

Ηωσινοφιλική Φυματιώδης Πλευρίτιδα

Εισαγωγή

Ο ορισμός της ηωσινοφιλικής πλευρίτιδας προϋποθέτει την παρουσία ηωσινοφίλων εντός του πλευριτικού υγρού σε ποσοστό $>10\%$ του συνολικού αριθμού των λευκοκυττάρων (1). Έως και 8% των περιπτώσεων εξιδρωματικών υπεζωκοτικών συλλογών είναι ηωσινοφιλικές (2). Οι συχνότερες καταστάσεις που σχετίζονται με ηωσινοφιλικές υπεζωκοτικές συλλογές είναι η παρουσία αέρος ή αίματος εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας, προηγηθείσες θωρακοπαρακεντήσεις, η αμιάντωση, αυτοάνοσα νοσήματα του συνδετικού ιστού, αντιδράσεις σε φάρμακα, παρασιτώσεις όπως η παραγονιμίαση και κακοήθη νεοπλασμάτα (1,2,3). Υποστηρίζεται ότι η διάγνωση της φυματιώδους πλευρίτιδας μπορεί να αποκλεισθεί αν ο αριθμός των ηωσινοφίλων στο πλευριτικό υγρό είναι αυξημένος ($>10\%$), εκτός εάν υπάρχει πνευμοθώρακας ή έχει προηγηθεί παρακέντηση θώρακα (4). Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα της φυματίωσης στη χώρα μας έχει αυξηθεί και σε ένα ποσοστό ευθύνεται και ο μεγάλος αριθμός μεταναστών από γειτονικές χώρες ή χώρες του τρίτου κόσμου. Με την αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων είναι δυνατόν να αναγνωρισθούν περισσότερες περιπτώσεις ηωσινοφιλικής φυματίωσης (TB) πλευρίτιδας σε σχέση με το παρελθόν (5). Στη συνέχεια περιγράφεται η περίπτωση νεαρού άνδρα με ηωσινοφιλική TB πλευρίτιδα και επιχειρείται σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Περιγραφή της περίπτωσης

Αφορά άνδρα 28 ετών από την Αλβανία, που προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω ξηρού βήχα, δεξιάς πλευροδυνίας, απογευματινού πυρετού έως 38,3ο C, νυχτερινών ιδρώτων και ανορεξίας από 15νθημέρου. Από εξωτερικό ιατρό είχαν χορηγηθεί αντιβιοτικά (αμοξικιλίνη και ροξιθρομυκίνη) χωρίς κλινική ανταπόκριση. Ο ασθενής δεν κάπνιζε, ούτε έκανε κατάχρηση οινόπνευματων. Δεν ήταν χρήστης ναρκωτικών ουσιών. Πριν από τρία χρόνια ο αδελφός του είχε υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή για ενεργό φυματίωση πνευμόνων.



Εικόνα 1: Α/α θώρακα του ασθενούς κατά την εισαγωγή. Παρατηρείται θολερότητα της βάσης του δεξιού πνεύμονος και υπεζωκοτική συλλογή.

Δ. Παπαϊωαννίδης, Γ.Χ. Χατζηγεωργίου, Σ.Ν. Νίκας, Δ.Ν. Νίκας, Μ. Κραββαρίτη, Δ. Μαντέλλος, Ι. Λεονταρίδης

