حالة سريرية من الشعبة الصدرية

د. سلوم سلوم
بإشراف د .آلاء الخليلي

الهوية الشخصية :

الاسم : ن ا ح

الجنس : أنثى

العمر 71 سنة

السكن السويداء

المهنة ربة منزل

الحالة العائلية متزوجة لديها 7 أولاد

العادات الشخصية غير مدخنة -- لا تتناول الكحول

الشكوى الرئيسة :

زلة تنفسية

القصة المرضية :

- بدأت قصة المريضة منذ حوالي الشهر بقصة ترقي زلة تنفسية جهدية من درجة اولى الى درجة رابعة حسب Mmrc مع زلة اضجاعية وانتيابية ليلية دون قصة ألم صدري .

- قصة سعال منتج لقشع أصفر مع بداية الأعراض دون قصة نفث دموي مع ترفع حروري غير مقيس اشده ليلا مع تعرق غزير ليلي

- لا قصة نقص شهية أو وزن .

استعراض باقي الأجهزة :

- الرأس والعنق : لا صداع – لاتشوش رؤية طنين دوار متعلق بالوضعة يخف على استخدام مضادات الهستامين .

- القلب والأوعية الدموية :لا ألم صدري – لاخفقان – لا نوب غشي -زلة اضجاعية + انتيابية ليلية

- الجهاز الهضمي :لا ألم بطني – لا اسهال – لا امساك - لا اقياءات – غثيان أحيانا لا نقص شهية – لانقص وزن

- الجهاز العصبي : لا خدر أو نمل – لا صداع – لا حس ضعف عضلي

- الجهاز الحركي : حس ثقل بالاطراف السفلية + الم بالربلة والساق واليسرى لا قصة لدغة حشرات حسب المريضة او رض

- الجهاز البولي التناسلي : حرقة بولية دون تغير بلون البول – لا بيلة دموية عيانية -لاتراجع بالصادر البولي

االسوابق :

السوابق المرضية :
دوار دهليزي منذ 10 سنوات
ارتفاع توتر شرياني منذ 10 سنوات
اصابة فطرية باصابع اليدين والقدمين معالجة جهازيا وموضعيا مثبتة بزرع فطري منذ سنتين

السوابق العائلية : لا يوجد

السوابق الجراحية : استئصال كيسة بيكر L منذ 25 يوم مشخصة بالايكو .
تثبيت فقرات منذ 2007 بسبب رضي

السوابق الدوائية :

Cinnarazine 75 1*1
amlodipine 5 1*1
Rivaroxaban 10 mg 1*2
linzolide 600 1*2

التحسس: حساسية على البنسلين

نقل دم : لا يوجد

قبل القبول فى الشعبة :

استمرار تورم الطرفين السفلين دون تحسن الزلة التنفسية بعد استصال كيسة بيكر جراحيا :
تم اجراء ايكو دوبلر للطرفين السفلين
شرايين الطرفين السفلين ضمن الحدود الطبيعية
الجملة الوريدية : لا يوجد علامات التهاب وريد خثري سطحي أو عميق .
في الحفرة المأبضية اليسرى تجمع كيسي متعدد مع محتوى رائق وتليف (بقايا كيسة بيكر مستأصلة)
التهاب نسيج خلوي طرف سفلي أيسر .

تم طلب D-dimer : 416 ng/ ml (up to 500
ايكو قلب :
البطين الأيسر :حركية انقباضية جيدة لكافة جدر البطين الأيسر
قطر نهاية انبساط 4.4 سم – قطر نهاية انقباض 2.6 سم -ثخانة الحجاب بالانبساط 1 سم
ثخانة الجدار الخلفي بالانقباض 1.1 سم EF 71%
جذر الأبهر 3.2 سم الدسام الأبهري ثلاثي الوريقات انغلاقه مركزي سوي الوظيفة فتحة الدسام 1.8 سم
وظيفة انبساطية محفوظة - دسام مثلث الشرف قصور خفيف
ضغط رئوي 14 مم ز تامور جاف

عوملت المريضة كصمة رئوية +التهاب نسيج خلوي ووضعت على ROVALTRO + ZAVOX

قبول الشعبة الصدرية

الفحص السريري :

حيويا : TEMP 37 RR 24/M SAT 91 aa HR 101/M BP 135/85

الحالة العامة : وسط

الرأس والعنق : شحوب خفيف لالون يرقاني – لاحتقان وداجي

الجلد والعقد اللمفاوية : لاضخامات عقدية مجسوسة رقبية او ابطية او مغبنية.

القلب والأوعية : S1S2 منتظم لانفخات لأصوات اضافية .

البطن: لين متنفس لاضخامات حشوية لانقاط ألمية

الفحص العصبي : واعية متوجهة متجاوبة – غلاسكو 15/15 – باقي الفحص ضمن الطبيعي

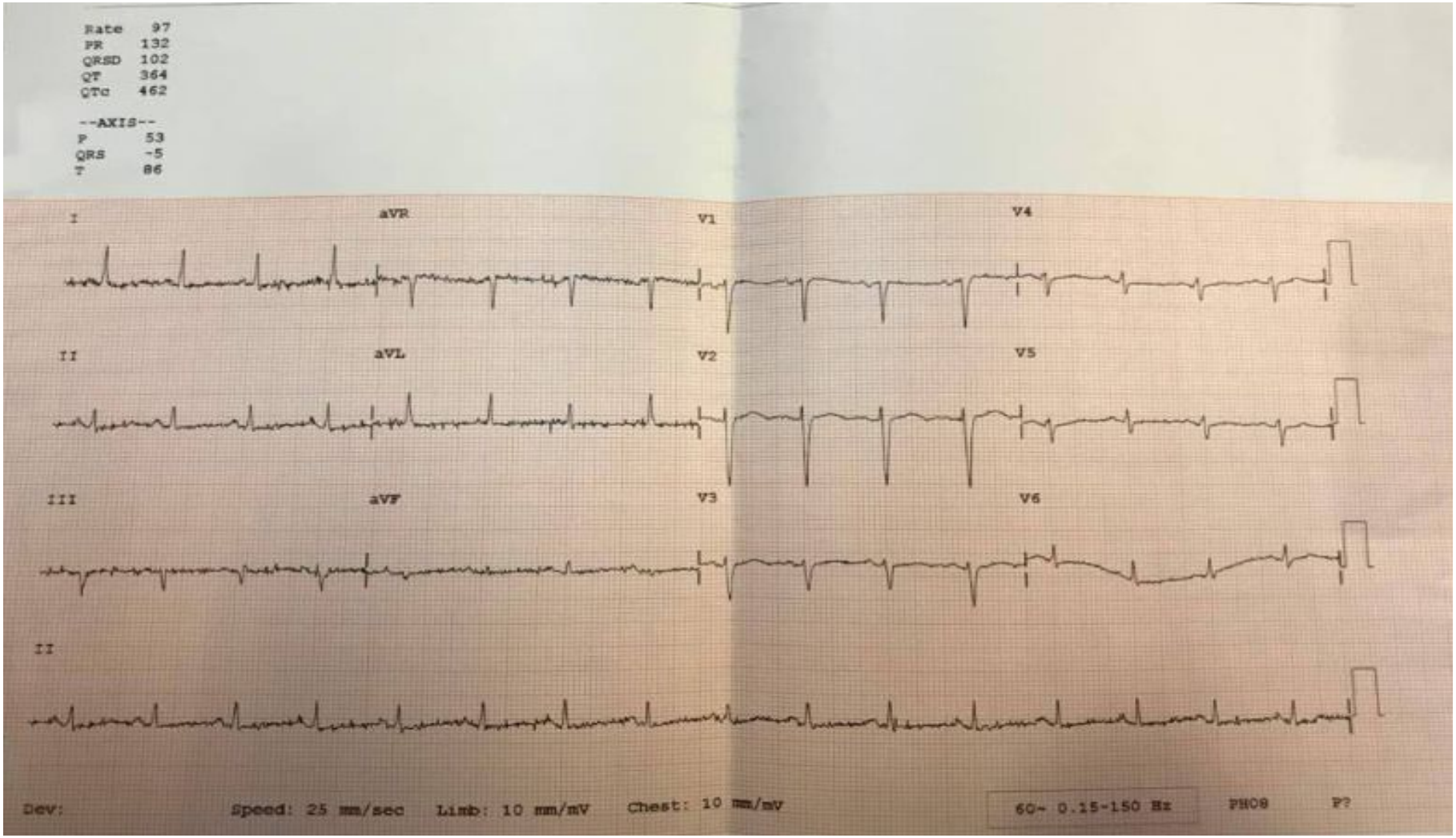
الفحص السريري :

الصدر : خفوت بالقاعدتين أشده باليمين+ اصمية بالقرع نقص بالاهتزاز الصوتية بالجس + خراخر ناعمة فوق الانصباب بالقاعدة اليمنى -لاوزيز لاتطاول زفير.

