

Εξωπνευμονική φυματίωση με παρατεινόμενο εμπύρετο λόγω δυσαπορρόφησης αντιφυματικών- μία σπάνια κλινική οντότητα

Βρουβάκη Αργυρώ¹, Χατζής Δημήτριος¹, Παράσχου Βασίλειος¹, Χειλάς Γεώργιος¹, Στυλιανός Γαβριηλίδης², Φοίβη Ροντογιάννη²,
Στυλιανός Λουκίδης¹, Βουλγαρέλη Ηλέκτρα¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μη ανταπόκριση των ασθενών με φυματίωση στη θεραπεία αποτελεί διαγνωστική πρόκληση με κοινά αίτια να αποτελούν η απομόνωση ανθεκτικού στελέχους και η πλημμελής συμμόρφωση στη θεραπεία. Η εξωπνευμονική φυματίωση ενδέχεται να προσβάλει το γαστρεντερικό, κυρίως την ειλεοτυφλική συμβολή, με ποικίλη κλινική εικόνα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η δυσαπορρόφηση, αν και σπάνια, πρέπει να θεωρείται πιθανή αιτία μη ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Παρουσίαση Περιστατικού

Πρόκειται για άνδρα 41 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, που προσήλθε λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου έως και 39°C με συνοδό απώλεια βάρους από μηνών. Από την αξονική θώρακος (**Εικόνες 1,2**), διαπιστώθηκαν υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα, κοιλοποιημένο πυκνωτικό διήθημα στη γλωσσίδα με διάσπαρτα πνευμονικά οζίδια τυχαίας κατανομής αμφοτερόπλευρα καθώς και μεγάλη ασκτική συλλογή.

Ο ασθενής διεγνώσθη με πνευμονική και εξωπνευμονική φυματίωση (πλευρίτιδα και περιτονίτιδα), με θετικές καλλιέργειες πτυέλων και πλευριτικού υγρού για M. Tuberculosis. Ευρήματα από τον εργαστηριακό έλεγχο του πλευριτικού και του ασκτικού υγρού συνοψίζονται στον **Πίνακα 1**. Το στέλεχος ήταν ευαίσθητο σε ριφαμπικίνη και ισονιαζίδη και ο ασθενής τέθηκε σε HRZE. Λόγω **εμμονής του εμπυρέτου** και των συλλογών παρά την απομόνωση ευαίσθητου στελέχους, ο ασθενής υπεβλήθη σε ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο όπου αποκλείσθηκε:

1. Συνύπαρξη λοίμωξης ή ανοσοκαταστολής.
2. TB-IRIS καθώς δεν υπήρξε ανταπόκριση στη χορήγηση αρχικά ναπροξένης και τελικά κορτικοστεροειδών από του στόματος.
3. Ο φαρμακευτικός λύκος καθώς ο ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός.

Με βάση τα παραπάνω αποφασίσθηκε διενέργεια PET-CT με σκοπό τον αποκλεισμό συνύπαρξης κακοήθειας ή/ και εύρεση νέας εστίας εξωπνευμονικής φυματίωσης.

PET-CT

Η PET-CT ανέδειξε έντονα παθολογική πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου (όπως φαίνεται στις **Εικόνες 3-5**) σε:

- Όλη την έκταση του υπεζωκότα άμφω.
 - Μεσοθωρακικούς λεμφαδένες και πνευμονικά διηθήματα AP κάτω λοβού.
 - Στο περιτόναιο με εντερική συμμετοχή.
- Με βάση τα παραπάνω, αποφασίσθηκε έναρξη ισονιαζίδης και ριφαμπικίνης ενδοφλεβίως ως επί πιθανής δυσαπορρόφησης των φαρμάκων στα πλαίσια εντερικής φυματίωσης. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε στη θεραπεία και παρατηρήθηκε υποχώρηση του εμπυρέτου και των συλλογών και απήλθε με οδηγίες ολοκλήρωσης της αγωγής από του στόματος.

Συζήτηση

Η ανταπόκριση των ασθενών με εξωπνευμονική φυματίωση βασίζεται κυρίως σε κλινικά κριτήρια όπως: αύξηση του σωματικού βάρους, εργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση. Συνήθη αίτια μη ανταπόκρισης αποτελούν η έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία, η απομόνωση ανθεκτικού στελέχους καθώς και παράγοντες του ξενιστή. Η παρουσία δυσαπορρόφησης αποτελεί σπάνιο αίτιο μη ανταπόκρισης των ασθενών στην αγωγή και οφείλεται σε προσβολή από τη νόσο ή συννοσηρότητες όπως παγκρεατική ανεπάρκεια και ΙΦΝΕ. Επιπλέον, υπάρχουν ελάχιστα καταγεγραμμένα περιστατικά δυσαπορρόφησης σε έδαφος φυματιώδους περιτονίτιδας, χωρίς εντερική συμμετοχή. Συνήθη συμπτώματα φυματίωσης του γαστρεντερικού συνοψίζονται στον **Πίνακα 2**.

