



Casi Clinici Esemplari...ovvero La Tuberculosis è una severa Maestra

LR Codecasa
CRR-TBC-Istituto Villa Marelli
AO Niguarda - Milano

Dear Doctor Luigi Codecasa,

First of all i am sorry that i am not speaking italian. My name is Catalin Vintila and for the moment i am hospitalized in Sondalo, i have TB-MDR. Monday 16.04 i must come at villa Marelli because the doctors from here told me that i am scheduled in that day.

I am a romanian citizen living in Romania and my hospitalization at Sondalo was the first time for me in Italy. In Romania the treatment wasnt enough for me so one day i decided to cheat the system just to have a chance to live my life, so my story begins with some emails sent to Doctor G.B. Migliori who forward them to Doctor Giorgio Besozzi and so on to Doctor Saverio De Lorenzo. In this way i arrived at Sondalo and they accepted me and gave me the treatment, i dont have words to thanks all of them for the chance i received. I only wish that Romania in the future will have doctors like all of you.

Now i understand that Villa Marelli will give me the treatment for the next period. As i live in Romania i want to ask you to help me, to be a little flexible with the dates i must come for the treatment, because are some days in a month when i have a cheap flight and the plane for return to Romania is in the same day. I am asking all this things because i dont know people in Milano or near and is a little difficult for me to stay in a hotel 2 days per month and i hope in the future i will learn italian and find a job somewhere in Milano, in this way i will pay taxes and i will deserve the treatment.

I sent this email now because you and doctor Ferarese are my contacts that i received from Sondalo and i found the adress on the internet.

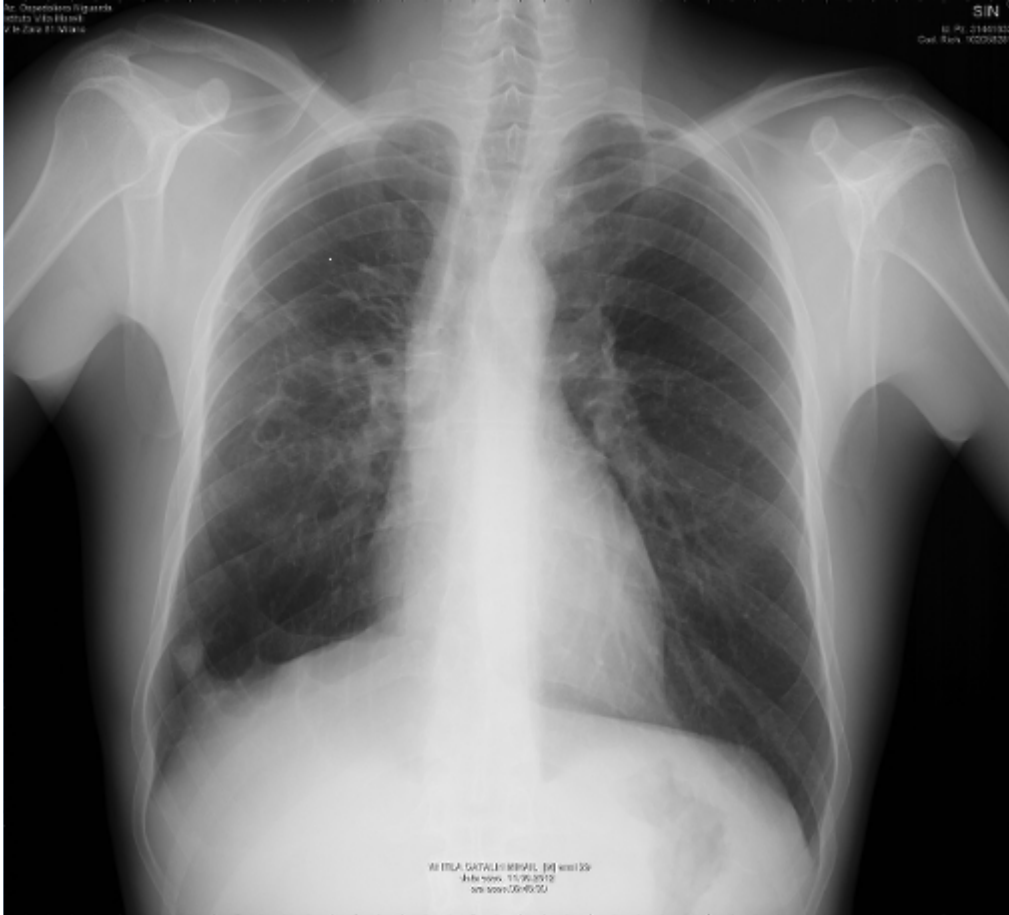
Thanks in advance

Sincerely,

No. Orientacion: 112 grado
centro: 10.000000
Z. de Zona: 11.000000

SIN
No. Orientacion: 112 grado
centro: 10.000000
Z. de Zona: 11.000000
Cod. Pac.: 10000000

SIN
No. Orientacion: 112 grado
centro: 10.000000
Z. de Zona: 11.000000
Cod. Pac.: 10000000



MI TELA CATALI 000401 [R] 000120
14 de mayo, 11:05:30:12
00000000-000000



MI TELA CATALI 000401 [R] 000120
14 de mayo, 11:05:30:12
00000000-000000

Caso 1

- Italiano 21 anni
- Residente hinterland Nord Milano
- Famiglia piccoloborghese: madre, padre + 2 fratelli maschi di cui 1 convivente e l'altro sposato con 2 figli di 5 e 2 anni
- Studente università arte (Milano zona Navigli) e lavoratore (Milano zona Staz Centrale)
- Non fattori di rischio per TBC o altre situazioni particolari

Caso 1

- Frequenta le famiglie dalla sua fidanzata e della moglie e delle fidanzate dei 2 fratelli maggiori
- Ha moltissimi amici
- All'università ha altri 29 compagni di classe quasi tutti Italiani
- Inoltre frequenta attivamente i laboratori d'arte con gli altri 3 corsi di 30 allievi l'uno
- Sul lavoro (la più nota fotocopisteria di Milano) ha contatti con molti colleghi anche per molte ore

Caso 1

- Malessere e tosse da dicembre
- A gennaio 2 episodi emoftoici (sciroppi)
- Persistendo la tosse Claritro 250 (!) x2 x 7 gg
- Il 2/2 viene inviato dal curante a V.M. per sola RX torace (no visita):
Reticolonodulazione ai campi medi, prevalente a dx
- il 10/2 comparsa di febbre 38,5 °C
- 11/2 Visita pneumologica in altro Ospedale → Rx + BK ed esami

Caso 1

- BK positivo 1-10/ 1 campo
- Inviato subito per competenza al CRR-TBC
- Terapia HRZE
- PPD 7 mm

Caso 1

- Controllo del 11/3
- Coltura e ABG MTU sensibile
- Rx torace: comparsa ulcerazione campo medio dx
- BK diretto Positivo 1-10/10 campi
- Conferma Terapia HRZE



Caso 1

- Controllo del 15/4
- 2^a Coltura e ABG MTU sensibile
- Rx torace: lieve miglioramento
- BK diretto negativo
- Terapia mantenimento HR



Caso 1-La vendetta!

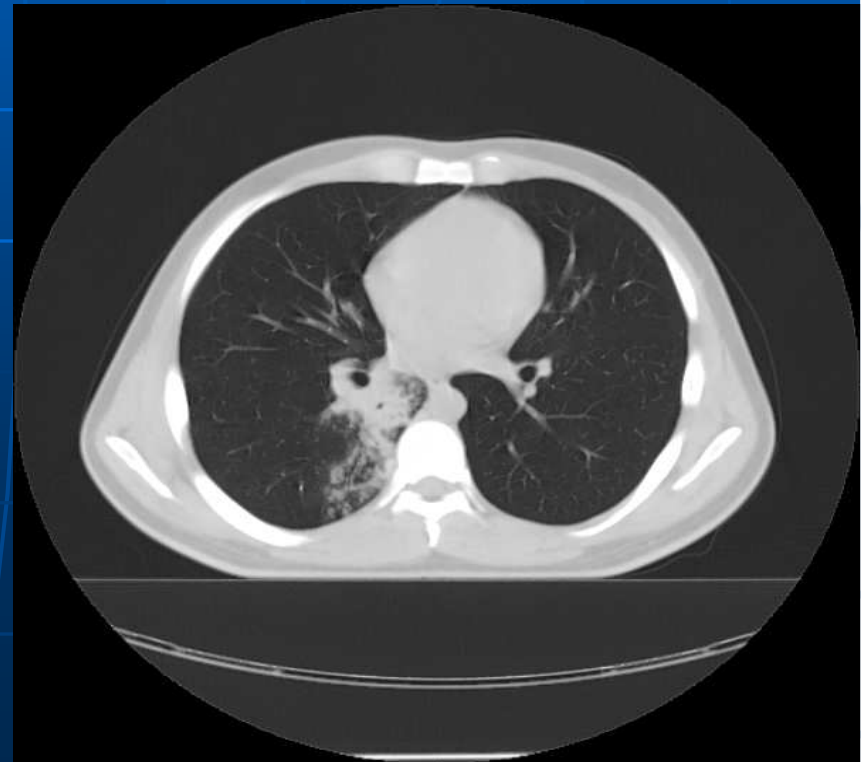
- Su 140 contatti conviventi o regolari:
- Madre fibrosi TB con piccola zona di riattivazione
- Nipote di 5 anni probabile TB primaria
- 1 compagno di università (non stesso corso) TBC polmonare ulcerata
- 1 compagna di università (non stesso corso) TBC apicale circoscritta

Caso 1-La vendetta!

