

Empiem netuberculos la un pacient cu fibroză postTBC

Mioara Szatmary, Gabriela Jimborean

UMFST Tg. Mureș

Empiemul pleural apare în variate condiții: frecvent parapneumonic (pneumonii bacteriene sau fungice), în cadrul tuberculozei (TBC), după aspirația florei din orofaringe mai ales la cei cu focare dentare și tulburări de deglutiție; în cadrul unui sepsis cu determinări pleurale/pulmonare; strâns legat de supurațiile pulmonare (de acompaniere sau după perforare în cavitatea pleurală), după traumatismele toracice/politraumatisme; prin suprainfecția unei embolii pulmonare sau tumori; satelite unor pancreatite, peritonite, colecistite, abcese hepatice sau iatrogen după puncții, biopsii, toracoscopie/toracotomie și intervenții chirurgicale toracice pe plămân, esofag, cord, abdomen. Tratamentul este complex (medico-chirurgical), prelungit și frecvent cu sechele fibroase.

Prezentarea de caz: Un bărbat de 67 ani (cu TBC pulmonar în urmă cu 8 ani, BPOC și insuficiență respiratorie cronică, expunere profesională la ciment, fumător 30 PA, consumator de alcool) se prezintă în Cl. Pneumologie cu dispnee, dureri toracice, tuse productivă, transpirații. Se constată abolirea respirației în dreapta, focare dentare, SaO₂: 95% în repaos. Examenul sputei ex. Ziehl Neelsen, PCR, cultura Lowenstein-Jensen au fost constant negative, puncție pleurală 10 ml lichid purulent, negativ la microscopie și cultură pentru bacilul Koch și flora nespecifică, bogat în polimorfonucleare; bronhoscopia negativă, spirometria cu disfuncție ventilatorie severă (FVC 51%, FEV₁ 50%). CT toracic: leziuni fibroase parenchimotoase și pleurale, bronșiectazii, colecție pleurală închistată 94cm. Pacientul este îndrumat în Cl. Chirurgie toracică pentru drenaj. Paralel se institue tratament antibiotic complex: betalactamine cu inhibitori de betalactamaze, fluoroquinolone, metronidazol, antifungice, mucolitice, antiinflamatoare nesteroidice. Reevaluare CT la 1 lună: leziuni polimorfe fibroase, cu pahipleurită, bronșiectazii și noduli fibroși calcificați. Persistență a unui mic fluidopneumotorace cu tub de dren.

Discuții și concluzii: Fibroza postTBC reprezintă un punct slab (cu imunitate locală scăzută) cu risc de complicații: recidivă TBC, suprainfecție cu germeni nespecifici, carcinogeneză, risc hemoragic. În empiemul pleural este necesar drenajul chirurgical/asociat cu tratament antibiotic cu spectru larg îndelungat 2-3 luni, enzime intrapleural. Diagnosticul precoce al TBC și tratamentul complet la primul episod previne formarea sechelelor fibroase extinse cu potențial de complicații greu de tratat. Educația împotriva fumatului și a alcoolului ca și asigurarea unei igiene dentare adecvate fac parte din programul de reabilitare la pacienții cu fibroză postTBC.

Nontuberculous empyema in a patient with post-TB fibrosis

Abstract

Pleural empyema occurs in various conditions: frequently parapneumonic (bacterial or

fungal pneumonias), in tuberculosis (TB), after aspiration of flora from the oropharynx, especially in those with dental foci and swallowing disorders; in sepsis with pleural/pulmonary findings; closely related to pulmonary suppurations (accompanying or after perforation in the pleural cavity), after thoracic trauma/polytrauma; through superinfection of a pulmonary embolism or tumors; satellites of pancreatitis, peritonitis, cholecystitis, liver abscesses or iatrogenic after punctures, biopsies, thoracoscopy/thoracotomy and thoracic surgical interventions on the lung, esophagus, heart, abdomen. Treatment is complex (medical-surgical), prolonged and frequently with fibrous sequelae.

Case presentation: A 67-year-old man (with pulmonary TB 8 years ago, COPD and chronic respiratory failure, occupational exposure to cement, smoker 30 PA, alcohol consumer) presents to the Pulmonology Clinic with dyspnea, chest pain, productive cough, sweating. There is a cessation of breathing on the right, dental foci, SaO₂: 95% at rest. Sputum examination ex. Ziehl Neelsen, PCR, Lowenstein-Jensen culture were consistently negative, pleural puncture 10 ml purulent fluid, negative on microscopy and culture for Koch bacillus and nonspecific flora, rich in polymorphonuclears; negative bronchoscopy, spirometry with severe ventilatory dysfunction (FVC 51%, FEV₁ 50%). Chest CT: parenchymal and pleural fibrous lesions, bronchiectasis, closed pleural collection 94cm. The patient is referred to the Thoracic Surgery Clinic for drainage. In parallel, complex antibiotic treatment is instituted: betalactams with betalactamase inhibitors, fluoroquinolones, metronidazole, antifungals, mucolytics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs. CT reassessment at 1 month: polymorphic fibrous lesions, with pachypleuritis, bronchiectasis and calcified fibrous nodules. Persistence of a small fluid pneumothorax with a drain tube.

Discussions and conclusions: Post-TB fibrosis represents a weak point (with low local immunity) with a risk of complications: TB relapse, superinfection with non-specific germs, carcinogenesis, hemorrhagic risk. In pleural empyema, surgical drainage is necessary/associated with long-term broad-spectrum antibiotic treatment for 2-3 months, intrapleural enzymes. Early diagnosis of TB and complete treatment at the first episode prevents the formation of extensive fibrous sequelae with the potential for difficult-to-treat complications. Education against smoking and alcohol as well as ensuring adequate dental hygiene are part of the rehabilitation program for patients with post-TB fibrosis.