الجهاز الحركي : ش م م م – وذمة ثنائية الجانب انطباعية بالساق اليسرى وغير انطباعية باليمنى
اظافر خشنة السطح غير متجانسة صفراء اللون تشمل القسم القاصي من الاظافر للقدمين ولليدين

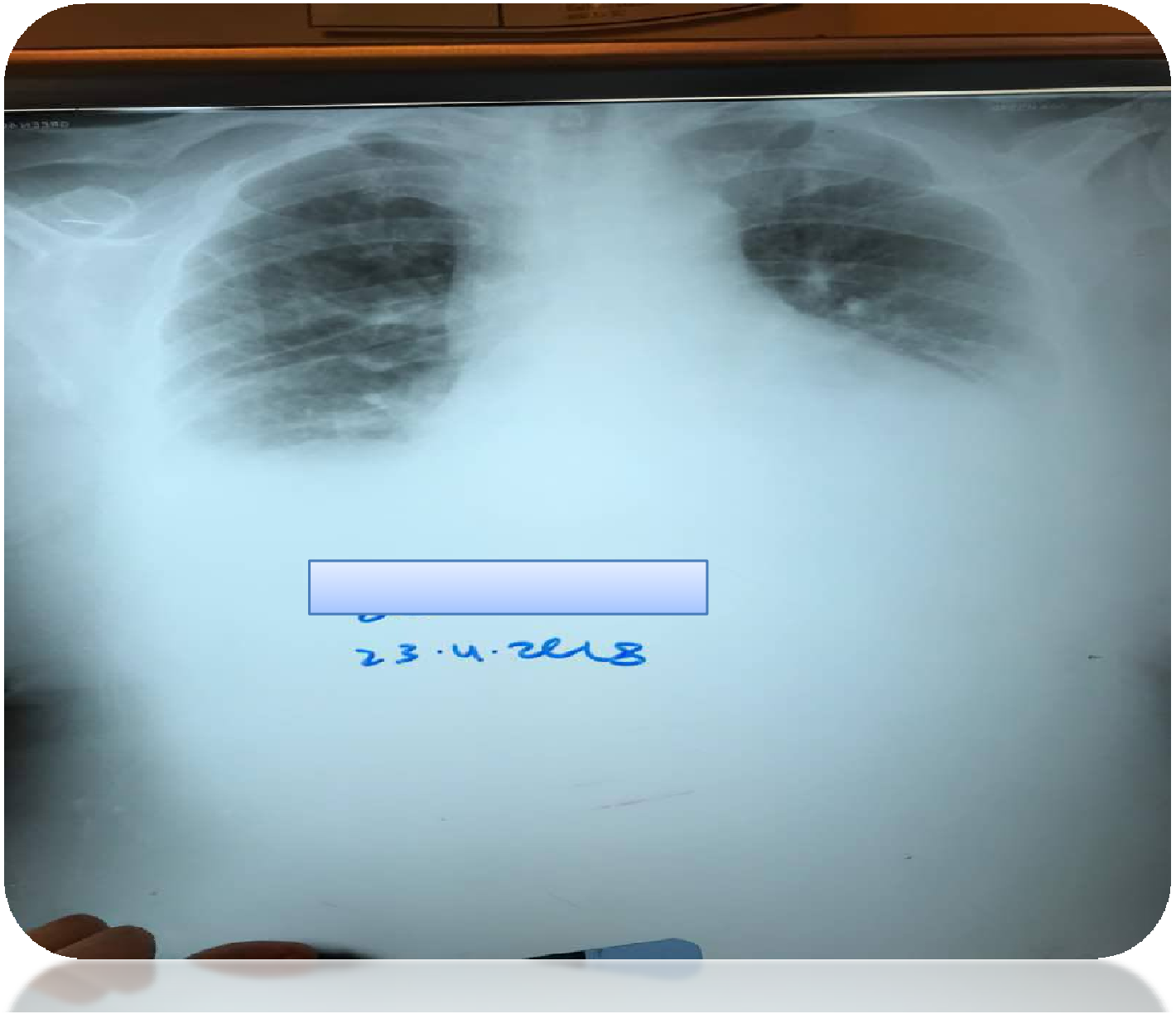
قبول الشعبة الصدرية :

:ECG



قبول الشعبة الصدرية :

صورة الصدر:



قبول الشعبة الصدرية :

مخبريا :

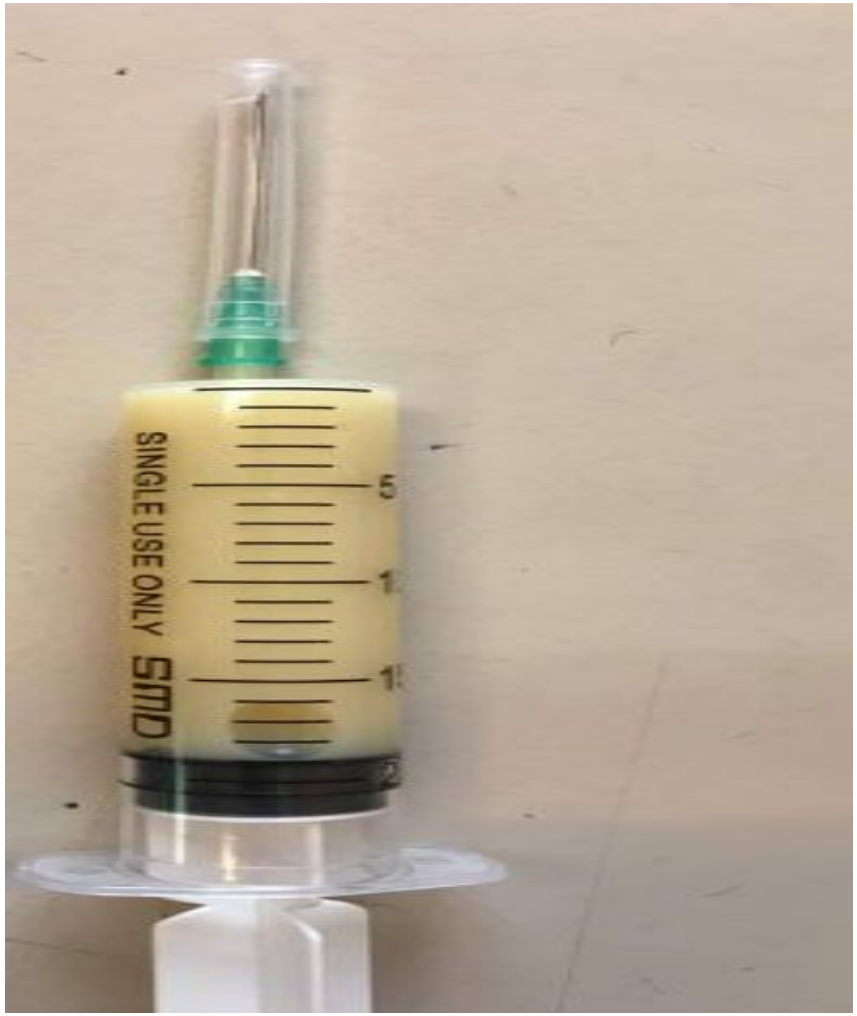
UREA	ESR	PLT	MCH	MCV	HB	HT	RBC	L/N	WBC
19	33	377	26.7	85	11.7	37	4.39	29/66	5.59
AST	ALP	DB	TB	ALB	TP	CK	LDH	GLU	CREA
24	78	0.12	0.29	3.5	6	40	426	105	0.88
CRP	TG	HDL	LDL	CHOL	CA	P	K	NA	ALT
0.4	99	42	70	111	9.2	3.9	3.17	143	38
		SO2	HCO3	PaCO2	PaO2	PH	PTT	INR	PT
		91	27	35	56	7.49	53	1.23	76 %
			PH	RBC	WBC	الكثافة	المظهر	اللون	بول وراسب
			6.6	5	5	1.015	رائق	اصفر	

قبول الشعبة الصدرية :

تم اجراء بزل جنب أيمن :

استشارة جراحة صدرية :

انصباب جنب قيحي يطلب اجراء ct ثم يوضع مفجر صدر



قبول الشعبة الصدرية :

