

Bilobectomia in un divezzo brasiliano affetto da estesa tubercolosi polmonare monolaterale

Bilobectomy in a brazilian infant suffering from extensive monolateral pulmonary TBC

Bruno Cigliano*, Alessandro de Franciscis**, Giovanni Palazzo*, Antonio Pisanti***, Lucio Rufolo****, Lucio di Martino***

Cattedra di Chirurgia Pediatrica, Università Federico II di Napoli

Dipartimento di Pediatria, Università Federico II di Napoli

U.O. di Pediatria Infettivologica, A.O. Santobono-Pausilipon di Napoli

Divisione di Pneumologia, A.O. A. Cardarelli di Napoli

INTRODUZIONE

Il sempre maggiore utilizzo della polichemioterapia antitubercolare ed in particolare il rispetto dei tempi previsti dai protocolli terapeutici adottati ha consentito nel corso degli anni una drastica riduzione dei casi di TBC anche in età pediatrica. Tuttavia, negli ultimi anni si è registrata una ripresa di tale patologia anche in quei paesi dove si era ritenuto che fosse una malattia pressoché scomparsa. Un ruolo determinante nella genesi di tale incremento va certamente assegnato da una parte al fenomeno dell'immigrazione da paesi dove la TBC è ancora purtroppo una malattia a larga diffusione e dall'altra parte alla comparsa di ceppi multiresistenti [1, 2]. Un ruolo particolare è poi rivestito dall'infezione da HIV.

Dei casi che giungono attualmente all'osservazione clinica solo un'esigua minoranza sono di pertinenza chirurgica [3, 4, 5, 6, 7, 8] e ciò vale particolarmente per l'età pediatrica [9, 10]. Si tratta quasi esclusivamente di linfadeniti laterocervicali, mentre rare sono le localizzazioni polmonari per le quali venga posta l'indicazione chirurgica.

La rarità di tali casi ci ha spinto a segnalarne uno venuto alla nostra osservazione.

CASO CLINICO

J.S. è un divezzo brasiliano, adottato da genitori italiani all'età di 15 mesi, giunto alla nostra osservazione quattro mesi dopo il suo arrivo in Italia. Dei primi mesi della sua vita si conosce ben

poco, se non che ha sofferto di episodi diarroici ripetuti e malnutrizione. Al momento dell'adozione, già in Brasile gli era stata diagnosticata da qualche mese prima un addensamento polmonare destro, interpretato come un processo broncopneumonico a lenta risoluzione, nonostante la terapia protratta con cefalosporine. In seguito all'esecuzione in Italia di un radiogramma del torace che documentava la persistenza del suddetto addensamento polmonare, veniva condotto a visita presso l'ambulatorio del Dipartimento di Pediatria, con successivo ricovero in Day Hospital.

All'ingresso le condizioni generali appaiono discrete; il peso è di kg 8,928 (25° centile), lunghezza di cm 72,6 (< 5° centile), rapporto P/L pari a 25°-50° centile.

L'E.O. toracico documenta all'ascoltazione una riduzione del murmure vescicolare in sede medio-superiore destra. Gli esami di laboratorio evidenziano solo la presenza di una modesta anemia ipocromica sideropenica ed un'alterazione degli indici di flogosi (VES pari a 46 mm alla prima ora; PCR = 3,5 mg/L); nella norma risultano le altre indagini emato-chimiche e negativi risultano il Tine-test, l'intradermoreazione alla Mantoux 5 U, la ricerca di anticorpi anti-Aspergillus fumigatus e niger (ELISA), anti-Micobatteri (ELISA) e anti-HIV.

L'esame radiografico del torace in PA e LLdx documentava un esteso addensamento dei campi polmonari medio e superiore di destro, in assenza di lesioni pleuropolmonari a sinistra e con ombra cardiovascolare nella norma (Fig. 1). Una TAC del torace ad alta risoluzione confermava

l'esteso interessamento dei lobi polmonari superiore e medio di destra e documentava che nel contesto di questa estesa opacità si delineava un'area di minore densità. Pertanto, gli esami radiografici standard e TC

non consentivano una precisazione diagnostica né gli altri elementi clinico-laboratoristici erano indicativi in tal senso. In accordo con il chirurgo-pediatra si riteneva opportuno procedere ad una toracotomia esplorativa.

