Le Infezioni in Medicina, n. 4, 302-304, 2013

Casi clinici

Case reports

Un caso particolare di polmonite tubercolare

A particular case of tubercular pneumonia

Anna Bovero[1], Alessandro Panarello[1], Francesco Artom[2], Donatella Mela[1], Alberto Artom[1]

[1]Medicina Interna, Ospedale Santa Corona, Pietra Ligure, Italy;
[2]Malattie Infettive, Ospedale San Martino, Genova, Italy

Una donna di 50 anni viene valutata nel Day Service del reparto di Medicina Interna per tosse persistente e febbricola.
Nulla di rilievo nell'anamnesi patologica salvo un'infezione polmonare prolungata all'età di 20 anni, risolta con terapia convenzionale.
Esame obiettivo del torace senza elementi patologici, saturazione dell'ossigeno pari al 99% in aria ambiente. I principali esami di laboratorio sono nella norma ad eccezione degli indici di flogosi (VES 82 mm/h, PCR 6 mg/dl con v.n. <0,5) e dell'emocromo per lieve anemia normocitica. La Mantoux risulta debolmente positiva con un infiltrato di 5 mm, QuantiFERON e ripetuti esami colturali su espettorato negativi.
La radiografia del torace evidenzia esiti di pleurite, fibrosi polmonare dell'apice dx e un piccolo infiltrato polmonare al lobo superiore dx; la successiva TC toracica dimostra una cavità apicale dx parzialmente occupata da una vegetazione (*in primis* interpretata come micetoma; Figura 1), plurimi addensamenti a dx e un addensamento al lobo superiore sinistro.
La paziente viene quindi sottoposta ad una fibrobroncoscopia che evidenzia solo un diffuso stato infiammatorio; gli accertamenti microbiologici (PCR per BK, colturale) sono negativi per micobatteri.
Non certi, ma in presenza di un forte sospetto di malattia tubercolare, la paziente inizia terapia con isoniazide, pirazinamide, rifampicina ed etambutolo con lento, ma significativo, miglioramento della tosse, della febbricola, degli indici di flogosi e della radiografia del torace.

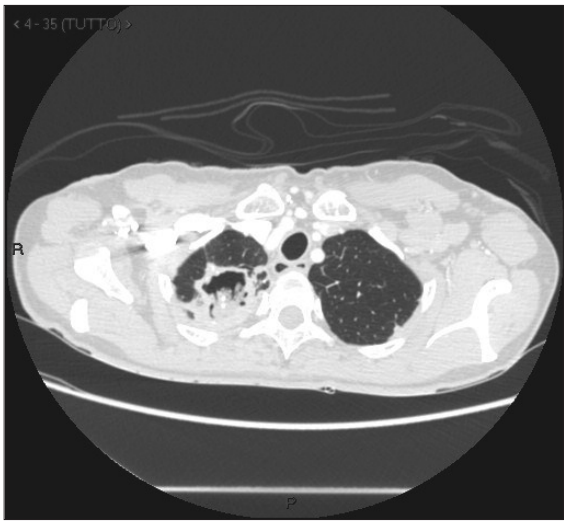

Figura 1 - TC toracica che mostra una cavità apicale dx parzialmente occupata da una vegetazione.

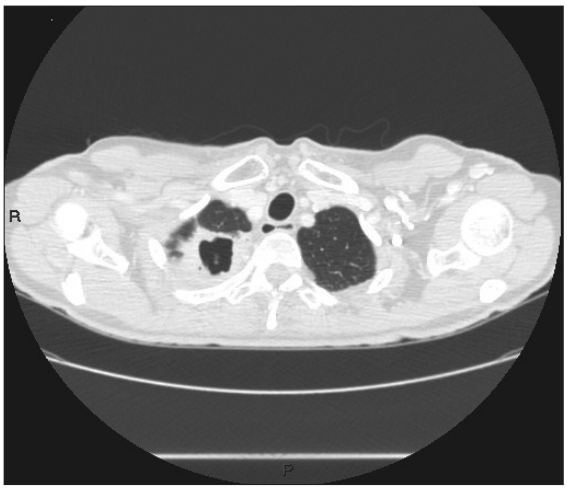

Figura 2 - TC toracica che mostra un parziale miglioramento.

Corresponding author
Anna Bovero
E-mail: boveroanna@hotmail.com

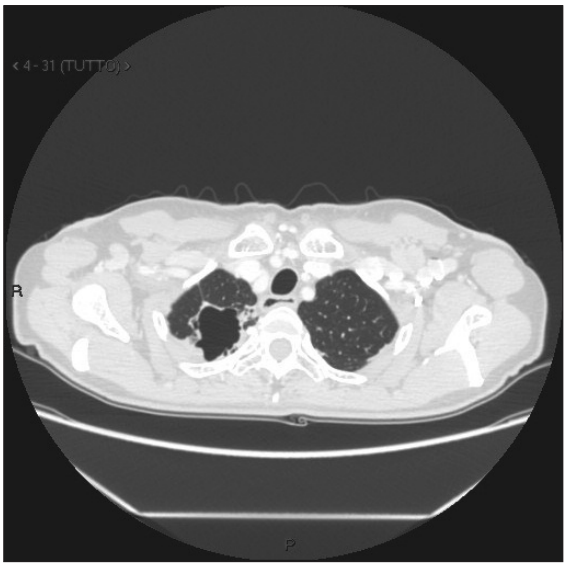

Figura 3 - TC toracica che mostra detersione di tutti gli infiltrati polmonari e della cavità apicale destra.

