

Φυματιώδης λεμφαδενίτις με τυροειδοποιημένη εξέλκωση σε ασθενή που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση.

**Α. Μ. Δαρδαμάνης¹, Δ. Λουκά², Ε. Πουϊάνου¹,
Ε. Κουλιούση¹, Ι. Πέτρου¹
Νεφρολογικό Τμήμα¹ &
Μικροβιολογικό Εργαστήριο² Ν.Γ.Ν. Πρεβέζης**

Εισαγωγή

Η φυματίωση κατά την τελευταία εικοσαετία παρουσίασε μία αύξηση της συχνότητάς της, συνεχίζοντας να αποτελεί πρόβλημα ⁽¹⁾. Το γεγονός ότι η φυματίωση επιμένει να αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας, οφείλεται ως ένα βαθμό στον μεγάλο αριθμό ασθενών που πάσχουν από την νόσο και παραμένουν αδιάγνωστοι. Η ύπουλη πορεία της νόσου και η καθυστέρηση στην διάγνωση και θεραπεία έχουν σαν αποτέλεσμα παρατεταμένη περίοδο μολυσματικότητας ^(2,3,4). Η κλινική εμφάνιση, τα εργαστηριακά και ακτινολογικά ευρήματα ποικίλουν τόσο πολύ, ώστε η φυματίωση μπορεί να διαδράμει αδιάγνωστη ⁽⁵⁾.

Μετά την φυματιώδη πρωτομόλυνση από την αναπνευστική οδό, που είναι η πιο συνηθισμένη, παρατηρείται συχνά αιματογενής διασπορά των μυκοβακτηριδίων της φυματίωσης, τα οποία μπορεί να εγκατασταθούν και στους λεμφαδένες. Η φάση αυτή πολλές φορές δεν είναι κλινικά εμφανής. Μπορεί η εγκατάσταση στους λεμφαδένες να παραμείνει για μακρόν λανθάνουσα και να δώσει λαβή σε κλινική εκδήλωση φυματιώδους λεμφαδενίτιδας σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του ατόμου, λόγω ειδικών συνθηκών μείωσης της αντίστασης του οργανισμού. Η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που φέρουν βακίλλους φυματίωσης έχουν λανθάνουσα ή αδρανή ("επουλωμένη") φυματίωση. Ουλές στις κορυφές των πνευμόνων που περιέχουν βιώσιμους μικροοργανισμούς μπορεί να παραμείνουν αδρανείς για πολλά χρόνια και στην συνέχεια να αναδραστικοποιηθούν και να προκαλέσουν κλινική φυματίωση. Άλλα σημεία στα οποία μπορεί να υπάρχουν αδρανείς βάκιλλοι της φυματίωσης για χρόνια και στη συνέχεια να αναβιώσουν περιλαμβάνουν τον νεφρό (από τον οποίο βάκιλλοι μπορεί να επεκταθούν στην γεννητική οδό στον άντρα); την σπονδυλική στήλη, τα οστά, τις σάλπιγγες, τον εγκέφαλο και τους λεμφαδένες στην πύλη των πνευμόνων και τον τράχηλο ⁽⁶⁾. Αλλά εκτός από την αιματογενή διασπορά μπορεί να παρεμβληθεί και η λεμφική οδός, οπότε τα μυκοβακτηρίδια οδεύουν από τους πυλαίους λεμφαδένες στους τραχηλικούς διαμέσου των παρατραχειακών. Εκτός από αυτή τη φυματιώδη λεμφαδενίτιδα των επιχωρίων πυλαίων λεμφαδένων, παρατηρούνται σπανιότατα επιχώριες λεμφαδενίτιδες της υπογνάθιας, αλλά και της παρατραχηλικής χώρας από πρωτοπαθείς εστίες ή έλκη ενοφθαλμισμού εντοπιζόμενα στην στοματική κοιλότητα, τα ούλα, την γλώσσα, τα χείλη, τον φάρυγγα, τις αμυγδαλές ή και το δέρμα του προσώπου ⁽⁷⁾.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν μειωμένη κυτταρικού τύπου ανοσία και εμφανίζουν φυματίωση σε δεκαπλάσια συχνότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ^(8,9).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσία-

