

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio
Direttore Prof.L.M.Fabbri

Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Anno Accademico 2001-2002



CASO CLINICO

Z.G. uomo 68 anni

Anamnesi patologica prossima:

Riferisce da 3 mesi circa:

- Tosse secca, stizzosa, persistente
- Dispnea per sforzi moderati
- Lieve astenia e modesto calo ponderale (2 kg)

Anamnesi familiare:

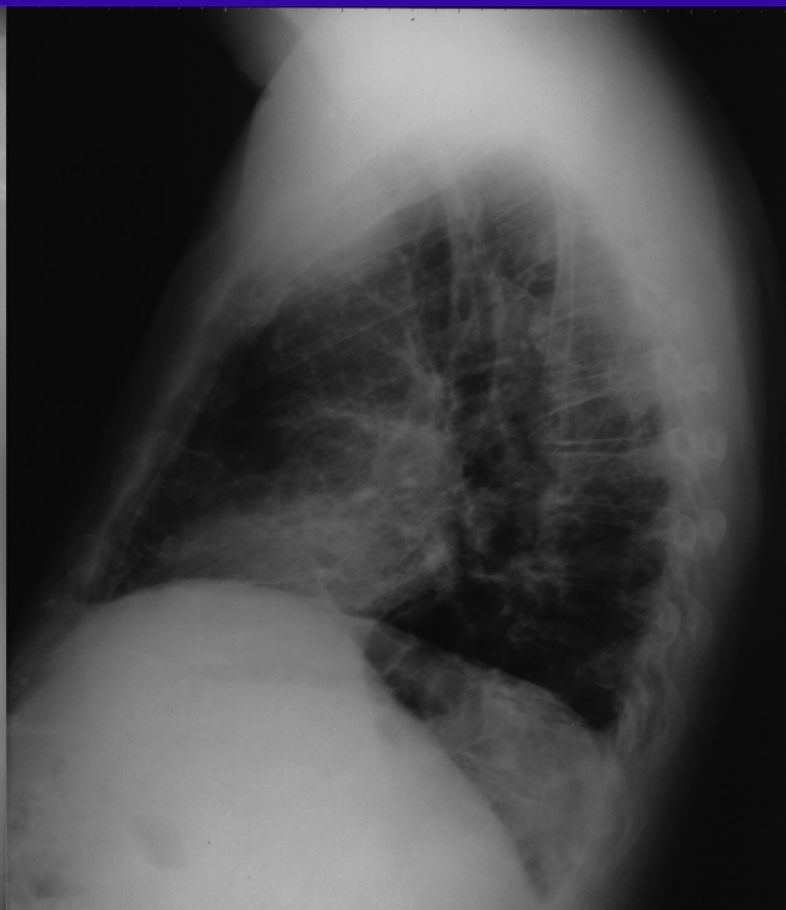
- Una sorella affetta da LES

Anamnesi fisiologica:

- ex operatore ecologico (rifiuti generici e delle ceramiche per 20 anni, rifiuti "verdi" per 10 anni)
- Possiede una stalla con 2 cavalli
- Ex Fumatore (sospeso da 10 anni) 20 p/y

Anamnesi patologica remota:

- Diabete mellito tipo II in terapia con ipoglicemizzanti orali da tre anni.
- Ipertensione arteriosa in terapia dal 1997

