

Caso clinico Genova

Galliera-Pol. S Martino

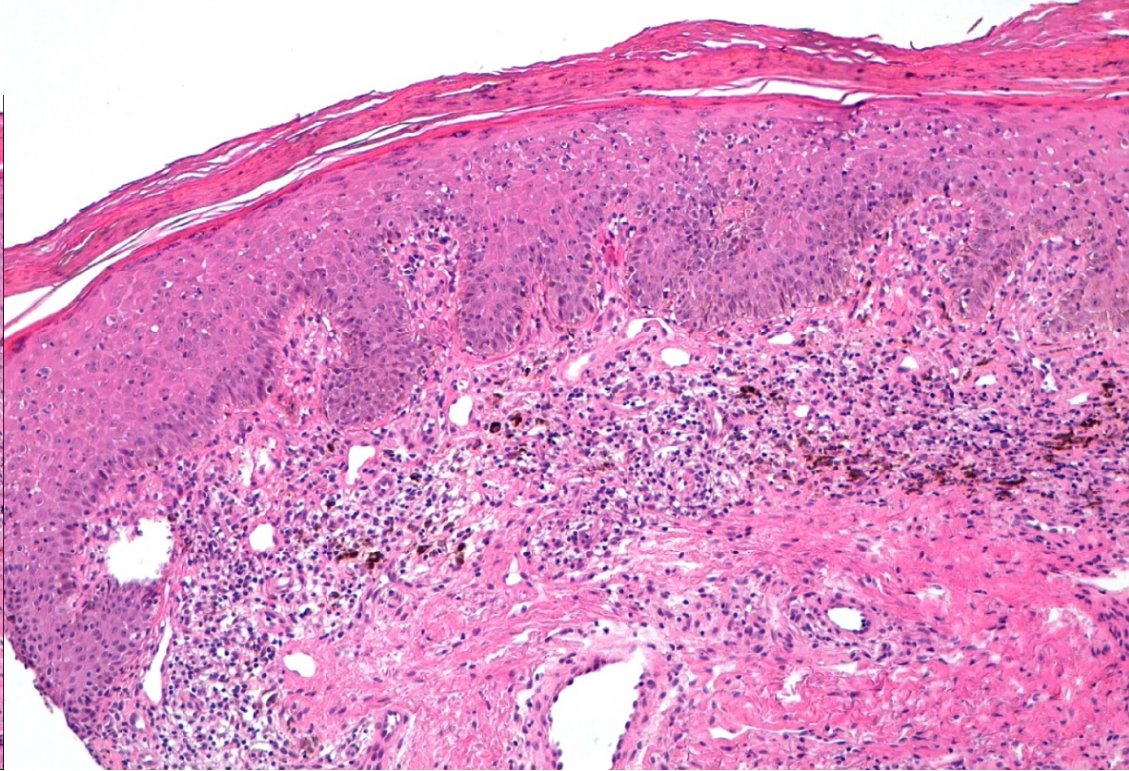
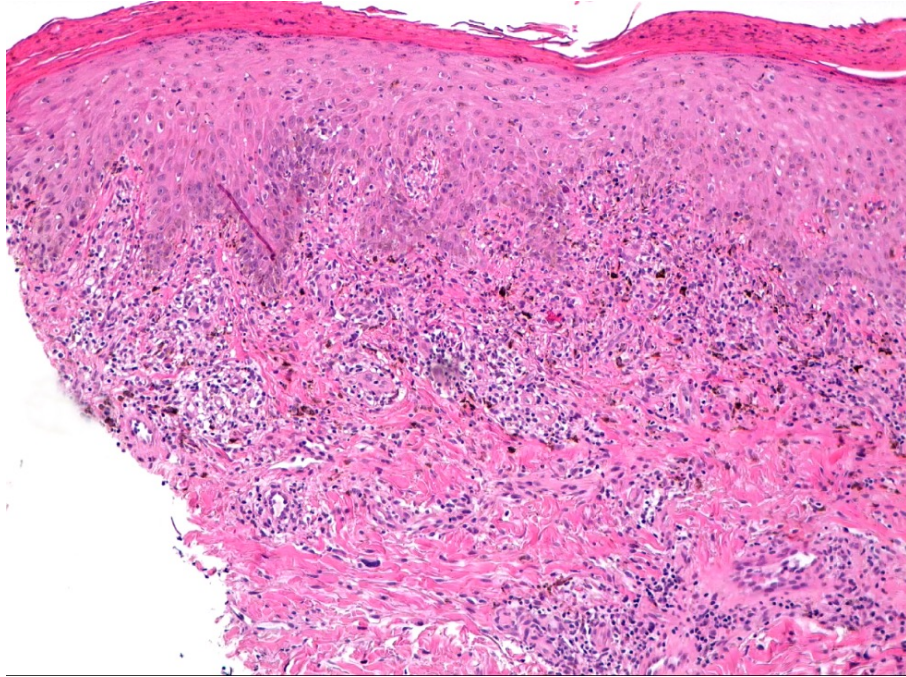
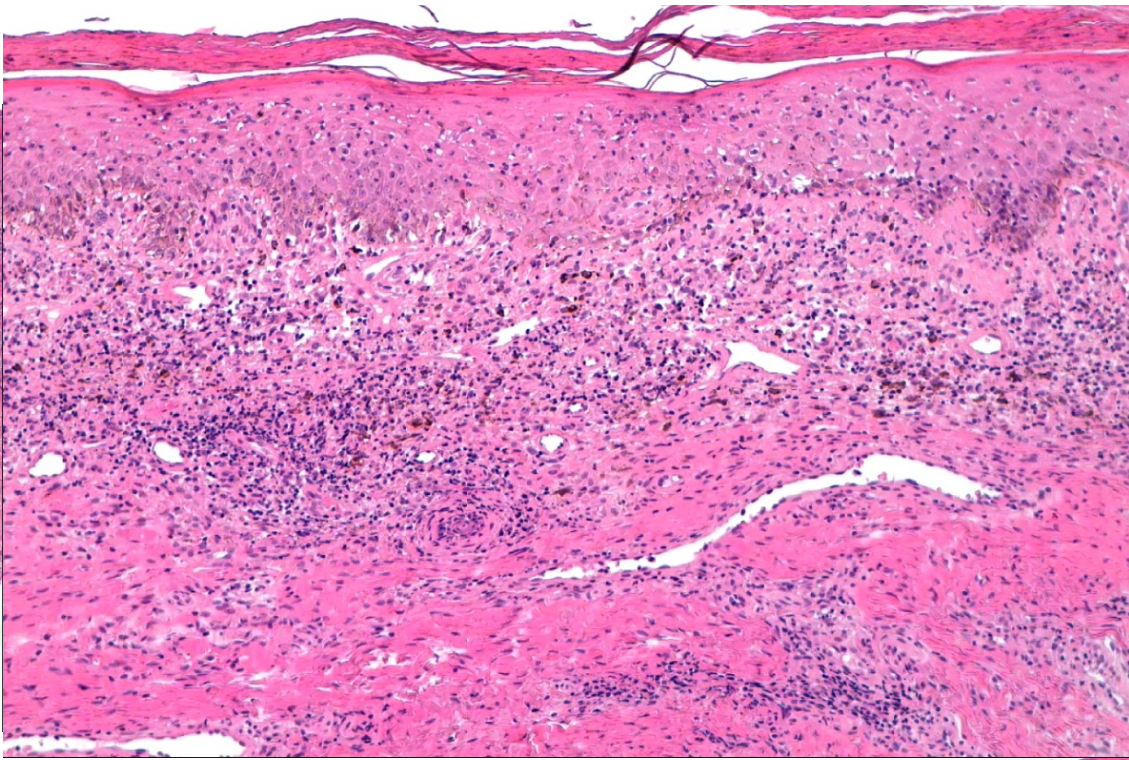
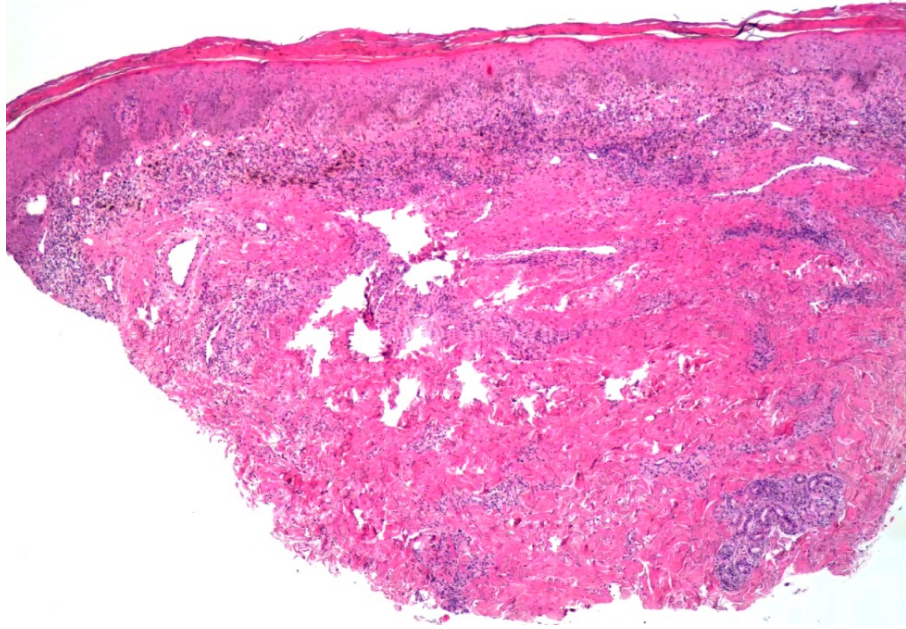
- **8.11.2017:** maschio senegalese di 59 anni, inviato da ns infettivologo con sospetto clinico di lebbra
- Falegname, si occupa di arredamenti navali
- Da 20 anni in italia, sposato con senegalese con 2 figli
- Da anni „dermatite“ molto pruriginosa
- Da 2 anni uso continuo a cicli di Betametasone Dipropionato topico, con beneficio momentaneo e recidiva
- 2016: biopsia esterna: dermatite dell'interfaccia con aspetti granulomatosi. Ziehl-Nielsen negativo
- 2016: LOMBOSCIATALGIA sx cronica. La RMN del rachide evidenzia ernia L4-L5 con componente intraforaminale sinistra (in lista per erniectomia con eventuale discectomia)
- Assenza sintomi B

