

TUBERCOLOSI POLMONARE MILIARE E MENINGEA IN PAZIENTE CON INFEZIONE DA HIV

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

Struttura Complessa di Malattie Infettive

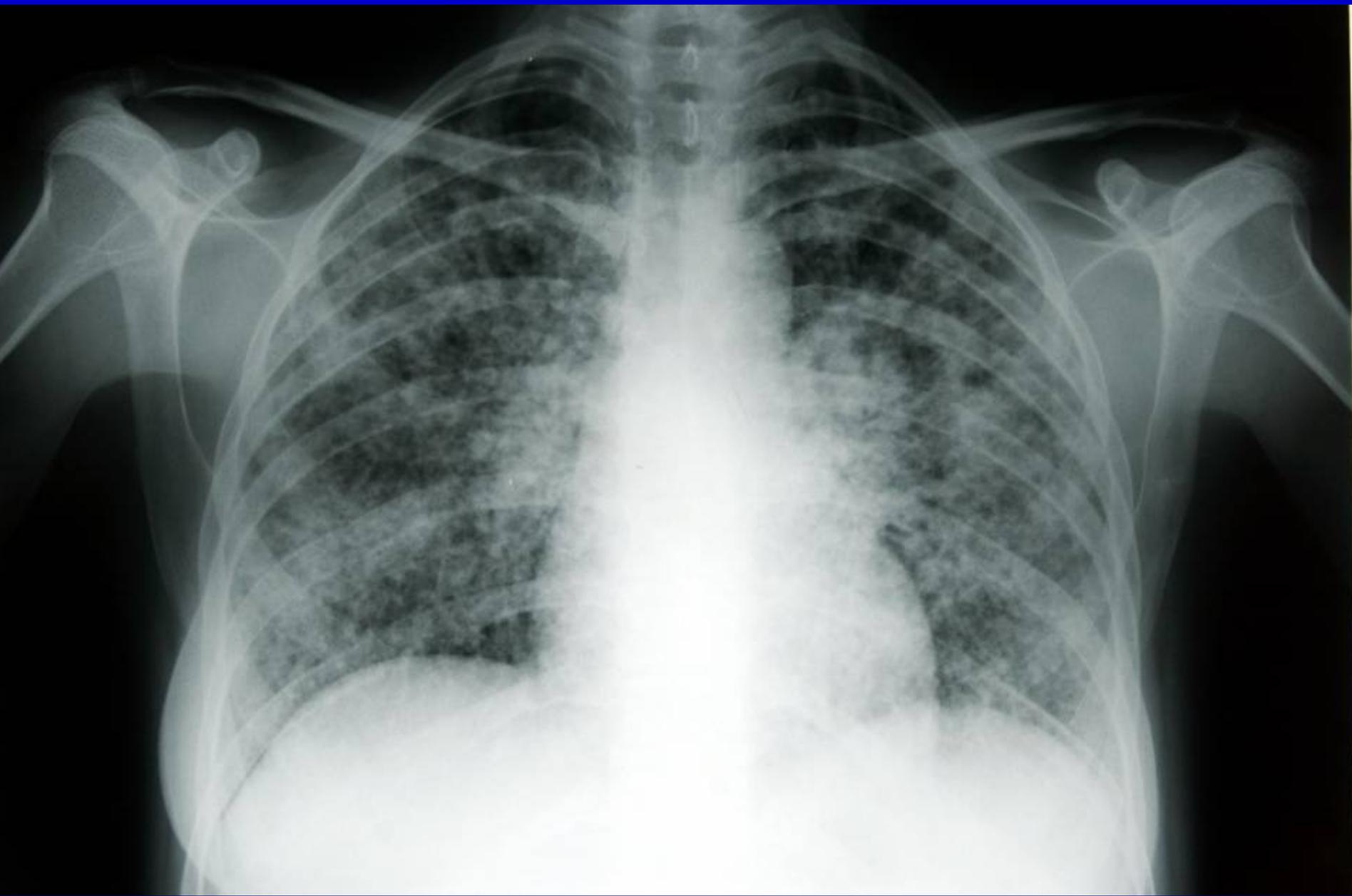
(Direttore dott. M. Mazzeo)

A.O.R.N. "OO. RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"

SALERNO

GIUGNO 2003

- KI, donna, 40 aa, Ucraina, in Italia da 3 anni
- Da circa 6 mesi, presenta febbre irregolare e tosse
- EO: TC 39°C, condizioni generali scadute, poli/dispnea
- Al torace: respiro aspro diffuso
- Leucoplachia orale villosa e candidosi orale
- Rx torace: aspetto a vetro smerigliato