Παθολογική Κλινική Γεν. Νομαρχ. Νοσοκομείου Άρτας και Κ.Υ. Δελβινακίου Ιωαννίνων

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

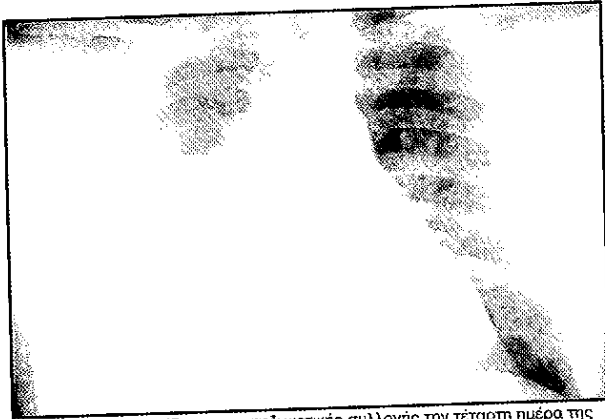
Δ. Παπαϊωαννίδης

Τ.Θ. 92

47100 Άρτα

τηλ. 26810-22222, 6932-230995

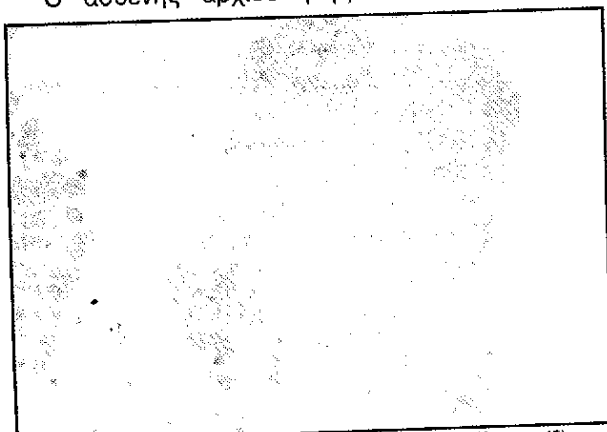
Η κλινική εξέταση αποκάλυψε την παρουσία επικρουστικής αμβλύτητας και ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο κατώτερο ήμισυ της οπίσθιας επιφάνειας του δεξιού ημιθωρακίου. Η θερμοκρασία του σώματος ήταν 37,4ο C. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε την παρουσία υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά (εικόνες 1,2).



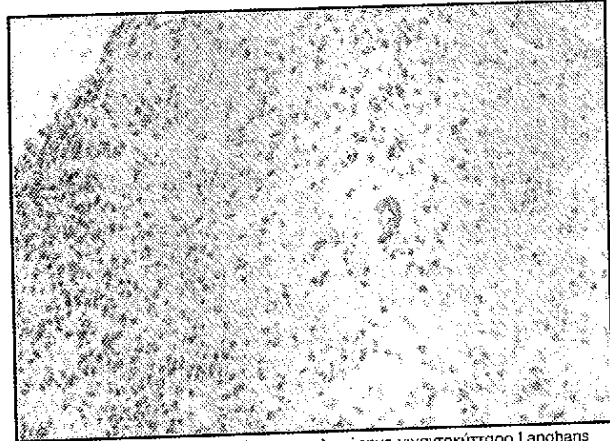
Εικόνα 2: Μεγάλη αύξηση της υπεζωκοτικής συλλογής την τέταρτη ημέρα της νοσηλείας.

Η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν εντόνως θετική. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε Ht 37%, λευκά 8500 κκx αίματος (πολυμορφοπύρρηνα 64%, λεμφοκύτταρα 18%, ηωσινόφιλα 6% και μεγάλα μονοπύρρηνα 12%), αιμοπετάλια 380.000 κκx αίματος και ΤΚΕ 70 mm την 1η ώρα. Ο βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Έγινε διαγνωστική παρακέντηση θώρακα και ο γενικός και βιοχημικός έλεγχος του πλευριτικού υγρού έδειξε λεύκωμα 5,8 gr/dl, σάκχαρο 65 mg/dl, LDH 370 u/l (ευρήματα εξιδρωματικής υπεζωκοτικής συλλογής), κύτταρα 3.800 κκx υγρού με 2% πολυμορφοπύρρηνα, 65% λεμφοκύτταρα, 3% μεγάλα μονοπύρρηνα και 30% ηωσινόφιλα. Μικροσκοπική εξέταση δειγμάτων πλευριτικού υγρού, μετά από χρώσεις κατά Gram και για οξεάντοχα ήταν αρνητική. Παρασιτολογικές κοπράνων και ορολογικός έλεγχος για αντιεχينوκοκκικά αντισώματα έδωσαν αρνητικό αποτέλεσμα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία υπεζωκότα με βελόνη Abrams και η ιστολογική εξέταση έδειξε την παρουσία κοκκιωμάτων υπεζωκότα και γιγαντοκυττάρων Langhans, αλλά όχι οξεάντοχων βακίλλων ή μυκήτων σε ειδικές χρώσεις που έγιναν (εικόνες 3,4).

Ο ασθενής άρχισε φαρμακευτική αγωγή με



Εικόνα 3: Κοκκιώματα υπεζωκότος με τυροειδή νέκρωση (μεγέθυνση x 45)



Εικόνα 4: Κοκκιώματα υπεζωκότος με πολυπύρρηνο γιγαντοκύτταρο Langhans στο κέντρο (μεγέθυνση x 450)

ισονιαζίδιο, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη, αιθαμβουτόλη και πυριδοξίνη, με σταδιακή βελτίωση της κλινικής του κατάστασης. Έξι μήνες αργότερα, ενώ ακολουθούσε τριπλή αντιTB αγωγή, ήταν σε πολύ καλή γενική κατάσταση και η υπεζωκοτική συλλογή είχε υποχωρήσει.