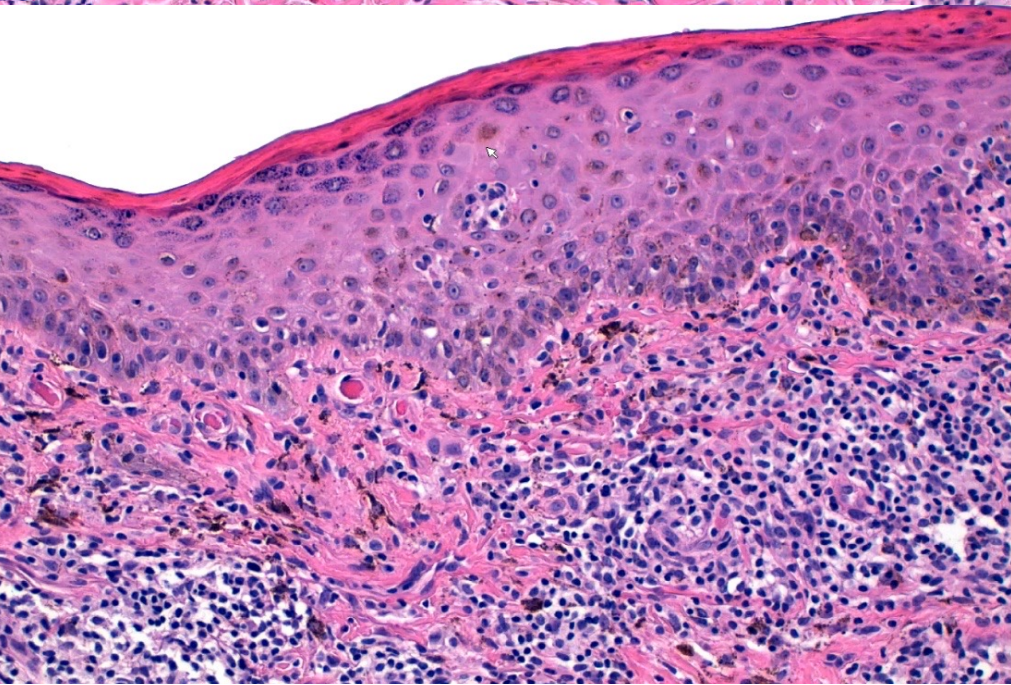
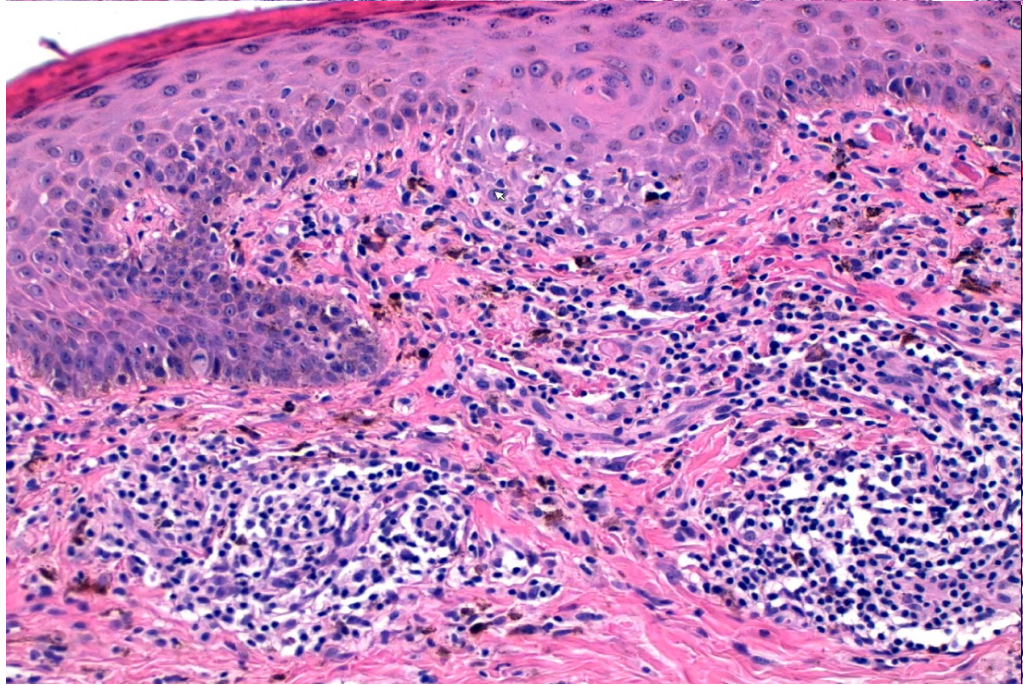
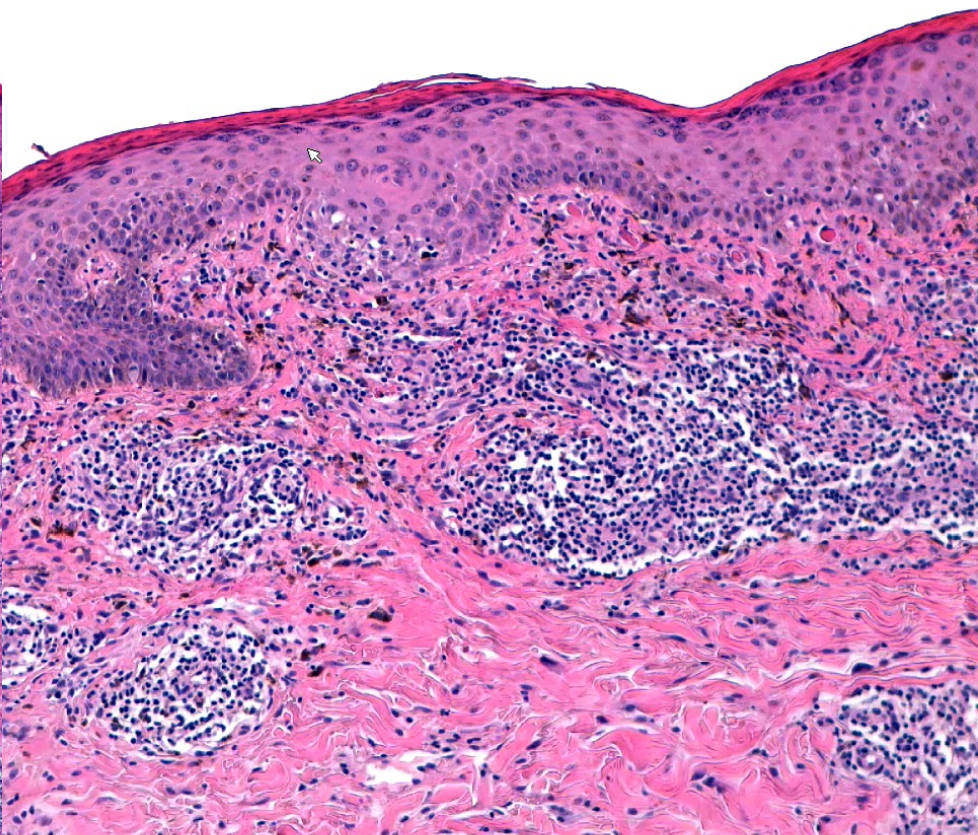
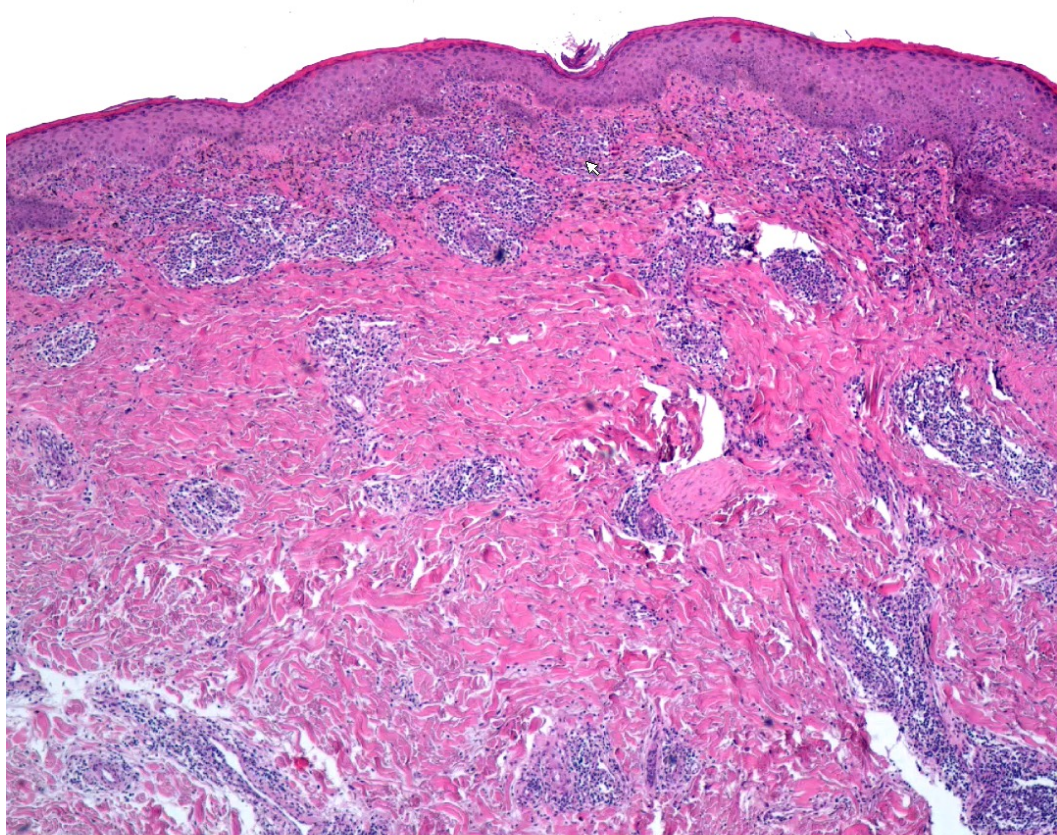