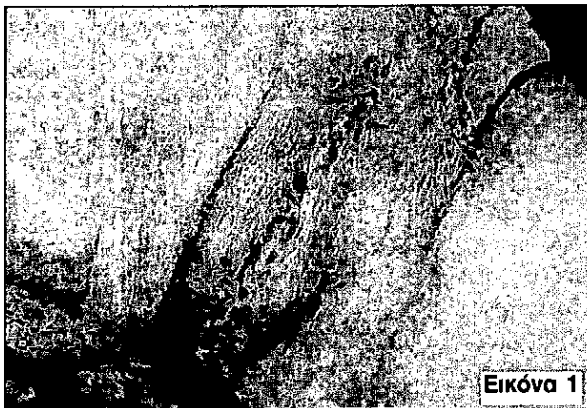
Υπεύθυνος Αλληλογραφίας

Δαρδαμάνης Αρ. Ματθαίος
Δ/ντής Μονάδας Τεχνητού Νεφρού
Ν.Γ.Ν. Πρεβέζης
Σελευκείας 2
48100 Πρέβεζα
Τηλ.: (0682) 22873, 46256 - Fax: 24837

ση ενός σπάνιου περιστατικού φυματιώδους τραχηλικής λεμφαδενίτιδας με τυροειδοποιημένη εξέλιξη, σε υπερήλικα ασθενή που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση.

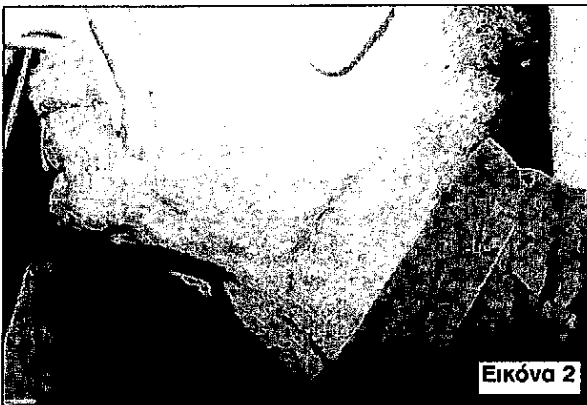
Υλικό - Μέθοδος - Αποτελέσματα

Ασθενής ηλικίας 72 ετών που υποβάλλεται από τετραετίας σε αιμοκάθαρση, παρουσίασε επί δύο μήνες πυρετό 37-37,5 C°. Είχε επίσης απώλεια βάρους 4 Kgr. Δεν είχε βήχα, αδυναμία, εξάντληση ή άλλο ιδιαίτερο σύμπτωμα πέραν της εικόνας του νεφροπαθούς. Η κλι-



Εικόνα 1

νικοεργαστηριακή του εικόνα και οι δείκτες αιμοκάθαρσης ήταν καλή. Στον ασθενή έγινε α/α θώρακος, καλλιέργεια αίματος, οροαντίδραση Widal & Whright που ήταν όλα αρνητικά. Η ΤΚΕ ήταν 60 mm στην πρώτη ώ-



Εικόνα 2

ρα. Διογκωμένοι λεμφαδένες δεν ανευρέθησαν κατά την αρχική εξέταση. Η δερμοαντίδραση φυματίνης (mantoux) ήταν αρνητική. Δερμοαντίδραση mantoux έγινε σε όλους τους ασθενείς της Μονάδας μας. Αυτή ήταν θετική στους 12 από το σύνολο των 118 ασθενών (10%). Ένα χρόνο πριν την εμφάνιση του πυρετού αυτού, ο ασθενής είχε παρουσιάσει πνευμονία με αιματηρή απόχρεμψη και η οποία είχε διερευνηθεί με ακτινογραφίες, φεξονική τομογραφία, βρογχοσκόπηση και καλλιέργειες βρογχικού εκπλύματος, που ελήφθη κατά την βρογχοσκόπηση. Μετά τον πρώτο μήνα του πυρετού ο ασθενής παρατήρησε διογκωμένο λεμφαδένα στην αριστερή τραχηλική χώρα, ο οποίος κατά τον επόμενο μήνα εξελκώθηκε με εικόνα τυροειδοποίησης (εικόνα 1). Έγινε χειρουργική αφαίρεση αυτού, η δε ιστολογική εξέταση που ακολούθησε έδειξε κοκκιωματώδη

ιστό μη ειδικό φυματιώδους μόλυνσης. Ταυτόχρονα έγινε καλλιέργεια του βιοψικού υλικού στην οποία αναπτύχθηκαν οξεάντοχα βακτηρίδια. Δεν έγινε ταυτοποίηση ανθρωπίου ή βοείου τύπου μυκοβακτηριδίου.

