

Gestione integrata Ospedale -Territorio- Caso clinico 1

- Sig. D.B. (20 anni)
- Senegalese
- In Italia da ottobre 2007
- Disoccupato
- Vive con il padre e con altri connazionali
- Non parla italiano
- Nel 2004 in Senegal 8 mesi di tp per TB polmonare (non documentata)
- Hiv negativo (riferito)
- 12/07: notifica da Ospedale di Cremona di “TB linfonodale”
- Inchiesta da parte della ASI di Cremona, con mediatore culturale
- Analisi del rischio di contagiosità del caso: TB linfonodale
- Analisi del contesto sociale/ambientale del caso:
 - ⇒ In Italia da 4 mesi
 - ⇒ Non parla italiano, molto diffidente
 - ⇒ Nega di avere un lavoro
 - ⇒ Vive con altri tre connazionali di cui uno è il padre

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale
--------------------------------------	----------------------------------

12/2007 H. Cremona:
“TB Linfonodale + enterite da
Giardia”

La relazione di dimissione:

Es. diretto espettorato:

NEGATIVO

iniziata tp a 4 farmaci

- Fattori di rischio preoccupanti:
- Gruppo a rischio TB per provenienza geografica
- Pregressi casi di TB noti nel palazzo
- Vicini di casa con pregressa coabitazione con paziente deceduto per TB
- Probabile recidiva di TB: polmonare ?
 - ⇒ terapia mal eseguita in Senegal

<p>2004 Senegal TB polmonare?</p>	<p>12/2007 TB linfonodale</p>	<p>01/2008 Presenza in carico Ambulatorio</p>
--	--	--

- 01/2008 **presa in carico** Amb. Broncopneumologia con dispensazione gratuita periodica dei farmaci
 - Accesso periodico
 - ✦ Verificare se si presenta alla scadenza prevista a ritirare i farmaci
 - ✦ Rinforzo motivazionale per assunzione terapia
 - ✦ Valutazione effetti collaterali
 - **Rx torace:** sfumato infiltrato parailare sin., esiti fibrotici LSS
 - Macroadenopatie LC bilaterali
 - Prosegue tp con 4 FF
 - Programma di esami ematochimici
- Applicazione D.R. 10/12/2004: avvio sorveglianza sanitaria su contatti stretti
 - Convocazione del padre (in Italia dal '93) al D.S. di Somma L. per colloquio e integrazione inchiesta: si ottiene collaborazione
 - Conviventi, convocati in D.S. di Somma L. per test di Mantoux :
 - ⇒ Padre e un convivente: positivi >10mm → invio visita pneumologica
 - ⇒ Altro convivente: nota pos. → invio visita pneumologica

<p>2004 Senegal TB polmonare?</p>	<p>12/2007 TB linfonodale</p>	<p>01/2008 Presenza in carico Ambulatorio</p>
--	--	--

- **30.01.08** A.O. Cremona comunica: esame colturale espettorato del 12/2007 positivo per MT Hominis sensibile a tutto

- **Diagnosi**

- ✧ recidiva di TB polmonare
- ✧ TB linfonodale laterocervicale

- Ripete esami espettorato a 2 mesi dall'inizio tp

- ✧ Es. diretto: Negativo
- ✧ Es. colturali: in corso

- Allargamento sorveglianza ai contatti "occasional": vicini di casa
- Gruppo composto da 18 persone
 - ⇒ Connazionali di D.B.
 - ⇒ Maschi
 - ⇒ Età dai 35 ai 50 anni
 - ⇒ In Italia mediamente da 5 anni, occupati in fabbriche come turnisti
 - ⇒ Frequenti viaggi in Senegal
 - ⇒ Storia di coabitazione con casi di TB
 - ⇒ Linguaggio Italiano minimale, non sempre facile raccogliere notizie anamnestiche

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio
---	----------------------------------	---

Mantoux a 18 persone :

- 5 positive al primo test → inviate a visita pneumologica:
 - ⇒ 4 poste in profilassi
- Secondo test dopo 10 settimane ai cutinegativi:
 - ⇒ 1 ha presentato cuticonversione → visita pneumologica
 - ⇒ 1 posto in profilassi

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio
---	----------------------------------	---

Recidive: malato che si riammala dopo essere stato dichiarato guarito in passato dopo trattamento medico

Fase intensiva:

2 mesi HRZES + 1 mese HRZE

Fase di continuazione:

5 mesi di HRE

ASSUME TERAPIA ???

