

Розвиток туберкульозного плевриту у хворого на саркоїдоз: клінічний випадок

О.Д. Ніколаєва

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Конфлікт інтересів: відсутній

РЕЗЮМЕ. Останніми роками в нашій країні спостерігається збільшення частоти саркоїдозу. Трапляються випадки поєднання туберкульозу та саркоїдозу. У статті наведено клінічний випадок розвитку туберкульозного плевриту у хворого на саркоїдоз легень, який отримував курс лікування з використанням кортикостероїдів. Туберкульозну етіологію плевриту було доведено шляхом визначення мікобактерії туберкульозу в ексудаті й біоптаті та за допомогою гістологічного дослідження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: саркоїдоз, туберкульоз, плеврит.

Clinical case of tuberculous pleurisy in sarcoidosis patient

O.D. Nikolaeva

National University of Healthcare of Ukraine named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Conflict of interest: none

ABSTRACT. In recent years, there has been an increase in cases of sarcoidosis in our country. Cases of a combination of tuberculosis and sarcoidosis are observed. A clinical case of the development of tuberculous pleurisy in patients with pulmonary sarcoidosis, who had previously received courses of glucocorticosteroid therapy, is presented. The tuberculous etiology of pleurisy was established by microbiological detection of the pathogen in the exudate and biopsy and histological examination.

KEY WORDS: sarcoidosis, tuberculosis, pleurisy.

Развитие туберкулезного плеврита у больного саркоидозом: клинический случай

О.Д. Николаева

Национальный университет здравоохранения Украины им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Конфликт интересов: отсутствует

РЕЗЮМЕ. В последние годы в нашей стране наблюдается увеличение частоты саркоидоза. Встречаются случаи сочетания туберкулеза и саркоидоза. В статье приведен клинический случай развития туберкулезного плеврита у больного саркоидозом легких, который получал курс лечения с использованием кортикостероидов. Туберкулезная этиология плеврита была доказана путем определения микобактерии туберкулеза в экссудате и биоптате и при помощи гистологического исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: саркоидоз, туберкулез, плеврит.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Останніми роками спостерігається збільшення частоти саркоїдозу в нашій країні. У середньому захворюваність на саркоїдоз в Україні становить 1,1-2,6 на 100 тис. населення. У країнах із високим тягарем туберкульозу трапляються випадки поєднання туберкульозу та саркоїдозу. Використання кортикостероїдів у лікуванні саркоїдозу створює умови для розвитку туберкульозу в результаті реактивації латентної туберкульозної інфекції. Одними з можливих чинників ризику можуть бути післятуберкульозні зміни у хворого у вигляді кальцинатів і щільних вогнищ.

Наводимо клінічний випадок туберкульозного плевриту, який ми діагностували у хворого на саркоїдоз легень.

Пацієнт 1982 р. н. надійшов 10.07.2021 у району лікарню зі скаргами на біль у грудній клітці, підвищення температури тіла. Було діагностовано плевропневмонію. Отримував таке лікування: левофлоксацин 0,5 внутрішньовенно, цефтріаксон 1000 мг 2 рази на добу. Зауважував незначне покращення стану. При рентгенологічному контролі динаміка торпідна, незначне розсмоктування ексудату. Пацієнта направили в Національний інститут фтизіатрії і пульмонології НАМН України ім. Ф.Г. Яновського.

Анамнез: лікувався з приводу саркоїдозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і легень 2 роки тому (рис. 1). Отримував метилпреднізолон за схемою лікування саркоїдозу протягом року. У результаті проведеного лікування відзначалися повне розсмоктування вогнищ у легеневій тканині та зменшення лімфатичних вузлів середостіння. Спостерігався протягом 2 років. Рецидиву захворювання не було.

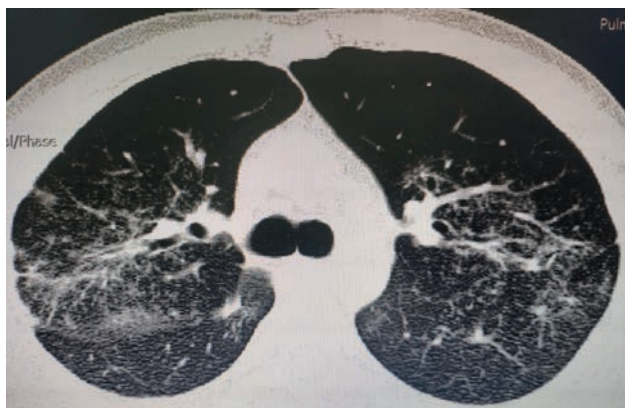


Рис. 1. Саркоїдоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і легень

Із метою верифікації діагнозу 28.07.2021 був госпіталізований у хірургічну клініку Національного інституту фтизіатрії і пульмонології НАМН України ім. Ф.Г. Яновського з підозрою на туберкульоз плеври.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $5,5 \times 10^9$; еритроцити – $4,3 \times 10^{12}$; гемоглобін – 140 г/л; тромбоцити – 312×10^9 ; гранулоцити – 70,9; лімфоцити – 24,7; швидкість осідання еритроцитів – 55 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний – 15,5 мкмоль/л, АЛТ – 52,8 од/л, АСТ – 21,0 од/л, сечовина – 4,7 ммоль/л, креатинін – 97,9 мкмоль/л, сечова кислота – 208,7 мкмоль/л, аг. білок – 68,8 г/л.