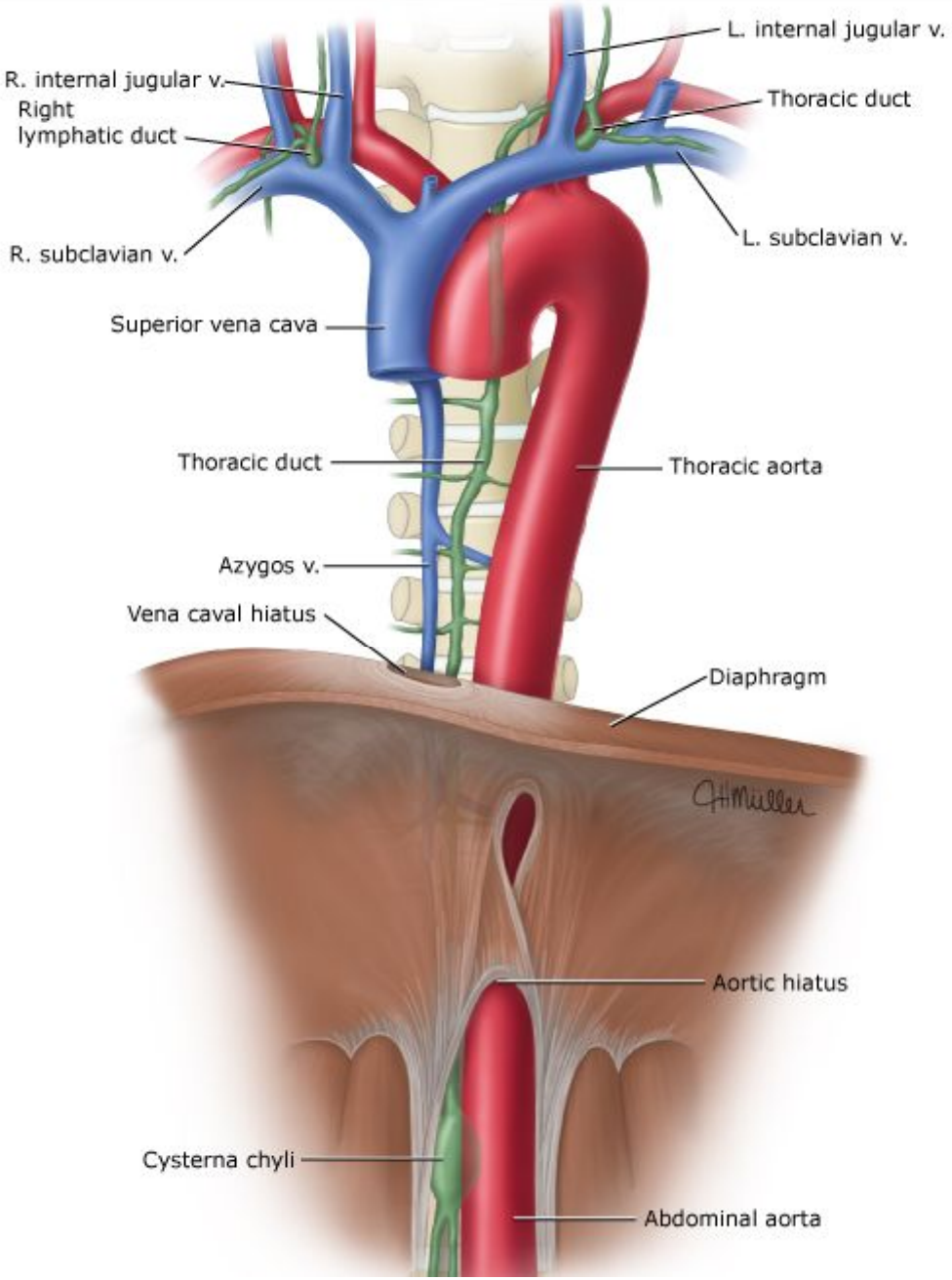
مخبريا :

بزل جنب أيمن :

	TG	PH	CHOL	GLU	LDH	TP	RBC	L/N	WBC	المظهر
	256	8	47	144	212	3.4	650	90/10	2300	ابيض كيلوسي

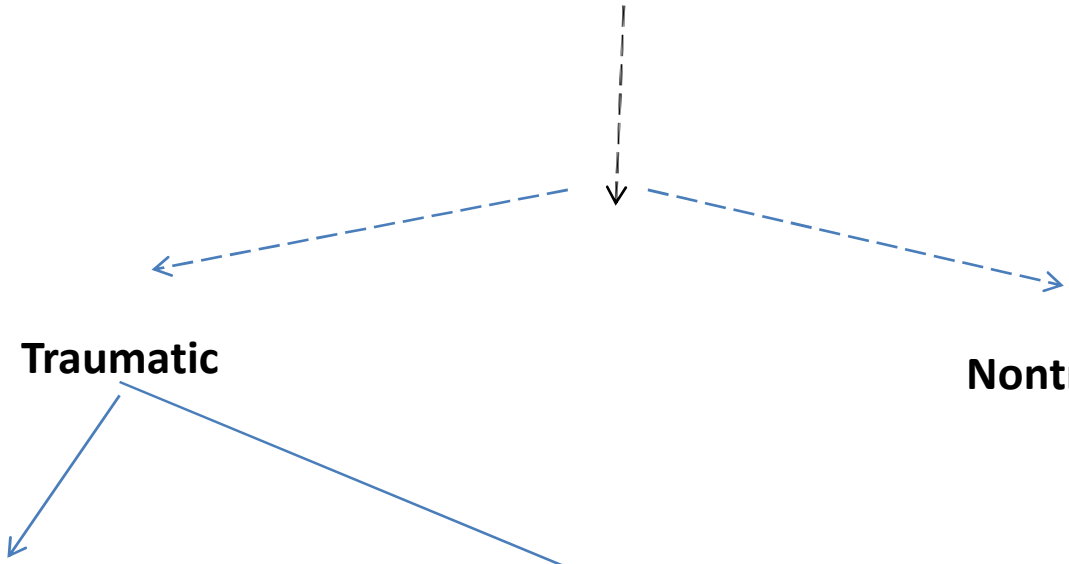
GLU	TP	LDH	دم مرافق
102	6.6	529	

انصباب جنب كيلوسي



Anatomy of the thoracic duct

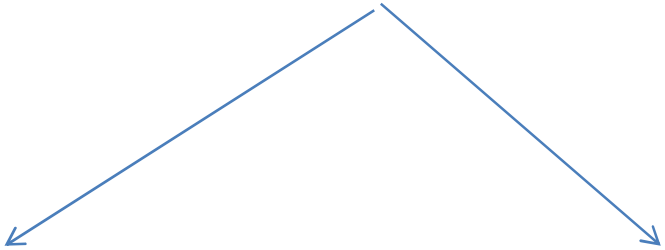
Chylothorax



surgical :cardiovascular, aortic, thoracoplasty, esophagectomy, lobectomy, pneumonectomy, mediastinal mass resection, Bochdalek herniorrhaphy, transabdominal vagotomy, central venous catheterization, esophageal endoscopic sclerotherapy, neck surgery, spine surgery, embolization for pulmonary arteriovenous malformations, pacemaker insertion)

Non surgical :penetrating or nonpenetrating trauma to the neck, thorax, and upper abdomen, straining, coughing, yawning, vomiting