Συζήτηση

Η TB πλευρίτιδα συχνά μπορεί να αποτελέσει ένα δύσκολο διαγνωστικό πρόβλημα (6). Η μικροσκοπική εξέταση του πλευριτικού υγρού για οξεάντοχους βάκιλλους πολύ σπάνια είναι θετική και η απομόνωση μικροοργανισμών στις καλλιέργειες πλευριτικού υγρού είναι δυνατή σε 30% των περιπτώσεων (7). Η βιοψία του υπεζωκότα δίνει θετικά αποτελέσματα (συνήθως αποκαλύπτοντας την παρουσία κοκκιωμάτων) σε 70-80% των περιπτώσεων (7,8). Σε μια μελέτη, 15% των ασθενών με TB πλευρίτιδα είχαν αρνητικά αποτελέσματα στον μικροβιολογικό και κυτταρολογικό έλεγχο του πλευριτικού υγρού, καθώς και στην ιστολογική εξέταση υπεζωκοτικού υλικού και η διάγνωση της TB ετέθη με καλλιέργεια πτυέλων (7).

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή, η παρουσία ηωσινοφιλίας στο πλευριτικό υγρό είναι εναντίον της διάγνωσης TB πλευρίτιδας (4). Ηωσινοφιλική υπεζωκοτική συλλογή έχει αναφερθεί σε 8 από 141 ασθενείς με πιθανή TB πλευρίτιδα. Η διάγνωση βασίστηκε στην βιοψία υπεζωκότα, που έδειξε επιθηλιοειδή κοκκιώματα. Οξεάντοχοι βάκιλλοι απομονώθηκαν στα πύελα, το πλευριτικό υγρό ή το γαστρικό υγρό μόνο σε 55% των ασθενών (9). Σε ανασκόπηση 78 περιπτώσεων ηωσινοφιλικής υπεζωκοτικής συλλογής από το ίδιο ερευνητικό κέντρο, 9 μόνο ασθενείς είχαν επιθηλιοειδή κοκκιώματα στη βιοψία υπεζωκότα, ενώ 5 ασθενείς είχαν μη ειδικά ευρήματα, αλλά συγχρόνως εμφάνιζαν ενεργό πνευμονική TB (10). Δεν αναφέρεται όμως αν είχαν προηγηθεί παρακεντήσεις θώρακα. Η ηωσινοφιλία στο πλευριτικό υγρό σε ορισμένες από τις ανωτέρω περιπτώσεις ίσως δεν οφειλόταν σε TB. Άλλες μελέτες δεν έδειξαν παρόμοια ποσοστά ηωσινοφιλικής TB πλευρίτιδας. Στη μεγαλύτερη σειρά με 500 ασθενείς με TB πλευρίτιδα, μόνο ένας διαπιστώθηκε ότι είχε ηωσινοφιλία στο πλευριτικό υγρό (11). Σε ανασκόπηση πολλών σειρών ασθενών με

TB πλευρίτιδα, βρέθηκε ότι το ποσοστό ηωσινοφιλικής TB πλευρίτιδας είναι σχεδόν μηδαμινό (2). Για τον λόγο αυτό διατυπώθηκε η άποψη ότι η παρουσία ηωσινοφιλικής υπεζωκοτικής συλλογής ελαττώνει την πιθανότητα TB σε 10% (2).

Είναι γνωστό ότι η TB πλευρίτιδα μπορεί να υποχωρήσει αυτόματα (4). Στο 60-65% όμως των περιπτώσεων ακολουθεί, αν δεν χορηγηθεί αντι-TB θεραπεία, φυματιώδης πνευμονία. Για το λόγο αυτό, η αυτόματη υποχώρηση ηωσινοφιλικής υπεζωκοτικής συλλογής σε ασθενή υψηλού κινδύνου για TB, δεν πρέπει να αποτελεί στοιχείο εναντίον της διάγνωσης TB πλευρίτιδας (6).

Μέτρηση των συγκεντρώσεων του ενζύμου ADA (απαμινάση της αδενοσίνης) στο πλευριτικό υγρό στις ανωτέρω περιπτώσεις δεν έγινε, όπως άλλωστε δεν έγινε και στη δική μας περίπτωση, λόγω αδυναμίας του εργαστηρίου του νοσοκομείου μας. Το ένζυμο αυτό, όπως είναι γνωστό, είναι σημαντικά αυξημένο σε συλλογές TB αιτιολογίας (4) και η μέτρησή του μπορεί να βοηθήσει στη διεκρίση της αιτιολογίας μιας ηωσινοφιλικής πλευρίτιδας.

