FORME DE TUBERCULOZĂ EXTRARESPIRATORIE, MAI FRECVENT ÎNTÂLNITE LA INFECTAŢII HIV-SIDA

ANA MARIA TRĂILESCU[1], GHIULTEN APTI[2]

[1,2]Spitalul de Boli Infecţioase şi Tropicale "Dr. Victor Babeş" Bucureşti

Cuvinte cheie: *tuberculoză extrarespiratorie, HIV, SIDA*

Rezumat: *Articolul prezintă câteva din cele mai frecvente forme de tuberculoză extrapulmonară la infectaţii HIV-SIDA: tuberculoza ganglionară periferică, pericardita bacilară, peritonita bacilară, meningita bacilară.*

Keywords: *Extrarespiratory tuberculosis, HIV, AIDS*

Abstract: *We present the common forms of extrapulmonary tuberculosis in the patients with HIV-AIDS: peripheral lymph nodes tuberculosis, peritoneal tuberculosis, tuberculous pericarditis, tuberculous meningitis.*

TBC este o afecţiune pandemică mondială, mai mult de 2 miliarde de oameni, reprezentând o treime din populaţia planetei sunt infectate cu bacilul tuberculozei. Una din zece persoane infectate cu Mycobacterium tuberculosis ajung să facă boala manifestă în cursul vieţii, persoanele infectate cu HIV prezentând un risc mai mare.

Odată infectat cu Mycobacterium tuberculosis, coinfecţia cu HIV este cel mai important factor de risc pentru activarea unei tuberculoze latente.

Izbucnirea tuberculozei la persoanele HIV pozitive de la începutul anilor 90 a fost caracterizată prin evoluţia rapidă, numărul mare de cazuri, gravitatea formelor clinice, mortalitate crescută şi numărul mare de cazuri rezistente la terapie. Dat fiind impactul infecţiei HIV asupra recrudescenţei TBC, începând cu anul 1993 în SUA, raportarea cazurilor noi de tuberculoză cuprinde date şi despre situaţia HIV a pacienţilor. Aceasta este şi recomandarea Programului Naţional de Control al Tuberculozei 2007-2011, ca toţi pacienţii de tuberculoză să fie obligatoriu testaţi HIV.

Tuberculoza poate afecta orice organ sau ţesut din organism, boala putând avea şi localizări extrapulmonare. Definiţia clasică a tuberculozei extrapulmonare este implicarea tuberculoasă a unui organ în afara plămânului. Oricum, atunci când o localizare extrapulmonară este evidentă la un bolnav cu tuberculoză pulmonară, aceşti bolnavi sunt luaţi în evidenţă la grupa tuberculozelor pulmonare.

Originea tuberculozelor extrarespiratorii se află de regulă în focarele metastatice hematogene dezvoltate în perioada primoinfecţiei. Aceste focare pot evolua precoce, înainte de vindecarea infecţiei primare, spre fenomene patente de boală sau la distanţă de primoinfecţie prin reactivarea leziunilor vindecate. Sunt de subliniat câteva carateristici generale ale tuberculozelor extrarespiratorii:

- Simptomatologia, mai puţin familiară medicilor ca şi localizările, frecvent greu accesibile investigaţiilor, determină de multe ori întârzierea diagnosticului;
- Descoperirea unei localizări face ca întreaga atenţie să fie concentrată asupra focarului respectiv, uneori neglijându-se posibilitatea unei alte localizări concomitente;
- Numărul mic de bacili din localizările extrarespiratorii face dificilă confirmarea bacteriologică şi reclamă de multe ori mijloace invazive de diagnostic;
- Infecţia HIV trebuie întotdeauna suspectată în caz de tuberculoză extrarespiratorie dată fiind asocierea frecventă a celor două boli.

Ca incidenţă, în trecut, tuberculoza extrapulmonară era boala copiilor, scădea cu înaintarea în vârstă şi culmina din nou la persoanele de vârsta a treia. În era post- SIDA, tuberculoza cu determinări multiple predomină la persoanele cu deficit imun.