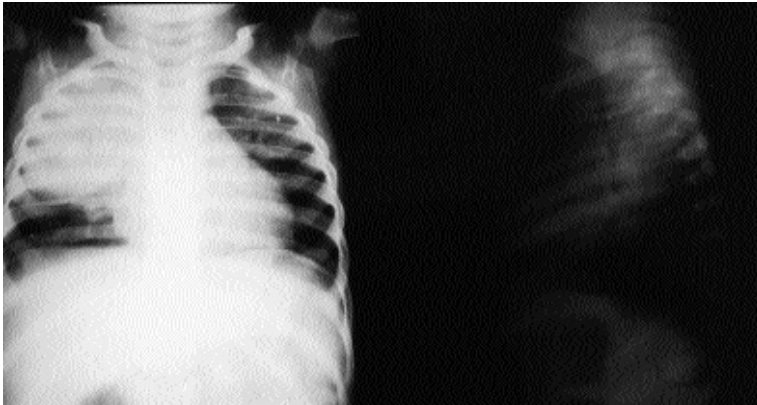


Figura 1 - Quadro radiografico del torace nelle due proiezioni in cui si evidenzia un opacamento sub-massivo dei campi polmonari superiore e medio di destra.

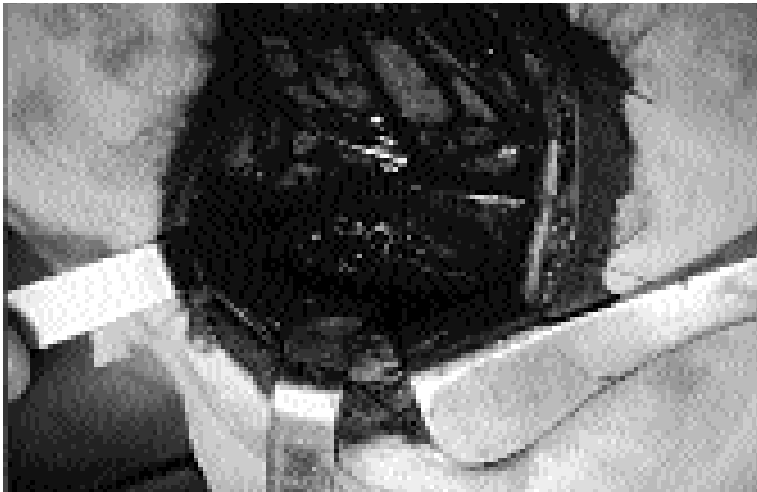


Figura 2 - Tempo operatorio: è evidente la differenza tra il lobo inferiore macroscopicamente indenne ed il parenchima polmonare soprastante estesamente interessato dalla malattia tubercolare.

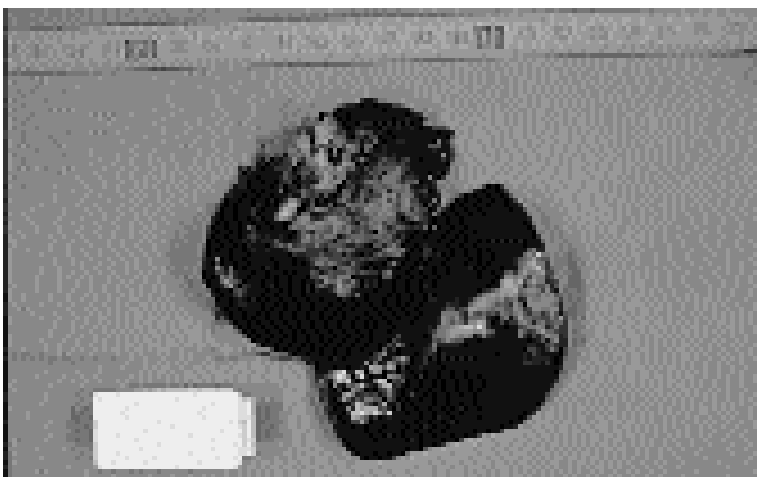


Figura 3 - Lobo superiore e lobo medio del polmone destro asportati e sezionati; prevalente è l'interessamento del lobo superiore.

Al tavolo operatorio si dimostrava l'estesa compromissione del polmone destro con tenaci aderenze tra il lobo superiore e quello medio (Fig. 2 e 3). Si rendeva, pertanto, necessario procedere ad un intervento di bilobectomia.

Il quadro istologico era quello di una TBC polmonare con vaste aree di necrosi caseosa e di lesioni granulomatose, in taluni casi confluenti con necrosi caseosa centrale.

Si trattava, pertanto, di un caso di TBC polmonare in fase avanzata con estesa compromissione dell'organo e che verosimilmente datava già dal primo radiogramma eseguito nel paese di provenienza.

La validità dell'intervento chirurgico è dimostrata dalla rapida ripresa delle condizioni generali del piccolo paziente, che è stato successivamente sottoposto ad un protocollo di chemioterapia antitubercolare con Rifampicina, isoniazide e pirazinamide.

Nei successivi controlli ambulatoriali il piccolo è sempre apparso in ottime condizioni di salute, in assenza di lesioni pleuropolmonari negli esami radiografici eseguiti successivamente, e gode attualmente di ottima salute.

■ DISCUSSIONE

Il caso clinico giunto alla nostra osservazione si presta ad una serie di considerazioni di ordine diagnostico e terapeutico.