LABORATORIO

- EMOCROMO GB: 8900/mm³, linfociti totali: 437/mm³, linfociti T CD4+: 68/mm³
- Ipertansaminasemia (vn x 3)
- ↑ LDH (1900UI/l)
- HIV-Ab: positivo; HCV-Ab: positivo
- HCV-RNA: presente (genotipo 3a)
- HIV-RNA: presente (>750.000 copie/ml)

IN POCHI GIORNI

- Rapido peggioramento del quadro clinico, con cianosi periferica e dispnea a riposo
- Instaurata terapia con *cotrimossazolo* 4 fl x 3/ev/die + *fluconazolo* 400 mg/ev/die
- Dopo 96 ore, comparsa di disorientamento T-S, agitazione psicomotoria, rigidità nucale, atteggiamento a cane di fucile

ESAMI STRUMENTALI

- TC-encefalo: Focolaio encefalitico in regione frontale dx. Analoga area a sn, in sede cortico-sottocorticale
- EEG: AEC diffusamente rallentata
- Rachicentesi: liquor limpido, iperteso, marcata ipoglicorrachia; dopo 24 h, presenza di reticolo di MYA
- Esame batterioscopico del liquor ed espettorato: positivi per BAAR

QUINDI

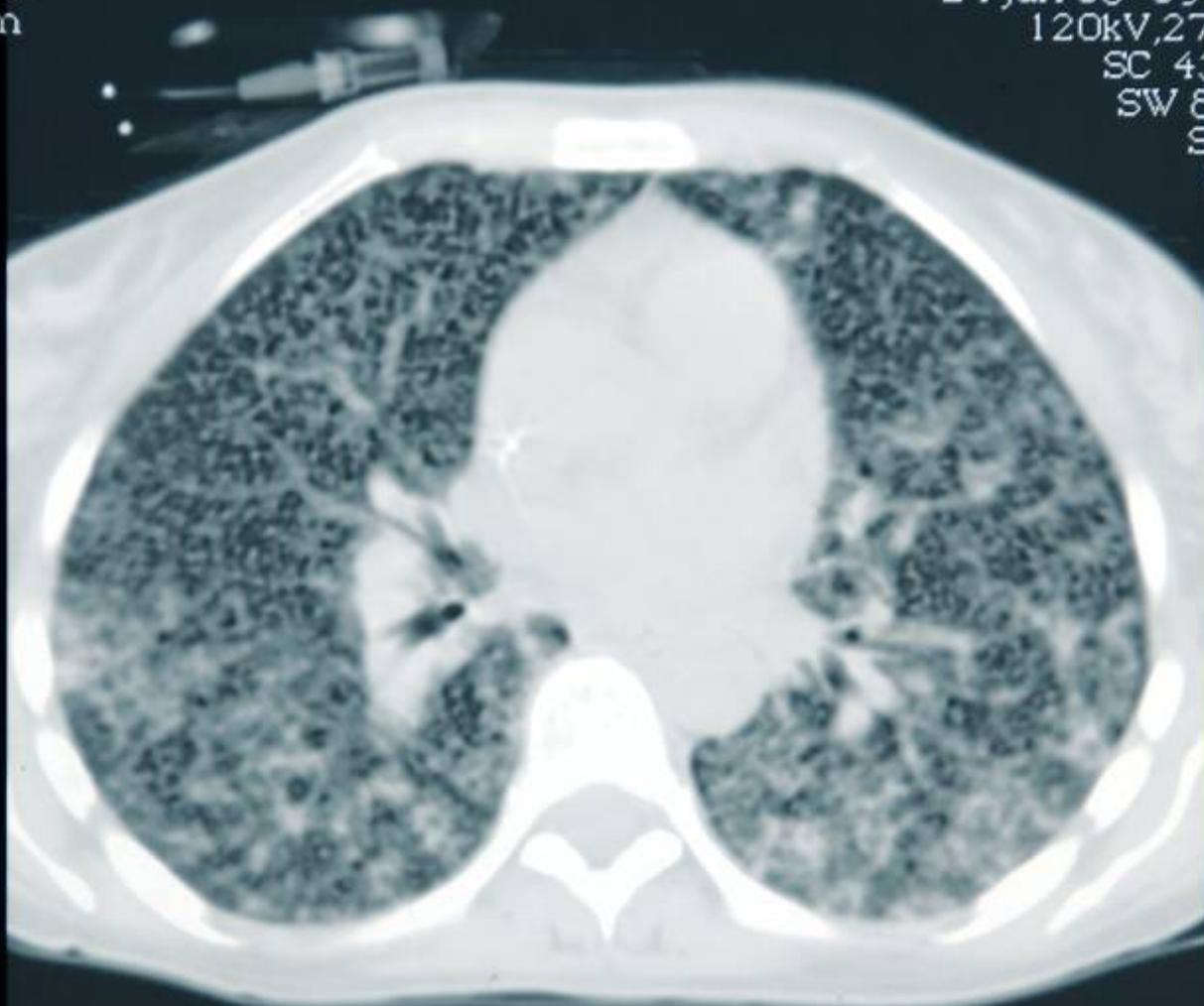
- Sospende terapia anti-PCP
- Inizia terapia anti-TBC
 - *rifampicina* 600mg ev/die
 - *isoniazide* 300 mg/ev/die
 - *pirazinamide* 500 mg x 3/os/die
 - streptomicina* 1 g/ im/die
- Dopo 48 h, iniezione di *streptomicina* per via endorachidea