Dopo due mesi, la terapia viene ridotta a isoniazide e rifampicina, ma dopo un mese si evidenzia ricaduta clinica e nuovo rialzo degli indici di flogosi. La TC del torace ripetuta in tale occasione mostra sorprendentemente un parziale miglioramento, presumibilmente correlabile alla terapia iniziale con i quattro farmaci (Figura 2). Ipotizzando almeno una parziale resistenza alla terapia antitubercolare, ma in assenza di un antibiogramma e di fronte ad un forte rifiuto della paziente a terapie parenterali, abbiamo ricominciato la terapia standard con quattro farmaci con l'aggiunta di levofloxacina orale per due mesi; di nuovo si osserva un importante miglioramento clinico e laboratoristico.

Il decorso clinico si è però ulteriormente complicato per una polineuropatia attribuita ai chinolonici; il farmaco è stato sostituito con linezolid per via orale per un mese con un progressivo miglioramento clinico e risoluzione completa della polineuropatia. La quadruplice terapia è stata infine continuata per altri tre mesi.

Alla fine del trattamento abbiamo osservato una completa guarigione clinica, normalizzazione degli indici di flogosi e alla TC del torace detersione di tutti gli infiltrati polmonari e della cavità apicale destra (non un micetoma ma una cavità tubercolare, Figura 3).

A nostro parere questo caso clinico evidenzia molte delle difficoltà diagnostiche e terapeutiche della malattia tubercolare e permette alcune importanti considerazioni. La diagnosi di malattia tubercolare, anche in casi gravi, può essere difficoltosa e talvolta il medico si deve affidare al solo giudizio clinico, alla diagnostica per immagini e al criterio *ex adiuvantibus*.

Inoltre il numero di farmaci antitubercolari somministrabili per via orale è limitato [1-3]. Le attuali linee guida raccomandano di aggiungere alla terapia iniziale tradizionale tre o quattro farmaci di cui almeno uno per via iniettiva [2, 4]. Il caso da noi descritto sembra offrire possibilità terapeutiche più maneggevoli con l'uso di farmaci orali per quali la casistica è ancora limitata [5, 6].

Infine, durante il trattamento è opportuno valutare l'andamento della terapia e l'eventuale insorgenza di resistenza ai farmaci, soprattutto tramite l'andamento clinico/umorale piuttosto che attraverso la diagnostica per immagini.

Keywords: TBC, negative coltures.

RIASSUNTO

Una donna di 50 anni viene valutata per febbre e tosse persistente, con riscontro di elevati indici di flogosi e di lesione di tipo cavitario apicale dx alla TC del torace.

Pur in assenza di un reperto colturale positivo per micobatteri, ma in considerazione del forte sospetto clinico, la paziente viene trattata con quadruplice terapia standard antitubercolare (isoniazide, rifampicina, etambutolo, pirazinamide) per due mesi e successiva duplice terapia (isoniazide e rifampicina).

A un mese dall'inizio di quest'ultima si osserva ricaduta clinica e rialzo degli indici di flogosi. Si ipotizza parziale resistenza alla terapia antibiotica e, in assenza di antibiogramma, si decide per l'introduzione di levofloxacina orale (sospesa per polineuropatia) e successivamente linezolid orale. Dopo completamento della terapia si assiste a completa guarigione clinica e radiologica.

A nostro parere il caso clinico evidenzia chiaramente le problematiche diagnostiche e terapeutiche della malattia tubercolare: la necessità di iniziare talvolta terapia in assenza di dati colturali, la presenza di resistenza alla terapia convenzionale e la possibilità di regimi terapeutici alternativi anche solo con farmaci per via orale.

SUMMARY

A 50-year-old woman was seen for fever and persistent cough, with elevated phlogosis markers and a cavitary lesion at the right upper pulmonary lobe at thoracic CT. Even in the absence of any culture-positive finding, but given the strong suspicion of tubercular disease, the patient was treated with standard antitubercular quadruple therapy for two months (isoniazid, pyrazinamide, rifampin and ethambutol) and later with two-drug therapy (isoniazid and rifampin). One month after the beginning of this second regimen we observed clinical relapse and a rise in phlogosis markers. We supposed partial resistance to therapy and, without any antibiogram, we decided to introduce therapy with oral levofloxacin (stopped for polyneuropathy) and then oral linezolid. At the end of therapy we observed complete clinical and radiological healing.

In our opinion this clinical case shows clearly the diagnostic and therapeutic issues of the tubercular disease: the need to start therapy even in the absence of positive cultures, the presence of resistance to conventional therapy and the possibility of alternative therapeutic regimes with oral antibiotics.

BIBLIOGRAFIA

[1] Caminero J.A., Sotgiu G., Zumla A., Migliori G.B. Best drug treatment for multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis. *Lancet Infect. Dis.* 10, 621-629, 2010.

[2] Falzon D., Jaramillo E., Schünemann H.J., et al. WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tubercolosis: 2011 update. *Eur. Resp. J.* 38, 3, 516-528, 2011.

[3] Migliori G.B., Zellweger J.P., Abubakar I., et al. European Union standards for tuberculosis care. *Eur. Respir. J.* 39, 4, 807-819, 2012.

[4] Albanna A.S., Menzies D. Drug-resistant tuberculosis: what are the treatment options? *Drugs* 71, 7, 815-825, 2011.

[5] Villar M., Sotgiu G., D'Ambrosio L., et al. Linezolid safety, tolerability and efficacy to multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis. *Eur. Respir. J.* 38, 3, 730-733, 2011.

[6] Zumla A., Blasi F., Raviglione M. Rational use of anti-tuberculosis drugs in the EU: better patient care and less drug resistance. *Eur. Respir. J.* 39, 802-804, 2012.