

Immagini in Pneumologia Interventistica

a cura di Pier Aldo Canessa e Angelo Gianni Casalini

Tubercolosi pleurica

Tuberculous pleurisy



Pier Aldo Canessa (foto), Valentina Pinelli, Massimiliano Sivori

SC Pneumologia ASL 5 "Spezzino", Ospedale S. Bartolomeo, Sarzana (SP)

Caso

Donna di 37 anni, non fumatrice, commerciante, anamnesi patologica remota negativa per patologie degne di rilievo. Nel febbraio 2015 le fu posta diagnosi, in centro infettivologico, di polmonite sn ed impostata terapia con levofloxacina per 21 gg associata a cortisone per os. In marzo, a seguito della comparsa di versamento pleurico sn all'Rx torace di controllo, eseguiva una TC Torace (versamento pleurico sn e area di addensamento polmonare LSS in sede dorsale; Figura 1) ed una toracentesi in regime ambulatoriale (essudato, citologia negativa per atipie e PCR-TB negativo).

A distanza di un mese la paziente presentava nuovamente toracodinia sn e febricola, ripeteva quindi un Rx torace con riscontro di versamento pleurico recidivato a sinistra per il quale si rivolgeva ai nostri ambulatori che ne disponevano il ricovero.

Dato il quadro TC, abbiamo sottoposto la paziente a broncoscopia con BAL nel BLSS per ricerca di BK e PCR-TB, citologia e microbiologia per germi comuni.

Il giorno successivo abbiamo eseguito la toracoscopia medica sn con visualizzazione di ispessimento diffuso della pleura parietale color bianco-roseo, morbido al contatto ed alla presa biptica, con diffusi micronoduli bianchi.

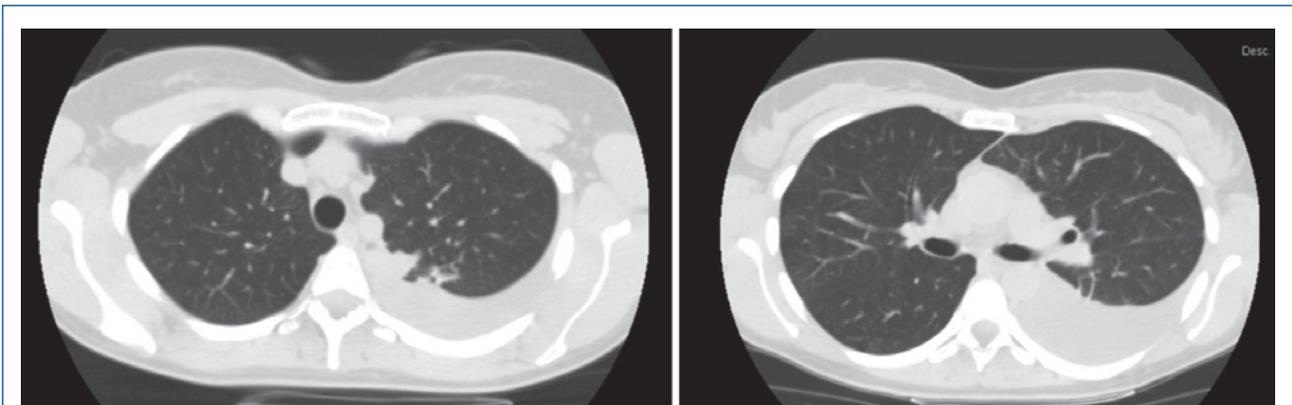


Figura 1. TC torace: versamento pleurico sn con area di piccolo addensamento polmonare in sede dorsale del LSS.



Figura 2. Toracosopia sn: pleura parietale diffusamente ispessita, color rosa, con perdita del normale disegno e con micronoduli bianchi.

Abbiamo ritenuto il quadro endoscopico indicativo per flogosi tubercolare e dimesso la paziente il giorno successivo con terapia specifica (rifampicina e INI).

I referti BAL sono risultati negativi per BK (diretto e colturale), PCR-TB, germi comuni e cellule atipiche.

La ricerca di BK (diretto e colturale) e la PCR-TB sono risultati negativi nel liquido pleurico.

L'esame istologico ha mostrato: frammenti di pleura parietale con focolai di flogosi granulomatosa nodulo-epitelioidea, necrosi centrale e cellule giganti tipo Langhans; la ricerca di BAAR è risultata negativa; la determinazione molecolare di DNA di *Mycobacterium tuberculosis complex* è risultata positiva nel tessuto biopsiato¹.

Non è stato effettuato esame colturale per BK su tessuto biopsiato per motivi tecnici.

La paziente con la terapia specifica ha risolto sintomi e quadro TC pleuropolmonare a sn (TC torace 29 gennaio 2016).

La diagnosi finale è stata: tubercolosi pleurica.

Commenti

Il versamento pleurico tubercolare non è frequente² e colpisce circa il 5% dei soggetti con infezione da micobatterio tubercolare³. La toracosopia è l'esame diagnostico con maggiore sensibilità e specificità nella pleurite tubercolare^{4,5}, oltre che utile per escludere patologie neoplastiche⁵.