Дослідження мокротиння за допомогою GeneXpert MTB/RIF (29.07.2021): мікобактерій туберкульозу (МБТ) не виявлено.

Дослідження мокротиння на кислотостійкі палички: не виявлено.

На серії КТ-зрізів (29.07.2021) у плевральній порожнині візуалізовано випіт (близько 130 мл). Паренхіма середньої та нижньої часток колабована. Білатерально у верхніх частках С2 зліва ще в С8 виявлялися ділянки пневмофіброзу. Вогнищево-інфільтративні зміни не виявлялися. Трахея та бронхи вільнопрохідні. Лімфатичні вузли – до 3 мм, параортальна група – 4 мм, біфуркаційна група – до 6 мм (рис. 2).

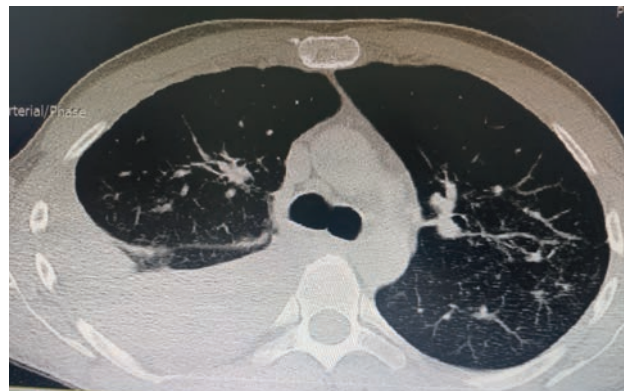


Рис. 2. Ексудативний туберкульозний плеврит після лікування саркоїдозу

30.07.2021 виконано оперативне втручання – відеоторакоскопічна часткова резекція С4 з біопсією парієтальної плеври. Біологічний матеріал направлено на морфологічне й бактеріологічне дослідження.

Цитоз випітної рідини: лейкоцити – до 40 у полі зору в складі лімфоцитів, нейтрофілів/лімфоцити переважають, еозинофіли поодинокі в препараті, еритроцити – близько 25 у полі зору, мезотелій без особливостей – 0-1 у полі зору.

Цитологічне дослідження: в препаратах клітини мезотелію, лімфоцити – до 10 у полі зору, поодинокі фіброцити та фібробласти, клітини типу епітеліоїдних. Висновок: підозра на туберкульоз плеври.

Гістологічне дослідження: в легеневій тканині на тлі дифузних помірно представлених емфізематозних змін і вогнищового пневмофіброзу виявлено поодинокі саркоїдного типу епітеліоїдноклітинні гранульоми з вираженою фіброзною капсулою, без некротичних змін. Водночас виявлено гостре продуктивно-некротичне запалення ділянки вісцеральної плеври: спостерігалися погано оконтуровані епітеліоїдноклітинні гранульоми з центральним некрозом казеозного типу, поодинокі гігантські клітини Пирогова – Лангханса, значні нашарування фібринових мас. У парієтальній плеврі – типова морфологічна картина підгострого туберкульозного запального процесу. Туберкульоз правої плевральної порожнини. Не виключено, що раніше був саркоїдоз легень.

Біопсійний матеріал: GeneXpert MTB/RIF – виявлено низький рівень МБТ; RIF Resistance – МБТ не виявлено.

Діагноз: уперше виявлений туберкульоз легень 03.08.2021 плеври справа (ексудативний плеврит), МБТ+, МГ+, Ріф-, К, Гіст+, ког. 3, 2021.

Лікування: рифампіцин 600 мг, ізоніазид 300 мг, етамбутол 1200 мг, піразинамід 2000 мг на добу, метилпреднізолон за схемою з 20 мг на добу протягом першого місяця, Реосорбілакт, Нейрорубін.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

КТ-контроль (29.09.2021): на серії КТ-зрізів у плевральній порожнині візуалізовано випіт із тенденцією до осумкування в задньо-нижніх відділах у вигляді карманів, товщина шару – до 22 мм. Костальна плевра потовщена. Білатерально у верхніх частках С2 зліва ще в С8 виявлялися ділянки підсиленого, деформованого легеневого малюнку з вогнищевою інфільтрацією розмірами 2-4 мм, місцями з тенденцією до злиття. У середній частці – ділянки пневмофіброзу. Трахея та бронхи вільнопрохідні. Лімфатичні вузли – до 3 мм, параортальна група – 4 мм, біфуркаційна група – до 6 мм.

Враховуючи позитивну динаміку в результаті торакоскопії та інтенсивної фази лікування туберкульозу, подальша терапія проводилася ізоніазидом і рифампіцином. Через 4 місяці підтримувальна фаза лікування була завершена – випадок вилікувано.

