

Όζοι πνεύμονος σε ασθενή με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα

ΜΠΟΥΛΜΠΟΥ Μ.
ΚΥΤΟΥΔΗΣ Κ.
ΣΑΚΚΑΣ Λ.Ι.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα σπάνια προσβάλλει τους πνεύμονες με όζους. Άντρας ασθενής με πρόσφατη διάγνωση γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας υπό θεραπεία με μεθυλπρεδνιζολόνη παρουσιάζει πυρετό, μη παραγωγικό βήχα και τοπική διόγκωση της δεξιάς γαστροκνημίας. Η ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία θώρακος έδειξαν αμφοτερόπλευρους όζους, μερικοί με κοιλότητα. Υπερηχογράφημα στην περιοχική διόγκωσης της γαστροκνημίας έδειξε μια καλώς αφορισμένη, χωρίς αγγεία, μάζα με χαμηλή ηχογένεια στην οποία διενεργήθηκε παρακέντηση και το υγρό που αναρροφήθηκε μετά από επτά ημέρες καλλιέργειας ανάδειξε *Nocardia asteroides*.

Ελληνική Ρευματολογία 2009, 20(1):60-62

Όροι ευρετηρίου: γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα, *Nocardia*, όζοι πνεύμονος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πνευμονικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (ΓΚΑ) είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν διηθήματα, όζους και πλευριτική συλλογή.¹ Έξαιτίας της σπανιότητας των εκδηλώσεων, κάθε ασθενής με ΓΚΑ που εμφανίζει πνευμονικούς όζους θα πρέπει να υποβάλλεται σε έλεγχο για την αναζήτηση άλλης αιτιολογίας.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Άνδρας 79 ετών, προσέρχεται στην Κλινική μας με πυρετό έως 39°C από είκοσι ημέρες, και συνοδό μη παραγωγικό βήχα και επώδυνη διόγκωση στην οπίσθια έσω επιφάνεια της δεξιάς γαστροκνημίας.



Εικόνα 1. Απλή ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία θώρακος. Διηθήσεις και πολλαπλοί όζοι σε αμφότερα τα πνευμονικά πεδία, μερικοί εμφανίζουν κεντρική νέκρωση (κοιλότητα). Στην αξονική τομογραφία οι βλάβες προσλαμβάνουν με τη χορήγηση σκιαγραφικού, ενώ υπάρχουν και μικροί λεμφαδένες (<1cm) στο μεσοθωράκιο.

Δυο μήνες πριν, ο ασθενής είχε διαγνωσθεί από την Κλινική μας με ΓΚΑ, με θετική βιοψία κροταφικής αρτηρίας, και τέθηκε σε μεθυλπρεδνιζολόνη (40 mg/ημέρα) με ύφεση των συμπτωμάτων και των δεικτών φλεγμονής της νόσου. Παράλληλα εξαιτίας θετικής δερμοαντίδρασης Μαντουχ τέθηκε σε αγωγή με ισονιαζίδη (300mg/ημέρα) και βιταμίνη Β6 (75 mg/ημέρα). Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε καθαρά πνευμονικά πεδία. Στην παρούσα εισαγωγή, ο ασθενής είχε αραιούς τρίζοντες στα μέσα και κάτω πνευμονικά πεδία του αριστερού πνεύμονα, και τοπική διόγκωση στη δεξιά γαστροκνημία που ήταν ευαίσθητη στην πίεση αλλά χωρίς θερμότητα ή ερυθρότητα. Οι εξετάσεις αίματος έδειξαν αναιμία, λευκοκυττάρωση και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (Ht:36,6%, WBC:14.600x10³/μL, με 89% πολυμορφοπύρνηνα, ΤΚΕ: 89 mm, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη: 14 mg/dL, φ.τ. <0,5). Η κατά Gram χρώση της απόχρεμψης έδειξε λευκοκύτταρα και η καλλιέργεια ανάδειξε μικτή κλωρίδα και μύκητες. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Η ακτινογραφία θώρακος και η αξονική τομογραφία θώρακος στην οποία υποβλήθηκε, έδειξαν αμφοτερόπλευρες διηθήσεις και πολλαπλούς όζους, μερικοί από τους οποίους εμφάνιζαν κοιλότητα (Εικόνα 1). Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα στην περιοχή διόγκωσης της γαστροκνημίας έδειξε μια

καλώς αφορισμένη, χωρίς αγγεία, μάζα διαστάσεων 7 cm X 5 cm X 2,5 cm με χαμηλή ηχογένεια και διαφράγματα. Εγινε αναρρόφηση της μάζας με βελόνη και μετά από υποτροπή της διόγκωσης, έγινε χειρουργική παροχέτευση. Το υγρό που αναρροφήθηκε, μετά από επτά ημέρες καλλιέργειας, ανάδειξε *Nocardia asteroides*. Ο ασθενής άρχισε τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (TMP-SMZ) που όμως διακόπηκε λόγω αλλεργικής αντίδρασης. Στη συνέχεια ο ασθενής τέθηκε σε μινοκυκλίνη (200 mg/ημέρα) που διέκοψε μετά από τέσσερις μήνες. Δυο μήνες αργότερα, η μάζα στη δεξιά γαστροκνημία υποτροπίασε και καθαρίστηκε χειρουργικά. Ο ασθενής τέθηκε πάλι σε μινοκυκλίνη για ένα έτος. Ένα έτος μετά το τέλος της θεραπείας ο ασθενής είναι καλά και λαμβάνει 2 mg methylprednisolone κάθε δεύτερη ημέρα για τη βασική του νόσο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα είδη της *Nocardia* είναι Gram θετικοί, μερικώς οξυάντοχοι, διακλαδούμενοι, ως χάντρες βάκιλλοι που κατοικούν στο χώμα. Οι περισσότερες περιπτώσεις ανθρώπινης Νοκαρδίωσης (80%) προκαλούνται από τη *Nocardia asteroides*^{2,3}. Η Νοκαρδία συνήθως συμβαίνει σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, συνήθως πάσχοντες από AIDS ή μεταμοσχευμένους ασθενείς αλλά και σε ασθενείς με νεοπλασίες ή

χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια^{4,5}. Υπάρχουν ελάχιστες αναφορές Νοκαρδίωσης σε ασθενείς με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο και με ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα υπό κορτικοστεροειδή και πολύ σπάνιες αναφορές σε ανοσοεπαρκή άτομα^{4,5}. Η *Nocardia* συνήθως μολύνει με την αναπνοή και σπανιότερα με άμεσο ενοφθαλμισμό τραύματος του δέρματος. Μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι σπάνια. Η *Nocardia* μπορεί να εξαπλωθεί από την πνευμονική εστία σε κάθε όργανο του σώματος και ιστό αλλά πιο συχνά εγκαθίσταται στον εγκέφαλο, το δέρμα, τον οφθαλμό, και τις αρθρώσεις³⁻⁵. Υπάρχουν δύο αναφορές εντόπισης της σε μυς στην Αγγλική βιβλιογραφία^{6,7}. Οι κλινικές εκδηλώσεις της πνευμονικής Νοκαρδίωσης είναι μη ειδικές και περιλαμβάνουν βήχα, πυρετό και πυώδη απόχρεμψη^{3,5,8}. Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να δείξει διάφορα ευρήματα που ποικίλουν όπως μονήρη όζο ή πολλαπλούς όζους σε αμφοτερόπλευρα διηθήματα με κοιλότητες και πλευριτική συλλογή, ευρήματα παρόμοια με εκείνα της ΓΚΑ¹. Οι μυοδερματικές βλάβες εμφανίζονται ως κυτταρίτιδα, όζοι, φλύκταινες, έλκη, υπερκερατωσικές πλάκες ή ογκόμορφη βλάβη⁵.

Τα είδη της *Nocardia* συνήθως αναπτύσσονται σε καλλιέργεια σε 5-7 ημέρες, αλλά μπορεί να χρειασθούν έως και τρεις εβδομάδες.⁴ Αξίζει να σημειωθεί ότι η λοίμωξη με *Nocardia* μπορεί να συνυπάρχει με λοίμωξη από άλλα παθογόνα.⁶ Η θεραπεία εκλογής είναι η TMP-SMZ για 6-12 μήνες. Εναλλακτικές θεραπείες περιλαμβάνουν μινικυκλίνη, αμικασίνη, αμπικιλίνη, και κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς. Συμπερασματικά, οι όζοι στους πνεύμονες είναι σπάνια εκδήλωση της ΓΚΑ και η παρουσία τους σε ασθενή με ΓΚΑ υπό θεραπεία επιβάλλει την αναζήτηση άλλης αιτιολογίας, ιδιαίτερα της λοίμωξης με *Nocardia*.

ABSTRACT

Pulmonary Nodules In A Patient With Giant Cell Arteritis

Boulbou M, Kitoudis K, Sakkas L.I.

Department of Internal Medicine, Thessaly University School of Medicine and General Hospital, Larissa

41110, Greece, e-mail:lsakkas@med.uth.gr

Giant cell arteritis (GCA) rarely presents with pulmonary nodules. A patient with recent onset GCA presented with fever and cough and a lower leg swelling. Chest X-rays and CT-scan revealed bilateral pulmonary nodules with cavitation. Aspiration of the lower leg swelling revealed *Nocardia asteroides*.

Hellenic Rheumatology 2009, 20(1):60-62

Key words: giant cell arteritis, pulmonary nodule, nocardia

No financial support was received. No conflict of interest

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gur H, Ehrenfeld M, Izsak E. Pleural effusion as a presenting manifestation of giant cell arteritis. *Clin Rheumatol* 1996;15:200-3.
2. Kageyama A, Yazawa K, Ishikawa J, Hotta K, Nishimura K, Mikami Y. Nocardial infections in Japan from 1992 to 2001 including the first report of infection by *Nocardia transvalensis*. *Eur J Epidemiol* 2004; 19:383-9
3. Matulionyte R, Rohner P, Uckay I, Lew D, Garbino J. Secular trends of nocardia infection over 15 years in a tertiary care hospital. *J Clin pathol* 2004;57:807-12
4. Saubolle MA, Sussland D. Nocardiosis: Review of clinical and laboratory experience. *J Clin Microbiol* 2003;41:4497-501
5. Lederman ER, Crum NF. A case series and focused review of nocardiosis: clinical and microbiologic aspects. *Medicine (Baltimore)* 2004;83:300-13.
6. Kontoyannis DP, Ryoff K, Hooper DC. *Nocardia* bacteremia: report of 4 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1998;77: 255-67
7. Smit LH, Leemans R, Overbeek BP. *Nocardia farcinica* as the causative agent in a primary psoas abscess in a previously healthy cattle inspector. *Clin Microbiol Infect* 2003;9:445-8
8. Menéndez R, Cordero PJ, Santos M, Gobernado M, Marco V. Pulmonary infection with *Nocardia* species: a report of ten cases and review. *Eur Respir J* 1997;10:1542-6.