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare
---	----------------------------------	---	---

- **04/03/2008** Es. colturale su espettorato del 01/2008:
NEGATIVO
- Tp con 4 farmaci da 3 mesi
(esami ematochimici: ndp)
- Adenopatia Lc stabile, non fistole, senza aumento di volume
- Rx torace: stabile
- Consegnata Tp a 4 farmaci per 1 mese + steroide per 1 mese

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare
---	----------------------------------	---	---

- **17/03/2008** accesso imprevisto in ambulatorio: fistolizzazione di raccolta linfonodale sottocutanea emicollo dx
- **Eco collo:** pacchetto linfoadenomegalico con 2 linfonodi colliquati e 1 fistolizzato
- Consegnata tp a 4 farmaci + steroide fino a fine aprile: medicazioni a piatto con Betadine e instillazioni con Rifocin locale 3 volte/dì

- **Comunicazione esiti visite pneumologiche a D.S. Somma:**
 - ⇒ Dubbio su corretta assunzione di terapia da parte del paziente
 - ⇒ Alcuni contatti non si presentano in amb. BPL per visita e ritiro profilassi

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare
---	----------------------------------	---	---

PUR

- *Paradoxical Upgrading Reaction*
- “Reazione paradossale di aumento”
- Reazione descritta nel 20-25%
- Peggioramento delle lesioni preesistenti o lo sviluppo di nuove lesioni in pazienti che hanno ricevuto terapia antitubercolare per almeno 10 giorni
- Inizia spesso dopo circa 6-7 settimane di trattamento
- Dura per circa 2 mesi, sebbene esista un'ampia variabilità

- Eccessiva risposta infiammatoria nel contesto della risposta immunitaria e un'incrementata esposizione ad un antigene dopo l'inizio della terapia
- MTB ha un numero elevato di antigeni ricchi di lipidi nella sua parete cellulare (lipoarabinomannano, LPS...) che stimolano la risposta dei monociti, responsabili di questa eccessiva risposta, di fatto infiammatoria.

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi ricidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizzazione Tb laterocerv.
---	----------------------------------	---	--	---

- **21/04/2008** Lieve miglioramento Lc a dx, ma tumefatta la regione sottoparotidea sin.
- ASSUME I FARMACI ???
- Esami ematochimici: mancano
- Rx torace: invariato
- Si sospende Etapiam (dopo quasi 5 mesi di tp) e steroide, prosegue con Rifater, medicazioni con Rifocin
- Contatto telefonico con padre che si impegna a controllare la corretta assunzione della terapia
- Inviare raccomandate ai contatti che non si presentano ai controlli

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi ricidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizzazione Tb laterocerv.
---	----------------------------------	---	--	---

- **03/06/2008** Obiettività del collo: migliorata
- Rx torace: invariato
- Esami ematochimici: uricemia elevata
- Si sospende Piraldina (dopo 6 mesi), prosegue con Rifinah 2 cpr/dì per altri 6 mesi (consegnati farmaci per 3 mesi)

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi ricidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizzazione Tb laterocerv.	06/2008 Passa a 2 FF
---	-------------------------------------	--	--	---	-----------------------------------

- **18/09/2008** Non si presenta al controllo, più volte contattato telefonicamente: irreperibile
- Si invia comunicazione al Distretto di Somma L.do
- Dopo ripetuti tentativi il padre risponde, ma capiamo che i loro rapporti non sono buoni
- Si invia raccomandata in cui si ribadisce l'importanza della terapia e dei controlli
- Si contatta il Medico di Medicina Generale per cercare supporto, ma non conosce il paziente

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Preso in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizzazione Tb laterocerv.	06/2008 Passa a 2 FF
---	-------------------------------------	---	--	---	-----------------------------------

- **27/10/2008** Visita di controllo: riferisce sospensione della Tp da 20 gg (???)
- Nuova tumefazione elastica Lc sin., aspirazione e svuotamento secrezioni purulente Baar e Pcr positivi ma coltura negativa
- Rx torace: invariato
- Si dispone ripresa della tp con Rifinah, con consegna dei farmaci ogni 12 gg.
- Viene a ritirare i farmaci fino al 9-1-2009
- Colloquio con Pneumologo: si pensa a DOT, ma non possibile perché il ragazzo non ha mezzi per raggiungere l'Ospedale nei 5 gg/settimana in cui l'ambulatorio è aperto

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presa in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi ricidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizz. Tb laterocerv.	06/2008 Passa a 2 FF	10/2008 Ripresa malattia linfonodale ?
---	-------------------------------------	---	--	--	-----------------------------------	--

- **9-1-2009** viene a ritirare i farmaci.
- Non è chiaro se assuma la tp
- Litigio con il padre
- Abbandono della casa paterna con irreperibilità

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presenza in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi ricidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizz. Tb laterocerv.	06/2008 Passa a 2 FF	10/2008 Ripresa malattia linfonodale ?
---	-------------------------------------	--	--	---	-----------------------------------	--

- **02/02/2009** Si presenta per visita di controllo.
- Ci conferma che non assume regolarmente la Tp.
- **Rx torace:** comparsa di infiltrato nodulare multifocale al LSS, tumefazione del collo ridotta
- Dopo serrato interrogatorio ammette:
 - ✧ Tp assunta regolarmente forse per i primi 3-4 mesi
 - ✧ Successivi 10 mesi in modo irregolare
- Si sospende la tp
- Controllo ogni 4 mesi per 2 anni