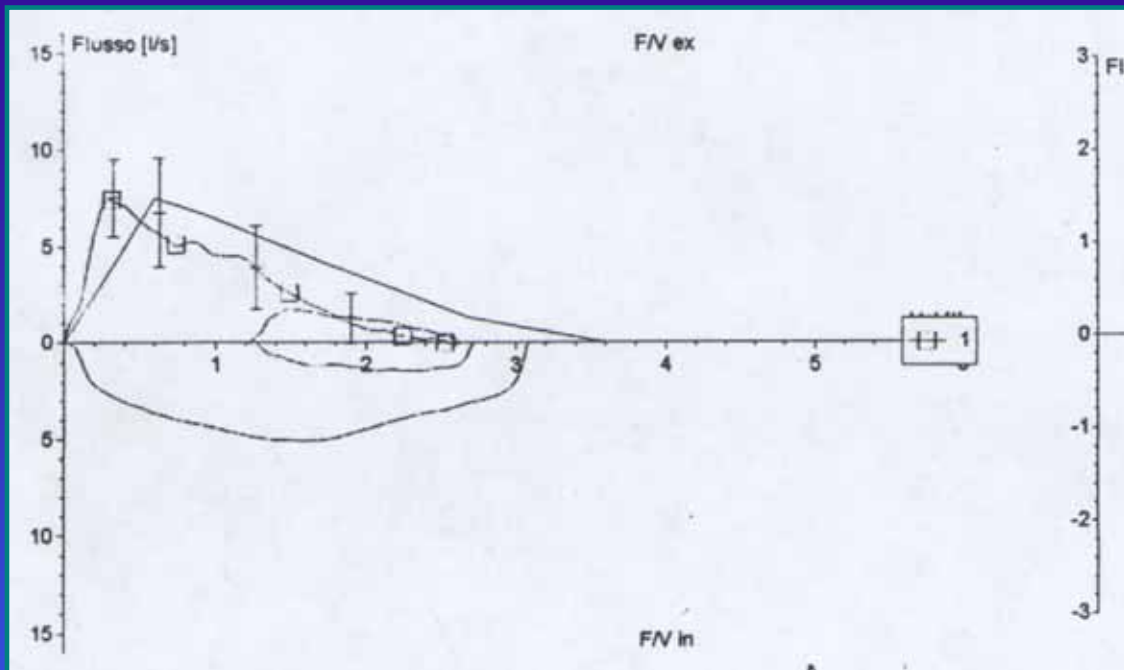


RADIOGRAFIA DEL TORACE

Esame Obiettivo

- Emissioni simmetriche lievemente ipomobili, tachipnea (F.R.24)
- FVT normocondotta su tutto l'ambito
- Suono chiaro polmonare, lieve ipomobilità bibasale
- Crepitii secchi "a velcro" inspiratori bibasali dx>sx