SUCCESSIVAMENTE

- Miglioramento quadro clinico. Apiressia
- Tc torace: Ispessimento miliatico bilaterale del connettivo interstiziale, a carico dei lobi superiori.
- Tc encefalo con mdc: Impregnazione patologica cercinata, con centro ipodenso, di tipo necrotico-colliquativo, in regione fronto-parietale dx. Granulomi in regione fronto-parietale sn.
- Dopo 21 gg, sviluppo colturale di BK su terreno di Lowenstein

19667
10271-17
211.0mm

AZ.OSP.OORR SALERNO
MARCONI CT TWIN flash
24 Jun 03 09:44:21
120kV,275mAs
SC 430mm
SW 8.0mm
ST 1
Z 1



R

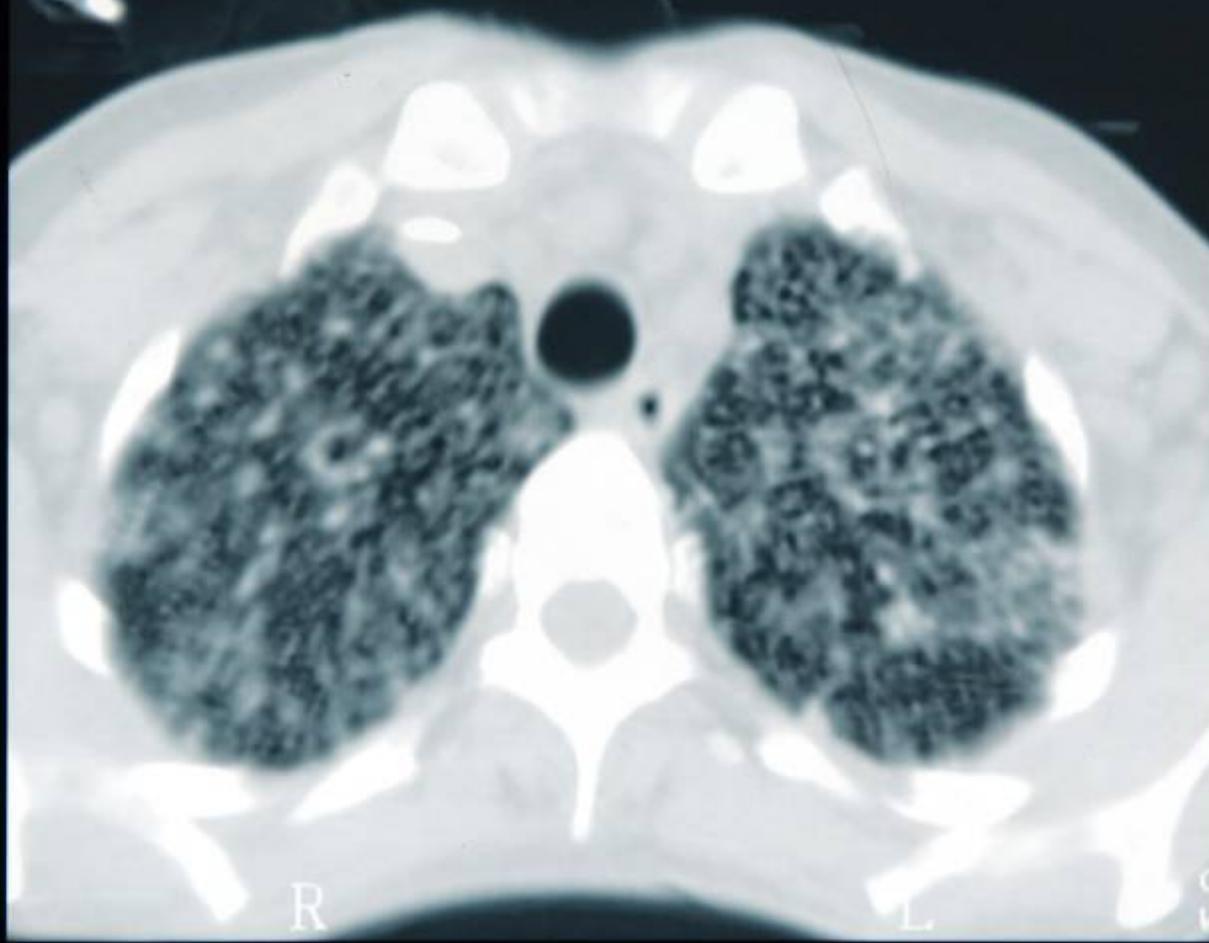
L

C1 -599
W1 1600

sh
54
As
m
m

1966
10271-8
283.0mm

AZOSP00RR SAI ERNO
MARCONI CT TWIN flash
24 Jun 03 09:44:00
120kV,275mAs
SC 430mm
SW 8.0mm
ST 1
Z 1