Ο ασθενής ετέθη σε τριπλή αντιφυματική αγωγή (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμπουτόλη) για εννέα μήνες με πλήρη ύφεση του πυρετού και επούλωση του χειρουργικού τραύματος (εικόνα 2). Σήμερα, ένα χρόνο μετά το πέρας της θεραπείας, ο ασθενής είναι καλά συνεχίζοντας αιμοκάθαρση.

Συζήτηση

Η ενεργός φυματίωση εμφανίζεται συχνότερα στα άτομα που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση απ' ότι στο γενικό πληθυσμό της ίδιας περιοχής^(9,10). Στον Καναδά, σε ασθενείς που υποβάλλονται, σε αιμοκάθαρση, αναφέρεται συχνότητα εμφάνισης ενεργού φυματίωσης 1,6%, με εξωπνευμονική εντόπιση 43%⁽⁹⁾. Αντίστοιχα ποσοστά εμφάνισης στην Τουρκία 23,6% και 30%, ενώ στη Σαουδική Αραβία 4,8% και 38%^(8,11). Στην χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχα δεδομένα. Στην Μονάδα μας η εμφάνιση του παρόντος περιστατικού καθώς και ενός άλλου με πλευριτική συλλογή που έχει ήδη δημοσιευθεί⁽¹²⁾, παρέχει ποσοστά συνολικής εμφάνισης της φυματίωσης επί συνόλου 118 ασθενών 1,7% με 50-50% κατανομή της πνευμονικής και εξωπνευμονικής εντόπισης.

Η δερμοαντίδραση mantoux δεν ήταν αξιόπιστη μέθοδος ελέγχου της νόσου εφ' όσον βρέθηκε αρνητική τόσο στον συγκεκριμένο ασθενή, όσο και σε ποσοστό (90%) επί του συνόλου των ασθενών μας, ενώ στον γενικό πληθυσμό της χώρας μας η mantoux είναι θετική κατά 70%. Στους ασθενείς αυτούς βέβαια αναφέρεται απουσία αντίδρασης όχι μόνο στην φυματίνη, αλλά και σε άλλα αντιγόνα με ποσοστό γενικής ανεργίας 32%⁽¹³⁾. Η δερμοαντίδραση mantoux αναφέρεται αρνητική στο 100% της μελέτης από την Σαουδική Αραβία⁽¹¹⁾. Οι ασθενείς του γενικού πληθυσμού που πάσχουν από φυματίωση και διαφεύγουν της διάγνωσης κυμαίνονται σε ποσοστό 42-58%^(2,3,13). Η διάγνωση της φυματίωσης μπορεί να διευκολυνθεί με την θετικοποίηση της δερμοαντίδρασης mantoux, ενώ η αρνητική mantoux δεν αποκλείει την φυματίωση, ακόμη κι όταν υπάρχει θετική δερμοαντίδραση σε άλλα αντιγόνα⁽¹⁴⁾.

Η ηλικία άνω των 65 ετών και η απουσία ευρημάτων ή συμπτωμάτων από τους πνεύμονες είναι οι κύριοι παράγοντες δυσκολίας στη διάγνωση⁽¹³⁾. Επίσης η διάγνωση της φυματίωσης είναι δύσκολη στους ηλικιωμένους^(15,16).

Η ευαισθησία και η ειδικότητα των καλλιέργειών υλικού για οξεάντοχα βακτηρίδια στην διάγνωση της φυματίωσης ποικίλλουν^(17,18). Στην περίπτωση του ασθενούς μας ενώ η καλλιέργεια για οξεάντοχα απέβη θετική, η ιστολογική δεν καθόριζε επακριβώς το είδος της κοκκιωματώδους φλεγμονής. Ο ασθενής μας τόσο κατά την διάρκεια της διερεύνησης της νόσου, όσο και μετά την έναρξη της θεραπείας, δεν απομονώθηκε ούτε από την Μονάδα Αιμοκάθαρσης, ούτε από την οικογένειά του. Κριτήριο ήταν η αρνητική ακτινογραφία θώ-

ρακος και η μη ύπαρξη σπηλαιώδους φυματίωσης, που έχει μεγάλη μεταδοτικότητα ^{16, 19}.