PROVE DI FUNZIONALITA' VENTILATORIA

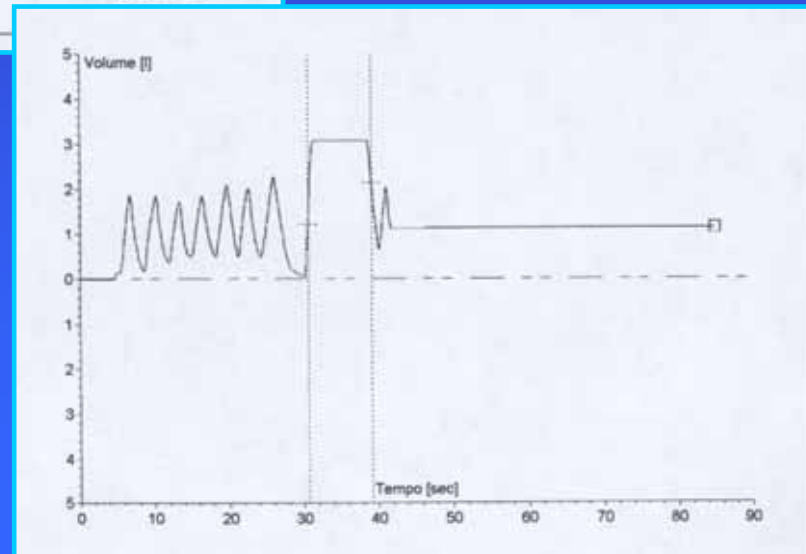


SPIROMETRIA:
Deficit ventilatorio
restrittivo di
grado lieve

VC MAX.....	[1]	3.73	2.99	80.2
IRV.....	[1]		1.23	
ERV.....	[1]	0.97	0.41	42,6
VT.....	[1]	0.60	1.35	224.6
FVC.....	[1]	3.61	2.53	70.2
FEV 1.....	[1]	2.76	2.22	80.2
FEV 1 % VC MAX.....	[%]	74.43	74.02	99.5
FEV 1 % FVC.....	[%]		87.54	
PEF.....	[l/s]	7.54	7.43	98,6
MEF 75.....	[l/s]	6.75	5.11	75.7
MEF 50.....	[l/s]	3.89	2.58	66.3
MEF 25.....	[l/s]	1.25	0.34	26.8

Test di diffusione polmonare alveolo capillare CO in singolo respiro

	Pred	Mis1	%Mis1/P
Hb.....[g/100ml]		14.60	
TLCOc SB...[mmol/min/kPa]	8.17	4.24	51.9
TLCOc/VA.[mmol/min/kPa/l]	1.26	1.06	84.7
TLCOc/BSA[mmol/min/kPa/m ²]		2.17	