Non-traumatic

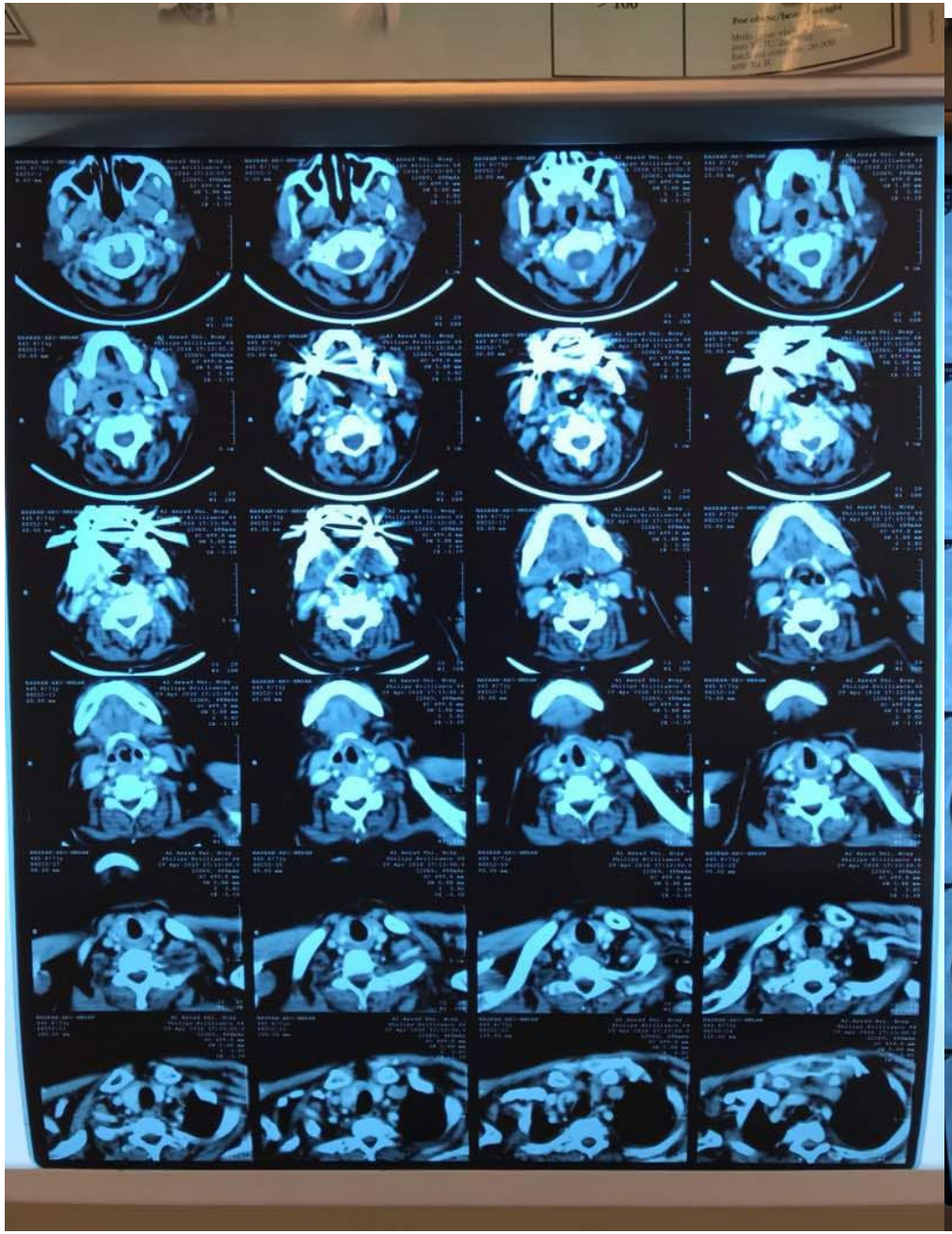


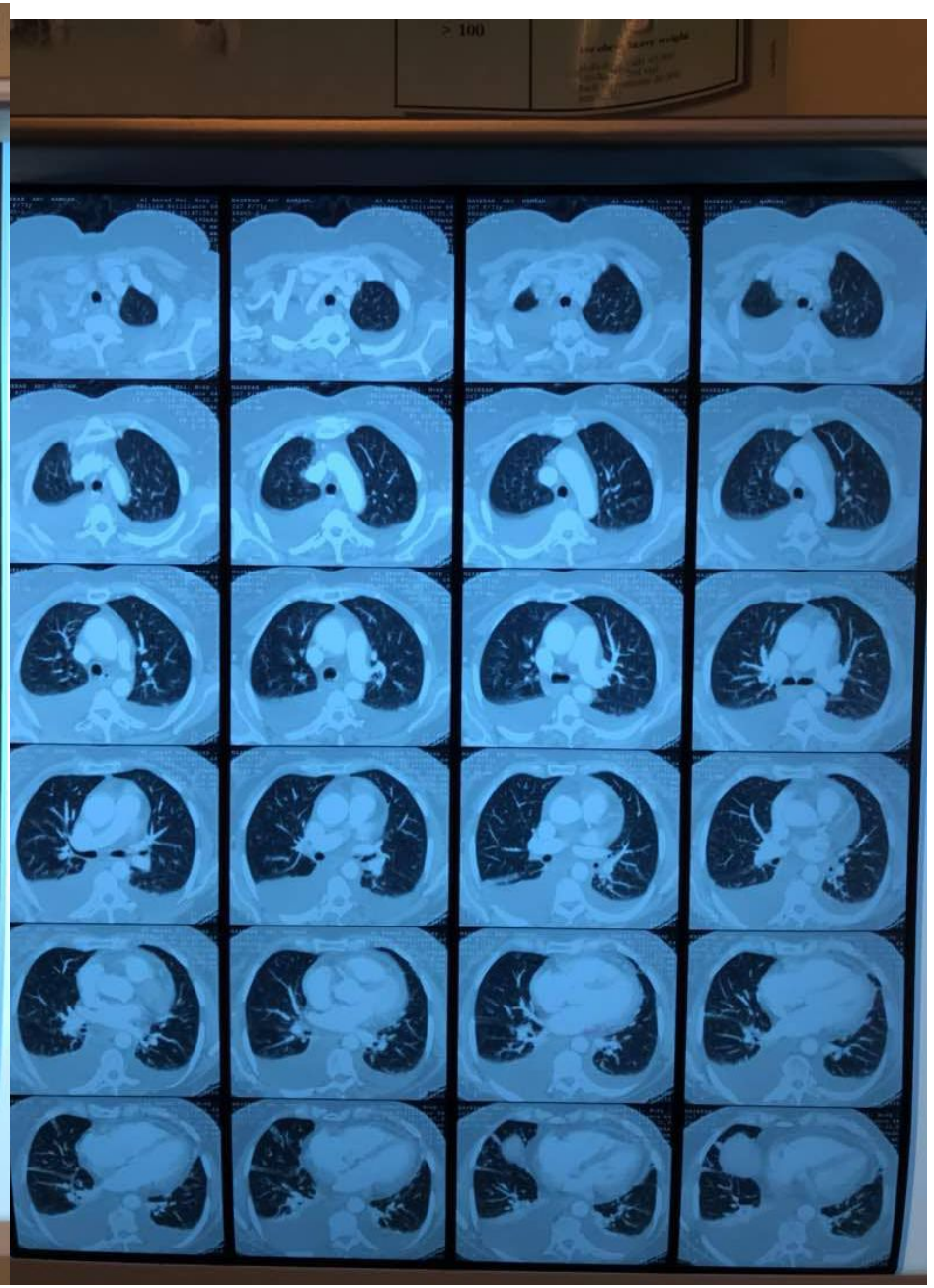
Malignant neoplasia:
Nonlymphomatous
(primary lung, mediastinal, metastatic extrathoracic malignancies, leukemia)
L***ymphomatous***