Η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας είναι συνήθης, λόγω επιφυλακτικότητας των ιατρών, όταν δεν έχουν επιβεβαιώσει την διάγνωση ¹⁹.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η φυματίωση και ιδιαίτερα οι εξωπνευμονικές εντοπίσεις αυτής στους νεφροπαθείς είναι ύπουλες και διαφεύγουν την διάγνωση, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην θεραπεία. Η διάγνωση είναι πιο δύσκολη στους υπερήλικες κι εκείνους χωρίς συμπτώματα από το αναπνευστικό. Ακόμη κι όταν υποψιαζόμαστε την φυματίωση, η θεραπεία πολλές φορές καθυστερεί, διότι περιμένουμε βακτηριολογική επιβεβαίωση. Η πρώιμη όμως έναρξη εμπειρικής αντιφυματικής θεραπείας θα συμβάλει στην μείωση της νοσηρότητας, αλλά και διασποράς της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. Mathur P., Sacks L., Auten G., Sall R., Levy C., Gordin F. Delayed Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in City Hospitals. Arch Intern Med. 1994 Feb; 154: 306-310.
2. Councill SR., Tan JS., Dittus RS., Unsuspected pulmonary tuberculosis in a community teaching hospital. Arch Intern Med 1989; 149: 1274-1278.
3. Kramer FK., Modilevsky T., Waliary AR., Leedon JM., Barnes PF. Delayed diagnosis of tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. Am J Med 1990; 89: 451-456.
4. Bobrowitz ID. Active tuberculosis undiagnosed until autopsy. Am J Med 1982; 72: 650-658.
5. Katz I., Rossenthal T., Michael D. Undiagnosed tuberculosis in hospitalized patients. Chest 1985; 87: 770-774.
6. Σταυρόπουλος Κ. Περιφερική Φυματιώδης Λεμφαδενίτις. Στο: Πνευμονολογία Κ. Σταυρόπουλου (εκδότης), Θεσσαλονίκη 1979: 317-321.
7. Stead W.W., Bates J. Φυματίωση. In: Harrison. Εσωτερική Παθολογία 8η Έκδοση, Τόμος Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισάνου, 1980: 1090-1104.
8. Cengiz K. Increased incidence of tuberculosis in patients undergoing hemodialysis. Nephron 1996; 73(3):421-424.
9. Belcon MC., Smith EK., Kahana LM., Shimizu AG. Tuberculosis in dialysis patients. Clin Nephrol 1982; 17(1):14-18.
10. Garcia - Leoni ME., Martin - Scapa C., Rodeno P., Valderabano F., Moreno S., Bouza E.: High incidence of tuberculosis in renal patients. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1990; 9: 283-285.
11. Mohammed Al - Homrany. Successful Therapy of Tuberculosis in Hemodialysis Patients. Am J Nephrol 1997; 17: 32-35.
12. Μήτση Ι., Τασσηνίκου Α., Γκότζιου Χ., Μπιτσαβά Δ., Μαλουσούδη Φ., Φώτου Ε., Δαρδαμάνης Μ.Α. Φυματιώδης πλευριτική συλλογή σε γυναίκα με τελικό στάδιο ΧΝΑ και ουραιμικό σύνδρομο (Ειδική κλινική περίπτωση). Τόμος Πρακτικών 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Νεφρολογίας, Ιωάννινα, Μάιος 1998.
13. Woeltje K. F., Allen M., Rothstein M., Seiler S., Fraser V.J. Tuberculosis Infection and Anergy in Hemodialysis Patients. Am J Kidn Dis 1998; 31(5): 848-852.
14. Nash DR., Douglas JE. Anergy in active pulmonary tuberculosis. Chest 1980; 77: 32-37.
15. Katz PR., Reichman W., Dube D., Feather J. Clinical features of pulmonary tuberculosis in young and old veterans. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 512-515.
16. Dorken E., Gryzbowski S., Allen EA. Significance of the tuberculin test in the elderly. Chest 1987; 92: 237-240.
17. Gordin F., Slutkin G. The validity of acid-fast smears in diagnosis of pulmonary tuberculosis. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1025-1027.
18. Greenbaum M., Beyt BE., Murray PR. The accuracy of diagnosing pulmonary tuberculosis at a teaching hospital. Am Rev Respir Dis 1980; 121: 477-481.
19. Scott B., Schmid M., Nettleman M. Early Identification and Isolation of Impatient at High Risk for Tuberculosis. Arch Intern Med 1994 Feb; 154: 326-330.