RV-He.....[l]	2.56	1.14	44.7
RV%TLC-He.....[%]	41.65	27.40	65.8
TLC-He.....[l]	6.50	4.17	64.1
VA.....[l]	6.35	3.99	62.7
TA.....[s]		8.50	
FRC-He.....[l]	3.53	1.81	51.4
ERV.....[l]	0.97	0.67	69.2



EGA:

paO₂: 72

paCO₂: 38.5

pH: 7.455

HCO₃⁻: 27.6

Espettorato:

Negativo l'esame diretto e colturale per germi comuni, miceti e *Micobacterium tuberculosis complex*

Mantoux 5U ppd:

Negativa

Esami ematochimici

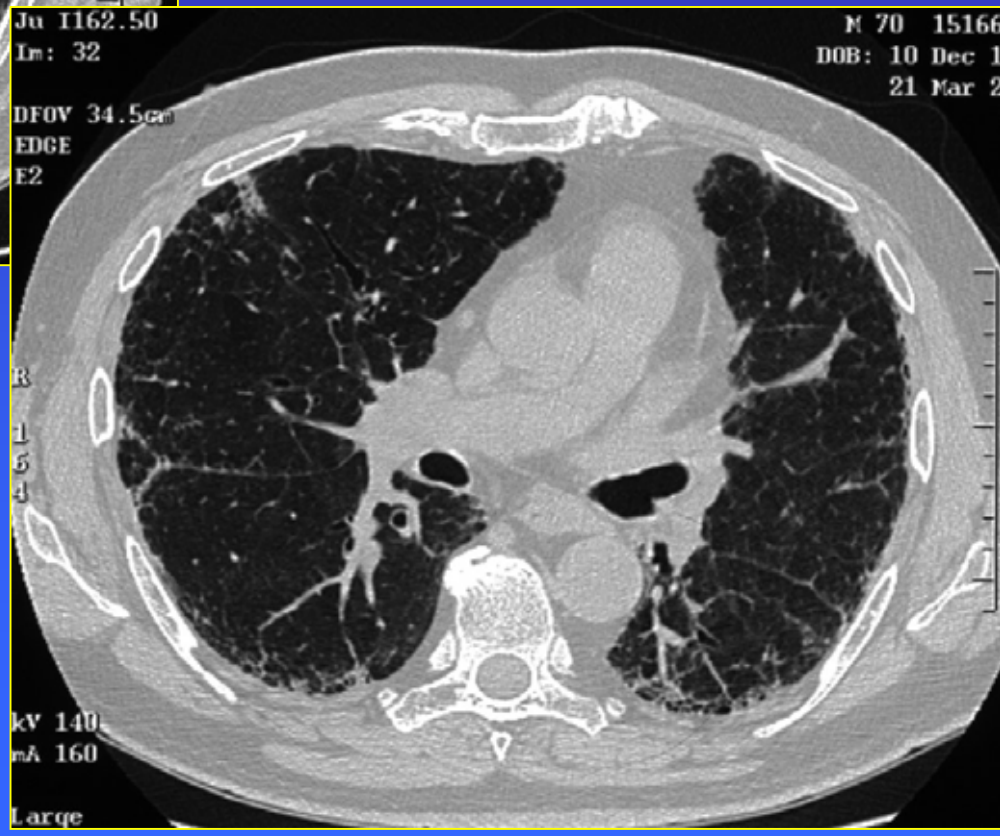
- . Emocromo e formula nei range di riferimento
- . Normale funzionalità epatica, renale ed elettroliti
- . VES 11 (2-15)
- . PCR 0.33 mg/dl (>0,8)
- . A.C.E. 21,7 U/l (8-52)
- . Tipizzazione linfocitaria: valori nel range
- . Tests reumatologici: negativi