Πίνακας 1: Εργαστηριακά ευρήματα από το πλευριτικό και ασκτικό υγρό

Γενική πλευριτικού	40% Lympho
LDH πλευριτικού	1364 U/L
Glu πλευριτικού	12mg/dL
ADA πλευριτικού	120IU/L
ADA ασκτικού	93IU/L

Πίνακας 2: Tb γαστρεντερικού- Κλινική εικόνα

- Προσβολή λεπτού εντέρου:**
- Διάρροϊκές κενώσεις
 - Δυσαπορρόφηση (έως 75%)
- Προσβολή παχέος εντέρου:**
- Αιμορραγία
 - Απόφραξη
- Προσβολή περιτοναίου:**
- Ασκίτης
 - Κοιλιακό άλγος
 - Απόφραξη από συμφύσεις
- Όλες οι μορφές: Συστηματικά συμπτώματα**

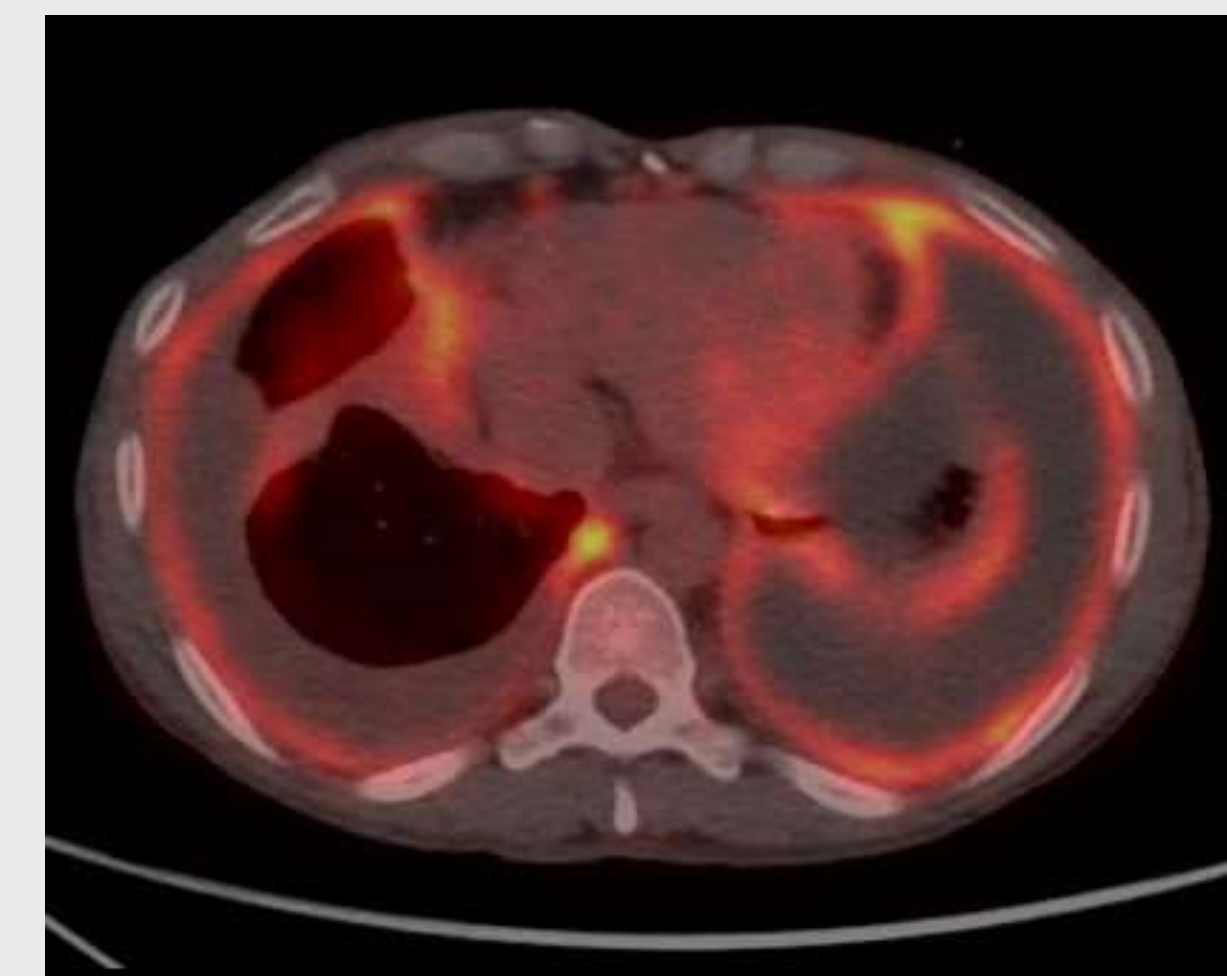
Εικόνα 1: Υπεζωκοτικές συλλογές, Κοιλοποιημένο διήθημα γλωσσίδας