Nella nostra casistica di 765 toracoscopie eseguite dal 2002 a 2015, abbiamo 15 pazienti con diagnosi istologica e positività del DNA di *Mycobacterium tuberculosis complex* nel tessuto biopsiato⁶. In questi 15 casi, il quadro toracoscopico è stato: in 8 presenza di micronoduli bianchi su pleura parietale rosea ispessita, come nel caso della paziente descritta; in 5 presenza di noduli di maggiori dimensioni, bianchi o rossi, su pleura diffusamente ispessita (Figura 3A); in 2 una flogosi aspecifica (Figura 3B); in 13 pazienti erano presenti aderenze lasse o fibrotiche con aree di versamento loculato (Figura 3C). In letteratura sono state recentemente riportate le stesse descrizioni macroscopiche in una casistica di 91 casi che presentavano anche un quadro di necrosi diffusa⁷.

In conclusione il quadro visivo toracoscopico nella tbc pleurica è variabile e in oltre la metà dei casi tipico (micronoduli biancastrì su ispessimento diffuso roseo e morbido al contatto con la pinza, con aderenze lasse o fibrotiche) ed in questi casi uno pneumologo esperto può sospettarne la diagnosi con un'alta confidenza.



Figura 3. Immagini toracoscopiche correlate a tbc pleurica: A) nodulo con vicino aderenza lasa; B) flogosi aspecifica; C) aderenze multiple con ispessimento di entrambe le pleure e micronoduli sulla parietale.

Bibliografia

- 1 Takahashi T, Nakayama T. *Novel technique of quantitative nested real-time PCR assay for Mycobacterium tuberculosis DNA*. J Clin Microbiol 2006;44:1029-39.
- 2 Blanc FX, Atassi K, Bignon J, Housset B. *Diagnostic value of medical thoracoscopy in pleural disease. A 6-year retrospective study*. Chest 2002;121:1677-83.
- 3 Siebert AF, Haynes J Jr, Middleton R, et al. *Tuberculous pleural effusion: twenty-year experience*. Chest 1991;99:883-6.
- 4 Sakuraba M, Masuda K, Hebisawa A, et al. *Thoracoscopic pleural biopsy for tuberculous pleurisy under local anaesthesia*. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2006;12:245-8.
- 5 Diacon AH, Van de Wal BW, Wyser C, et al. *Diagnostic tools in tuberculous pleurisy: a direct comparative study*. Eur Respir J 2003;22:589-91.
- 6 Hasaneen NA, Zaki ME, Shalaby HM, et al. *Polymerase chain reaction of pleural biopsy is a rapid and sensitive method of the diagnosis of tuberculous pleural effusion*. Chest 2003;124:2105-11.
- 7 Kong XL, Zeng HH, Chen Y, et al. *The visual diagnosis of tuberculous pleuritis under medical thoracoscopy: a retrospective series of 91 cases*. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2014;18:1487-95.



A I P O
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI

**2° Congresso
Nazionale**

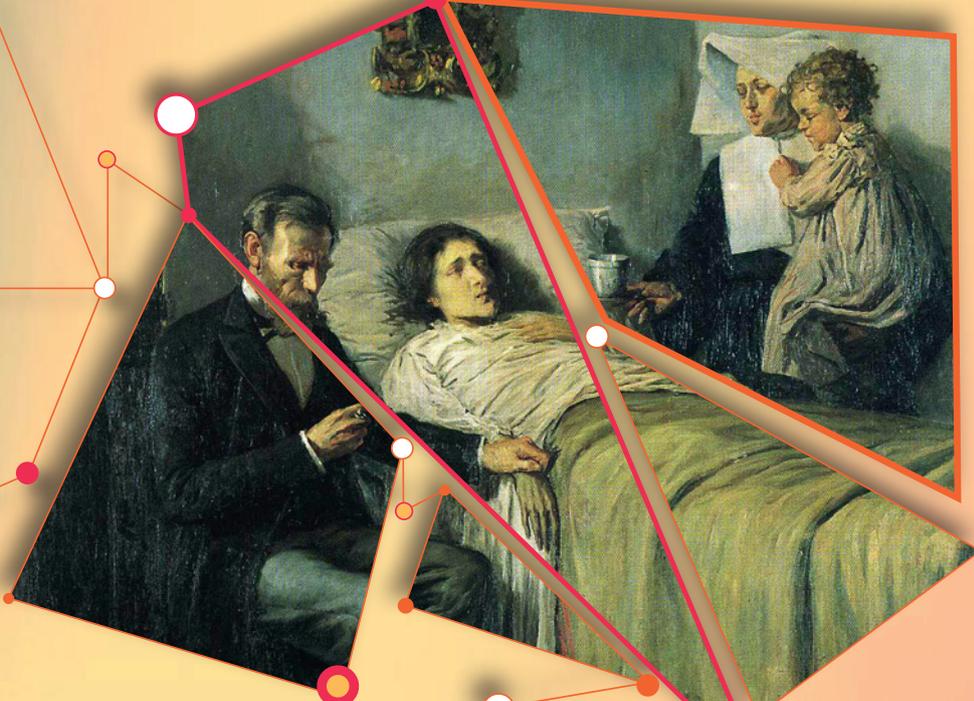
**Il Malato Critico
in Pneumologia
2016**

Parma

**17-18 Novembre
2016**

Aula Congressi
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Angelo Gianni Casalini



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

A I P O
RICERCHE



Via Antonio da Recanate, 2 – 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590350 – Fax +39 02 67382337
segreteria@aiporicerche.it – www.aiporicerche.it

aiponet

Dal 2004 al servizio della Pneumologia Italiana
aiposegreteria@aiporicerche.it
www.aiponet.it

segui su   