HRCT TORACE

“ Pneumopatia interstiziale a distribuzione prevalentemente medio-basale e periferica, caratterizzata da ispessimenti settali, distorsione dell’architettura polmonare, microcisti e bronchiectasie. Il reperto TC è suggestivo di fibrosi polmonare idiopatica”



HRCT TORACE



BRONCOSCOPIA

“ Normali C.V., trachea. Emisistemi bronchiali normalmente pervi fino ai rami di V ordine, ricoperti da mucosa normale con modesta secrezione mucosa in corrispondenza dei bronchi principali che viene aspirata per esame microbiologico; B.A.L. del segmento mediale del lobo medio”

Esami diretti e colturali: negativi per batteri, miceti, BK

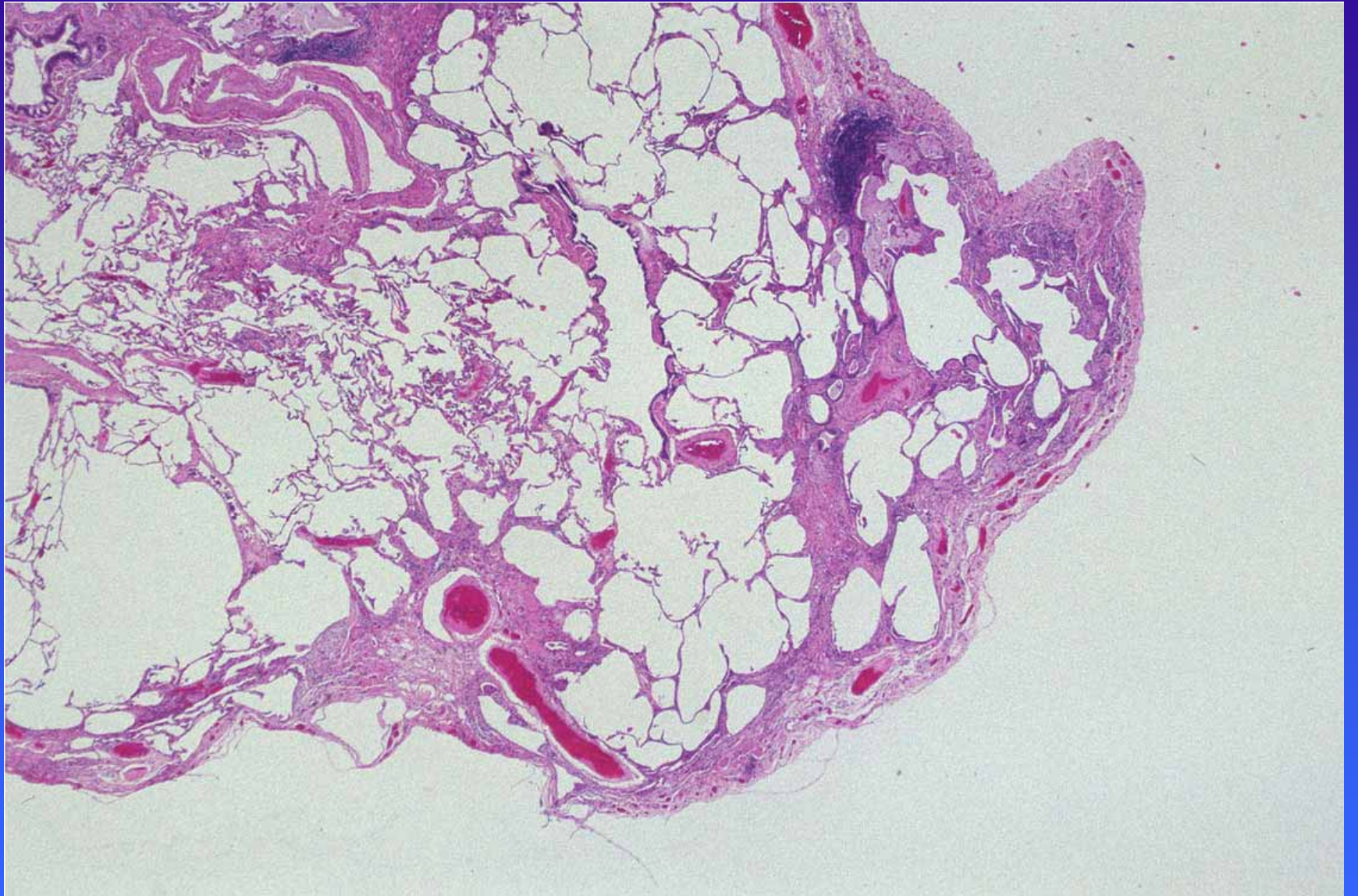
B.A.L.