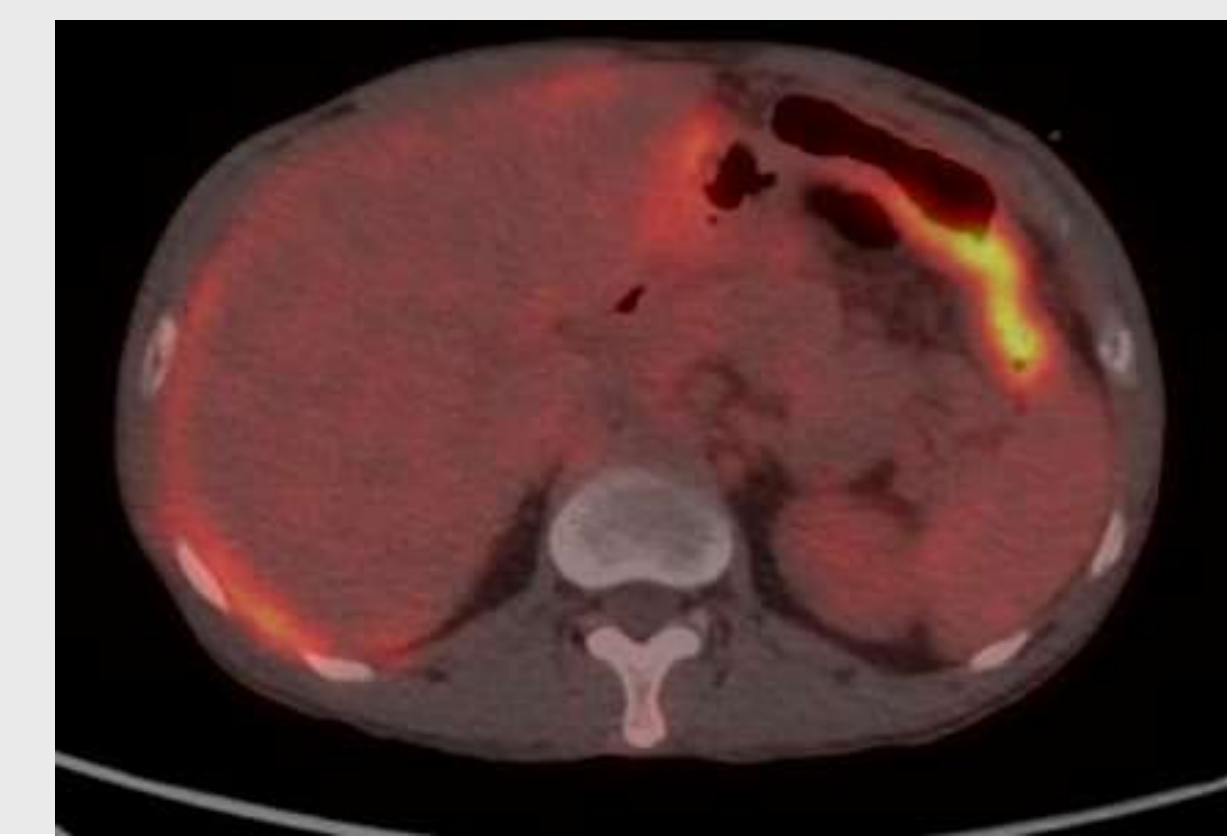
Εικόνα 2: Ασκτική συλλογή



Εικόνα 3: Παθολογική πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στον υπεζωκότα άμφω



Εικόνα 4: Παθολογική πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στο λεπτό έντερο



Εικόνα 5: Ολόσωμη ανασύνθεση με παθολογική πρόσληψη σε: έλικα λεπτού εντέρου, περιτόναιο και υπεζωκότα



REFERENCES

- Migliori GB, Sotgiu G, Rosales-Klantz S, Centis R, D'Ambrosio L, Abubakar I, et al. ERS/ECDC Statement: European Union standards for tuberculosis care, 2017 update. The European Respiratory Journal [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Aug 30];51(5).
- Choi EH, Coyle WJ. Gastrointestinal Tuberculosis. Microbiology Spectrum. 2016 Dec 1;4(6).
- Ελληνικές οδηγίες για τη φυματίωση, Ε.Π.Ε. Απρίλιος 2025
- D.O. Butov. Malabsorption syndromes in patients with tuberculosis as a cause of ineffective treatment: how to diagnose and overcome? Infusion & Chemotherapy [Internet]. 2020 Dec 15;(3.2):24-5.
- Ramadan IT, Abdul-Ghaffar NU. Malabsorption syndrome complicating tuberculous peritonitis. The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease [Internet]. 1997 Feb;1(1):85-6
- Mohamed Tahiri et al , WGO Global Guidelines: Digestive tract tuberculosis 2021

1: Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
2 :Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"