



Un caso di TBC addominale in paziente con nuova diagnosi HIV trattato con successo: importanza della diagnosi precoce e necessità di terapia prolungata

G. Marchetti, J. Kalo, E. Tagliaferri, S. Verdenelli, N. Riccardi, G. Tiseo, M. Falcone

Unità di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa, Italy

INTRODUZIONE

In Occidente, l'incremento della TBC (forme polmonari ed extrapolmonari) è andato di pari passo alla diffusione dell'infezione da HIV e al conseguente deficit dell'attività del sistema immunitario cellulomediata. *Mycobacterium tuberculosis* complex può localizzarsi a livello dell'addome sia come sede primitiva che secondaria (diffusione ematica o da focolai polmonari attivi o per contiguità da organi adiacenti); la TBC addominale può interessare il tratto gastrointestinale, il peritoneo, i linfonodi addominali, il mesentere e i parenchimi quali quello epatico, splenico o pancreatico.

DESCRIZIONE DEL CASO

Uomo italiano, 47 anni. ex fumatore (abitudine tabagica interrotta 3 anni fa), insegnante di enologia. In passato rapporti non protetti e utilizzo sporadico di cocaina e di cannabis. Nega uso di sostanze per via endovenosa. Politatuato. Ha eseguito più volte test di screening HIV (ultimo nel 2020) con esito negativo. Vaccinato con 3 dosi per SARS-CoV-2.

Giungeva alla nostra attenzione a Giugno 2022 per insorgenza da circa 2 mesi di dolore a livello del rachide e della cresta iliaca destra, inizialmente responsivi al paracetamolo. Da inizio Maggio 2022 si associavano febbre, dispnea e tosse non produttiva con riscontro di infezione da SARS-CoV-2, monitorato a domicilio. Nonostante la negativizzazione al tampone nasofaringeo persisteva febbre con brivido e dolore in cresta iliaca destra, oltre a diarrea ed offuscamento della vista. Gli esami ematochimici mostravano lieve incremento della PCR.

Il test di screening HIV risultava positivo e confermato con Western blot (viremia 168000 copie/ml, log 5,2) con una conta CD4+ di 18/mmc.

Dopo le opportune valutazioni, veniva introdotta terapia antiretrovirale con dolutegravir e tenofovir/emtricitabina. Per la presenza di linfonodi addominali colliquati ipercaptanti alla TC-PET (Fig.1), veniva effettuata biopsia di un linfonodo addominale che non rilevava un quadro ascrivibile a neoplasia. Tuttavia, il liquido addominale risultava positivo per *Mycobacterium tuberculosis* (amplificazione genica e coltura).

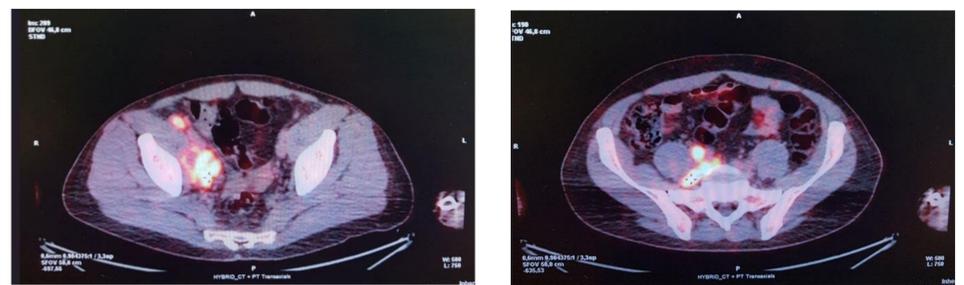


Fig. 1. Immagini TC-PET (15 Giugno 2022) che evidenziano patologico ipermetabolismo glucidico dei linfonodi addominali con SUV max 22.2 a sede lombo-aortica dx.

Veniva iniziata terapia empirica con isoniazide, rifampicina, moxifloxacina, azitromicina ed etambutolo e terapia steroidea. Il dosaggio del dolutegravir è stato incrementato per le interazioni con la rifampicina. Per il riscontro di negatività del gene di resistenza alla rifampicina si semplificava la terapia anti-tubercolare sospendendo l'azitromicina.

Il decorso post-operatorio si complicava con riscontro di perforazione duodenale sottoposta a rafia. La febbre si riduceva gradualmente fino alla risoluzione, gli indici di flogosi erano in progressiva riduzione. I 4 drenaggi addominali venivano gradualmente rimossi con costante riduzione del dolore addominale e consensuale diminuzione della terapia analgica fino alla sospensione. Le emocolture e le colture dai drenaggi addominali risultavano ripetutamente negative per *Mycobacterium tuberculosis*.

Il paziente è stato quindi dimesso a domicilio con stretto follow-up ambulatoriale. L'ultima viremia HIV, a distanza di 4 settimane dal primo rilievo, è risultata poco sopra la soglia (107 copie/ml, log 2,0) e la conta dei linfociti CD4+ si è mantenuta a livelli bassi (5,5%).

CONCLUSIONI

Mycobacterium tuberculosis può essere causa di forme cliniche disseminate, specialmente in pazienti immunodepressi.

Sebbene possa risultare particolarmente difficoltosa per la presenza di sintomi vaghi e aspecifici, la diagnosi deve essere tempestiva e la terapia di associazione prolungata.

CONTATTI

Gabriele Marchetti, Medico in formazione specialistica in Malattie Infettive e Tropicali. Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Università di Pisa, Pisa, Italy.

Email address: g.marchetti9@studenti.unipi.it

phone number: +39-3348076118