Tuberculoza extrapulmonară a devenit mai frecventă odată cu apariţia posibilităţii infecţiei cu HIV, iar, pe de altă parte, a devenit o cauză semnificativă a morbidităţii şi mortalităţii la pacienţii HIV pozitivi (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1. Distribuţia cazurilor de TBC în funcţie de localizare, la pacienţii HIV pozitivi

LOCALIZARE	LOCALIZARE TBEP	%
Doar TBCP (30%)		
Doar TBCEP (20%) sau ambele (50%)	TBCGg	35%
	Pleurezie TBC	20%
	Altele	45%

Legendă: TBCP-tuberculoză pulmonară, TBCEP – tuberculoză extrapulmonară, TBCGg-tuberculoză ganglionară

Riscul apariţiei tuberculozei extrapulmonare şi a micobacteriemiei creşte odată cu avansarea imunosupresiei. Numărul scăzut de celule CD4 este asociat cu o probabilitate mai mare de boală extrapulmonară la pacienţii cu SIDA. Cei cu media de celule CD4 de 350 mm³ au fost raportaţi cu boală pulmonară, cei cu media 250 mm³ cu tuberculoză extrapulmonară localizată, cei cu 140 mm³ cu meningită, iar cei cu 70 mm³ cu bacteriemie (Dubé şi colab.-1992).

Semnele şi simptomele clinice ce indică suspiciunea de tuberculoză extrapulmonară sunt prezentate în tabelul nr. 2.

Localizările extrarespiratorii mai frecvente ale

[1]Autor corespondent: Trăilescu Ana Maria, Str. Dr. Louis Pasteur, Nr. 21, Sector 5, Bucureşti, E-mail: trailescuam@hotmail.com, Tel: +40744 488967

Articol intrat în redacţie în 14.01.2012 şi acceptat spre publicare în 12.05.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2012;2(3):118-119

tuberculozei la infectaţii HIV pozitivi apar în stadiile avansate de imunodepresie şi sunt:

- tuberculoza ganglionară
- tuberculoza seroaselor (ascită, pericardită)
- meningita tuberculoasă

Prezentăm în continuare, succint, aceste trei forme de tuberculoză extrarespiratorie, care apar, cel mai frecvent, la infectaţii HIV.

Tabelul nr. 2. Semne clinice ce indică suspiciunea de tuberculoză extrapulmonară

Ascită cu predominanţa limfocitelor şi culturi negative
Limfadenopatie cronică (în special cervicală)
LCR cu pleocitoză limfocitară, proteine crescute şi glucoză scăzută
Diagnosticul diferenţial al bolii Chron şi al amoebiazei
Exudat pleural cu predominenţa limfocitelor, culturi bacteriene şi îngroşare pleurală
Infecţie HIV
Inflamaţie monoarticulară cu culturi negative
Piurie sterilă persistentă
Ţară de origine cu TBC endemică
Revărsat pericardic, pericardită constrictivă sau calcificări pericardice inexplicabile
Osteomielită vertebrală a coloanei toracale

Legendă: LCR-lichid cefalo-rahidian
Sursa: Adaptat după Enache S. – Tuberculoza extrapulmonară.

Tuberculoza ganglionară periferică

Tuberculoza ganglionară periferică reprezintă cea mai frecventă localizare extrarespiratorie a tuberculozei. Cel mai afectat este grupul ganglionilor laterocervicali şi submandibulari. Asocierea cu HIV face ca afectarea să fie simultană, atât a ganglionilor intratoracici, cât şi a celor extratoracici. Din punct de vedere clinic, ganglionii sunt tumefiaţi, nedureroşi, pot conflua şi fistuliza, cu vindecare lentă. Diagnosticul se face bacteriologic sau histopatologic, din secreţia fistulară, sau, prin examen al produsului bioptic ganglionar care poate să fie pozitiv în 25-50% din cazuri. Diagnosticul diferenţial se face cu adenitele netuberculoase provocate de micobacterii sau cu alte limfadenite nespecifice.

Tuberculoza peritoneală

Tuberculoza peritoneală se prezintă sub două forme clinice: peritonita cronică adezivă, care evoluează cu inapetenţă, deficit ponderal, subfebrilitate, mase tumorale abdominale şi peritonita ascitică (nedureroasă) care reprezintă forma cea mai frecventă. Lichidul de ascită este exudativ cu peste 5% proteine şi 50-10000 leucocite/mm³, majoritatea limfocite. Frotiul este rar pozitiv pentru Bk, iar culturile sunt pozitive în aproximativ 50% din cazuri. Triada ascită-febră-IDR pozitiv poate sugera tuberculoza peritoneală. Pentru diagnosticul pozitiv se pot efectua puncţie bioptică peritoneală, examen citochimic şi bacteriologic al lichidului, laparoscopie.