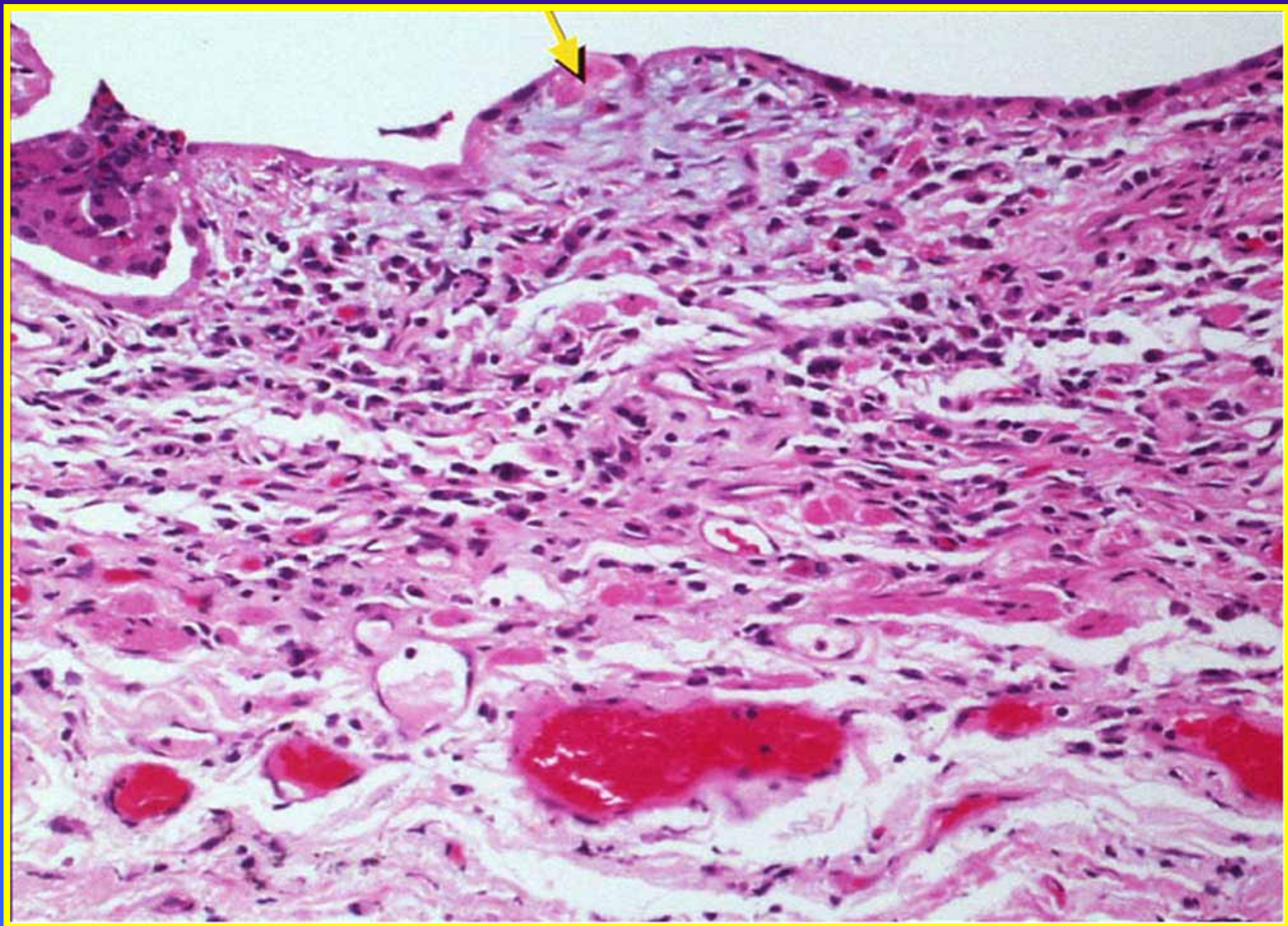
	Misur.	Riferimento	
		Non fumat.	Fumat.
Cellule/ml (x1000)	350	170±30	320 ±160
Macrofagi (%)	77	92.6±1.6	92.5 ±2
Linfociti (%)	17	6.8±1.3	4.8±2.2
Neutrofili (%)	3	0.5 ±0.5	2.5 ±3.1
Eosinofili (%)	3	0	0
Cellule epiteliali (%)	<5	<5	
Emazie:	Assenti	Assenti	
Batteri:	Assenti	Assenti	
Linfociti B CD19+ (%)	0	2-5	
Linfociti T CD3+ (%)	97	75-81	
Linfociti T CD4+ (%)	52	48-53	
Linfociti T CD8+ (%)	45	28-38	
Ratio CD4/CD8	1,1	1.8±0.2	