5
cm

99
00
10

C1 -599
W1 1600

AZOSP00RR SAI ERNO

DOPO CIRCA UN MESE

- Tc encefalo: riduzione dei granulomi cerebrali
- Sospensione della *streptomicina*
- Introduzione terapia ARV

Combivir 1 cp x 2/die + *Sustiva* 3 cp/die

DOPO 30 GIORNI DI TERAPIA

- Iperpiressia con modesta dispnea
- Ipotensione ortostatica
- Obiettività cardiaca di ritmo di galoppo
- Ecocardiogramma: ridotta cinesi globale del ventricolo sn, FE: 35%
- Viene posta diagnosi di miocardite verosimilmente iatrogena. Sospensione terapia ARV
- Introduzione terapia cardiologica
- Miglioramento del quadro clinico con risoluzione della dispnea. Apiressia

A TRE MESI DAL RICOVERO

- Ripresa febbrile con marcata dispnea
- Tc-torace: interstiziopatia bilaterale, con aspetto di fibrosi. Aree similcistiche. Quadro macronodulare diffuso. Aspetto a vetro smerigliato.
- Esame batterioscopico su BAL: positivo per PC. Linfociti T CD4+: $98/\text{mm}^3$
- EAB: ipossiemia ed ipercapnia
- Terapia con *cotrimossazolo* 4 fl x 3/ev/die

2770
12867-1

AZOSP OORR SALERNO
MARCONI CT TWIN flash
09 Sep 03 20:57:05
400mm
AP



CI 677
WI 1180

2776
12868-11
254.8mm

AZOSP OORR, SALERNO
MARCONI CT TWIN flash
09 Sep 03 20:58:11
120kV, 165mAs
SC 430mm
SW 8.8mm
ST 11
Z 1



C1 -347
W1 1445

2776
12868-18
198.8mm

AZOSP00RR SALERNO
MARCONI CT TWIN flash
09 Sep 03 20:58:13
120kV,165mAs
SC 430mm
SW 8.8mm
ST 11
Z 1



5 cm

R

L

C1 -347
W1 1445

2776
12868-18
198.8mm

AZOSP00RR SALERNO
MARCONI CT TWIN flash
09 Sep 03 20:58:13
120kV,165mAs
SC 430mm
SW 8.8mm
ST 11
Z 1



R

L

C1 -347
W1 1445

DOPO TRE SETTIMANE

- Risoluzione del quadro respiratorio. Apiressia
- Sospensione del *cotrimossazolo*
- Tc-encefalo: risoluzione delle lesioni necrotico-colliquative e dei granulomi
- Tc-torace: risoluzione interstiziopatia.
Persistenza nodularità
- Ripristino terapia ARV *Combivir* 1 cp x 2/die
+ *Sustiva* 3 cp/die + *Viread* 1 cp/die

DOPO QUATTRO MESI

- Dimissione della paziente
- A domicilio, prosecuzione di terapia ARV ed anti- TBC a 3 farmaci (*rifampicina* 600mg ev/die + *isoniazide* 300 mg/ev/die + *etambutolo* 1200mg/die)
- Attualmente, paziente in buone condizioni generali. Linfociti T CD4+ >500/mm³
- HIV-RNA: presente (1280 copie/ml)

CONCLUSIONI (I)

- La TBC polmonare è una patologia opportunistica, frequente in pz HIV-positivi, per lo più extra-comunitari.
- A differenza di quanto accade con le forme tubercolari polmonari tipiche, che possono riscontrarsi anche con valori di CD4+ > 200, le forme miliari ed extra-polmonari di TBC sono più frequenti nelle gravi immunodepressioni.
- In letteratura internazionale, è riconosciuta la non particolare frequenza di meningiti e meningoencefaliti tubercolari in pazienti affetti da infezione da HIV.

CONCLUSIONI (II)

- Nel caso in esame si segnala l'associazione sul piano clinico di segni di miliare polmonare e di quelli relativi alla localizzazione meningoencefalica.
- Un altro aspetto è legato alla difficoltà nella diagnostica differenziale, anche sul piano radiologico, tra forme tubercolari e PCP, che si impone in tutti i casi di insufficienza respiratoria.
- La stessa PCP si è, altresì, manifestata 3 mesi dopo le manifestazioni tubercolari.