- Su 140 contatti conviventi o regolari 56 (52 it, 4 stranieri) risultano PPD positivi e candidati a terapia preventiva:
 - 20 familiari o amici
 - 7 colleghi di lavoro
 - 29 compagni di Università

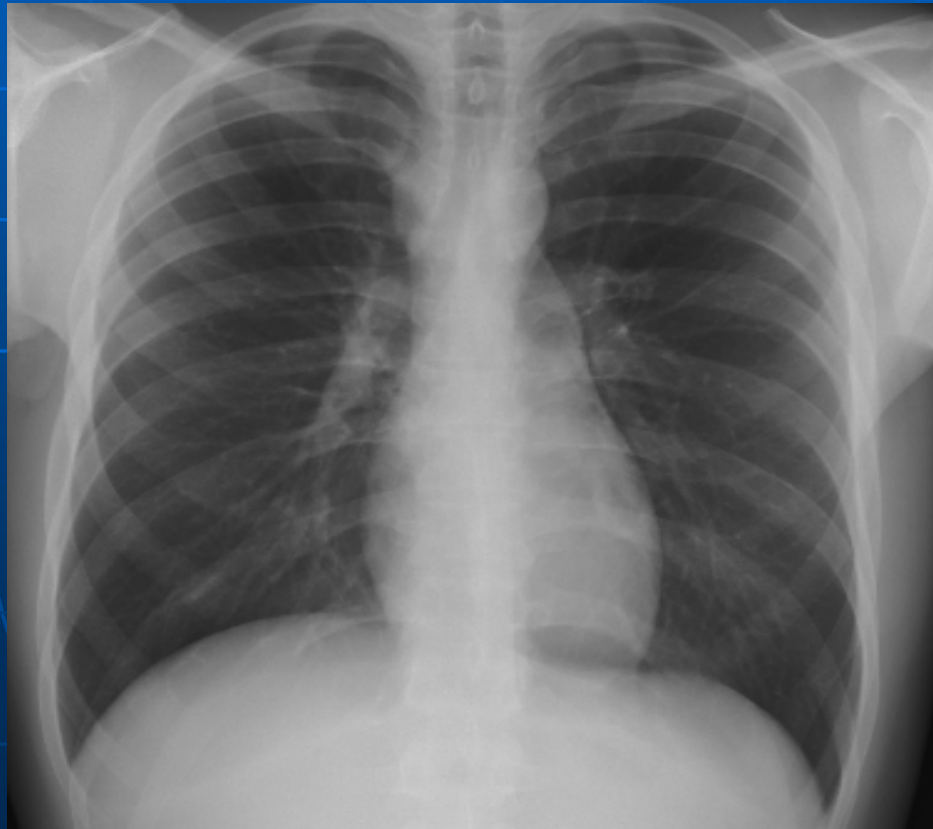
Caso 1bis-La vendetta!

- Il compagno con la TBC (BK-colt+) quando non va all'Università insegna arte in un Liceo.....



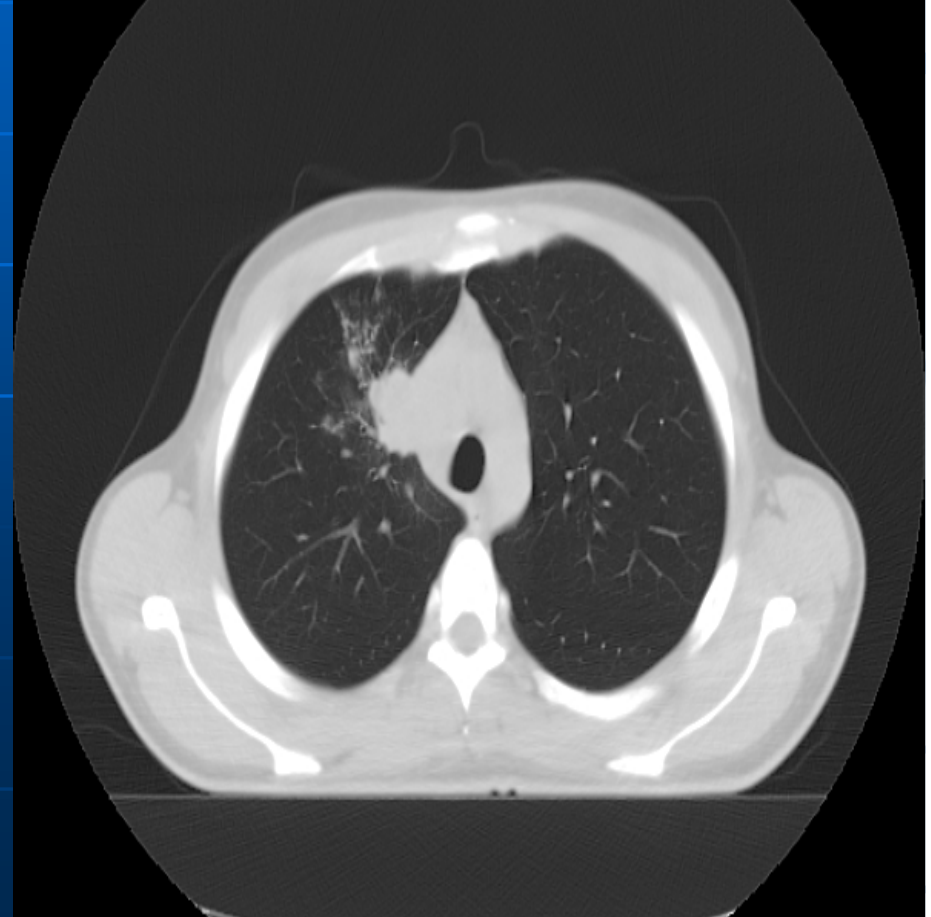
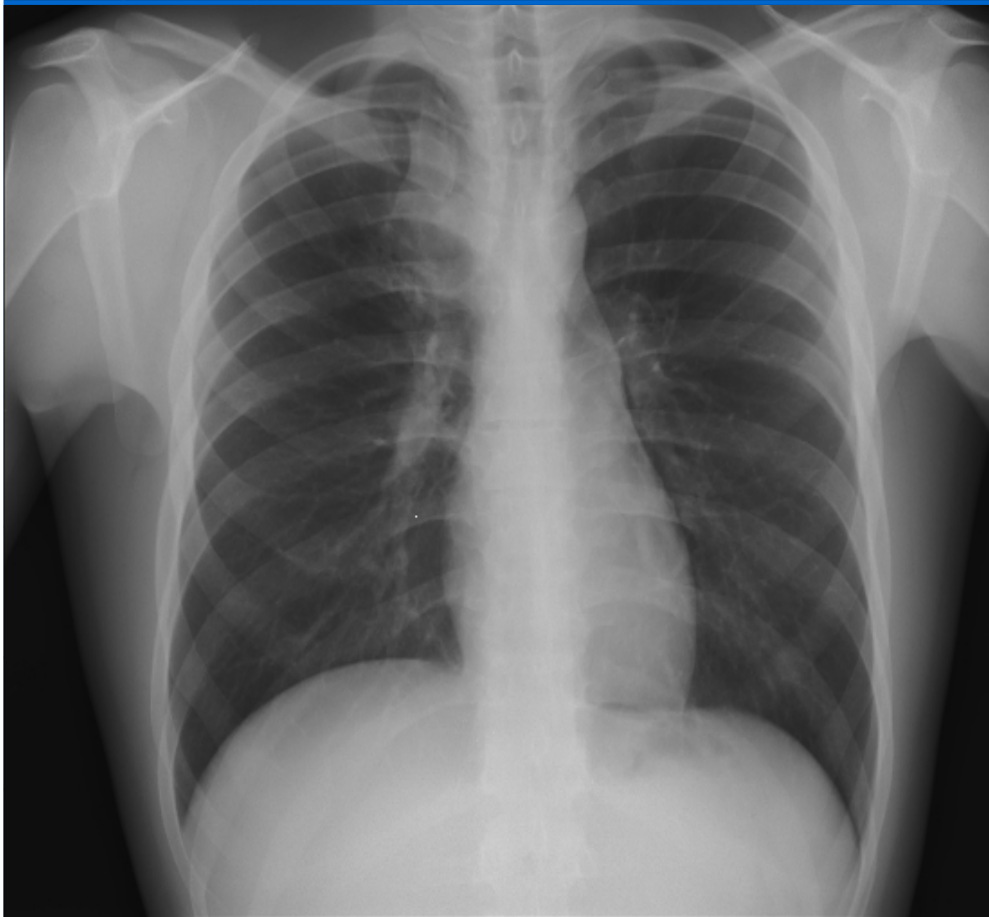
Caso 1bis-La vendetta!

- Per fortuna non contagia nessuno..
- Effettua la terapia correttamente e al 6° mese appare in netto miglioramento..



Caso 1bis-La vendetta!

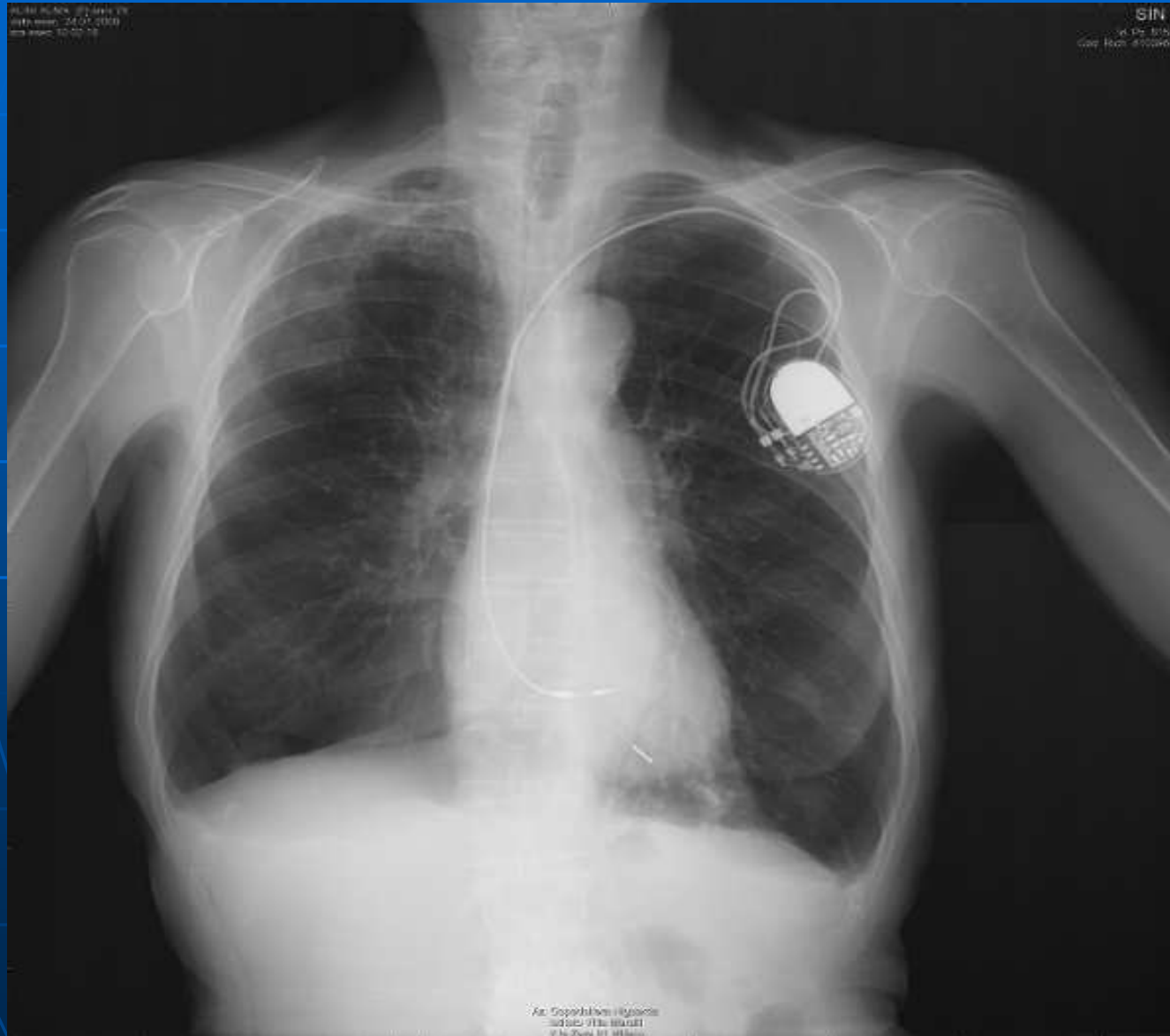
- Ma al 9° mese... terapia proseguita con RH per altri 3 mesi e poi regressione completa!