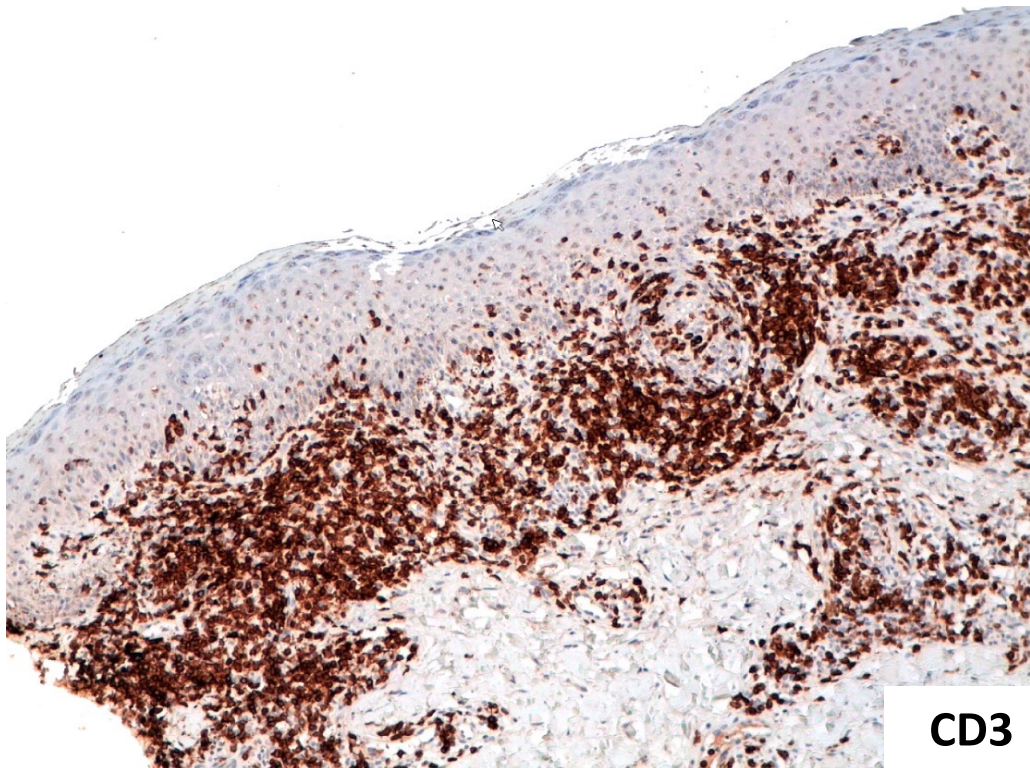
8.11.2017



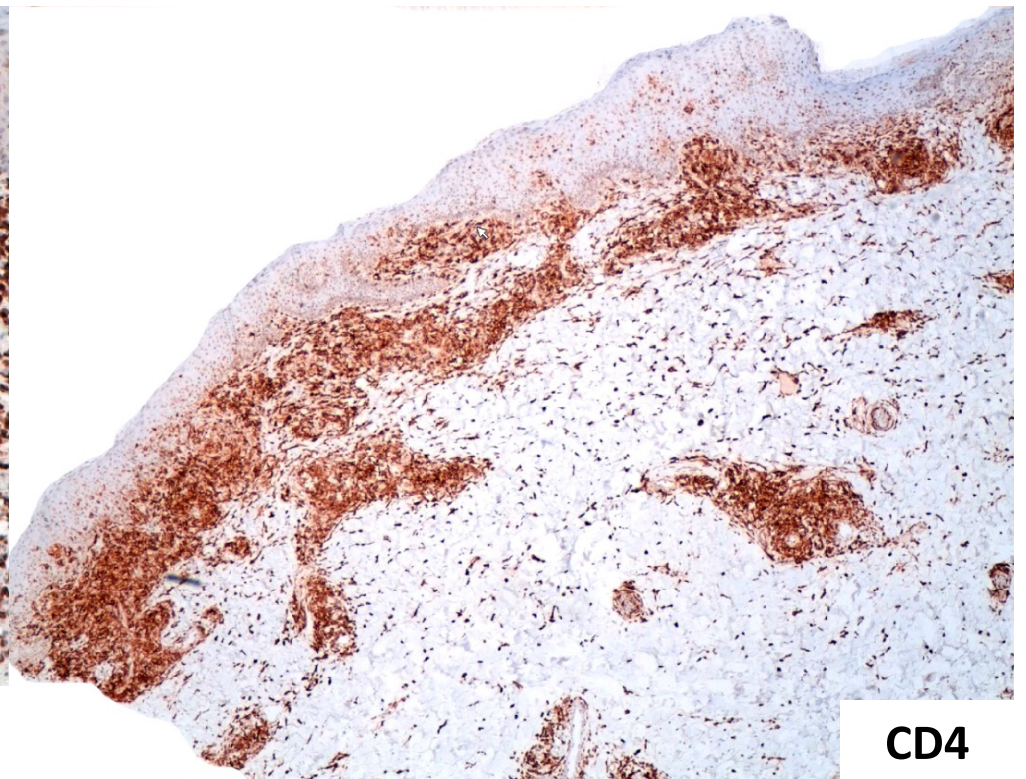




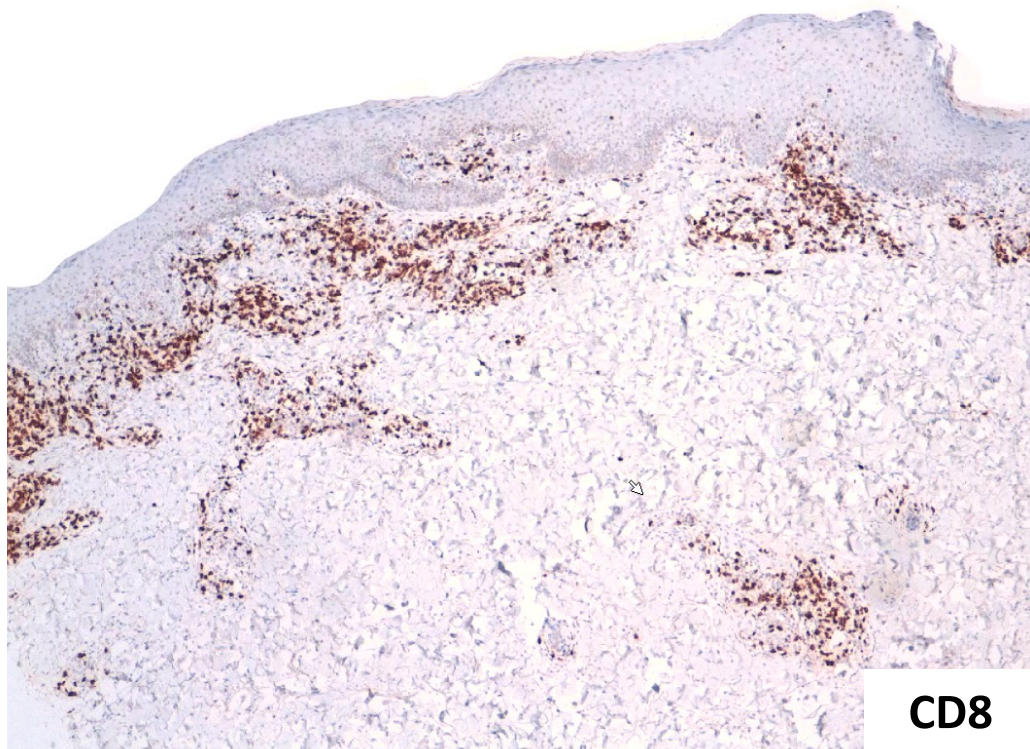




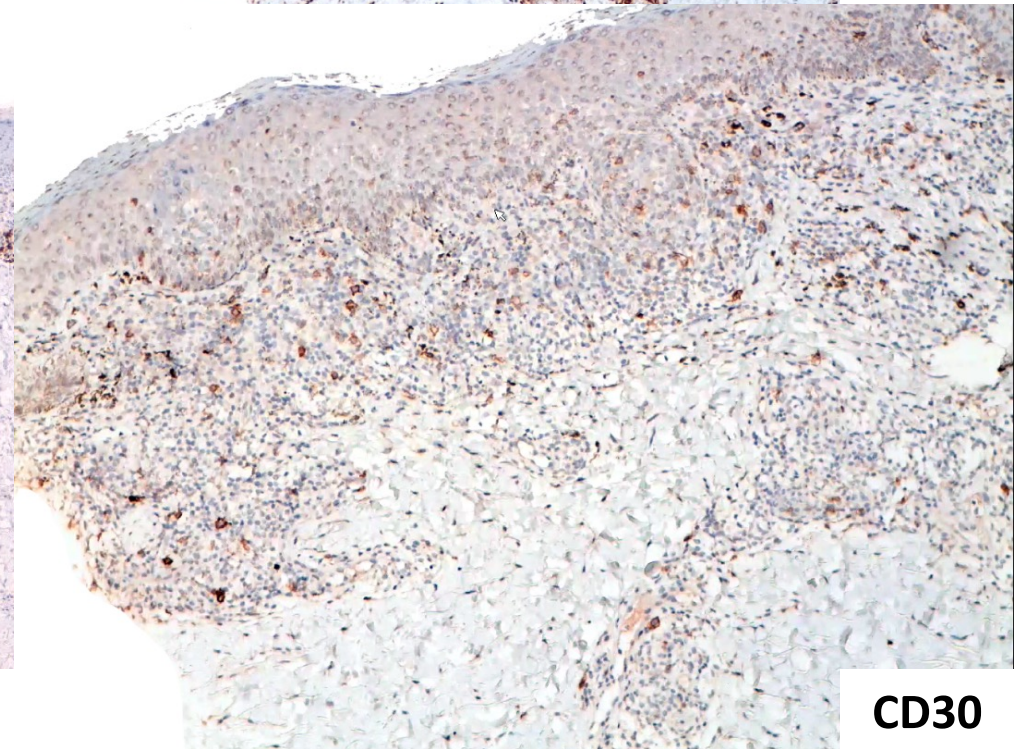
CD3



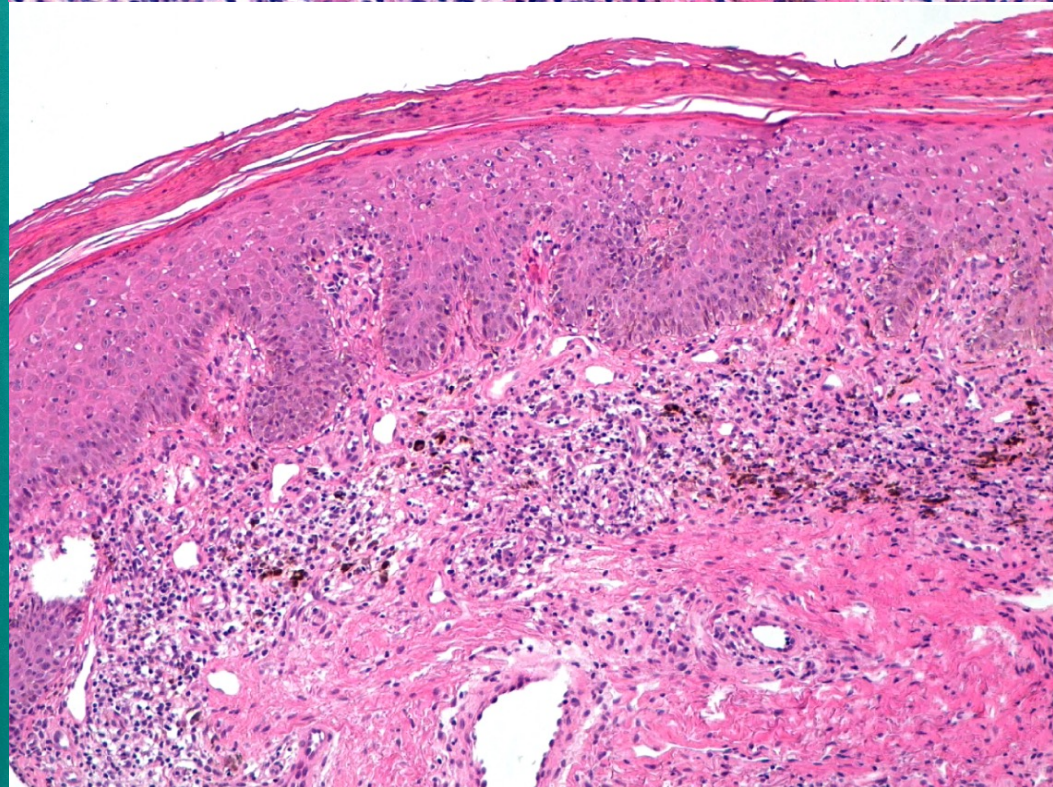
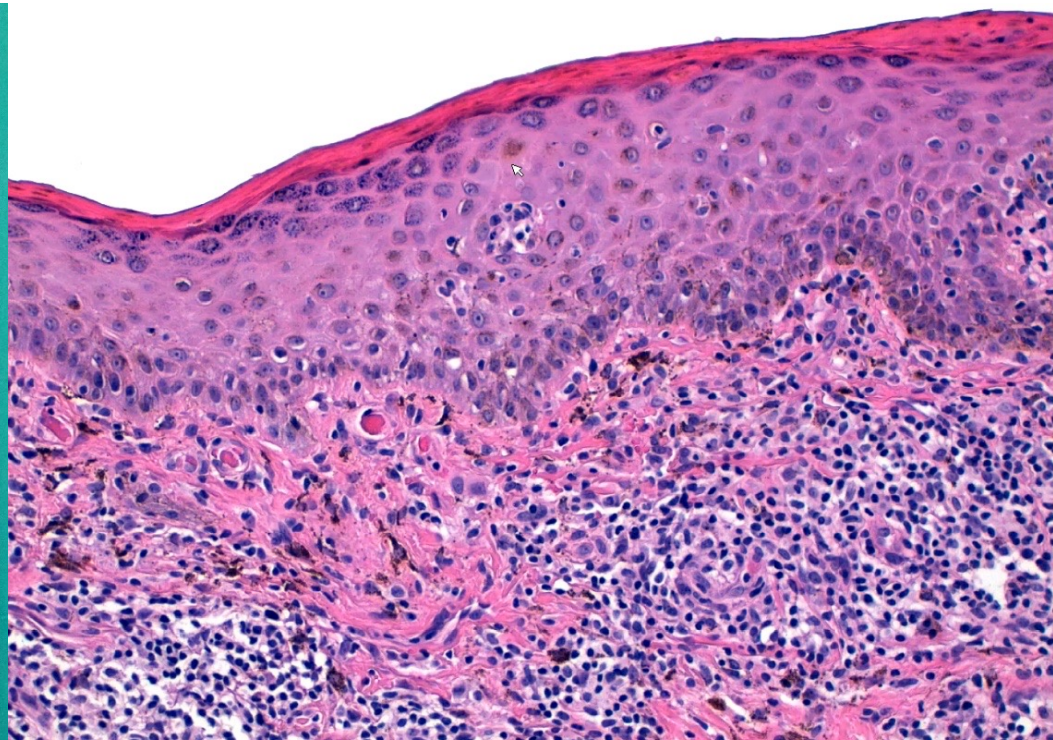
CD4



CD8



CD30



Staging

- HIV, HCV e HVB negativi
- PCR:16.9. creat: 0.64, GOT: 25, GPT: 15

Esame emocromo-citometrico

Leucociti (WBC)	*	4,16
Eritrociti (RBC)	*	4,70
Emoglobina (Hb)	*	140,00
Ematocrito (Ht)	*	0,430
Volume eritrocitario medio (MCV)		91,5
Hb media eritrocitaria (MCH)		29,8
Conc. Hb media eritrocitaria (MCHC)		326,0
Distribuz. volume eritrocitario (RDW)		13,1
Piastrine (PLT)		267

Tipizzazione linfocitaria

CD (16+56) [cellule NK]		5
CD 19 [cellule B]		13
CD3 [cellule T]		79
CD 4 (Valore assoluto)		616
CD 4		53
CD 4 / CD 8		1,9
CD 8 (Valore assoluto)		310
CD 8		26
Linfociti	*	1154,00

ET PARTI MOLLI VARIE - CAVO ASCELLARE - INGUINE

In sede ascellare bilaterale si osservano plurime linfadenomegalie di 2 cm circa di diametro massimo, ovalari con presenza di ilo adiposo e aspetto flogistico reattivo.

Linfadenomegalie di aspetto analogo di 3 cm circa di diametro max si osservano in sede inguinale bilaterale.

REFERTO PET

L'esame dimostra modesta iperfissazione del radiofarmaco a livello di alcune linfadenopatie ascellari ed inguinali bilaterali (SUV max 2.3), metabolicamente compatibile con manifestazione di patologia flogistica. Limitatamente alla capacità di risoluzione della metodica (circa 5 mm), l'indagine non evidenzia altre sedi di abnorme iperaccumulo del tracciante metabolico a carico dei distretti corporei esaminati.

Non si rileva, in particolare, iperattività in corrispondenza di alcuni micronoduli polmonari bilaterali, di dimensioni, peraltro, troppo ridotte per una caratterizzazione metabolica (a dx in sede apicale, al segmento postero-basale del lobo inferiore, al lobo medio; a sn in sede iuxta-scissurale).

CONCLUSIONI

L'esame non ha dimostrato presenza di malattia ad elevata attività metabolica glucidica a carico del corpo intero.

Micosi Fungoide T3/T4? N0 M0 B0: St

IIIA

NRS prurito 5

BSA 80%?

DMT: Inizia TSEB

TSEB 36Gy



22.5.2018



DMT

- *Inizia PUVA + Acitretina per 12 settimane*
- *Riprende a lavorare regolarmente*
- *Non si presenta al controllo di novembre 2018*

