

TUBERCOLOSI POLMONARE MILIARE E MENINGEA IN PAZIENTE CON INFEZIONE DA HIV

D'Aniello F., Boffa N., Masullo A., Punzi R. e Mazzeo M.

U.O. S.C. M. Infettive dell'Azienda Ospedaliera R.N. "OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno

OBIETTIVI E' a tutti noto come la tubercolosi polmonare (TBC) sia una patologia opportunistica frequente nei pazienti affetti da infezione da HIV, soprattutto se extracomunitari.

Sappiamo anche, da studi recenti pubblicati in letteratura, che la TBC polmonare miliare si accompagna, a differenza della TBC polmonare, a marcata compromissione immunitaria. E' altrettanto riconosciuta la non particolare frequenza di meningite tubercolare in pazienti affetti da infezione da HIV. Si descrive il caso clinico di una donna, ricoverata nella nostra U.O., proveniente dall'Est-Europeo, affetta da infezione da HIV e che presenta come infezioni opportunistiche: TBC polmonare miliare, meningea e polmonite da PC.

PAZIENTI E METODI: K.I., donna, 40 aa, ucraina, in Italia da circa tre anni; giunge alla nostra osservazione nel giugno 2003 per febbre ad andamento irregolare e tosse da circa sei mesi.

Obiettivamente: Iperpiressia TC 39°; condizioni generali scadute, polipnea e dispnea. Al torace respiro aspro diffuso; leucoplachia orale villosa e candidosi orale; negli altri apparati esaminati: assenza di patologie in atto.

RX torace: aspetto a vetro smerigliato. Laboratorio: GB 8900, linfociti 437. Ipertransaminasemia (vn x3), LDH 1900, linfociti CD4: 68, HIVab-positivo, HCVAb-positivo, HCV-RNA: presente (genotipo 3a), HIV-RNA: >750.000 copie/ml.

Rapido peggioramento del quadro clinico in seconda giornata con cianosi periferica e dispnea anche a riposo; viene instaurata terapia con cotrimossazolo.

Dopo 96 ore, comparsa di disorientamento temporo-spaziale, agitazione psicomotoria, rigidità nucale, decubito a cane di fucile. Una Tc dell'encefalo mette in evidenza: "Focolaio encefalitico in regione frontale dx. Analoga area a sn, in sede cortico-sottocorticale". EEG: AEC diffusamente rallentata. Viene eseguita rachicentesi che dà esito a liquor limpido, iperteso, con marcata ipoglicorachia; dopo 24 ore, presenza di reticolo di MYA. Esame batterioscopico positivo per BAAR. Esame espettorato positivo per BAAR. Sospende terapia anti-PPC.

Si instaura terapia anti-TBC con quattro farmaci. Dopo 48 ore, iniezione di streptomina per via endorachidea.

Dopo qualche giorno, miglioramento del quadro neurologico e respiratorio. Apiressia. Tc torace: "Ispessimento miliare del connettivo interstiziale a carico dei lobi superiori, bilateralmente".

A tre settimane dal ricovero la paziente viene sottoposta a TC encefalo con mdc che mostra una impregnazione patologica cercinata, con area centrale ipodensa, di tipo necrotico-colliquativo, in regione fronto-parietale dx. Granulomi in regione fronto-parietale sn.

Dopo circa un mese di terapia, la TC cerebrale di controllo mostra riduzione dei granulomi cerebrali, presenti all'esame precedente.

Dopo un mese di terapia anti-TBC viene sospesa la streptomina e viene introdotta terapia HAART.

Dopo un ulteriore mese di terapia la paziente presenta ripresa febbrile, comparsa di modesta dispnea, ipotensione ortostatica; obiettività cardiaca di ritmo di galoppo.

Viene eseguito esame ecocardiografico che mette in evidenza: "Ridotta cinesi globale ventricolare sn, FE del 35%". Viene posta diagnosi di miocardite verosimilmente iatrogena e pertanto sospesa la terapia ARV.

Nei giorni successivi vi è un graduale miglioramento del quadro clinico con risoluzione della dispnea.

Dopo circa 95 giorni dall'ingresso della paziente in reparto compare ripresa febbrile con compromissione del quadro respiratorio per marcata dispnea.

La paziente esegue nuovo esame TC-torace che evidenzia interstiziopatia bilaterale, con aspetto di fibrosi polmonare; aree similcistiche, quadro macronodulare diffuso, varie aree di opacità a vetro smerigliato bilaterale. Esame batterioscopico su BAL: positivo per PC. CD4+: 98. EAB: rilievo di ipossiemia e ipercapnia. Viene intrapresa terapia con cotrimossazolo ev..

Dopo tre settimane risoluzione del quadro respiratorio e sospensione del Bactrim. Condizioni cliniche migliorate.

La paziente viene sottoposta a nuovo esame Tc-encefalo che mostra risoluzione delle lesioni necrotico-colliquative e granulomate. L'esame Tc-torace evidenzia risoluzione del quadro di interstiziopatia, con persistenza di nodularità.

Viene ripristinata, quindi in considerazione della marcata compromissione immunitaria, la terapia HAART.

Dopo quattro mesi, dimissione con prosecuzione di terapia HAART e anti-TBC a due farmaci, a domicilio.

RISULTATI: Attualmente, la paziente è in buone condizioni generali, con CD4 >500, HIV-RNA presente (1280 copie/ml).

CONCLUSIONI: E' da riconoscere al caso clinico descritto la corrispondenza con quanto si legge nella letteratura internazionale:

- a) maggiore frequenza di malattia tubercolare nei pazienti provenienti da paesi extracomunitari.
- b) associazione tra marcata compromissione immunitaria e forme miliari ed extrapolmonari di tubercolosi, a differenza di quanto è descritto con la tubercolosi polmonare, patologia opportunistica di frequente riscontro anche con conte di linfociti CD4+ più alte.

E' da riconoscere infine nel caso da noi riportato :

- a) la difficoltà nella diagnostica differenziale tra quadri clinici simili di insufficienza respiratoria acuta: iniziale trattamento errato nel caso descritto come per PPC, patologia peraltro insorta e accertata con BAL nella fase successiva alla diagnosi di TBC.
- b) la miocardiopatia, verosimilmente iatrogena, ma probabilmente anche virus correlata, che ha sfortunatamente complicato il decorso clinico della paziente, e la contemporanea terapia anti-TBC hanno reso estremamente difficoltosa la scelta della terapia ARV, che peraltro ha sortito un buon effetto immunologico ma non una completa soppressione virologica.