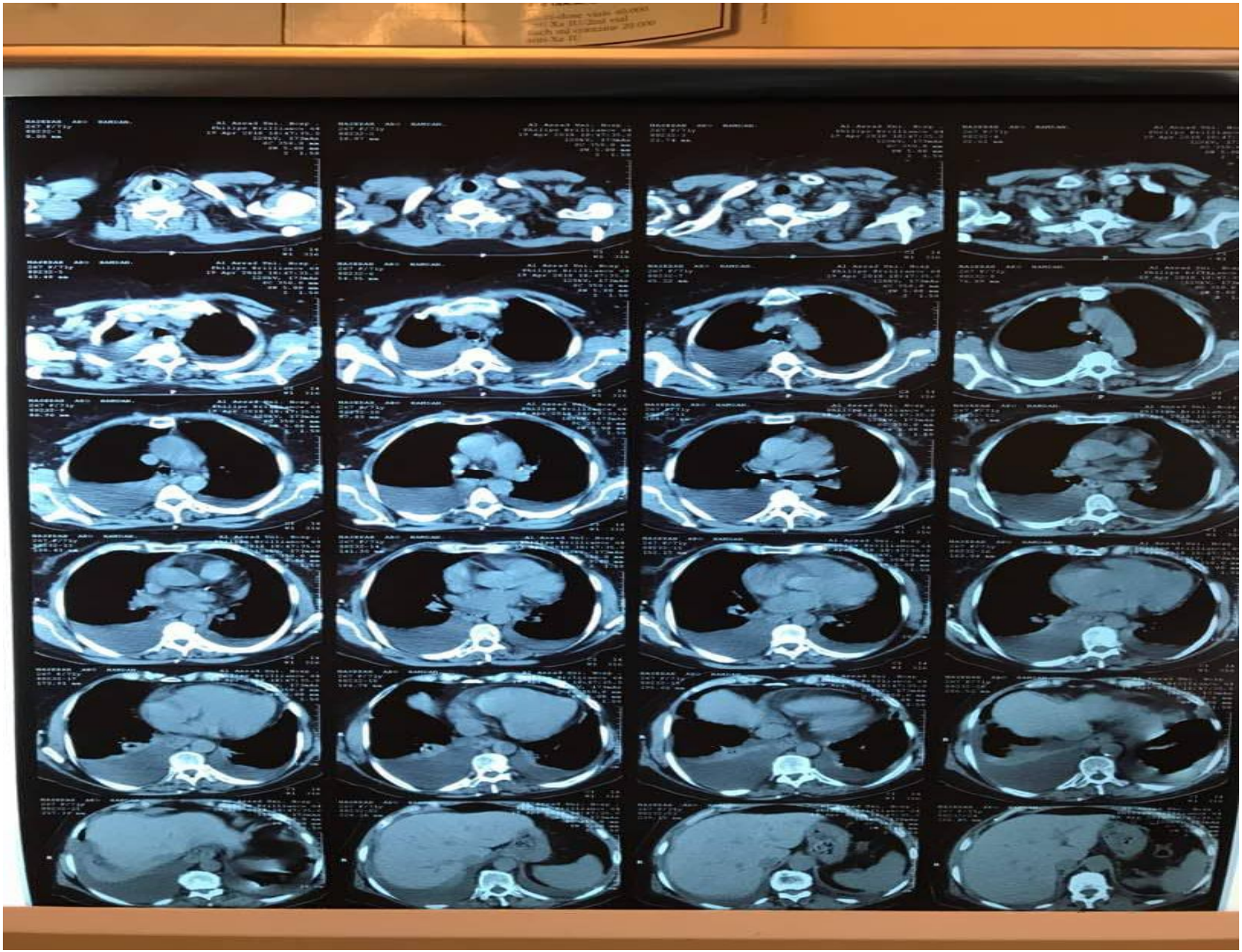
Nonmalignant neoplasia
Idiopathic
Miscellaneous (benign tumors, lymphangioleiomyomatosis, intestinal lymphangiectasis, protein-losing enteropathy, regional ileitis, reticular hyperplasia, pleuritis, cirrhosis, thoracic aortic aneurysm, lupus, tuberculosis, sarcoidosis, amyloidosis, venous thrombosis, mitral stenosis nephrosis, thyroid goiter, tuberous sclerosis, filariasis, heart failure
Down syndrome, Noonan syndrome, other

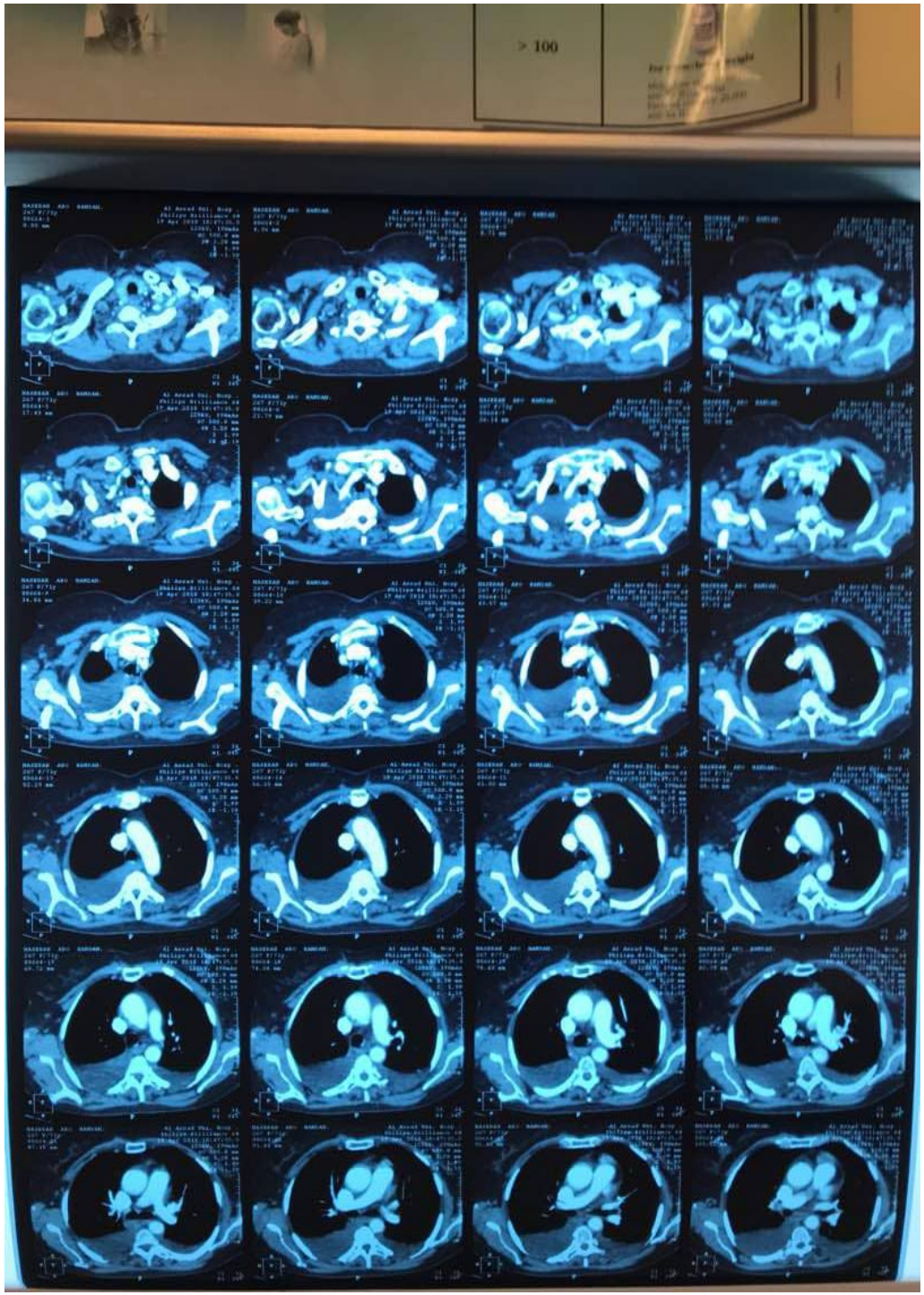
Uptodate

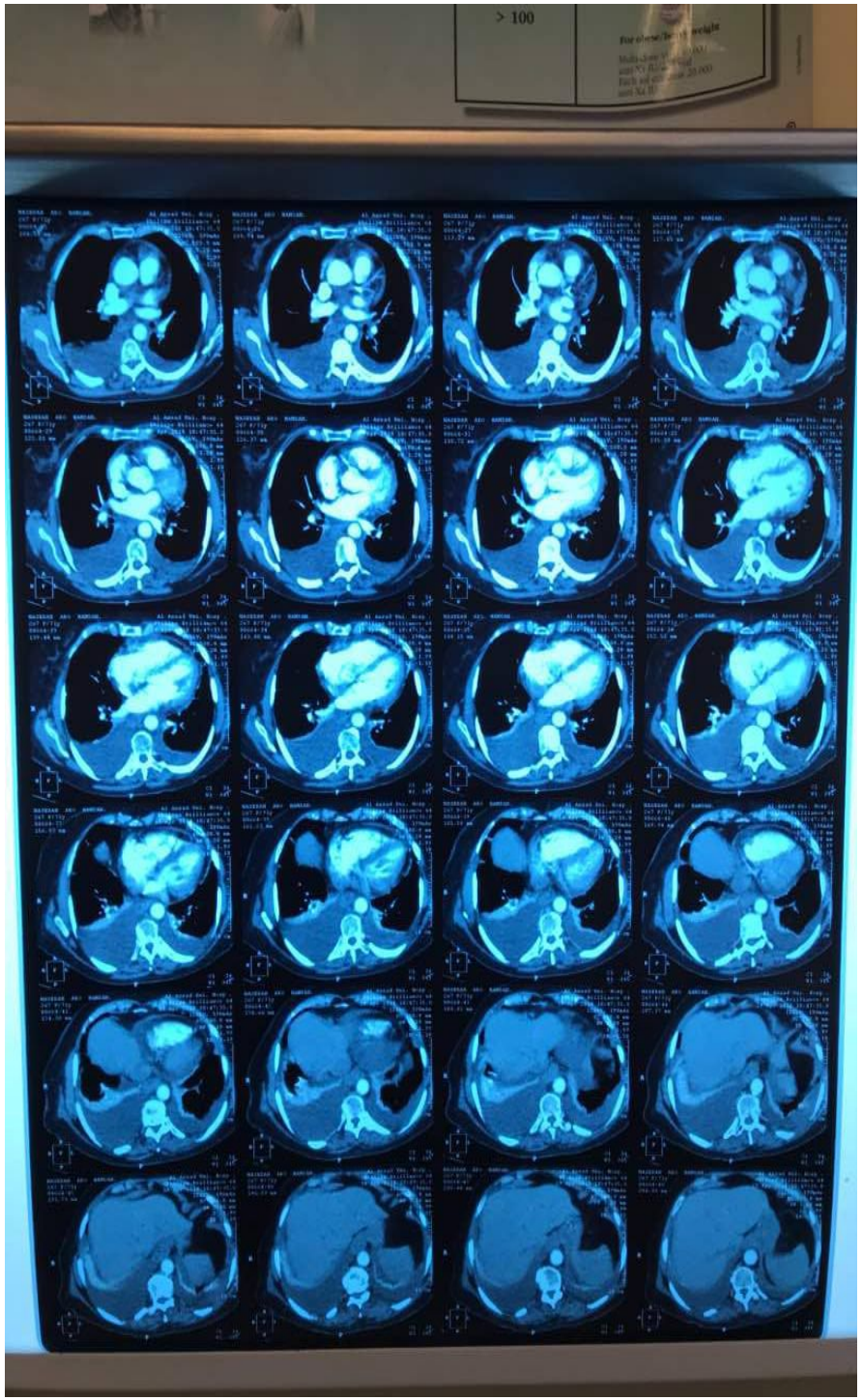
طبقي محوري ماسح + بروتوكول صمة:

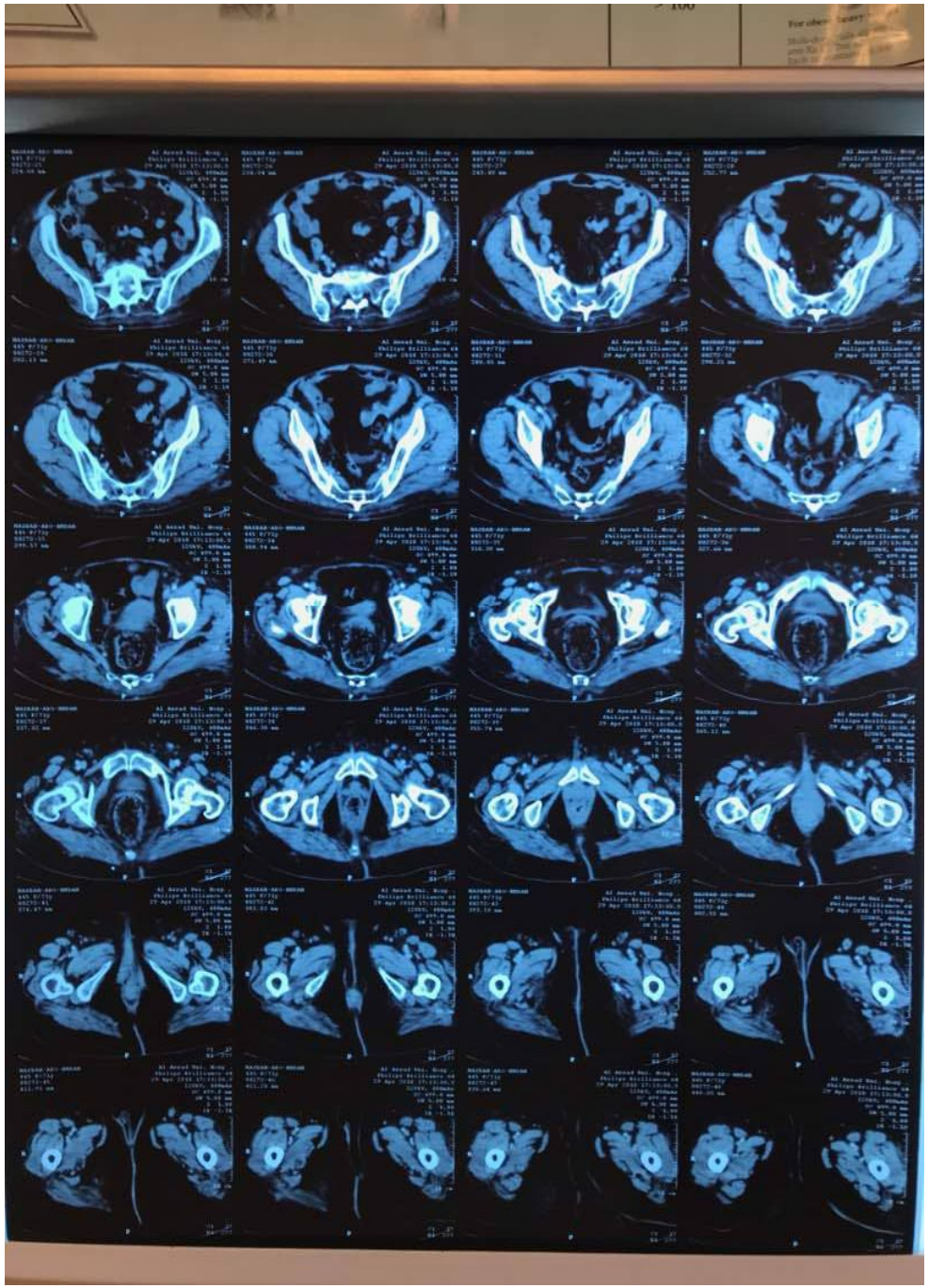


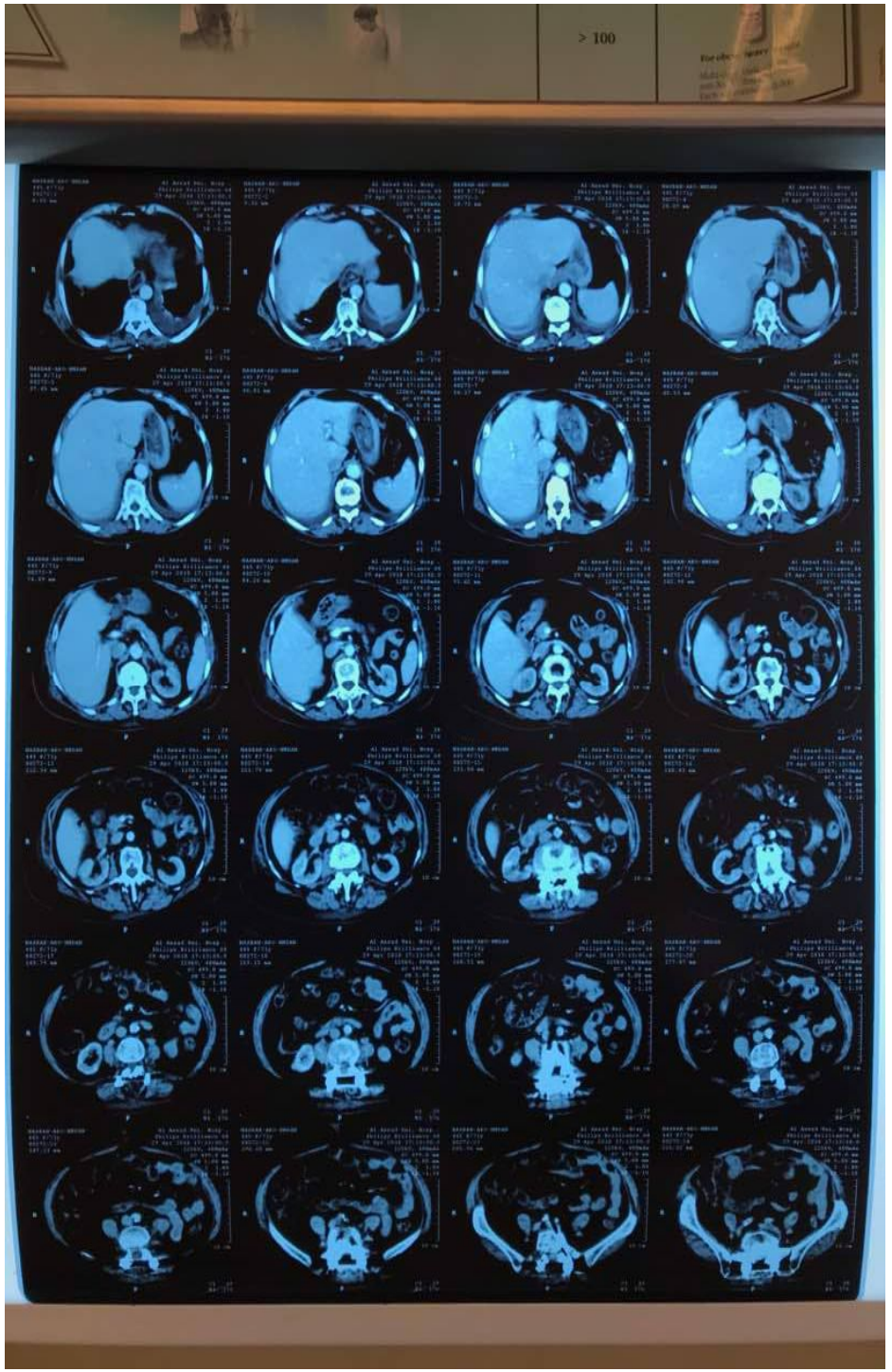





> 100


> 100




> 100

تقرير الطبقي :

تسمك في الغشاء المخاطي للجيوب الفكية باقي الجيوب الوجهية والغربالية بدت تهويتها جيدة دون مشاهدة تكثفات صريحة , تهوية الخلايا الخشائية جيدة , عقد وداجية ثنائية الجانب 8-10 مم .