Innanzitutto va sottolineato che nella diagnostica delle opacità polmonari va sempre tenuta presente la possibile eziologia tubercolare del quadro radiografico, anche quando le indagini usuali di screening sembrerebbero escluderla. Ciò è tanto più vero se si tiene conto che anche i qua-

dri radiografici non necessariamente, come dimostrato nel nostro caso, presentano quelle caratteristiche di addensamenti disomogenei con perdita di sostanza nel contesto così frequentemente presenti nelle immagini radiografiche tipiche. La possibile eziologia tubercolare di un quadro clinico-radiografico di tal genere va poi maggiormente tenuta presente allorché la provenienza del paziente e da aree geografiche, dove, per le ben note ragioni economiche e socio-sanitarie, tale affezione è ancora largamente diffusa, complicata ulteriormente dalla presenza di micobatteri multiresistenti [2, 11]. Relativamente agli aspetti terapeutici il caso da noi presentato conferma la necessità di una diagnosi precoce della natura specifica del processo polmonare onde evitare che il progredire della malattia determini un esteso coinvolgimento del parenchima con ripercussioni sulla possibile efficacia della terapia medica. È ovvio che nel nostro caso, per la durata della malattia non in tempo diagnosticata e per l'esteso coinvolgimento del polmone, l'intervento chirurgico ha rappresentato il trattamento di scelta [4, 9]. Infatti, anche se il piccolo fosse stato sottoposto in prima istanza ad un trattamento medico antitubercolare la distruzione del parenchima polmonare era tale che gli esiti fibro-cicatriziali, che nella migliore delle ipotesi si sarebbero realizzati, avrebbero determinato un deficit disventilatorio restrittivo che nel nostro caso non si è verificato per i ben noti fenomeni di espansione compensatoria del polmone residuo all'exeresi. Il successivo trattamento chemioterapico ha consentito una piena guarigione del piccolo paziente.

Key words: Bilobectomy, pulmonary tuberculosis

RIASSUNTO

Facendo riferimento alla significativa ripresa della patologia tubercolare anche in età pediatrica, ci è sembrato opportuno riportare il caso clinico di un divezzo brasiliano, giunto

alla necessità di un intervento di bilobectomia polmonare destra a causa di un'estesa lesione tubercolare non diagnosticata in tempo e a lungo trascurata.

SUMMARY

As there has recently been a significant increase in childhood tuberculosis, we considered an important contribution the clinical case of an infant from

Brazil, who underwent right bilobectomy to treat a previously poorly cured enlarged pulmonary tubercular infiltrate.

■ BIBLIOGRAFIA

- [1] Bouvet E. Epidemiology of tuberculosis. *Rev. Pneumol Clin.* 50(5), 209-214, 1994.
- [2] Murray J.F. Multiresistant tuberculosis. *Rev. Pneumol. Clin.* 50(5), 260-267, 1994.
- [3] Picciocchi A., Granone P., Margaritora S., Cesario A., Galetta D. Surgical management of pulmonary tuberculosis. *Rays.* 23(1), 193-202, Jan-Mar 1998.
- [4] Freixinet J. Surgical indications for treatment of pulmonary tuberculosis. *World J. Surg.* 21(5), 475-479, Jun 1997.
- [5] van Leuven M., De Groot M., Shean K.P., von Oppell U.O., Willcox P.A. Pulmonary resection as an adjunct in the treatment of multiple drug-resistant tuberculosis. *Ann. Thorac. Surg.* 63(5), 1368-1373, May 1997.
- [6] Iseman M.D., Madsen L., Goble M., Pomerantz M. Surgical intervention in the treatment of pulmonary disease caused by drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*. *Am. Rev. Respir. Dis.* 141(3), 623-625, 1990.
- [7] Ashour M. Pneumonectomy for tuberculosis. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 12(2), 219-223, Aug. 1997.
- [8] Lardinois D., Furrer M., Mouton W., Gugger M., Ris H.B. Surgical aspects of mycobacterioses. Evolution during the last 20 years. *Schweiz Med. Wochenschr.* 127(47), 1961-1968, Nov. 1997.
- [9] Hewitson J.P., Von Oppel U.O. Role of thoracic surgery for childhood tuberculosis. *World J. Surg.* 21(5), 468-474, Jun 1997.
- [10] Esposito G., Cigliano B., De Luca U., Esposito C., Palazzo G. La nostra esperienza in tema di exeresi polmonari in età pediatrica. In: In onore di Raffaele Paolucci di Valmaggione. Ed. Tipolitografia Fabiani. 447, Pescara 1992.
- [11] de Kantor I.N., Latini O., Barrera L. Resistance and multiresistance to antitubercular drugs in Argentina and in other Latin American countries. *Medicina (B. Aires)*, 58(2), 202-208, 1998.