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presa in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizz.Tb laterocerv.	06/2008 8 Passa a 2 FF	10/2008 Ripresa malattia linfonodale ?	02/2009 Stop tp Follow-up
----------------------------------	------------------------------	--	---	--	---------------------------------	---	---------------------------------

Trattamento teorico

- Fase intensiva:
2 mesi HRZES + 1 mese HRZE
- Fase di continuazione:
5 mesi di HRE

Trattamento reale

- Fase intensiva:
4 mesi HRZE
- Fase continuazione:
2 mesi HRZ (?) + 6 mesi HR
(????) + 2 mesi steroide

● MT hominis sensibile

● Evoluzione del quadro ORL e radiologico "ad elastico" che conferma il sospetto di scarsa aderenza al trattamento

Alternative:

● Sospendere ?

Precoce drop out

● Proseguire?

- ⇒ Controllo nel tempo
- ⇒ Verifica evoluzione clinica
- ⇒ Mantenere un riferimento con l'ambulatorio

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presa in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizz. Tb laterocerv.	06/2008 Passa a 2 FF	10/2008 Ripresa malattia linfonodale ?	02/2009 Stop tp Follow-up
----------------------------------	------------------------------	--	---	---	----------------------------	---	---------------------------------

- **06/2009** Pz non rintracciabile, inviata comunicazione al Distretto di Somma L.do

- Telefonata al padre, dice di non sapere dove sia andato a vivere il figlio, e così ci dicono anche gli altri conviventi
- In anagrafe non risultano cambi di residenza
- Non troviamo altri strumenti per rintracciare D.B
- In parallelo, sorveglianza sui contatti:
 - ⇒ 3 su 5 hanno concluso la profilassi in modo corretto mentre 2 non l'hanno conclusa in modo corretto
 - ⇒ 6 su 6 hanno concluso il programma di visite BPL dopo insistenze

2004 Senegal TB polmonare?	12/2007 TB linfonodale	01/2008 Presca in carico Ambulatorio	01/2008 Diagnosi recidiva TB polmonare	03/2008 Fistolizz. Tb laterocerv.	06/2008 Passa a 2 FF	10/2008 Ripresa malattia linfonodale ?	02/2009 Stop tp Follow-up
---	-------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------	--	--

● 03/2010 Pz in carcere (?)

PROBLEMATICHE MEDICHE

- ☆ Opportunità di una tp “falsamente intensiva e protratta” di fronte a scarsa compliance.
- ☆ Uso farmaci alternativi?

PROBLEMATICHE SOCIO-CULTURALI

- Gruppo composto da soli uomini, in Italia per lavoro, non famiglia tradizionale: è pretendibile la presa in carico di un paziente da parte di un gruppo con queste caratteristiche?
- Perché il paziente e i contatti sono fuorusciti?
 - ⇒ Forse non è chiaro il concetto di contagiosità
 - ⇒ Forse non è chiaro il presentarsi della TB anche dopo anni di benessere
 - ⇒ Forse la salute passa in secondo piano rispetto ad altri problemi (mantenimento del posto di lavoro, altri disagi)
 - ⇒ Forse sussistono anche problemi organizzativi: mancanza di mezzi di trasporto, turni di lavoro
 - ⇒ Colloquio mirato a sottolineare questi aspetti

PROBLEMATICHE GESTIONALI

- ☆ Ricerca attiva?
- ☆ Caso indice
- ☆ Data base dei contatti
- ☆ Controllo al domicilio?
- ☆ Care-giver?

PROBLEMATICHE GESTIONALI

● “RINTRACCIABILITA”

- ⇒ Attuabile con quali strumenti?
- ⇒ Buona volontà degli operatori distrettuali raccomandate, telefonate poco utili
- ⇒ Senso di frustrazione
- ⇒ Rapporto di fiducia non sufficiente
- ⇒ Non trovati altri strumenti per rintracciare il caso
- ⇒ Non trovati altri strumenti per garantire adesione del paziente

● SOMMINISTRAZIONE FARMACI A DOMICILIO :

- ⇒ Non previsto

 **SCELTA DEL “CARE-GIVER” vs. “MEDIATORE CULTURALE”:**
obiettivo di superare la diffidenza del ragazzo

- ⇒ Possibilità di coinvolgimento di altre figure, in questo caso non considerate..es: presa in carico da parte dei servizi sociali, coinvolgere il Medico di Famiglia

 **STORIA CLINICA DEI CONTATTI:**

- ⇒ basata solo su notizie dei diretti interessati
- ⇒ forse difficoltà linguistiche
- ⇒ rischio di assunzione di profilassi inutili