Pericardita bacilară

Cea mai obişnuită formă de pericardită bacilară se caracterizează prin îngroşarea pericardului, cuprinderea epicardului şi prezenţa exudatului. Exudatul pericardic este rezultatul unor reacţii de hipersensibilitate, bacilul identificându-se foarte rar, exudatul nu este purulent, iar răspunsul la tratamentul antituberculos este de cele mai multe ori prompt. În cazurile trenante, pericardul se poate acomoda cu o cantitate mare de lichid şi compromiterea hemodinamicii. Aspectul exudatului este serosangvinolent cu 500-50000 elemente/mm³ cu predominenţa mononuclearelor. Baciloscopia este pozitivă în 25-35% din cazuri pe frotiu şi în culturi. Absenţa confirmării bacteriologice şi histopatologice nu exclud tuberculoza pericardică.

Meningita tuberculoasă

În România, în anul 2010 s-au înregistrat 129 cazuri de meningo-encefalită şi 4 cazuri de TB a SNC - alte forme decât meningo-encefalită (tuberculom).

Diagnosticul de meningită tuberculoasă se face pe prezenţa sindromului clinic meningian şi pe examenul lichidului cefalorahidian obţinut prin puncţie rahidiană. Clinic, pacientul prezintă febră, cefalee, vărsături, constipaţie, hiperestezie cutanată, fotofobie, bradicardie, semnele Kernig I şi II, Brudzinski pozitive, redoarea cefei, paralizii de nervi cranieni.

Lichidul cefalorahidian este clar, uşor hipertensiv, din punct de vedere biochimic prezintă hiperproteinorahie (peste 40 mg/dl), formând o peliculă opalescentă (văl) în LCR păstrat nemişcat în frigider, hipoglicorahie (sub 50 mg/dl), scăderea sub 700 mg/dl a clorurilor, număr redus de elemente celulare, câteva sute/mm³, frecvent limfocite. Din punct de vedere bacteriologic, examenul microscopic identifică doar în proporţie de 25% bacili în văl, însămânţările pe medii de cultură pentru Bk adaugă confirmare bacteriologică de până la 75% .

Examenul fundului de ochi arată prezenţă de tuberculi coroidieni, testul tuberculinic la 2UI PPD este frecvent pozitiv în 2/3 din cazuri. Meningita bacilară care apare la infectaţii HIV pozitivi trebuie avută în vedere după eliminarea etiologiei criptococice. Caracterul de gravitate al tuberculozei extrarespiratorii se datorează pe de o parte, frecvenţei diagnosticări tardive, iar pe de altă parte, evoluţiei complicate a bolii, în cazul începerii târzii a tratamentului. Este esenţial ca medicii clinicieni să cunoască despre manifestările extrapulmonare ale tuberculozei, astfel încât boala, curabilă de altfel, să fie recunoscută şi tratată, pacienţii infectaţi HIV – SIDA, necesitând o abordare interdisciplinară.

BIBLIOGRAFIE

1. Antonucci G, et al. Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons. A prospective cohort study. JAMA 1955;274 (2):143-148.
2. Burman WJ. Issues in the management of HIV-related tuberculosis. Clin Chest Med. 2005;26:283-94.
3. Corlan E. Tuberculoza pulmonară. În Pneumologie(Sub. Red. MA Bogdan) Ed. Universitară Carol Davila, Bucureşti; 2008. p. 133-166.
4. Crampin AC, Glynn JR, Traore H. Tuberculosis transmission attributable to close contacts and HIV status, Malawi. Emerg Infect Dis. 2006;12:729-35.
5. Crofton J, Horne N, Miller F. Clinical tuberculosis, 2nd edition London, Mac Millan Education Limited; 1999.
6. Didilescu C. Tuberculoza extrarespiratorie. În Pneumologie (sub red. M.A.Bogdan), Ed. Universitară Carol Davila, Bucureşti; 2008. p. 167-172.
7. Didilescu C, Marica C. Tuberculoza în România, Breviar Epidemilologic Editura Curtea veche; 2011. p. 46-51.
8. Davis LE, Rastogi KR, Lambert LC, Skipper BJ. Tuberculous meningitis in the southwest United States: a community based study. Nuerology. 1993 Sept 43(9);1775-8.
9. Humphries M. The management of tuberculosis meningitis, Thorax. 1992 Aug 47(8): 577-81;
10. Kumar R, Singh SN, Kohli N. A diagnostic rule for tuberculous meningitis. Arch-Dis-Child. 1999 Sep; 81(3):221-4.
11. Smith MB, Boyars MC, Veasey S, Woods GL. Generalized tuberculosis in the acquired immune deficiency syndrome. Arch-Pathol-Lab-Med. 2000 Mar; 75(881):133-40.