Висновки

Наведено клінічний випадок виникнення туберкульозного плевриту у хворого, який проходив курс лікування саркоїдозу з використанням кортикостероїдних гормонів. Діагноз туберкульозу підтверджено визначенням МБТ в ексудаті за допомогою GeneXpert MTB/RIF і морфологічного дослідження. Водночас під час морфологічного дослідження було виявлено остаточні зміни, характерні для саркоїдозу. Враховуючи все викладене вище, поява плеврального випоту у хворих на саркоїдоз, які отримували в складі лікування кортикостероїдні гормони, потребує обов'язкової консультації фтизіатра та проведення присіптивного обстеження з використанням торакоскопії, сучасних бактеріологічних і морфологічних методів діагностики. Своєчасна діагностика туберкульозного плевриту дає змогу ефективно провести лікування й уникнути ускладнень.

Література

1. Гавришук В.К., Гуменик Г.Л., Меренкова Є.О. та ін. Діагностика саркоїдозу органів дихання: методичний посібник. – К., 2014.
2. Потейко П.І. Саркоїдоз: руководство для врачей. – Харьков: Новое слово, 2012. – 246 с.
3. Перецманас Е.О., Шатилов Ю.С., Алатортsev А.В., Зубиков В.С. Туберкулез внелегочной локализации у больных генерализованным саркоидозом. *Туберкулез и болезни легких*. 2011; т. 88, № 2: 27-29.
4. Edwards A., Gao Y., Allan R.N., Ball D., de Graaf H., Coelho T., Clifford V., Curtis N., Williams A., Faust S.N., Mansour S., Marshall B., Elington P., Tebruegge M. Corticosteroids and infliximab impair the performance of interferon- γ release assays used for diagnosis of latent tuberculosis. *Thorax*. 2017; vol. 72, No. 10: 946-949.
5. Joshi S., Periwal P., Dogra V., Talwar D. Sarcoidosis as unusual cause of massive pleural effusion. *Respir. Med. Case Rep.* 2015; vol. 13, No. 16: 143-145.
6. Lai C.C., Lee M.T., Lee S.H., Chang S.S., Lee C.C. Risk of incident active tuberculosis and use of corticosteroids. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2015; vol. 19, No. 8: 936-942.
7. Lin J.Y., Sheu S.J. Ocular sarcoidosis and tuberculous lymphadenopathy: coincidence or real association. *J. Ophthalmic Inflamm. Infect.* 2011; vol. 1, No. 3: 137-140.

References

1. Gavrysiuk V.K., Gumeniuk G.L., Merenkova Ye.O. et al. *Diagnosis of sarcoidosis of the respiratory organs: a methodological manual*. – Kyiv, 2014.
2. Poteyko P.I. *Sarcoidosis: a guide for doctors*. – Kharkiv: Novoe slovo, 2012. – 246 p.
3. Peretsmanas E.O., Shatilov Yu.S., Alatorsev A.V., Zubikov V.S. Tuberculosis of extrapulmonary localization in patients with generalized sarcoidosis. *Tuberculosis and lung diseases*. 2011; vol. 88, No. 2: 27-29.
4. Edwards A., Gao Y., Allan R.N., Ball D., de Graaf H., Coelho T., Clifford V., Curtis N., Williams A., Faust S.N., Mansour S., Marshall B., Elington P., Tebruegge M. Corticosteroids and infliximab impair the performance of interferon- γ release assays used for diagnosis of latent tuberculosis. *Thorax*. 2017; vol. 72, No. 10: 946-949.
5. Joshi S., Periwal P., Dogra V., Talwar D. Sarcoidosis as unusual cause of massive pleural effusion. *Respir. Med. Case Rep.* 2015; vol. 13, No. 16: 143-145.
6. Lai C.C., Lee M.T., Lee S.H., Chang S.S., Lee C.C. Risk of incident active tuberculosis and use of corticosteroids. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2015; vol. 19, No. 8: 936-942.
7. Lin J.Y., Sheu S.J. Ocular sarcoidosis and tuberculous lymphadenopathy: coincidence or real association. *J. Ophthalmic Inflamm. Infect.* 2011; vol. 1, No. 3: 137-140.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ / INFORMATION ABOUT AUTHORS

Ніколаєва Ольга Дмитрівна

Кафедра фтизіатрії і пульмонології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика.
Канд. мед. наук.

9, вул. Дорогожицька, м. Київ, 04112, Україна.

ORCID id: orcid.org/0000-0001-5130-2787

Nikolaeva Olga Dmytrivna

Department of phthysiology and pulmonology, National university of healthcare of Ukraine named after P.L. Shupik.
PhD.

9, Dorohozhytska st., Kyiv, 04112, Ukraine.

ORCID id: orcid.org/0000-0001-5130-2787

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ / CORRESPONDENCE TO

Ніколаєва Ольга Дмитрівна

9, вул. Дорогожицька, м. Київ, 04112, Україна.

E-mail: demenikos@gmail.com

DOI: 10.32902/2663-0338-2022-2-8-10