Caso 2

- Donna 78 anni
- Problemi di coagulazione
- In anamnesi nel 2002 Rx torace con esiti fibrotici apice dx

Gennaio 2008



referto

- Esiti fibrotici lobo sup dx meritevoli di approfondimento
- Addensamento flogistico reticolare base sx
- → nessun approfondimento

20 Aprile 2009



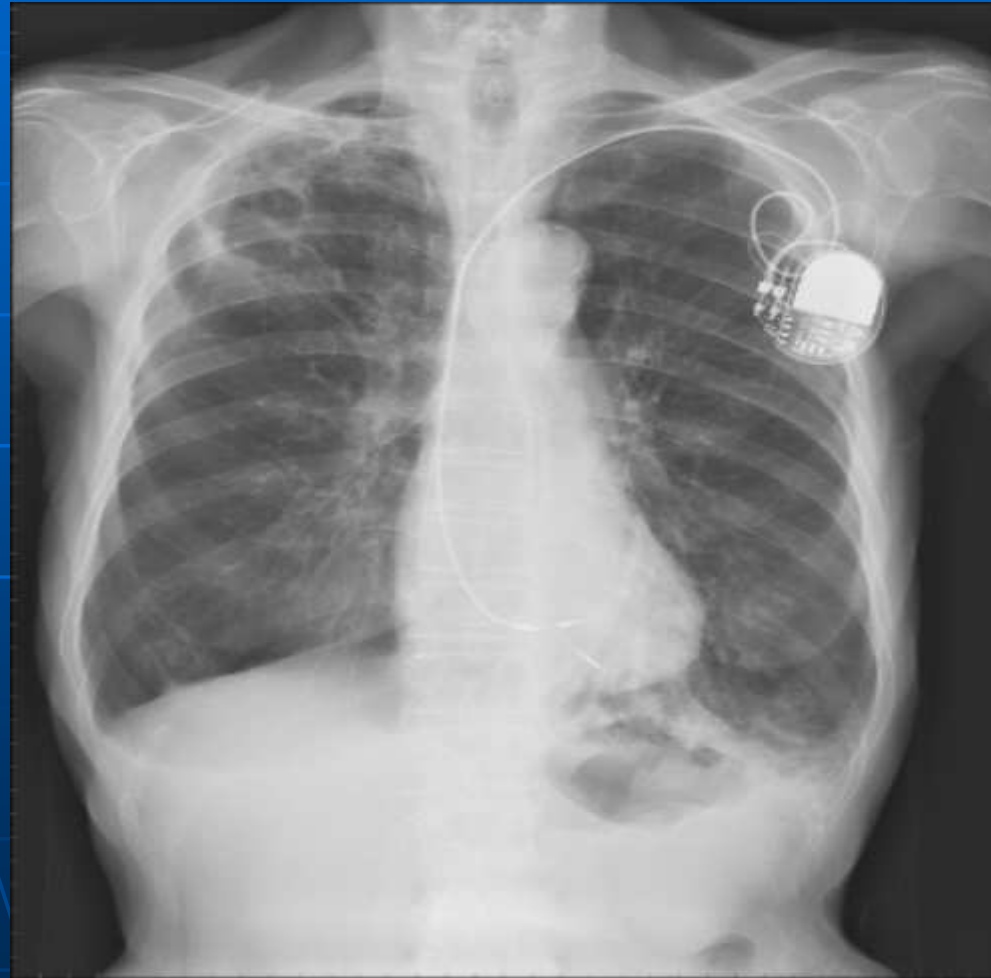
referto

- Fibrosclerosi apice dx, invariato rispetto al precedente esame. Polmonite base sx
- La Pz esegue Rx al PS ove si è recata per malessere e febbricola.
- Viene ricoverata in Medicina e trattata con antibiotici
- Durante il ricovero esegue un Rx emitorace x coste per dolore e un'altra Rx torace

23 Aprile 2009



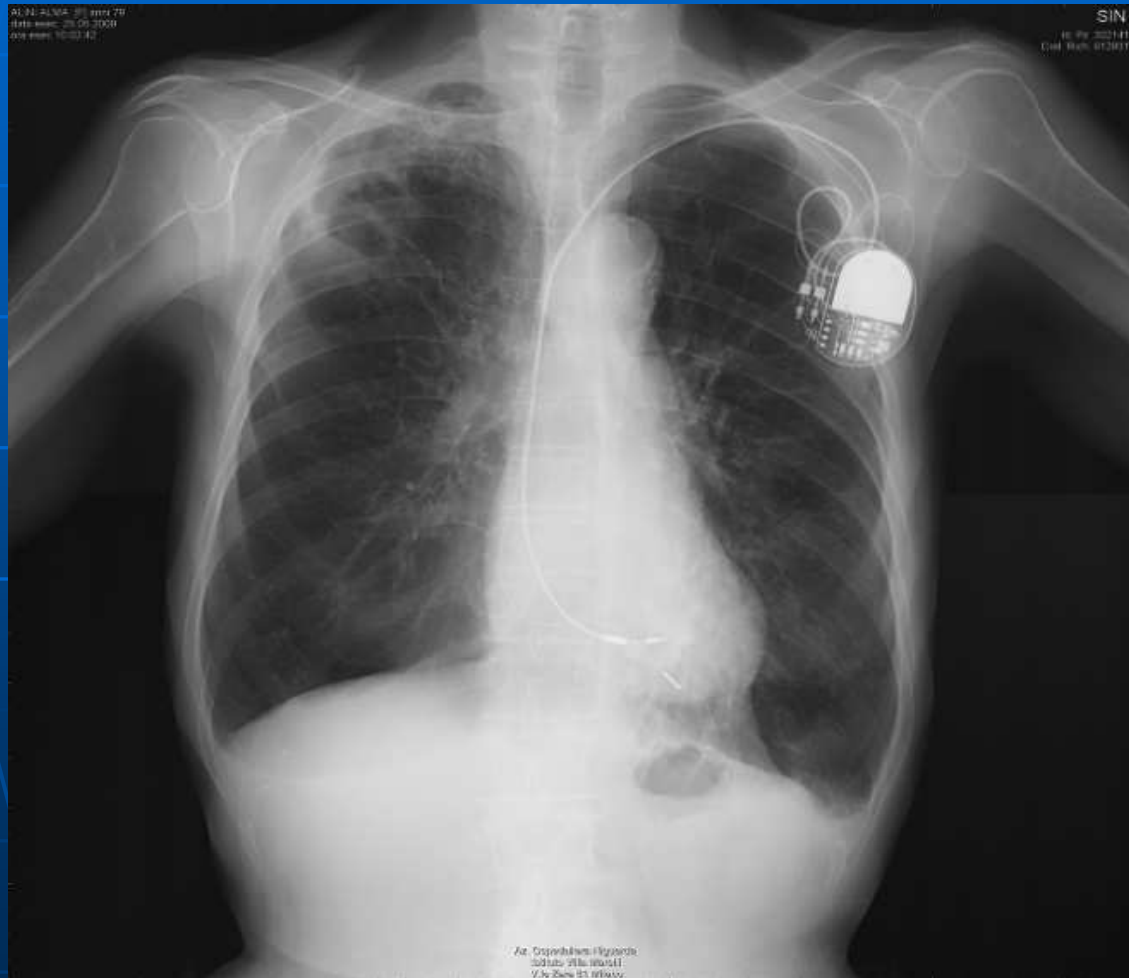
29 aprile 2009



referti

- “Sempre invariato il quadro Rx”
- La paziente rimane ricoverata per 1 mese
- Alla dimissione viene consigliata un'altra RX di controllo (no visita pneumo)

25 maggio 2009



referto

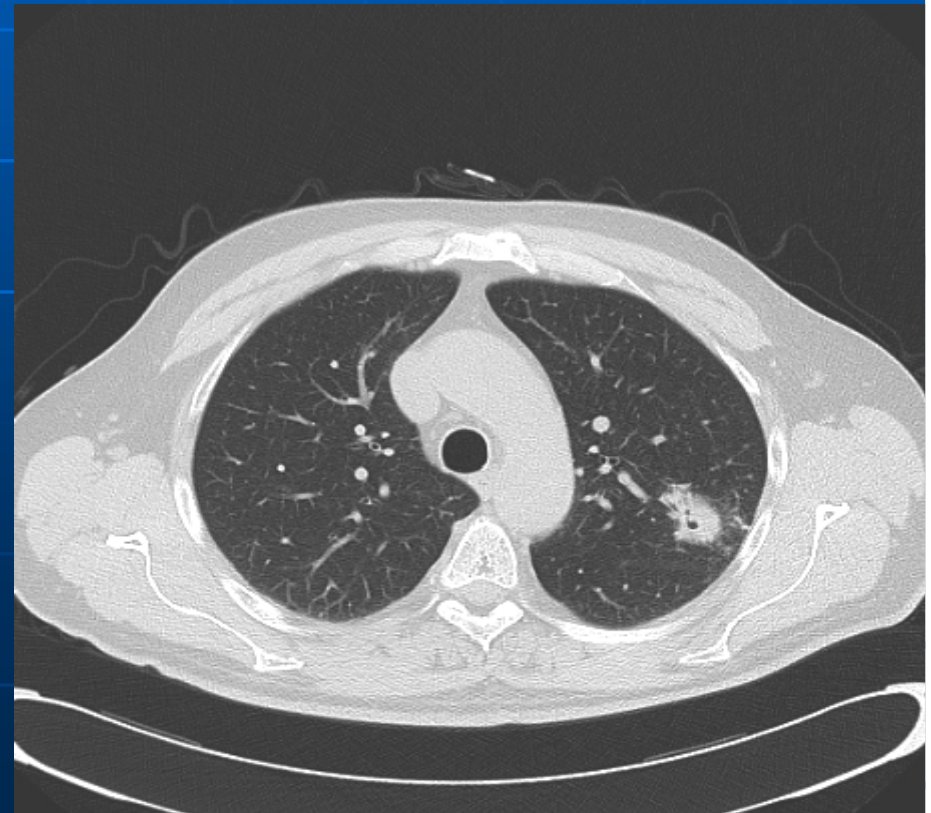
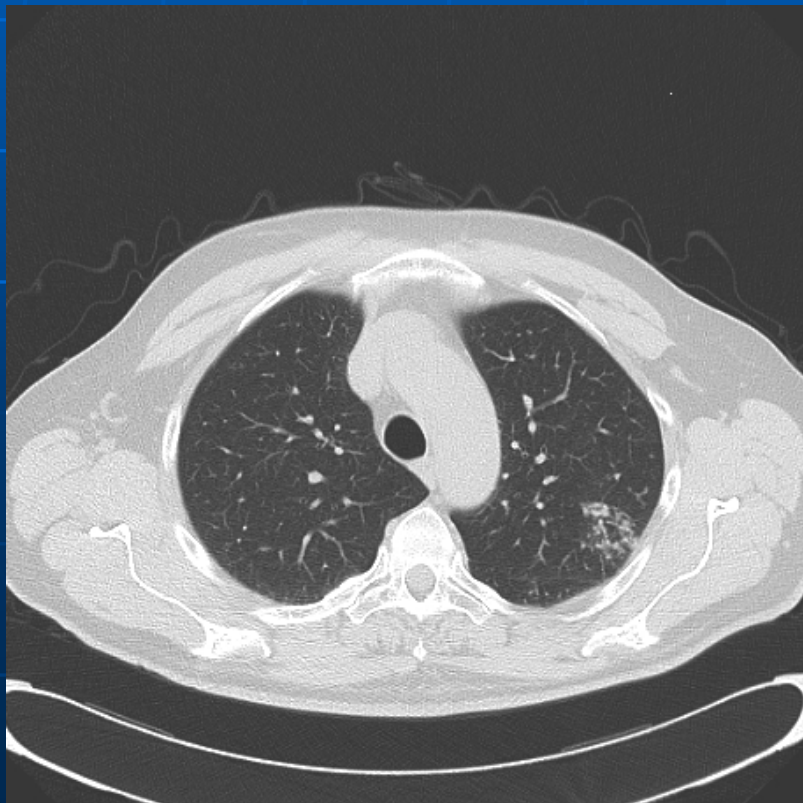
- Rispetto all'esame del 29/4 rischiarata la base sx, persistono invariati gli addensamenti escavati (???) del lobo sup
- Finalmente il 5/6 fa una visita pneumologica → richiesto esame espettorato: diretto +++