21.8.2018

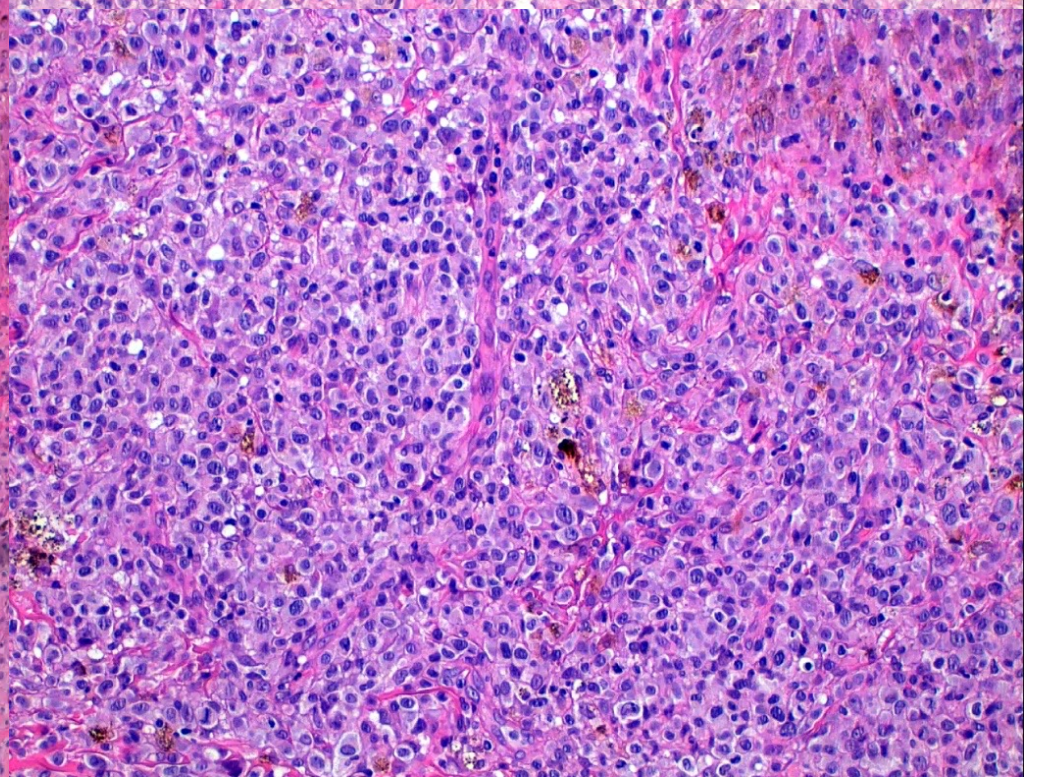
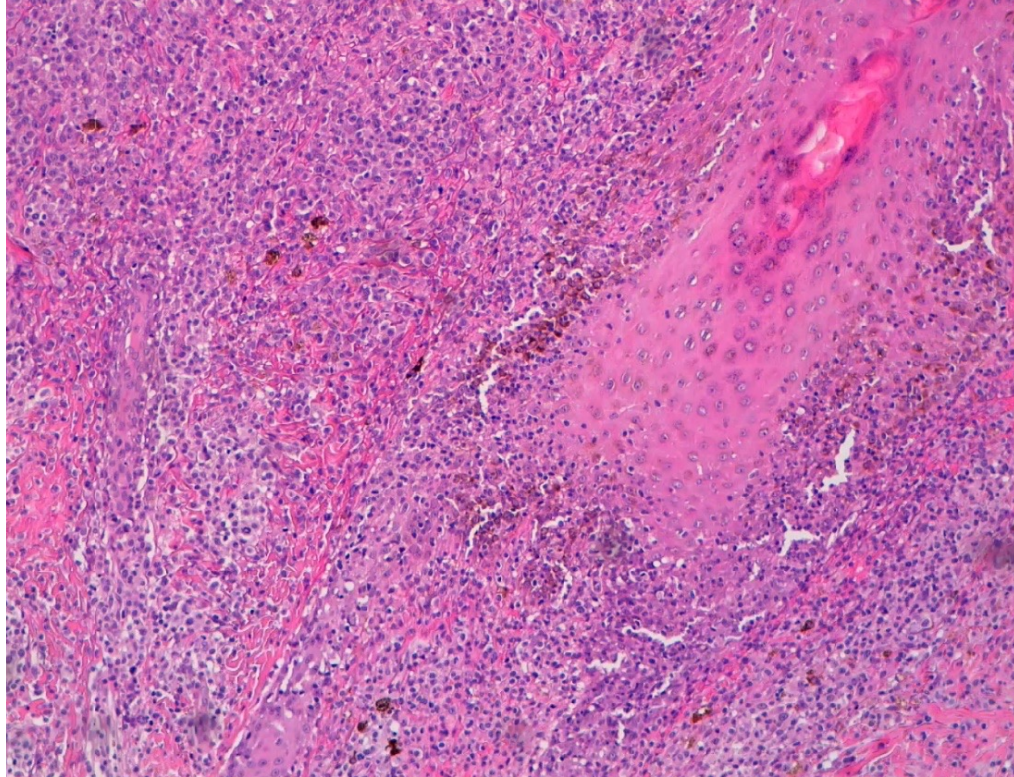
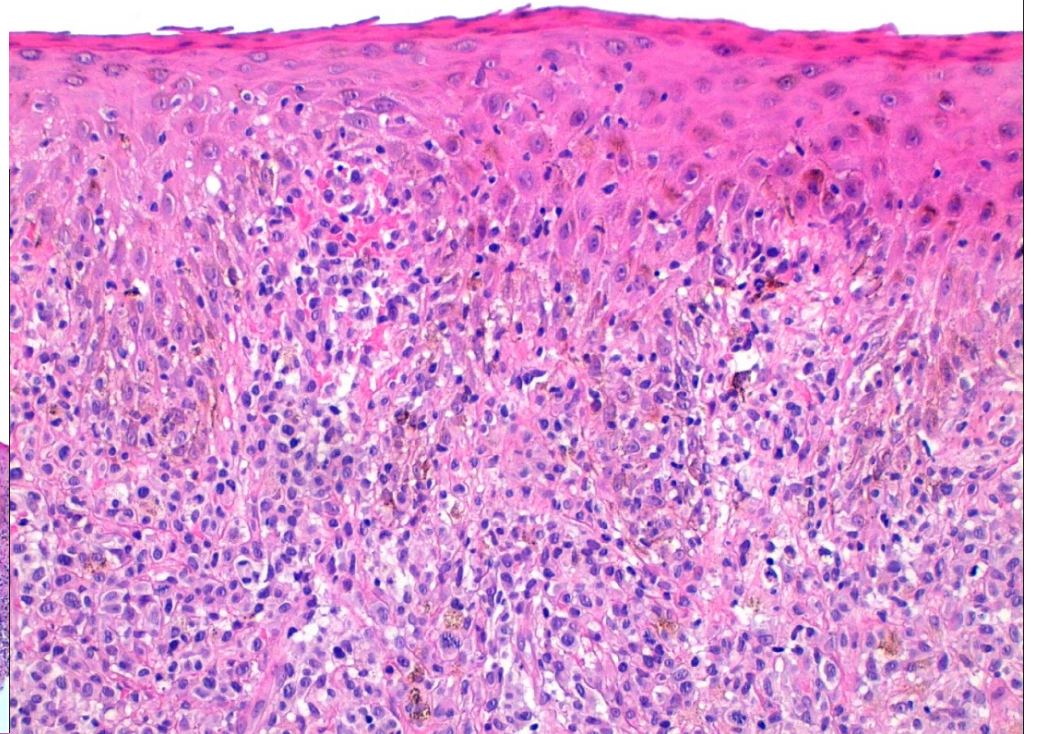
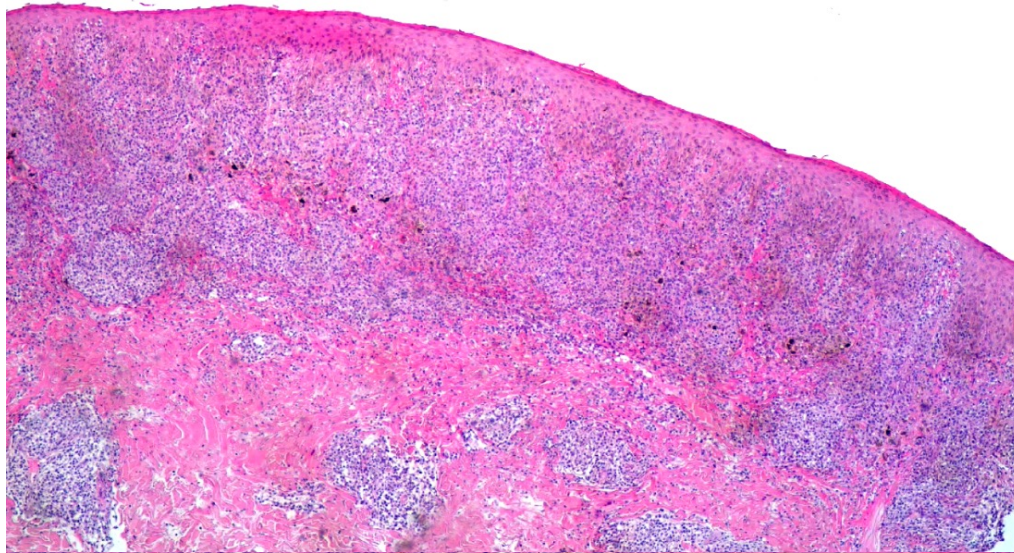