Ηωσινοφιλία σε ασθενείς με TB έχει περιγραφεί και σε άλλα υγρά εκτός από το πλευριτικό. Ηωσινοφιλία έχει περιγραφεί στο υγρό βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης σε τρεις ασθενείς με TB πνευμονία και υποχώρησε σε δυο ασθενείς που συμπλήρωσαν πλήρη αντιTB αγωγή (12). Ένας από τους παραπάνω ασθενείς εμφάνιζε πολύ αυξημένο αριθμό ηωσινοφίλων στο περιφερικό αίμα (74% ηωσινόφιλα στον τύπο των λευκών αιμοσφαιρίων). Ο αριθμός των ηωσινοφίλων επανήλθε στις φυσιολογικές τιμές (3%) με την αντιTB αγωγή. Σε άλλη περίπτωση ασθενούς με ηωσινοφιλική TB πλευρίτιδα (6) το ποσοστό ηωσινοφίλων στο περιφερικό αίμα ήταν 8% και με την αντιTB αγωγή κατήλθε σε 4%. Στη σειρά των Kokkola και Varta (10), 4 από τους 14 ασθενείς με ηωσινοφιλική TB πλευρίτιδα είχαν ποσοστό ηωσινοφίλων στο περιφερικό αίμα >7%.

Η περίπτωσή μας, σε συνδυασμό με τις ανάλογες περιπτώσεις στη διεθνή βιβλιογραφία, φανερώνει ότι η εμφάνιση ηωσινοφιλικής υπεζωκοτικής συλλογής μπορεί να οφείλεται σε TB. Ενδεχομένως, η αύξηση των κρουσμάτων TB που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, να συνοδεύεται και από αύξηση της συχνότητας ηωσινοφιλικής TB πλευρίτιδας. Στη διαφορική διάγνωση της ηωσινοφιλικής πλευρίτιδας πρέπει να περιλαμβάνεται και η TB.

Περίληψη

Ηωσινοφιλική Φυματιώδης Πλευρίτιδα

Δ. Παπαϊωαννίδης, Γ.Χ. Χατζηγεωργίου, Σ.Ν. Νίκας, Δ.Ν. Νίκας, Μ. Κραββαρίτη, Δ. Μαντέλλος, Ι. Λεονταρίδης

Υποστηρίζεται ότι η παρουσία αυξημένου αριθμού ηωσινοφίλων στο πλευριτικό υγρό είναι εναντίον της διάγνωσης της φυματιώδους πλευρίτιδας. Περιγράφεται περίπτωση νεαρού ασθενούς με ηωσινοφιλική πλευρίτιδα, που αποδόθηκε με βάση τον

γενόμενο εργαστηριακό έλεγχο σε φυματίωση. Στη διαφορική διάγνωση ηωσινοφιλικής πλευρίτιδας πρέπει να περιλαμβάνεται και η φυματίωση, παρά τις μέχρι τώρα απόψεις.

SUMMARY

Eosinophilic tuberculous pleural effusion

D. Papaioannides, G. Hatzigeorgiou, S.N. Nikas, D.N. Nikas, M. Kravvariti, D. Mandellos, J. Leondarides.

Pleural fluid eosinophilia is usually considered strong evidence against tuberculosis (TB). We describe the case of a patient with eosinophilic tuberculous pleurisy and review the pertinent literature. The increasing incidence of TB obligate consideration of this diagnosis despite the finding of an eosinophilic pleural effusion.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Light RW. Clinical manifestations and useful tests. In: Pleural diseases. Third Edition, Baltimore, Williams and Wilkins 1995: 36-74.
2. Adelman M, Albelda SM, Gottlieb J, Haponik EF. Diagnostic utility of pleural fluid eosinophilia. Am J Med 1984, 77: 915-920.
3. Bartter T, Santarelli R, Akers S, Pratter MR. The evaluation of pleural effusion. Chest 1994, 106: 1209-1214.
4. Light RW. Tuberculous pleural effusions. In: Pleural diseases. Third Edition, Baltimore, Williams and Wilkins 1995: 154-166.
5. Barnes PF, Barrows SA. Tuberculosis in the 1990s. Ann Intern Med 1993, 119: 400-410.
6. Bassiri AG, Morris W, Kirsch CM. Eosinophilic tuberculous pleural effusion. West J Med 1997, 166: 277-279.
7. Kirsch CM, Kroc DM, Jensen DA, Kagawa FT, Wehner JH, Campagna AC. A modified Abrams needle biopsy technique. Chest 1995, 108: 982-986.
8. Berger HW, Mejia E. Tuberculous pleurisy. Chest 1973, 63: 88-92.
9. Poppius H, Kokkola K. Diagnosis and differential diagnosis in tuberculous pleurisy. Scand J Respir Dis 1968, 63 (suppl): 105-110.
10. Kokkola K, Varta R. Etiology and findings in eosinophilic pleural effusions. Scand J Respir Dis 1974, 89 (suppl): 159-165.
11. Sochocky S. Pleural effusion: a review of 632 cases. Br J Clin Pract 1966, 20: 619-627.
12. Vijayan VK, Reetha AM, Jawahar MS, Sankaran K, Prabhakar R. Pulmonary eosinophilia in pulmonary tuberculosis. Chest 1992, 101: 1708-1709.