Gruppi ad alto rischio

- VALUTARE TER. PREV.
INDIPENDENTEMENTE DALL' ETA' E
CON MANTOUX \geq 5 mm
 - Contatti
 - HIV
 - Portatori di estese fibrosi postTBC
mai trattate

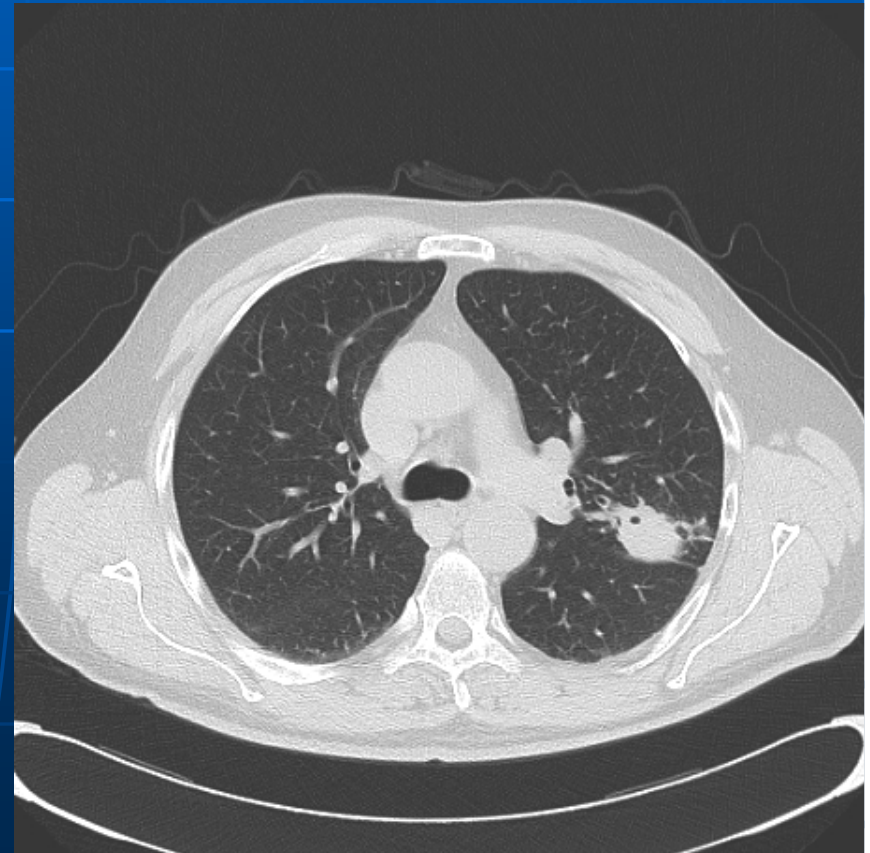
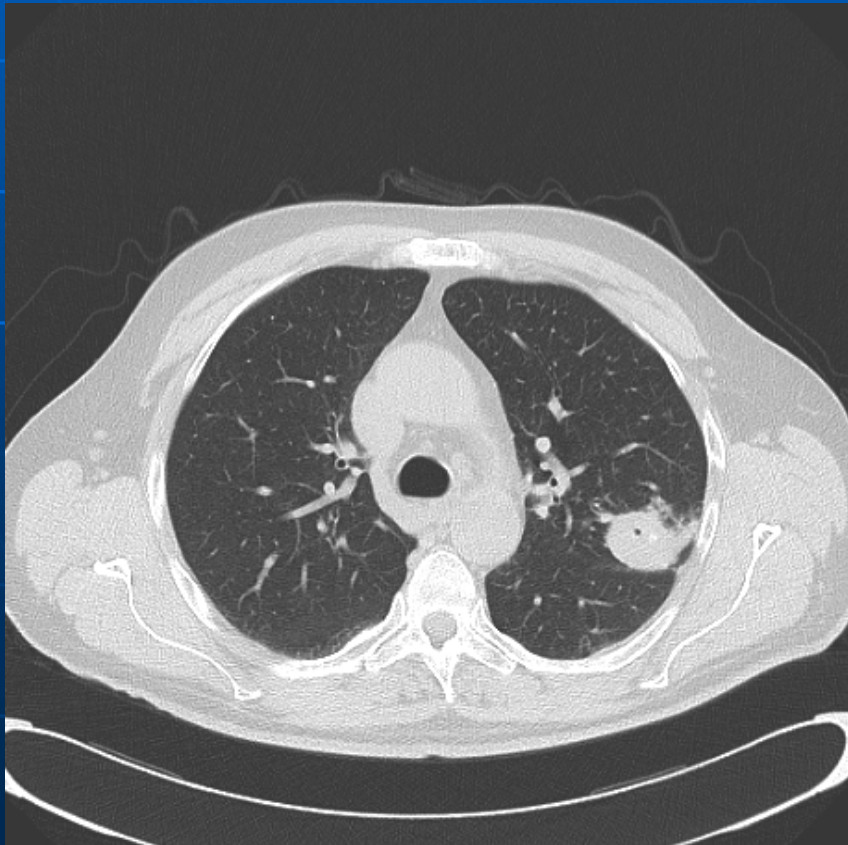
Caso 3

- Maschio italiano, fumatore, 56 anni.
- Ricoverato in cardiologia per disturbi coronarici durante gli accertamenti effettuata TC torace (no Rx).



Caso 3

- Viene fatta diagnosi di K polmonare. Effettua FBS che dimostra modesta stenosi di un segmentario LSS e dopo circa 20 giorni viene lobectomizzato.



Caso 3

- L'Istologico mostra flogosi granulomatosa necrotizzante (TBC fibro caseosa).
- Si scopre che 10 giorni dopo la FBS la microbiologia ha inviato un esame colturale positivo per Micobatteri in Cardiologia ma il pz non era più degente in quel reparto e NESSUNO ha pensato di verificare cosa cambiasse saperlo. L'esame è stato pertanto archiviato.
- Pur non sapendo questo particolare, il pz ha fatto causa all'ospedale ovviamente vincendola

Caso clinico 4

Y.P.B.M. maschio, 21aa, peruviano,
In Italia da 12 mesi.

Nel gennaio 2007 contatto con convivente
affetta da TB polmonare bacillifera.

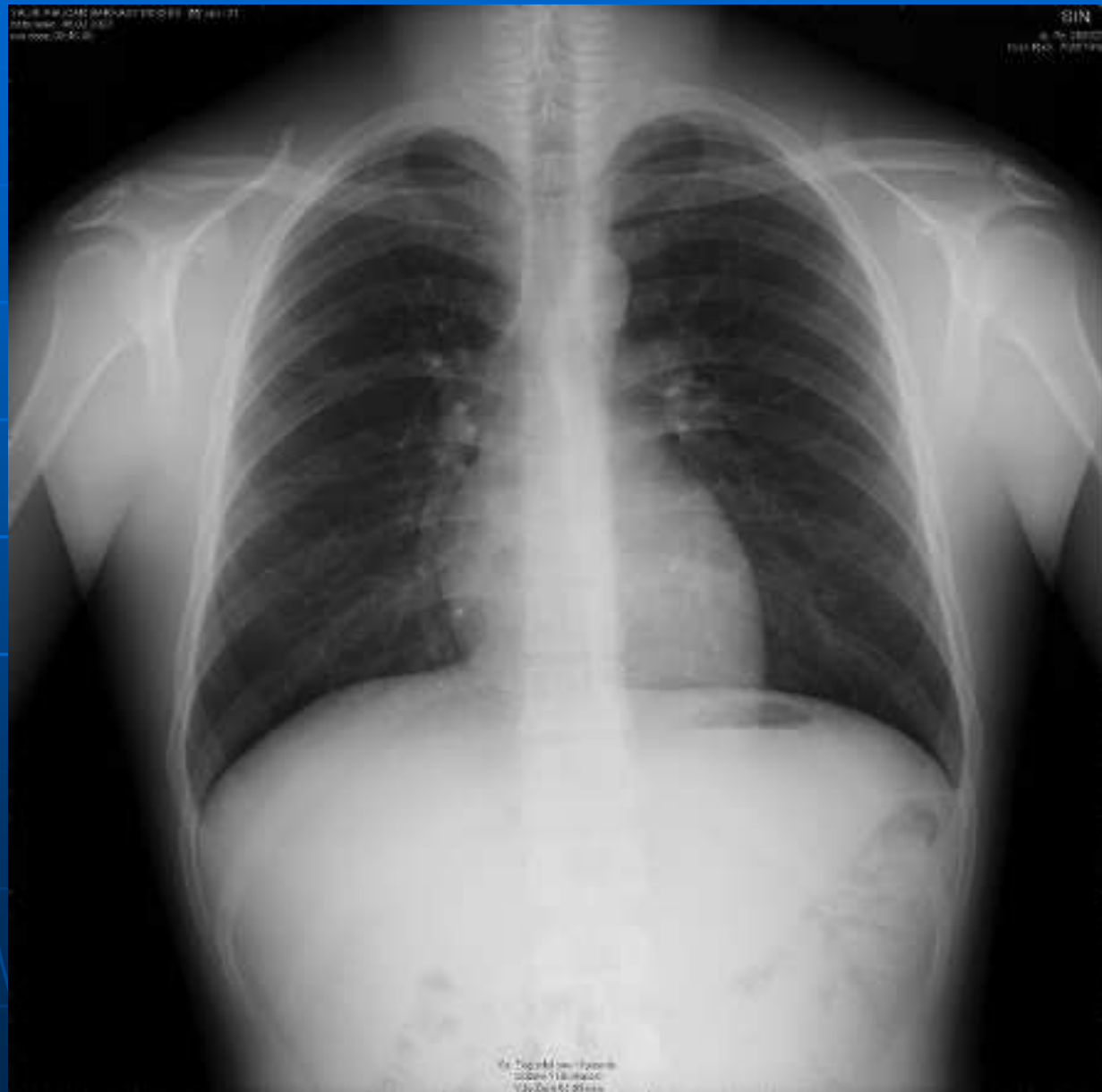
30/1/07 PPD: 9 x 10 mm.

