

Caso clinico

Roberto Ranieri

Medicina Protetta Ospedale San Paolo

Unita' Malattie Infettive CR Opera, CR Bollate,
CC San Vittore

Congresso SIMSpe Cagliari 4 giugno 2015

Caso clinico

Maschio, 35 anni, nazionalità marocchina, da 15 anni in Italia

Anamnesi familiare e patologica remota negative

Pregresso abuso di alcool e hashish, attuale uso occasionale di cocaina, fuma 20 sigarette/die

Sierologia HIV, HCV, lue negative, pregressa HBV

Agosto 2014 a seguito di comparsa di pacchetto linfonodale:

diagnosi di TB linfonodale sovraclaveare sin da

Mycobacterium TB (eseguita PCR aspirato linfonodale, materiale non sufficiente per test di sensibilità)

Si imposta **terapia specifica classica con RIF+ETB+PRZ+INH**
ben tollerata se si eccettua iperuricemia asintomatica

Caso clinico

Decorso clinico: dapprima fistolizzazione verso l'esterno poi risoluzione progressiva della adenopatia

Novembre 2014 ristadiatione con ecografia linfonodale e TAC torace: **netta riduzione della adenopatia, non lesioni polmonari, non nuove lesioni linfonodali**

Si semplificava terapia anti TB a **INH+RIF**

Caso clinico

Gennaio 2015:comparsa di **tumefazione in regione pettorale sin**

Esegue nuova **TAC torace: lesione mediastinica di 4.8 x 2.5 cm** inglobante arteria mammaria int e parenchima polmonare omolaterale. La lesione di soli 8 mm veniva descritta già nella TAC torace dell'agosto 2014 ma ritenuta compatibile con reperto flogistico

Su indicazione chirurgo toracico (che sottolineava la problematicità della localizzazione ai fini bioptici) esegue **agoaspirato transtoracico**TAC guidato con esito di flogosi, neg ricerca CTM

Nel dubbio di un'incostante assunzione della terapia veniva effettuato recounseling e controllo urine (**urine chiare!**)

Dato l'esito non definitivo di tale esame si programmava **biopsia transtoracica** presso altro Centro

Caso clinico

Durante l'attesa dell'appuntamento....il paziente veniva improvvisamente trasferito senza che fosse richiesto un nulla osta infettivologico

Problematiche

TB linfonodale sempre più frequente in pazienti soprattutto di origine straniera

Difficoltà nell'effettuare counseling per barriera linguistica e per tipologia di paziente

Mancata assunzione regolare della terapia dopo sua semplificazione

Mancata esecuzione test di sensibilità

Nuova lesione: progressione malattia, TB resistente o altro?

Improvviso trasferimento durante approfondimento diagnostico

Percentage of new TB cases with MDR-TB^a