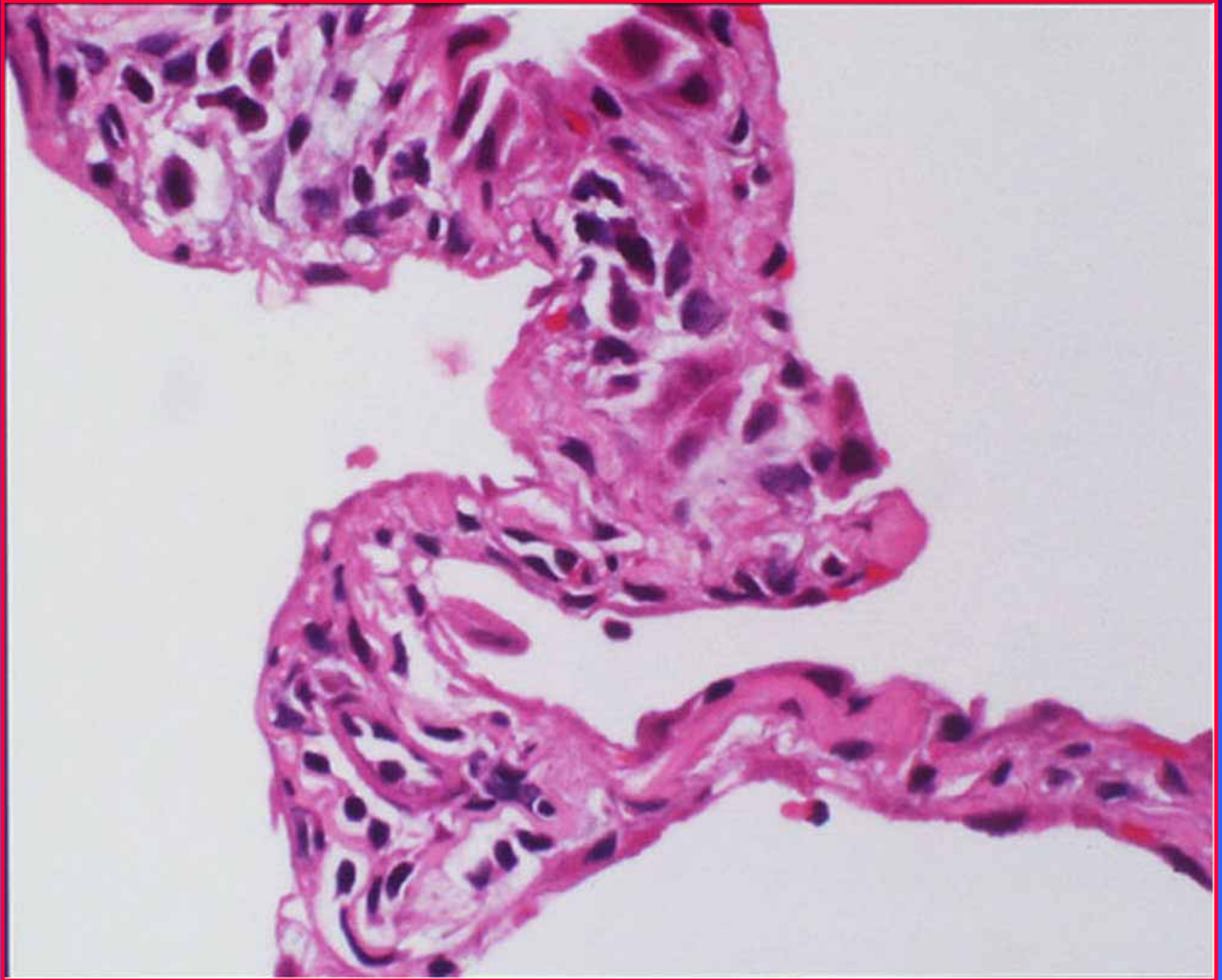
Conclusioni: Alveolite linfocitaria di media intensità a lieve prevalenza CD4+, con lieve incremento della quota neutrofila ed eosinofila.

BIOPSIA in VAT (lingula)

“ Sezioni di parenchima polmonare caratterizzato da processo interstiziale eterogeneo sia in senso spaziale che temporale. Si evidenziano infatti aree di parenchima polmonare sede di rimodellamento architetturale prevalentemente sottopleurico e settale che si alternano ad aree di polmone morfologicamente indenni. Le zone patologiche presentano aspetto a “favo d’ape” infiammazione, con numerosi fibroblasti che si alternano ad iperplasia muscolare liscia (“cirrosi muscolare del polmone”) ed a fibrosi densa. Modesto l’infiltrato linfocitario. Il pattern morfologico è chiaramente UIP simile (Usual Interstitial Pneumonia).”







TERAPIA

Comincia terapia con Prednisone e successivamente anche azatioprina

FOLLOW-UP

Progressivo peggioramento del quadro clinico funzionale ed emogasanalitico nei successivi 5 mesi; il paziente è attualmente in attesa di essere inserito in un trial clinico con IFN-gamma

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio
Direttore Prof.L.M.Fabbri

Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Anno Accademico 2001-2002



CASO CLINICO