6/2/07 RX torace: Negativo

Posto in chemiopprofilassi con isoniazide che
ha assunto solo per 3 giorni.

Caso clinico 4

Febbraio 07



Caso clinico 5

- Fine aprile piressia (38°), tosse secca.
- 3 maggio si rivolge al P.S.

RX torace: addensamento escavato del lobo superiore destro.

Es. diretto: NEG
POS

Amplificazione:

ES colturale: POS ABG: sensibile farmaci I linea

Caso clinico 4

- Maggio 07



Caso clinico 4

- giugno 07

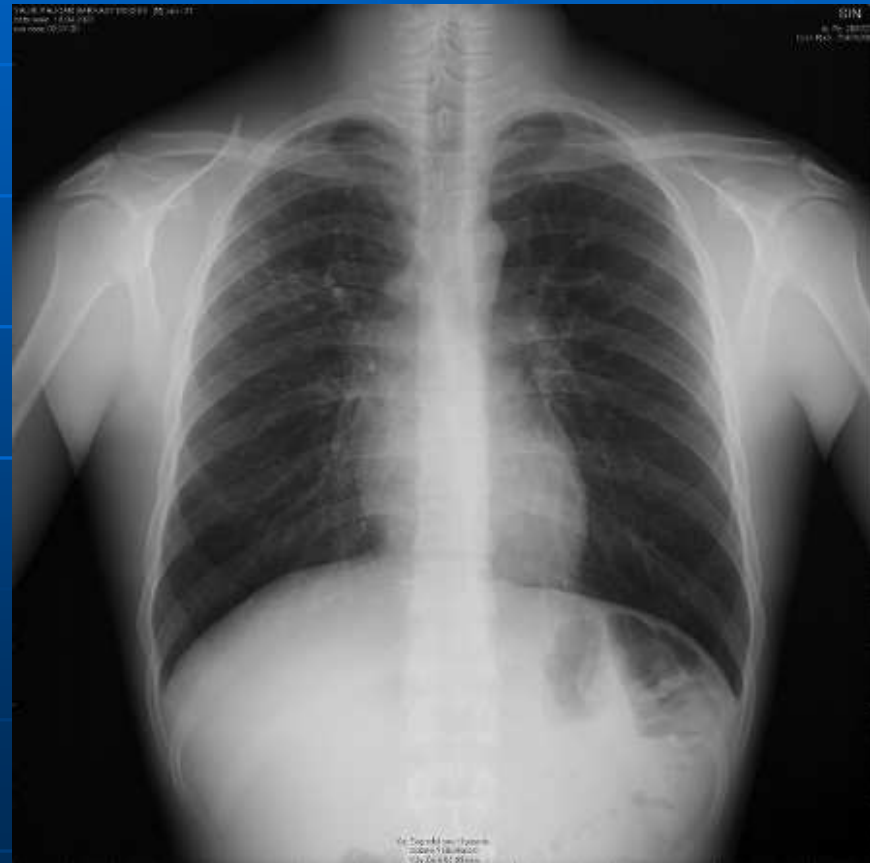


Caso clinico 4

Luglio



Settembre



Caso clinico 5

- Y.V. 36 aa, ucraino, elettricista.
- Da circa due anni tosse secca al mattino, talvolta scarsamente produttiva con escreato mucoso.
- Il 28/8/2006 esegue RX torace per peggioramento della tosse.



“enfisema vicario polmone destro in sede apico sottoclaveare + formazioni a carattere bolloso-cavitario anche in emitorace sinistro”.

- Il 6 ottobre si presenta al ns. ambulatorio. PPD: 17x19 mm
- Es. espettorato diretto :positivo

Antibiogramma (MGIT) isolamento di :

1 **Mycobacterium tuberculosis hominis**

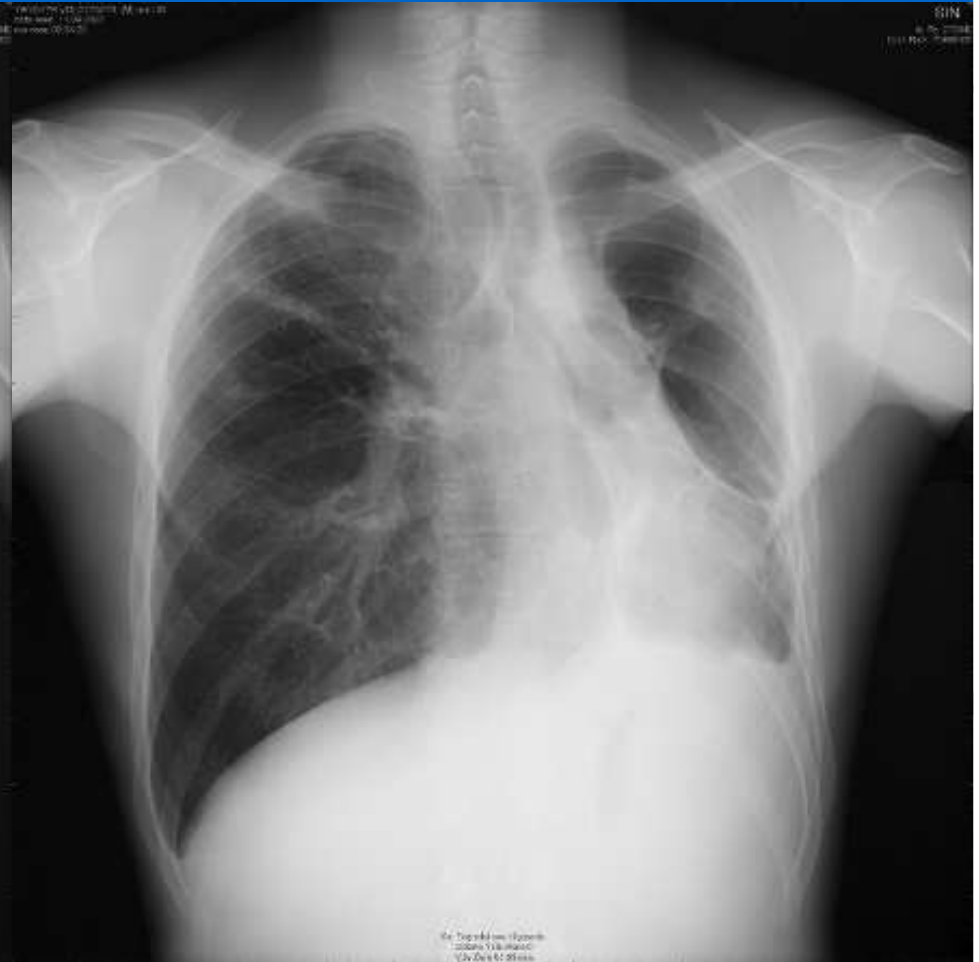
Antibiogramma	Ceppo	1			
	<i>CMI</i>				
Isoniazide		R			
Streptomycina		R			
Etambutolo		R			
Rifampicina		S			
Amikacina		S			
Kanamicina		S			
Rifabutina		S			
Pirazinamide		S			
Etionamide		S			
Capreomicina		S			
Clofazimina		S			
Linezolid		S			

CMI = concentrazione minima inibente S = sensibile; I = intermedio; R = resistente;

- **Terapia:**
rifampicina, ethionamide, terizidone, amikacina (per 2 mesi)



Novembre 06



Settembre 07

Caso 6

- G.C. 33 aa, italiano.
- Diabete mellito insulino-dipendente dal 2003.
- Ricoverato il 22 febbraio 2007 c/o Divisione di Medicina.

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE

Scompenso diabetico con chetoacidosi

RICOVERO N° 2007018863 DAL : 22/02/2007 AL 04/03/2007

MOTIVO DEL RICOVERO

Sindrome astenica generalizzata, vomito e rallentamento motorio.
In Ps riscontro di alti valori glicemici ed acidosi metabolica

SINTESI ANAMNESTICA

Diabete mellito insulino dipendente diagnosticato nel 2003 seguito dal centro diabetologico di Niguarda

DECORSO CLINICO E TRATTAMENTI

Rapido miglioramento dei sintomi e correzione delle alterazioni metaboliche con terapia insulinica ed idratante.

Il paziente è stato ricoverato per ottimizzare lo schema di terapia insulinica da tempo abbandonato per scarsa compliance alla terapia e poca aderenza ai controlli specialistici.

Durante la degenza è stato visitato dallo specialista diabetologo e dallo specialista psichiatra (vedi relazioni allegate)

Viene dimesso in buone condizioni soggettive e discreto compenso glicemico con lo schema insulinico classico proposto dallo specialista, comprendente tre somministrazioni di insulina rapida ai pasti ed una somministrazione serale di insulina intermedia.

INDAGINI ESEGUITE

Ecg

CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE

Asintomatico

Insulina rapida (ACT) ai tre pasti principali: 6+15+15 unità

Insulina Humulin I, 10 unità alle ore 22

Augmentin 1 gr. 1 cp x 2, ancora per oggi e domani, poi sospendere (accesso dentario)

Note per il medico curante

Si consiglia visita diabetologica già prenotata per giovedì 8 marzo alle ore 10.30 presso il



Interpretazione trascritta:

Esame eseguito a pz supino.

Non addensamenti pleuroparenchimali a focolaio in atto ne' falde di versamento pleurico.

Immagine cardio-mediastinica nei limiti.

ID utente : mferrarese, Team : REPARTO

22 febbraio



Interpretazione trascritta:

Rispetto al precedente controllo eseguito in data 22 - 02 - 07 si apprezza uno sfumato addensamento parenchima le in para ilare sinistra. Non versamenti pleurici. Immagine cardiaca nei limiti.