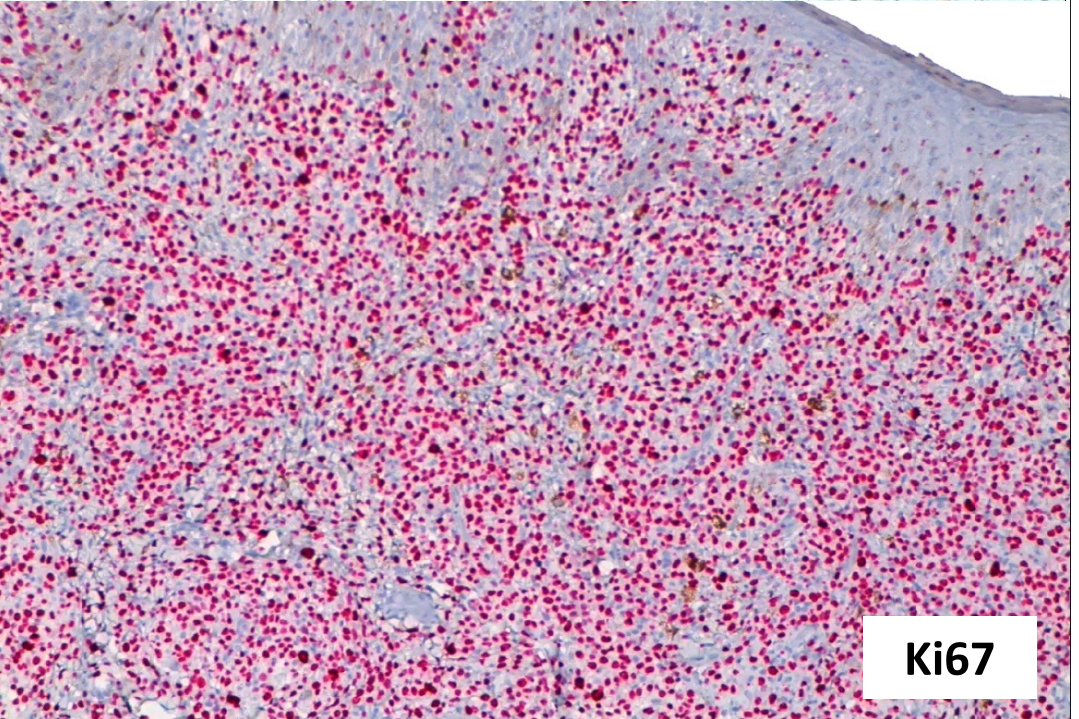
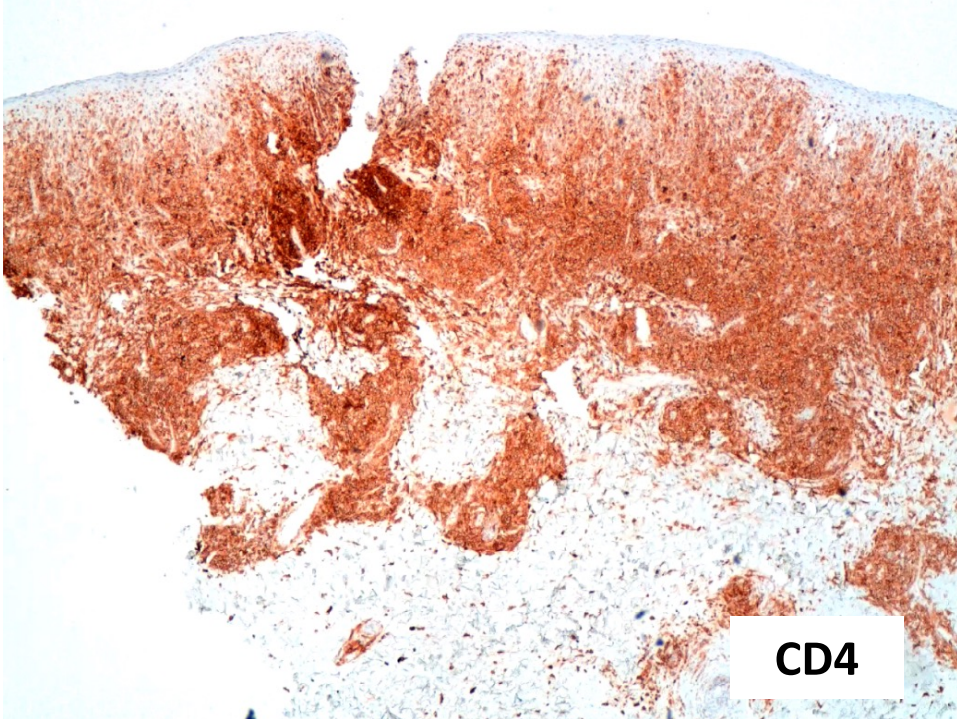
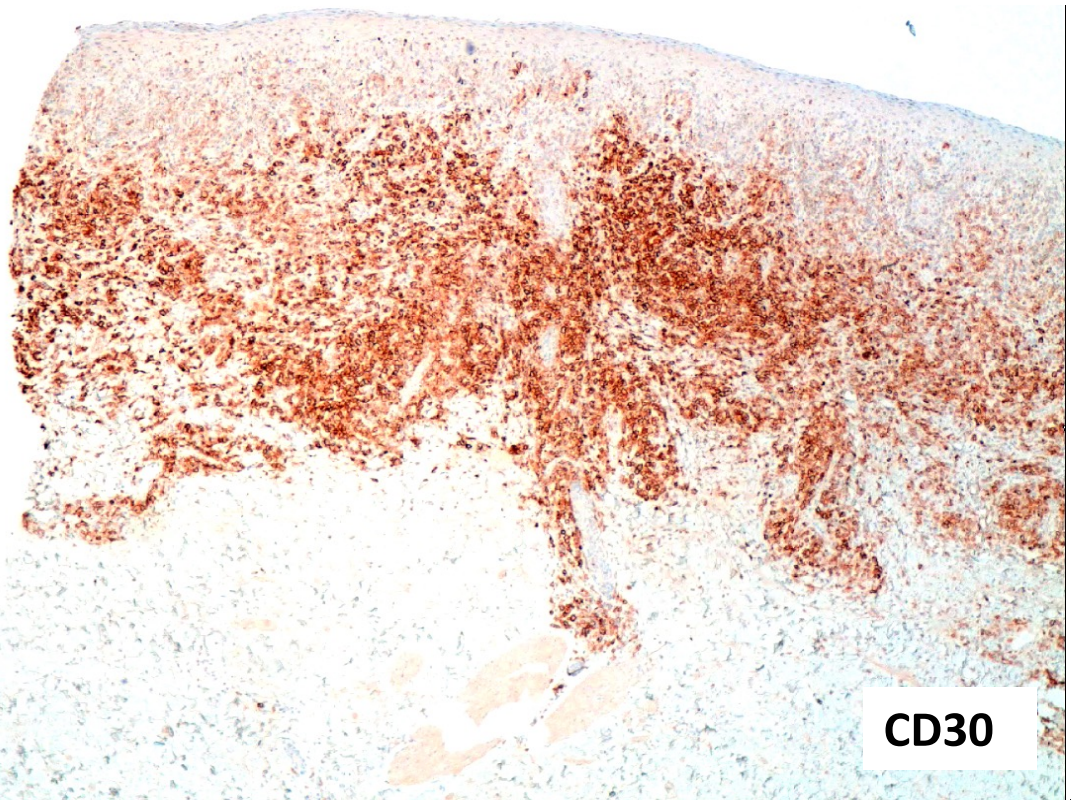
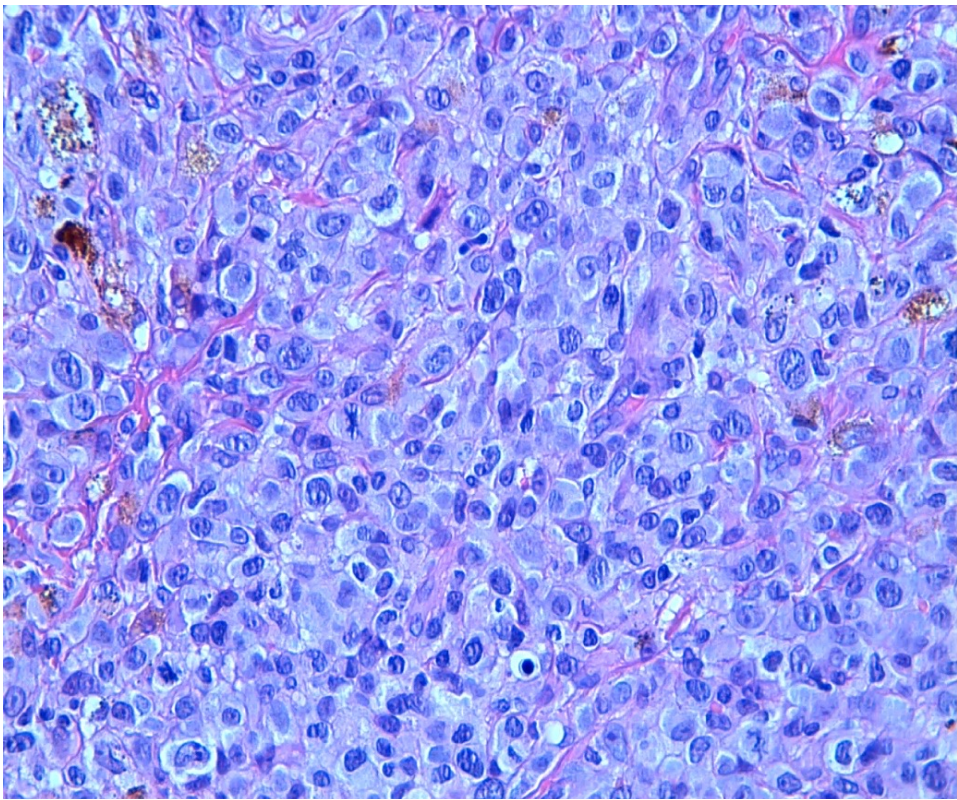
- *Lamenta astenia e calo ponderale 5kg*
- *Adenopatie inguinali ed ascellari >2cm*
 - *Febbricola serotonina*
 - *Forte prurito (NRS 8)*

