νόσου Graves (τίτλος TSI αντισωμάτων σταθερά θετικός) συνεστήθη στην ασθενή οριστική αντιμετώπιση (θυρεοειδεκτομή ή RAI) αλλά αρνήθηκε. Παρέμεινε ευθυρεοειδική υπο χαμηλές δόσεις Unimazole
- Τον Οκτώβριο του 2020 η ασθενής εμφάνισε οξύ προκάρδιο άλγος και καρδιαγγειακή κατέρρευση. Διακομίστηκε σε τμήμα επείγοντων περιστατικών όπου διαπιστώθηκε **οξύ αορτικός διαχωρισμός τύπου Ι κατα DeBakey**. Υπεβλήθη σε επείγουσα αγγειοχειρουργική επέμβαση με επιτυχή έκβαση.



## Κλινική πορεία:

- Μετεγχειρητικά εμφάνιση συνδρομου Dressler με ανάγκη υψηλών δόσεων πρεδνιζολόνης.
- Εν τέλει διάγνωση **κοκκιωμάτωσης Wegener (νεκρωτική αγγειίτιδα μικρών αγγείων)** ως αίτιο του αορτικού διαχωρισμού. Ετέθη σε ανοσοκατασταλτική αγωγή με κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan) και mycophenolate morphetil (CellCept) με καλή κλινική ανταπόκριση.
- Μετά την έναρξη της ανοσοκατασταλτικής αγωγής, πλήρης ύφεση της νόσου Graves με ομαλοποίηση των TSI αντισωμάτων και ευθυρεοειδισμό παρά την διακοπή του Unimazole. Αντιστοίχως, βελτίωση της υπερηχογραφικής εικόνας.
- Ευθυρεοειδισμός χωρίς αγωγή για περίπου 2.5 χρόνια. Τον Μάρτιο του 2023, υπο μονοθεραπεία πλέον με CellCept και αφού τα στεροειδή είχαν διακοπεί πλήρως από τον Οκτώβριο του 2022, εμφάνιση υποκλινικού υποθυρεοειδισμού (TSH > 7 mU/L) και έναρξη αγωγής με λεβοθυροξίνη.
- Η ασθενής παραμένει μέχρι σήμερα υπο τακτική ενδοκρινολογική παρακολούθηση και βρίσκεται σε εξαιρετική κλινική κατάσταση.



## Κύρια σημεία ενδιαφέροντος:

- Συνύπαρξη χρόνιας ενεργού νόσου Graves με οξεία νεκρωτική κοκκιωματώδη αγγειίτιδα Wegener (η οποία οδήγησε σε αορτικό διαχωρισμό).
- Πλήρης υποχώρηση χρονίως ενεργού νόσου Graves (>5 χρόνια) μετά από χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής για άλλο νόσημα.
- Η κλινική αυτή εξέλιξη αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο η ανοσοκατασταλτική αγωγή να έχει θέση στην θεραπεία της χρονίως ενεργού νόσου Graves, ως εναλλακτική επιλογή στην θυρεοειδεκτομή και το ραδιενεργό ιώδιο.

