

Aborto e patologia respiratoria tubercolare: causa o effetto?

Durante la pratica tutoriale presso l'ambulatorio di Medicina Generale giunge alla nostra attenzione una paziente portatrice di una pluripatologia inconsueta per il contesto dell'assistenza primaria. La donna, di origini latino-americane, va incontro ad aborto spontaneo alla ottava settimana di gravidanza, e nei giorni seguenti viene diagnosticata TBC polmonare

Giulia Muscettola
Tirocinante Attività
Medicina Generale, Milano

Giovanni Antonio Filocamo
Tutor Medicina Generale, Milano

Marco Elli
Responsabile Didattica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Polo Universitario Luigi Sacco, Milano

► Descrizione del caso

Nel novembre 2013 una donna di etnia latino-americana, alla quarta settimana di gravidanza, riferisce al Mmg tosse, catarro, febbre. Alla paziente viene consigliata una terapia sintomatica iniziale (aerosol + antinfiammatori), con la raccomandazione di riferirne l'esito a breve tempo.

Ad inizio gennaio 2014, la paziente riferisce persistenza dei sintomi. In considerazione dei precedenti familiari di TBC polmonare (sorella) viene inviata presso il Pronto soccorso di riferimento per gli approfondimenti del caso.

La donna però non si reca in PS e nei giorni successivi, ormai alla ottava settimana di gravidanza, va incontro ad aborto spontaneo presso una struttura ginecologica specialistica. Il 17 gennaio 2014 viene ricoverata in una struttura pneumologica per un quadro di TBC polmonare sinistra.

► Sequenza cronologica

■ **Novembre 2013:** comparsa dei sintomi febbrili. Terapia di supporto e invio al PS di riferimento.

■ **7 gennaio 2014:** aborto spontaneo presso una struttura ginecologica di riferimento. Secondo quanto suggerito dalle linee guida la paziente ha effettuato i controlli ecografici e ginecologici post-abortivi ma, per il persistente stato febbrile,

le è stata prescritta una terapia medica con methotrexate (MTX). Nei giorni successivi l'assunzione di MTX, all'ecografia di controllo non si evidenziano residui in utero.

■ **17 gennaio 2014:** per diagnosi di TBC pleuropolmonare sinistra attiva, la paziente è stata ricoverata presso un primo centro specialistico in cui ha iniziato una terapia medica antitubercolare: rifampicina, isoniazide, etambutolo, pirazinamide.

■ **24 gennaio 2014:** la paziente viene successivamente inviata in una seconda struttura specializzata nel trattamento delle malattie respiratorie. Qui la donna, nonostante la cura antibiotica, continua a presentare un quadro di infiammazione in atto (PCR 72), con febbre, tosse emoftoica, perdite vaginali.

■ **5 febbraio 2014:** durante la degenza viene sottoposta ad ecografia transvaginale, che evidenzia un'immagine compatibile con residui post-abortivi a livello della cervice uterina.

■ **6 febbraio 2014:** viene praticata isterosuzione ed RCU (revisione della cavità uterina), con fuoriuscita di materiale purulento.

■ **8 marzo 2014:** La paziente viene dimessa con terapia antitubercolare.

► Decorso clinico

In aprile, la signora si presenta al controllo presso il Mmg: è in buone condizioni generali. Vengono quindi stabiliti controlli periodici presso il centro di riferimento per la TBC e presso l'ambulatorio di Medicina Generale viene programmato un controllo ginecologico con una ecografia sovrapubica e transvaginale.

► Discussione

Dai dati a disposizione, non è stato possibile definire una relazione causa-effetto fra l'aborto e la concomitante patologia respiratoria tubercolare.

Sino a qualche anno fa i casi di TBC sono stati segnalati in anziani o in pazienti immunodepressi e la possibilità di identificare questa malattia nel contesto dell'assistenza primaria era piuttosto rara.

Nel caso proposto, la sovrapposizione fra il quadro ginecologico e la patologia respiratoria, ha probabilmente creato un *bias* nella valutazione del quadro clinico. La paziente ha effettuato una rivalutazione della cavità uterina solo in tempi differiti, in quanto la sintomatologia era stata correlata esclusivamente alla malattia respiratoria.

► Riflessioni conclusive

La valutazione del caso ci ha proposto alcune riflessioni.

1 Recenti dati epidemiologici mostrano che il tasso di incidenza nella popolazione totale in Italia è in progressivo decremento, ma il più alto tasso di incidenza

tubercolare si osserva in Lombardia con circa il 29% dei casi totali di malattia e un tasso di incidenza di oltre 13 casi/100.000 abitanti.

2 Il dato anamnestico iniziale, di familiarità per TBC polmonare della sorella, ha ovviamente facilitato la diagnosi della malattia respiratoria. La valutazione del dato anamnestico, dei determinanti familiari e socio-economici della paziente è di grande utilità per definire un migliore approccio diagnostico-terapeutico. Questi aspetti non devono essere sottovalutati nel contesto dell'assistenza primaria.

3 Questo caso deve farci riflettere sulla possibilità di incontrare pazienti affetti da TBC polmonare, in particolar modo in alcune etnie di immigrati e nella fascia di età tra i 14 e i 30 anni, come osservato nel caso nella nostra paziente. In altre parole, il quadro epidemiologico della TBC polmonare si sta profondamente modificando in alcune aree del Paese. Questo fenomeno richiede un maggiore livello di attenzione da parte degli operatori sanitari. Potrebbe essere adeguato indagare con il test di Mantoux i soggetti a rischio o i pazienti con sintomatologia respiratoria aspecifica. Le segnalazioni di diffusione di malattia stanno progressivamente aumentando particolarmente nei pazienti giovani.

4 La paziente è stata assistita in due centri ospedalieri ad alta specializzazione nei quali è razionale pensare che si possa avere il migliore livello di cure possibili per ogni singola competenza, tuttavia,

l'iter clinico della paziente suggerisce che la compartimentazione delle competenze cliniche non necessariamente comporti una valutazione complessiva ottimale e, particolarmente nei pazienti con polisintomatologia. Il quadro ginecologico è stato indagato solo in tempi differiti.

5 La tecnica di studio dei casi retrospettivi (la preparazione della sequenza cronologica) che è stata utilizzata nell'esame di questo caso appartiene alle tecniche d'esame di eventi retrospettivi in uso negli studi di risk management.

6 Per rafforzare il rapporto medico-paziente, la donna è stata informata della raccolta dei dati anamnestici e clinici di questo caso e della finalità dei dati raccolti.

Bibliografia

- Linee guida SIEOG 2010
- La tubercolosi polmonare in Italia: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1472_allegato.pdf
- Caridi B. Cresce la tubercolosi in Italia: flussi migratori e globalizzazione fra le cause principali (www.meteoweb.eu)
- Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1103_allegato.pdf
- CDC tuberculosis and pregnancy: www.cdc.gov
- Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Mathad JS, Gupta A www.uptodate.com/contents/tuberculosis-in-pregnancy/abstract/2
- Llewelyn M et al. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London (www.uptodate.com/contents/tuberculosis-in-pregnancy/abstract/27)