26.3.2019



26.3.2019





Esame emocromo-citometrico

Leucociti (WBC)	4,29
Eritrociti (RBC)	* 4,35
Emoglobina (Hb)	* 132,00
Ematocrito (Ht)	* 0,403
Volume eritrocitario medio (MCV)	92,6
Hb media eritrocitaria (MCH)	30,3
Conc. Hb media eritrocitaria (MCHC)	328,0
Distribuz. volume eritrocitario (RDW)	12,7
Piastrine (PLT)	* 351

Tipizzazione linfocitaria

CD (16+56) [cellule NK]	13
CD 19 [cellule B]	15
CD3 [cellule T]	69
CD 4 (Valore assoluto)	* 426
CD 4	36
CD 4 / CD 8	1,0
CD 8 (Valore assoluto)	410
CD 8	34
Linfociti	* 1181,00
Latticodeidrogenasi (LDH)	* 299

TC torace addome con mdc

Non linfadenomegalie laterocervicali bilateralmente nè linfadenomegalie mediastiniche.

Tiroide ad omogenea impregnazione contrastografica.

Plurime linfadenomegalie ascellari bilaterali (diametro massimo 10x19 mm a destra e di 25x9 mm a sinistra).

Qualche raro micronodulo parenchimale polmonare bilateralmente, non ulteriormente caratterizzabili a causa delle esigue dimensioni (diam max 5 mm).

Piccolo ispessimento fibrotico-calcifico mantellare posteriore al lobo superiore destro.

Non versamento pleurico, né pericardico.

Fegato caratterizzato dalla presenza di formazione angiomatica di 21 mm in S6 e da multiple millimetriche ipodensità, alcune delle quali più sfumate, in S4 e S5, di possibile significato angiomatico, altre di aspetto cistico. In S4 si evidenzia ulteriore area sfumatamente ipodensa di non univoca interpretazione, possibile espressione di steatosi focale. Utile follow up.

Non dilatazione delle vie biliari intra- ed extraepatiche. Colecisti scarsamente distesa, priva di contenuto litiasico

TC evidenziabile.

Non lesioni focali solide a surreni, reni, milza (milze accessorie) e pancreas.

Non linfadenomegalie addominali.

Non versamento intraperitoneale.

Vescica distesa, a pareti regolari.

Alcuni linfonodi aumentati di dimensioni a sede inguinale bilaterale (diam max di 16 mm a destra e 21 mm a sinistra).

Non evidenti lesioni ossee sospette alla TC.

REFERTO (immagini elaborate su PACS e CD)

Non patologica attività a carico del distretto cervico-facciale.

Non patologica concentrazione del tracciante a sede pleuroparenchimale.

Non patologica attività di pertinenza linfonodale a sede ilo-mediastinica.

Plurimi linfonodi ascellari bilaterali dotati di debole attività metabolica (suv max 2,1). Reperti ad oggi aspecifici.

Fisiologica distribuzione del tracciante a sede epatosplenica.

Non patologica attività a sede surrenalica e pancreatica.

Non patologica attività di pertinenza linfonodale a sede addominale

Intensa iperfissazione del tracciante a carico di alcune linfadenomegalie poste in sede otturatoria sn (suv max 6,6), iliaca esterna di sn (suv max 6,2) ed inguino-femorali omolaterali (il più attivo ha suv max 8,5 con dm max di circa 60 mm). Reperti patologici.

Non patologica concentrazione del tracciante in pelvi.

Non patologica attività a carico dell'apparato scheletrico.

La valutazione dei distretti linfonodali toraco-cervicali risulta in gran parte viziata dall'intensa e diffusa attivazione del grasso bruno.

Si segnala modesta iperfissazione del tracciante, di aspetto focale, a livello della coscia sn, anteriormente al 1/3 medio della diafisi femorale (suv max 2). Reperto sospetto di verosimile natura linfonodale (linfonodo interruttore?).

Ulteriore linfonodo sospetto si osserva a livello del cavo popliteo di destra (dm max di circa 18 mm e suv max 3,4).

Patologica iperfissazione del radiotracciante a carico di plurimi addensamenti cutanei e sottocutanei del terzo distale della coscia sn sul versante mediale, appare inoltre ampiamente interessato da processi infiltrativi il muscolo vasto mediale omolaterale (suv max 24,4).

Ulteriori circoscritte focalità sospette, di pertinenza cutanea, si osservano a livello della gamba sn (1/3 superiore sul versante antero-laterale con suv max 1,7) e della gamba controlaterale (1/3 medio superiore sul versante antero-laterale con suv max 1,5).

CONCLUSIONI: malattia attiva linfonodale, cutanea, sottocutanea e muscolare nelle sedi sovradescritte.

- Inizia bexarotene 300mg/die (+ Eutirox 50mcg) associato a PUVA durante staging
- Dal 22.5.2019 sospende PUVA e inizia gemcitabina (1000mg/m² day 1,8,15) in associazione con bexarotene, che prosegue sino a novembre 2019, e in attesa di iniziare brentuximab



16.7.2019



19.12.2019

- A dicembre 2019 inizia brentuximab 1,8mg/kg ogni 21gg, ma già dopo 3° infusione sviluppa polineuropatia sensitivo motoria Gr I/II AAll bil, dx > sx con parestesie, anestesia e deficit motorio



18.2.2020

- Torna in Senegal a luglio 2020



2.2.2021

- Rifiuta brentuximab nonostante polineuropatia sia migliorata
- Si ripropone gemcitabina in attesa trapianto midollo
- Torna di nuovo in Senegal



18.7.2021



8.9.2021