ID utente : mferrarese, Team : REPARTO

28 febbraio

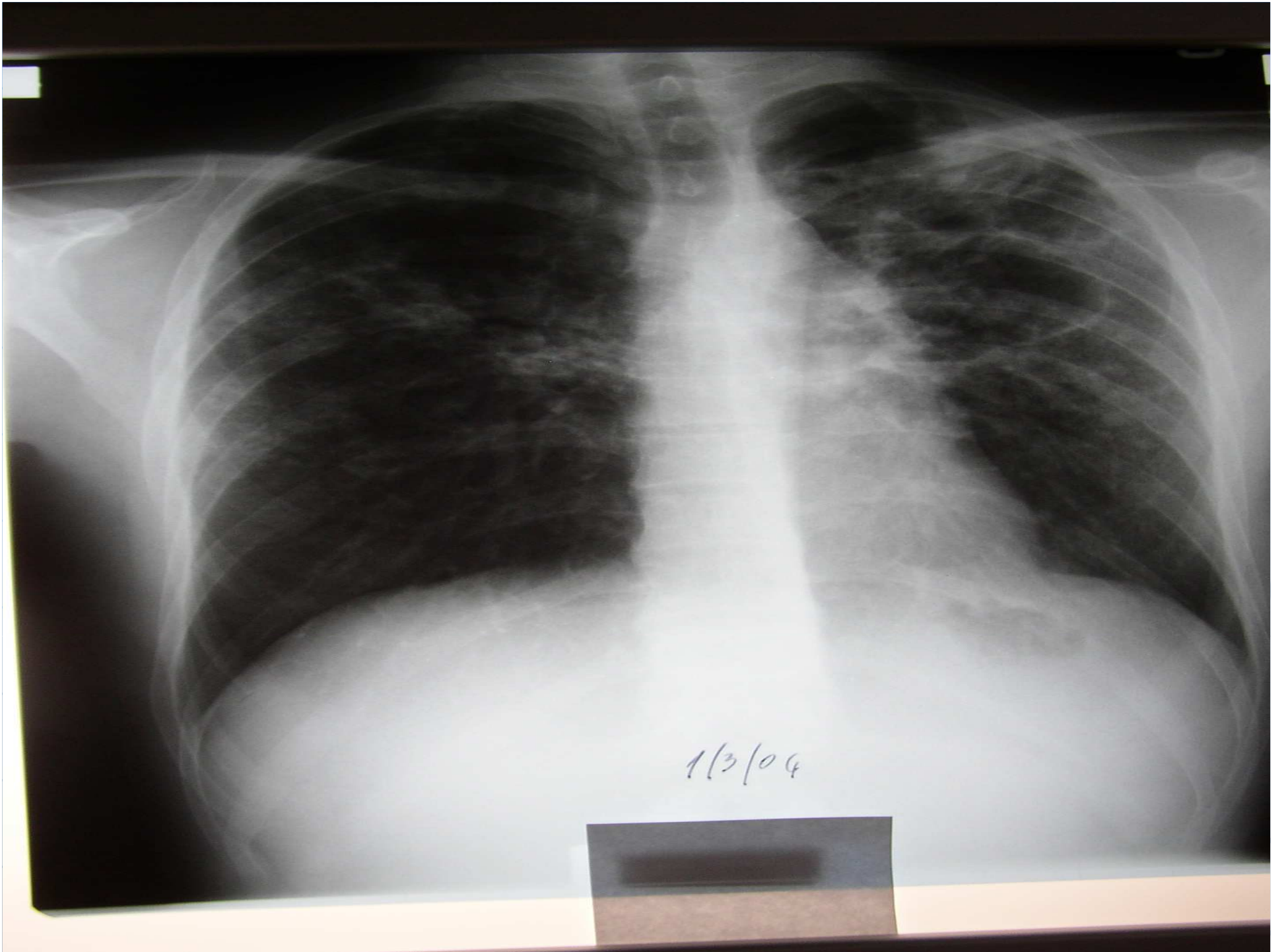
- Il 24/5/07 si reca al P.S. per epigastralgia e vomito.
- Rx torace: addensamenti polmonari multipli.
- Terapia con moxifloxacina e claritromicina senza programma di controllo.
- Il 25/5 richiamato dal P.S. e ricoverato c/o Div. di Malattie infettive :
 - es espettorato positivo per BAAR
 - PPD: negativo
- Dal 31/5/07 terapia con HREZ
- 5/6/07 Trasferimento Ospedale Sondalo
- ABG. Resistente a SM, INI ,PZA, RMP, CICLOSERINA, ETHIONAMIDE, PAS.
- Attualmente in terapia con: Linezolid, Etambutolo, moxifloxacina, amikacina (2mesi)



Luglio



Settembre



1/3/04

CASO 7

- Maschio italiano di 29 anni, proprietario di un parcheggio, non fattori di rischio noti

- astenia, calo ponderale importante da mesi interpretati come stress.

Comparendo tosse ~>

- il MC consiglia Rx torace che evidenzia lesioni bilaterali diffuse nodulari ed escavate "sospette" per TBC

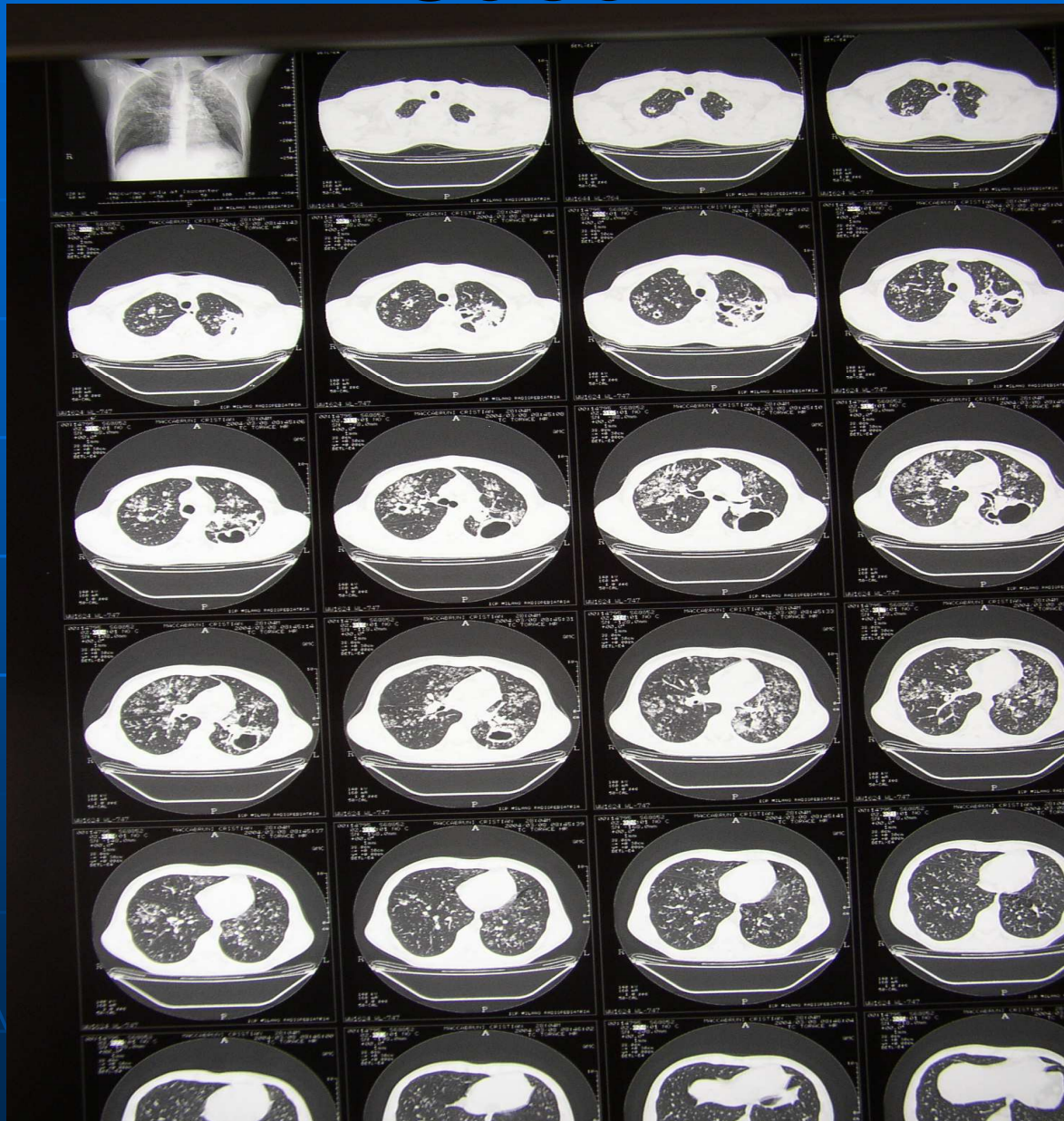
- il MC invia il Pz ad uno specialista

- **QUALE ESAME DOVREBBE RICHIEDERE?**

CASO 4

- Lo specialista effettua come unico esame la Mantoux che risulta negativa
- PERCHE' E' NEGATIVO IL TEST?