انصباب جنبي ثنائي الجانب اشده أيمن تكثف قاعدي ثنائي الجانب يعزى غالبا لانخماص منفعل فيما عدا ذلك لم تشاهذ كثافات صريحة . لم تشاهد ضخامات عقدية منصفية فتق حجابي انزلاقي 4 سم ز

لم تشاهد آفات بؤرية كبدية أو توسع طرق صفراوية , البنكرياس والطحال والكليتان والكظران ضمن السوي

لم تشاهد ضخامات عقدية بطنية لم تشاهد تسمكات مهمة في جدرالعرى المعوية

استكمال استشارة الجراحة الصدرية :

تقرير العمل الجراحي :

تخدير موضعي –شق 1 سم ورب خامس أيمن وخط ابطي متوسط – فلع للطبقات وصولا للجنب – خروج كمية من السائل تقدر ب 1000 مل وضع مفجر صدر قياس 24 F

متابعة الاستقصاءات :

تحاليل على سائل الجنب :

ADA = 6.3 (5-40 IU/L)

زرع سائل الجنب + تحري كوخ بالسائل :

A. **No growth of bacteria after incubation for 48 hours.**

B. **AFB detection (zheil –nelson stain) negative**

تحري خلايا شاذة سلبي

ايكو بطن + حوض:

الكبد : طبيعي الشكل والحجم منتظم الحواف متجانس الصدى خال من الكتل الكيسية او الصلبة كما بدت الأوردة فوق الكبد طبيعية

المرارة : طبيعية الحجم والجدار خالية من الحصيات والاورام .

القناة الجامعة والطرق الصفراوية : طبيعية غير متسعة دون وجود حصيات أو ظلال حصوية

البنكرياس طبيعي الشكل والحجم متجانس الصدى دون وجود كيسات أو أورام بالجزء المقيم منه

الطحال : طبيعي الشكل والحجم متجانس الصدى .

الكليتان : طبيعيتا الوضع والشكل والحجم - القشر الكلوي طبيعي الصدى جيد السماكة التمايز القشري اللبي جيد لم تشاهد حصيات أو استسقاء أو كتل كيسية أو صلبة فيهما

المثانة طبيعية الحجم جدارها منتظم خالية من الحصيات والاورام

الرحم والملحقات : ضمن الحدود الطبيعية . دون مشاهدة كتل او كيسات

MAMOGRAPHY:

الثديان من النمط الشحمي مع بقايا نسيج غدي متفرق لا يشاهد مايشير الى كتل مشتبهة او أورام أو تسمك جلدي
لا يشاهد ضخامات عقدية ابطية مشتبهة
لا يشاهد تكلسات ناعمة مشتبهة

ايكو ثديين :

الثدي الأيمن :ضمن الطبيعي لاتشكلات كيسية أو كتلية –لاتسمك بالجلد - لا غؤر بالحلمة

الثدي الايسر : ضمن الطبيعي لاتشكلات كيسية أو كتلية –لاتسمك بالجلد –لاغؤر بالحلمة

عدة ضخامات عقدية بالابطين (بيضوية الشكل مسررة شحميا قشرها مترقق) التهابية المظهر الصدوي .

ايكو قلب :

جذر الأبهر سوي

الأذينة اليسرى سوية

البطين الأيسر :حركية جيدة بكافة الجدر% EF 50-65

التاجي جريان طبيعي عبره

الأبهري سوي لاممال هام عبره

مثلث الشرف قصور خفيف بسرعة 1.9 م /ثا

ضغط رئوي سوي 20 مم ز

تامور جاف

أجوف متفاعل غير محتقن

ايكو دوبلر طرفين سفلين :

الجملة الوريدية العميقة سالكة مرنة متفاعلة مع التنفس قابلة للانضغاط دون علامات DVT حاليا .

ايكو حفرة مأبضية يسرى :

علامات التهاب نسيج خلوي تحت الجلد دون مشاهدة تشكلات خراجية صريحة صدويا , للمتابعة مع السريريات والمخبريات

تطور الحالة :

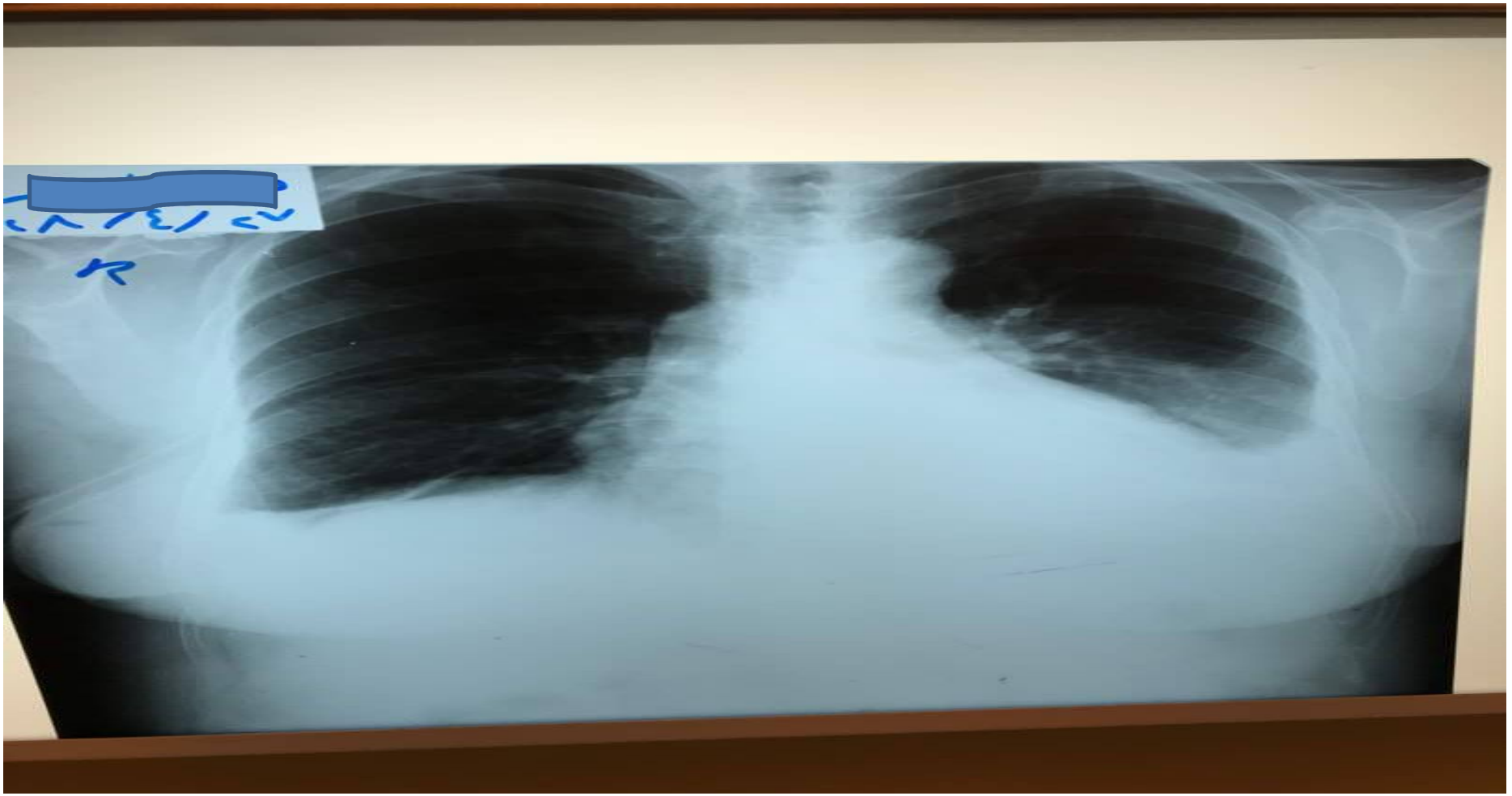
طورت المريضة ارتفاع ب esr و crp
تم ارسال زرع قشع + اعادة صورة الصدر