Caso 7



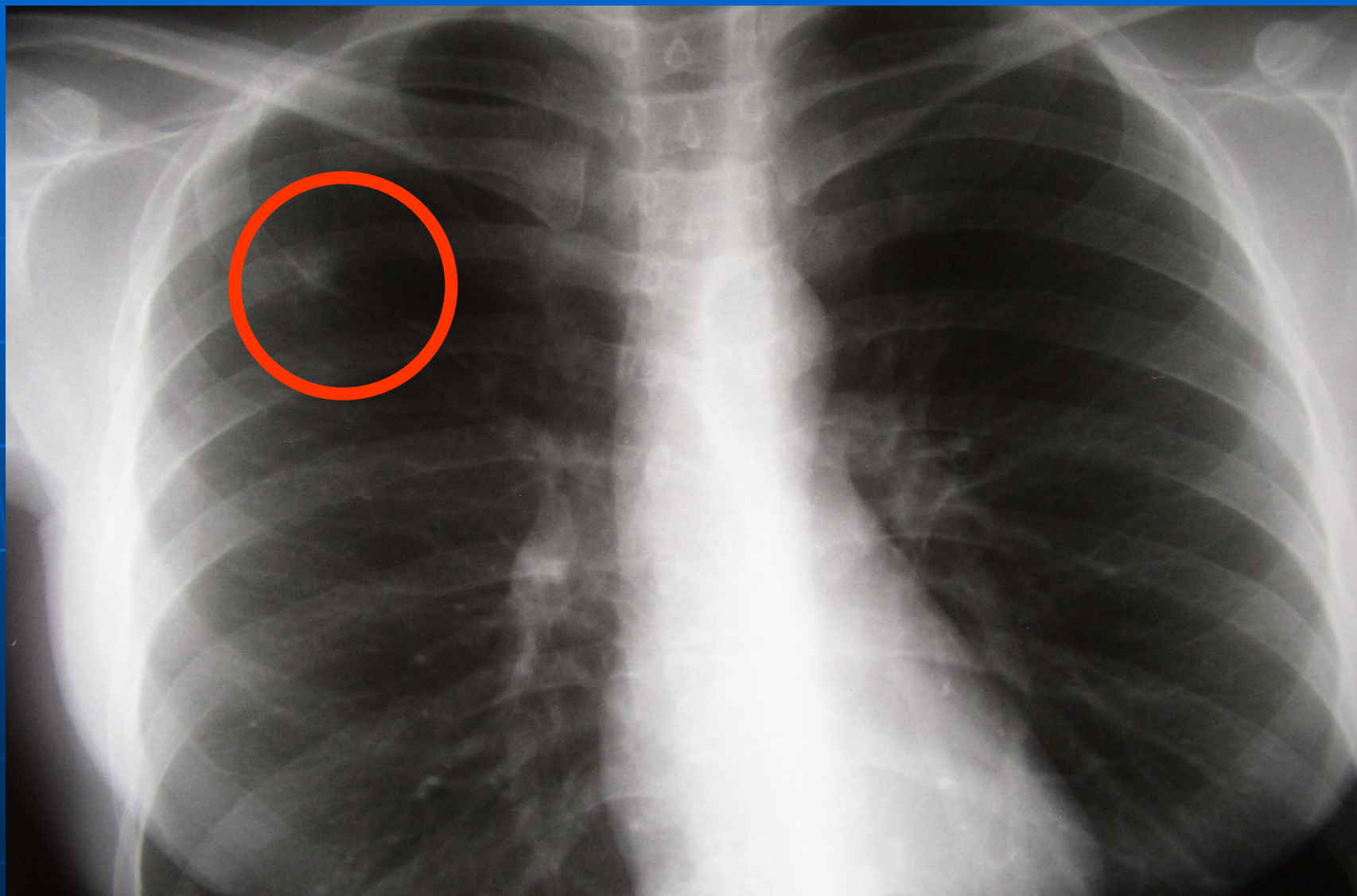
CASO 7

- Lo specialista richiede una TC toracoaddominale che per motivi di attesa il paziente dovrà effettuare (comunque pagando il ticket) in altro Ospedale.
- La TC (dopo 3 sett) evidenzia ancora aspetti suggestivi di TBC e un conoscente medico invia il Pz al CRR-TBC.
- **QUALE ESAME VERRA' RICHIESTO?**

CASO 7

- Il laboratorio descrive il vetrino come una una distesa di micobatteri che in seguito crescono "Umani e Sensibili"
- la mantoux del Pz si conferma negativa ma si positivizza dopo 2 mesi di terapia
- PERCHE'?
- la fidanzata risulta affetta da TBC polmonare circoscritta
- genitori e fratello effettuano la chemioprophilassi per intensa positività

CASO 7 (fidanzata)

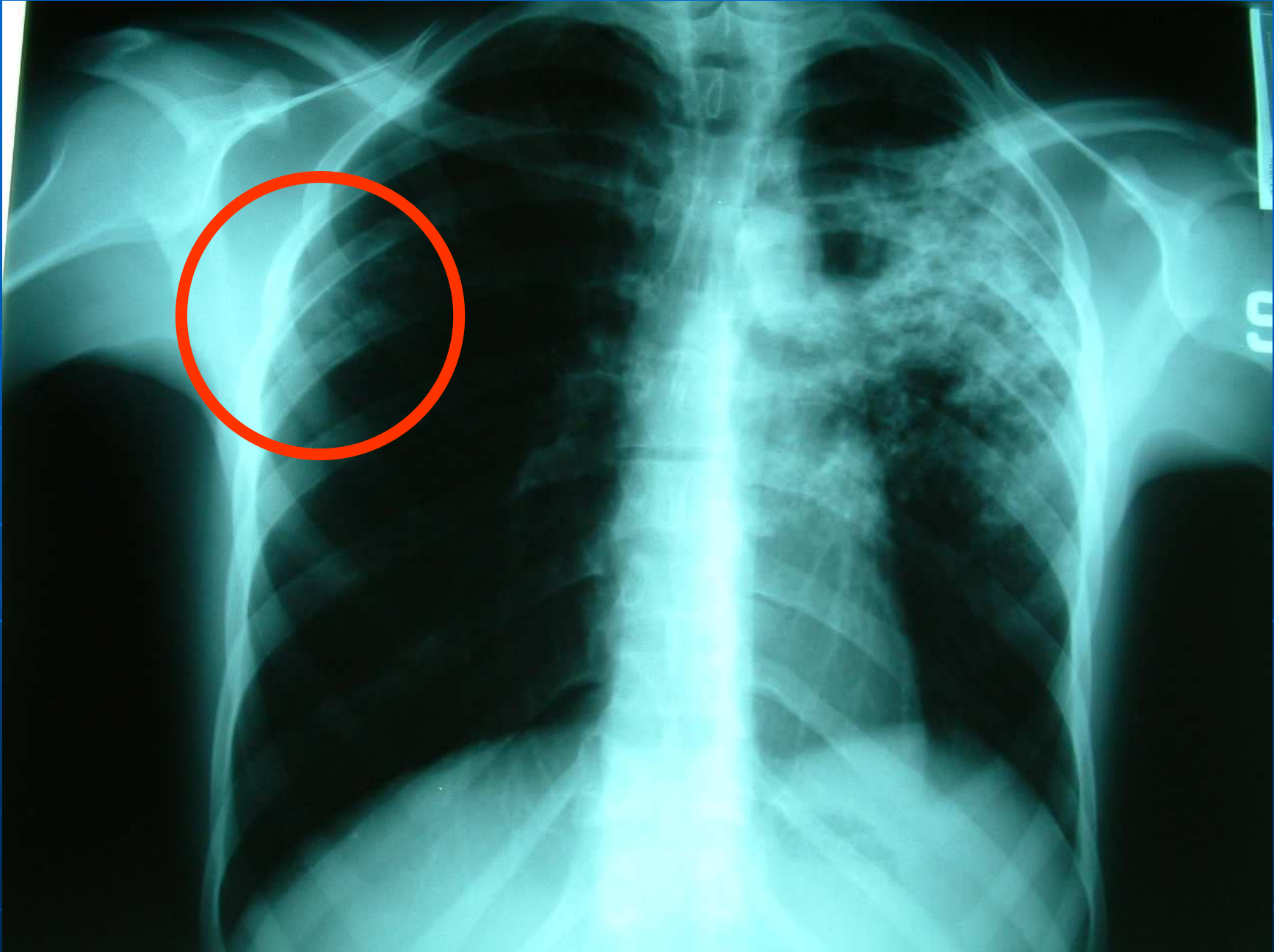


CASO 8

- Maschio italiano 20 anni di etnia etiopica si reca al PS per febbre e tosse produttiva da 15 gg non regrediti con terapia antibiotica
- Rx torace: "addensamento a sinistra e immagini escavate a destra" ~ >
Ricovero
- Iniziata terapia con **Azitromicina** con miglioramento solo parziale per cui vengono associati **Ciprofloxacina** e Ceftriazone senza ulteriori benefici

CASO 8

- Esame sierologico positivo per IgM *Mycoplasma pneumoniae* (non ripetuto)
- Broncoscopia: presenza di scarsi BAAR
- COSA DOVEVA ESSERE RICHIESTO PRIMA?
- Nell' ipotesi di TBC viene posto in isolamento e trattamento con Rifampicina+ Pirazinamide+ Etambutolo+ Isoniazide



CASO 8

- .dopo pochi giorni amplificazione genica per *M. tuberculosis* negativa
- COSA VUOL DIRE? CHE VALORE HA L'ESAME?
- L'esame colturale arriverà dopo circa 15 giorni
- COSA FARE?

CASO 5

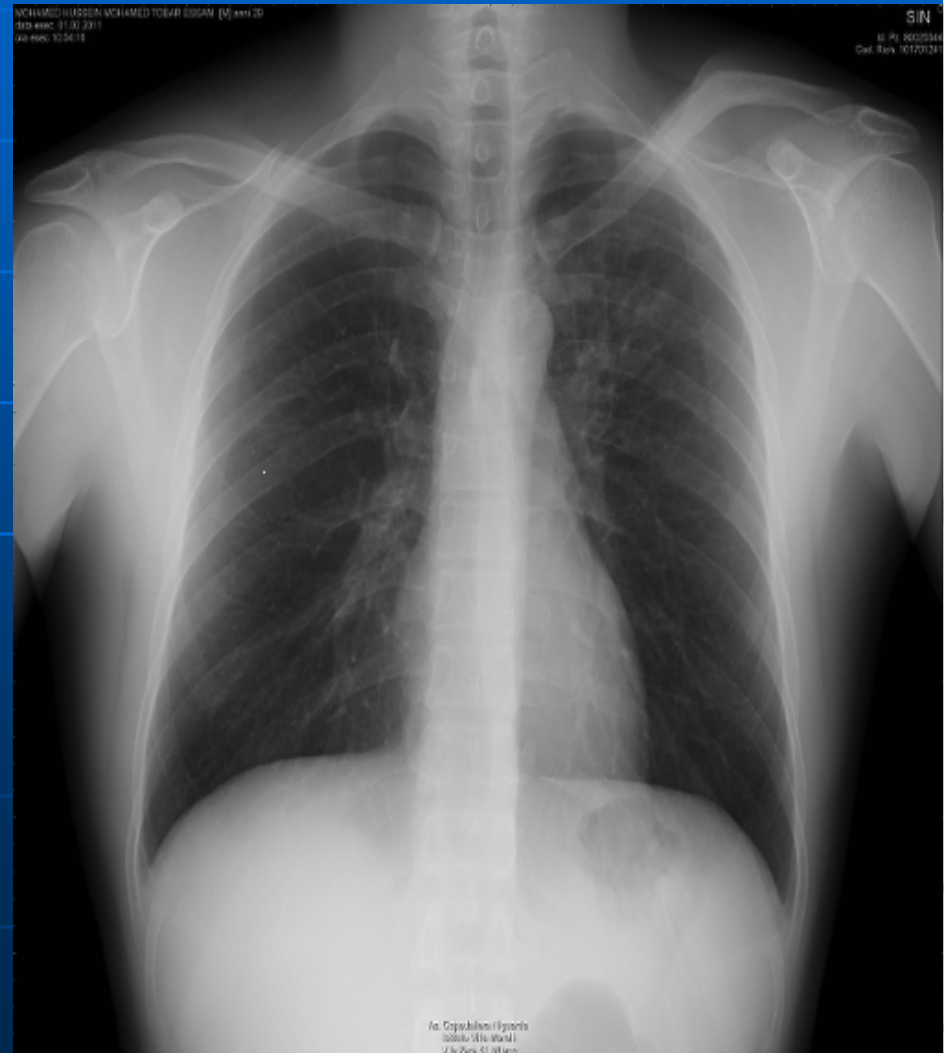
- Il paz. viene invece dimesso con:
 - diagnosi di polmonite apicale (?) sinistra da *M. pneumonie* e sospetta micobatteriosi atipica (*M. gordonae*?)
 - terapia con Etambutolo+Claritromicina
 - appuntamento infettivologico 3 settimane dopo
 - E' CORRETTO IL PROVVEDIMENTO?

CASO 5

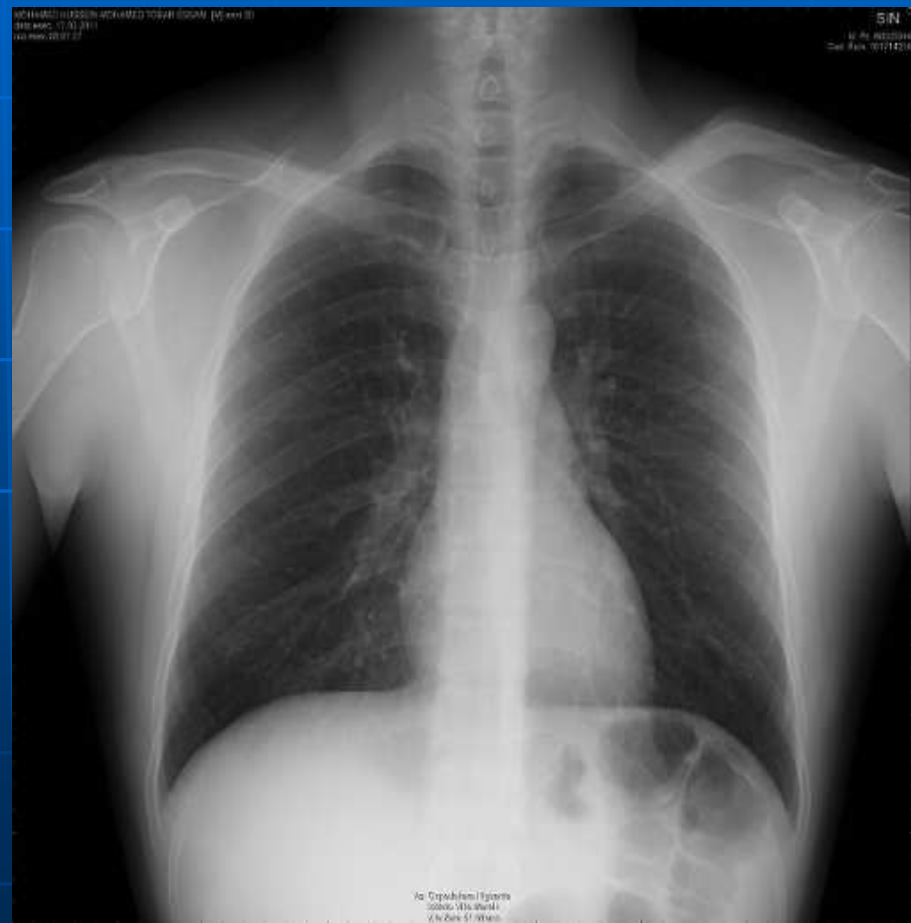
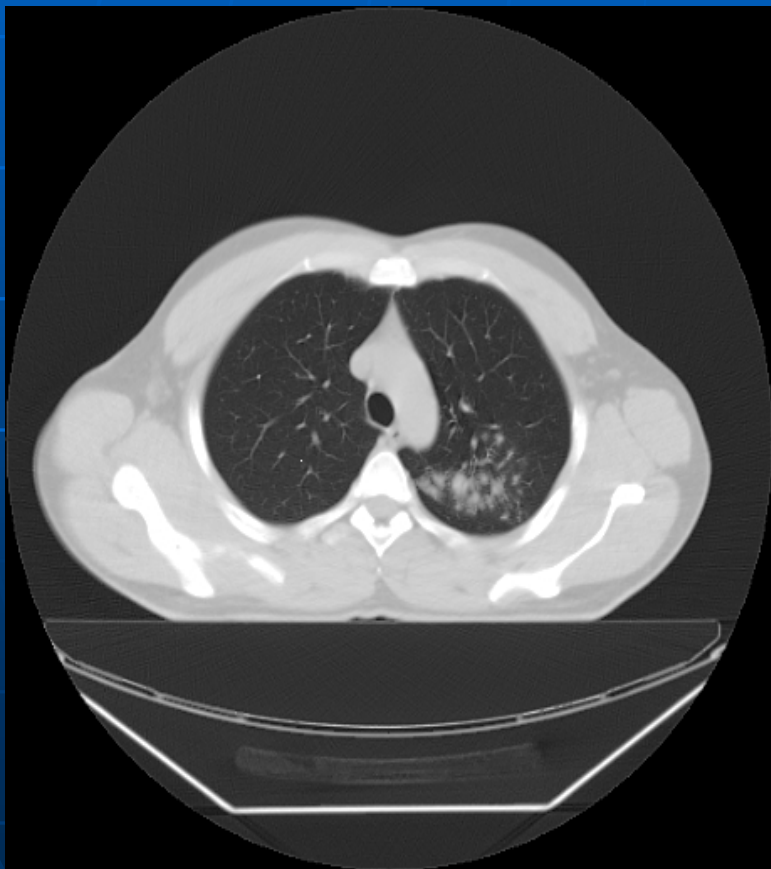
- Dopo 12 giorni giunge esito di esame colturale positivo per M. tuberculosis
- viene re-impostata una terapia con H+Z+E
- E' CORRETTO IL PROVVEDIMENTO?
- Quali rischi si sono verificati durante questa procedura?
- Il paz. giunge al CRR-TBC:
Tubercolosi BILATERALE escavata,
estesa e confluyente a sinistra,
epatopatia da farmaci

Tutti gli immigrati hanno la TB?

- Egiziano M 24 aa
- Tosse, febbre 38°C da 1 settimana
- Emottisi
- No trattamento

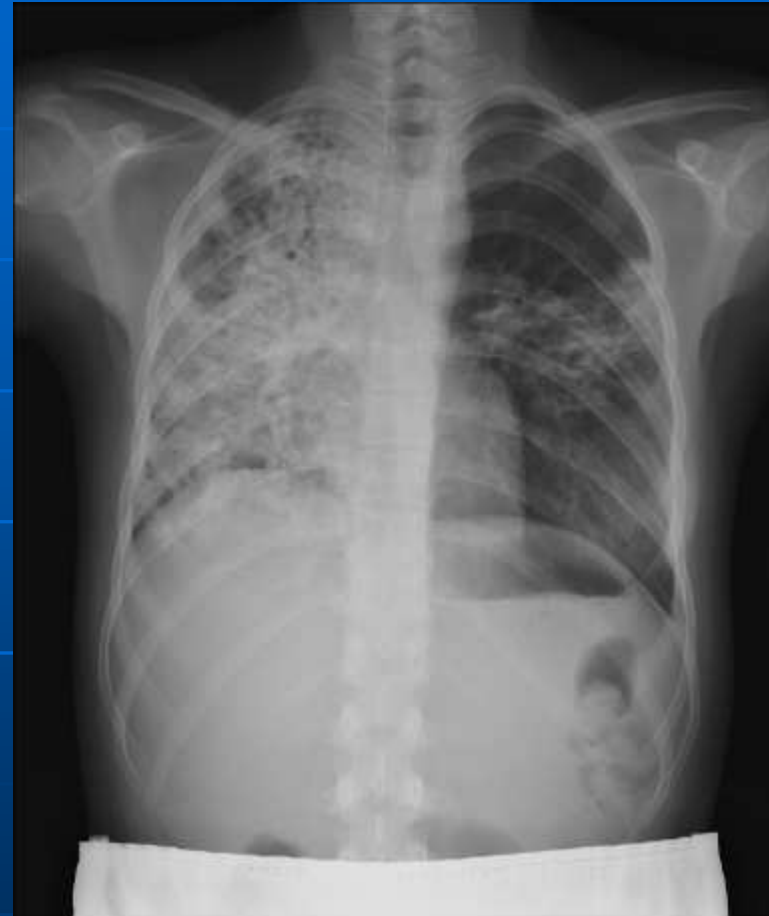


CT e poi Rx dopo 10 giorni di doxiciclina



POLMONITE BILATERALE?

- Perù
- Calo ponderale 15 kg
- Anticorpi antigliadina!
- Quantiferon +
- Inviata per profilassi con isoniazide



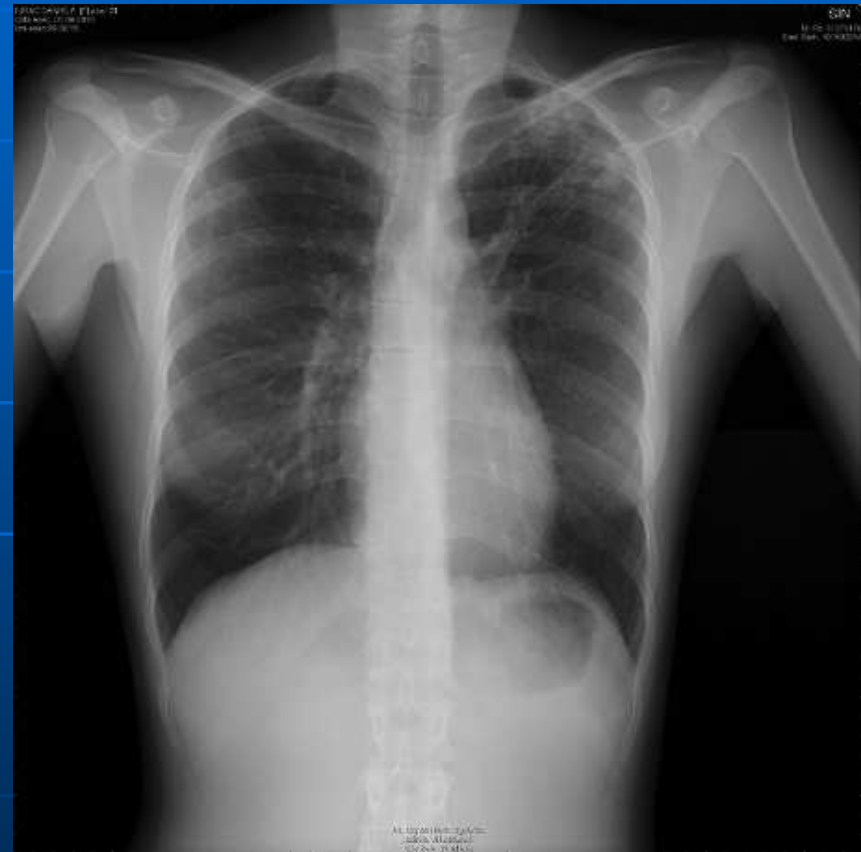
Polmonite da Citomegalovirus!

- Rumena
- BK-Ampl+
- Trattenuta per 3 sett in reparto perché il BK era neg



Polmonite batterica

- Rumena
- Febbricola da mesi
- Ripetuti accessi a vari PS
- Terapie aspecifiche inclusi chinolonici
- Ritardo 5 mesi



Polmonite morbillosa

- Medico italiano 29 aa
- Emoftoe durante morbillo
- Successivi microepisodi scambiati per tosse nervosa e fragilità capillare
- Ritardo 15 mesi



Polmonite stafilococcica

- Perù 33 aa
- Diretto - Ampl+
- Baby sitter
- Successivo volo aereo di 20 ore
- Ritardo di 4 mesi