زرع القشع :

Klebsiella species
(amikacine – ampicillin /sulbactam – aztreonam –cefepime –ceftazidime – ceftriaxone /sulbactam –ciprofloxacine – imipenem –meropenem – levofloxacine)

AFB negative

- **وضعت المريضة على تغطية انتانية LEVOFLOXACINE**



تم اجراء بزل جنب ايسر:

المظهر قبل التثفيل	اصفر عكر
المظهر بعد التثفيل	أصفر رائق
Wbc	2400
l/n	85/0
Rbc	1300
Glu	125
Tp	2.9
LDH	166
Chol	58
Tri	27
Ph	7.40
Others	abnormal cells %15

تحري خلايا شاذة : سلبي

تطور الحالة :

رفضت المريضة اجراء تنظير جنب أيسر وتخرجت على مسؤوليتها

Pleural effusion

Yellow Nail Syndrome

Ye**llow nail discoloration**

lower limb lymphedema

Yellow nail syndrome
YNS

DR. ALAA ALKHALILI

Yellow nail syndrome:

Yellow nail syndrome was first described in the medical literature in 1964

Uncommon disorder characterized by the triad of :
Pulmonary disease,

Lymphedema,

And Yellow nails.

Affected Populations:

Yellow nail syndrome affects males and females in equal numbers.

More than 150 cases have been reported in the medical literature.

Yellow nail syndrome usually occurs in older adults with most cases occurring in individuals over 50 years of age.

Although uncommon, yellow nail syndrome can occur in children.

CAUSES:

The exact cause of yellow nail syndrome is not known.

In most cases yellow nail syndrome is sporadic, But it may be inherited in autosomal dominant or recessive fashion.

Yellow nail syndrome has occurred with greater frequency than would be expected in individuals with certain forms of cancer, immunodeficiency syndromes, nephrotic syndrome, thyroid disease, and rheumatoid arthritis.

In individuals with RA and YNS, researchers believe certain drugs used to treat the arthritis (thiol drugs) play a role in the development of YNS.

Recent reports have suggested the possibility of titanium toxicity as a potential cause of the syndrome, prompting some physicians to recommend removal of titanium prostheses or dental implants on occasions. It should be emphasized that due to the rarity of the syndrome, this association remains entirely speculative.

In addition, symptoms do not seem to improve significantly after removal.

Accordingly, removal of titanium-based medical devices cannot be recommended.

Signs & Symptoms:

Yellow nails :

i. Any nail (both toenails and fingernails) may be affected . yellow, thickened, and excessively curved nails with almost complete stoppage of nail growth.

Loss of the strip of hardened skin at the base and sides of a fingernail (cuticles) may also occur.

Separation of the nails from the nail bed (onycholysis) may cause the nails to fall out.

Some individuals may develop infection of the soft tissue around edge of the nails (paronychia).

the nails of individuals with yellow nail syndrome generally remain clear (translucent) and smooth as opposed to not transparent (opaque) and rough.

yellow nail syndrome

Pulmonary disease:

A number of pulmonary disorders are associated with YNS including:

Pleural effusion: shortness of breath, chest pain and a cough, bronchitis, recurrent pneumonias

Bronchiectasis,And chronic sinusitis.

Individuals with yellow nail syndrome may have a history of respiratory problems before developing characteristic nail findings

peripheral lymphedema:

The legs are especially affected in yellow nail syndrome.

The onset of lymphedema may occur around puberty.

Areas affected by lymphedema may feel heavy or tight.

Decreased flexibility may develop in the hands, feet, wrists or ankles if lymphedema is present in the corresponding arm or leg.

The skin on areas affected by lymphedema may become hardened or thickened

Diagnosis:

A diagnosis of yellow nail syndrome is made based upon a thorough clinical evaluation, a detailed patient history and identification of characteristic findings.

The nail changes in yellow nail syndrome are distinct from the nail changes that occur in most other lymphedema syndromes

Treatment:

The treatment of yellow nail syndrome is geared toward the symptoms present in each individual.

repeated respiratory infections: antibiotics

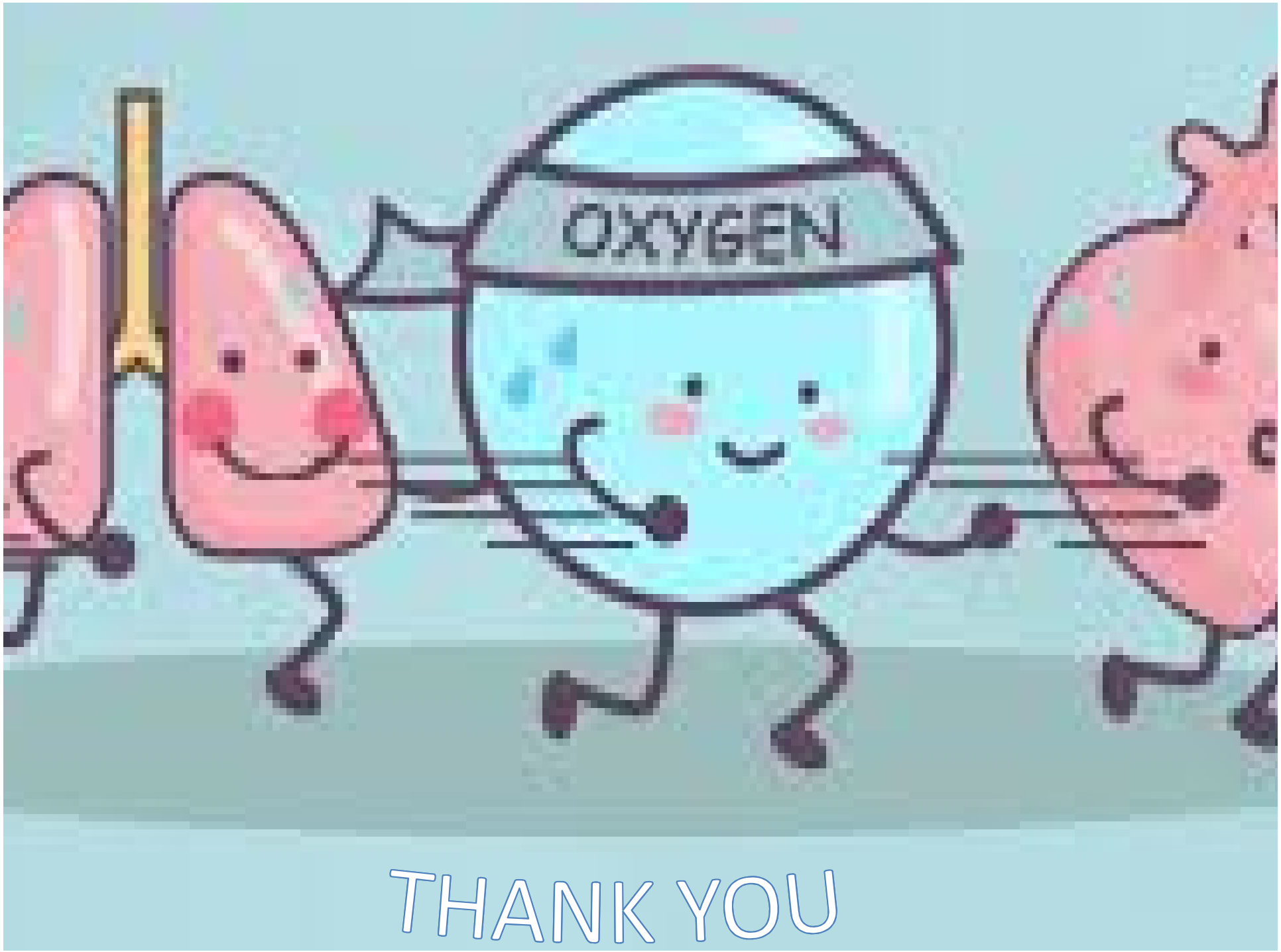
The yellowed, malformed nails may improve without therapy. In some cases, the changes may be permanent.

Spontaneous improvement in nail signs is reported in up to 30% of cases

systemic vitamin E at a daily dose of 1,200 IU has been reported to be effective in more than half of patients. .

Surgical management of respiratory problems such as pleural effusions has been used in some cases.

Removal of titanium prostheses or dental implants is not recommended



THANK YOU